

ESPM 1922

100

CIENT AÑOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, 1922-2022

2022

Un siglo de innovación educativa para responder a los desafíos sanitarios del país



1987



Juan Rivera / Eduardo Lazcano
Héctor Gómez / Carlos Oropeza

Editores



Instituto Nacional de Salud Pública

1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
2000
2001
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022

ESPM**1922** Escuela de Salud Pública de México
100 AÑOS
2022

CIEN AÑOS DE LA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
DE MÉXICO, 1922-2022



Un siglo de innovación
educativa para responder a
los desafíos sanitarios del país

Juan Rivera / Eduardo Lazcano
Héctor Gómez / Carlos Oropeza

Editores

CIEN AÑOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, 1922-2022

Un siglo de innovación educativa para
responder a los desafíos sanitarios del país

Primera edición, 2022
D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-221-3

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida:

Rivera Dommarco JA, Lazcano Ponce EC, Gómez Dantés H, Oropeza Abúndez EC, Eds. Cien años de la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2022. Un siglo de innovación educativa para responder a los desafíos sanitarios del país. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.

Dirección general: Carlos Oropeza
Coordinación: Francisco Reveles, Ana Tlapale, Mónica Fuentes
Edición: Dominica Ocampo, Raquel Reyes, Jessica Gallegos,
María Elena Martínez, Iván Alanís
Diseño y formación: Thesis Biblos
Producción gráfica: Juan Pablo Luna

Digitalización de imágenes del

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: Palabra en Vuelo, SA de CV, Israel Barroso
Fotos del Instituto Nacional de Salud Pública: Luis Arias, Martín Benítez

Fotografías de portada y portadilla: **arriba:** Grupo de egresados en la escalinata de la Escuela de Salubridad, edificio sede del Departamento de Salubridad Pública, años veinte, ciudad de México (Fundación Cultural Bustamante Vasconcelos); **abajo:** Adiestramiento de enfermeras, 1947 (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud).

...la Escuela fue construyendo su propia identidad y un implícito sentido ético, al buscar aquel mecanismo que diera la pauta para despertar el interés, no sólo por adquirir conocimientos, sino también por asegurar su aplicación con el propósito de mejorar la salud de la población, aunado a un profundo sentido de equidad social...

ESPM 1922 Escuela de Salud Pública de México
100 AÑOS
2022



Página anterior: detalle de fachada, Instituto Nacional de Salud Pública, sede Cuernavaca.
Abajo: equipo para la dedetización, 1950.
Derecha: personal médico revisando un niño, 1952.



Foto: AHSS



Foto: AHSS

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo invaluable de las siguientes personas e instituciones, cuya colaboración fue fundamental para la realización de esta obra:

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: Pedro Flores Jiménez, extitular de la Unidad de Administración y Finanzas; Marco Vinicio Gallardo Enríquez, titular de la Unidad de Administración y Finanzas; César Vélez Andrade, director general de Tecnologías de la Información; Guadalupe López González, directora del Centro de Documentación Institucional; Irma Betanzos Cervantes, jefe de departamento de Archivo de concentración e histórico; Rogelio Vargas Olvera; Patricia Guadalupe Alfaro Guerra, y Patricia Olguín Alvarado.

Instituto Nacional de Antropología e Historia: Diego Prieto Hernández, director general; Juan Carlos Valdez Marín, director del Sistema Nacional de Fototecas; Arturo Eliseo Jaramillo Peñaloza, subdirector de la Fototeca Nacional, y Arturo Lechuga García, Digitalización y Catálogo Automatizado.

Fundación Cultural Bustamante Vasconcelos: Rosalba Bustamante Fuentes y Consuelo Bustamante Fuentes.

Instituto Nacional de Salud Pública: Adriana Ramírez, Rosa Elena Avilés, Natalia López, Sandra Sandoval, Mónica Yazmín Rodríguez, Omar Millán, Salvador Mejía, Alejandra Hernández, Grecia Areli Gutiérrez y Víctor Manuel Hernández.

Rockefeller Archive Center: Michele Hiltzik Beckerman, Assistant Director for Reference.

Personal de la jefatura de campaña contra la fiebre amarilla, del Departamento de Salubridad Pública (DSP), en Mérida, Yucatán, 1923.



Foto: AHSS



Contenido

PALABRAS DEL SECRETARIO DE SALUD	15
<i>Jorge Alcocer Varela</i>	
PRESENTACIÓN	17
Escuela de Salud Pública de México: innovando para el porvenir desde una tradición centenaria	
<i>Juan Rivera Dommarco y Eduardo C Lazcano Ponce</i>	
CAPÍTULO UNO	21
De la revolución sanitaria a la transición epidemiológica. El contexto sanitario en México a lo largo de los últimos 100 años	
<i>Héctor Gómez Dantés</i>	
CAPÍTULO DOS	63
Primera etapa de la Escuela: una institución en busca de su identidad (1922-1938)	
<i>Ana María Carrillo</i>	
CAPÍTULO TRES	107
Segunda etapa de la Escuela: enseñanza e investigación al servicio del pueblo (1938-1958)	
<i>Ana María Carrillo</i>	
CAPÍTULO CUATRO	159
Tercera etapa de la Escuela: el camino hacia la autonomía (1958-1982)	
<i>Ana María Carrillo y María Guadalupe Muro Hidalgo</i>	
CAPÍTULO CINCO	217
Cuarta etapa de la Escuela: integración de la enseñanza y la investigación en salud pública (1982-2022)	
<i>Ana María Carrillo, María Guadalupe Muro Hidalgo y Marisol Hernández Rivas</i>	
CAPÍTULO SEIS	309
Evolución de los programas académicos en el Instituto Nacional de Salud Pública. Una reseña crítica	
<i>Eduardo C Lazcano Ponce</i>	
CAPÍTULO SIETE	329
La centenaria Escuela de Salud Pública de México: diferenciación, tradición, liderazgo y reestructuración educativa	
<i>Eduardo C Lazcano Ponce</i>	





Página anterior abajo:
laboratorio de análisis
clínicos, 1953.

Enfermeras rurales, 1953.



Foto: AHSS

Abreviaturas usadas en los créditos de las fotos:

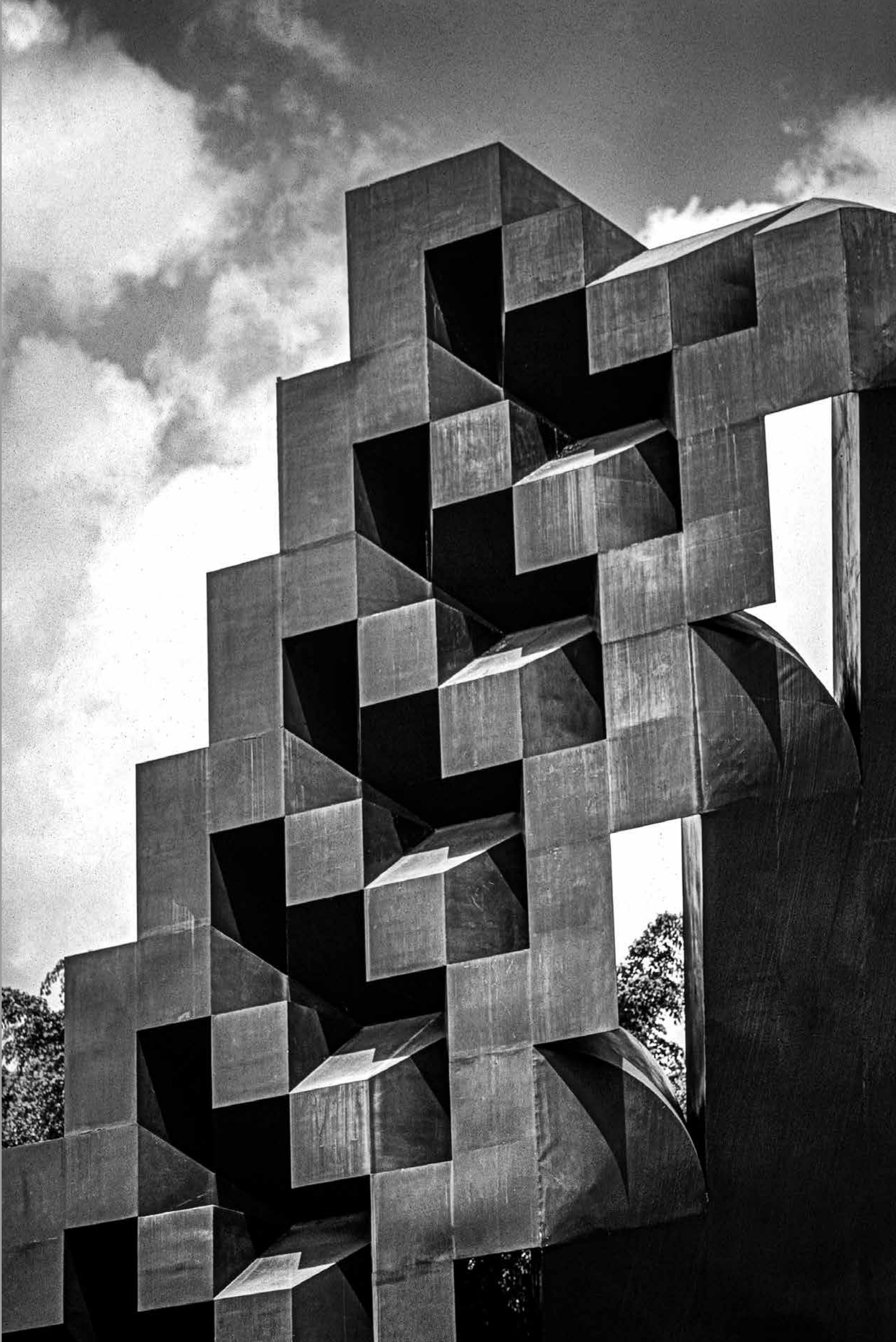
- Archivo Histórico de la Secretaría de Salud AHSS
- Fundación Cultural Bustamante Vasconcelos FCBV
- Instituto Nacional de Antropología e Historia INAH
- Instituto Nacional de Salud Pública INSP
- Dirección General de Promoción de la Salud DGPS
- Rockefeller Archive Center RAC



Personal rociando
DDT, 1950.

Página anterior:
patio interior
del edificio principal de la sede
Cuernavaca.

"Escalera cósmica", escultura de Sebastián, en la sede INSP Cuernavaca. Foto: Luis Arias



Centenaria Escuela de Salud Pública de México

LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO (ESPM) FUE FUNDADA EL 23 DE MARZO DE 1922, FECHA POSTERIOR A la creación de las primeras escuelas de salud pública en Estados Unidos de América (EUA), como la de Johns Hopkins en 1916 y aquéllas instituidas en Harvard, Yale y Columbia, entre otras. La Escuela de Salubridad, como se denominó inicialmente, fue la primera de su tipo en América Latina y la quinta en el ámbito mundial, y se encargó de brindar el primer título de salud pública en México, como oficial médico de salubridad, y el diploma de estudios superiores en higiene y salubridad pública. La Escuela de Salud Pública de México fue incorporada formalmente al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), según decreto publicado en el diario oficial del gobierno de México el 26 de enero de 1987. Cinco años antes, la ESPM había quedado establecida como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la misión de planear, organizar y realizar, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud, programas de formación y desarrollo de recursos humanos en el nivel técnico, superior y de posgrado, en los campos de la salud pública.

Durante cerca de 100 años, la ESPM ha brindado grados académicos de posgrado en salud pública a más de 18 000 profesionales. En 2022 la Escuela celebra su primer siglo, después de un largo proceso en el que se ha ido colocando como una de las instituciones más reconocidas por la calidad de sus programas académicos para la formación de profesionales e investigadores en el área de conocimiento que le compete. Por su parte, el INSP ha destacado por la relevancia de sus investigaciones para impulsar acciones y políticas de salud, sobre la base de un compromiso con prácticas de relevancia social y comunitaria.

Hoy celebramos la congruencia académica que ha mantenido la ESPM en sus diversas etapas. Al pasar el tiempo, las estrategias didácticas fueron ajustándose a los contextos históricos, políticos y sociales de cada época, pero siempre procurando un justo balance entre el saber académico y la calidad humana. La ESPM no solamente se ha enfocado en formar profesionales de alto nivel en salud pública, sino que ha buscado dotarlos, además de empatía, de valores y elementos humanos que sirvan para complementar el ejercicio de su profesión.

Actualmente, 24 programas académicos de la ESPM están incluidos en el padrón de excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México. Asimismo, el Consejo de Educación para la Salud Pública (CEPH, por sus siglas en inglés) de EUA acreditó por tercera ocasión al INSP (hasta julio de 2027), por cumplir con los estándares de calidad de sus programas académicos. Lo anterior valida a la ESPM, en la esfera internacional, como una institución que ofrece a sus estudiantes una educación completa en las cinco áreas básicas de la salud pública: epidemiología, bioestadística, salud ambiental, ciencias sociales y del comportamiento, y administración en servicios de salud.

Al tiempo de la celebración por el centenario de la Escuela de Salud Pública de México, la implementación de una reforma de su modelo educativo se encuentra en desarrollo y constituye una prioridad institucional.

JORGE ALCO CER VARELA
Secretario de Salud



Foto: AHSS



Escuela de Salud Pública de México:

1
A CONMEMORACIÓN DEL centésimo aniversario de la Escuela de Salud Pública de México es un motivo para celebrar a sus precursores, así como a los diversos actores que han sido partícipes y responsables de conformar una enorme tradición docente y de liderazgo académico. Durante sus primeros 100 años, la Escuela ha formado a más de 18 000 alumnos en un ambiente de libertad y tolerancia; sin duda se trata de recursos humanos de gran valor; por su importante papel en la transformación y aplicación de las políticas de salud en beneficio de la sociedad.



Foto: AHSS

innovando para el porvenir
desde una tradición centenaria



Página anterior:
laboratorio de higiene
industrial, 1953.

Arriba: encuestas
serológicas en escuelas
prevocacionales, 1953.

*La educación
no cambia al mundo:
cambia a las personas
que van a cambiar el mundo.*

Paulo Freire

nos enorgullece presentar esta obra que conmemora el centenario de la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), fundada el 23 de marzo de 1922. Este libro constituye la culminación de un magnífico esfuerzo profesional por describir la historia de nuestra institución, al seguir el hilo conductor generado por sus propios actores en el desarrollo y la actualización de los programas de educación superior en el campo de la salud pública. Este hecho nos llena de entusiasmo ante la posibilidad de difundir ampliamente los contenidos del presente volumen, para dar a conocer el gran pasado de la Escuela y reflexionar sobre su enorme potencial en el futuro. En los textos presentados aquí, lo que queda de manifiesto, y lo que puede ser interpretado a partir de la historia de la ESPM, es que los métodos de enseñanza han ido evolucionando y lo seguirán haciendo, pero no su finalidad intrínseca. Es decir, los objetivos de la enseñanza no cambiaron a lo largo de su existencia; han permanecido inalterables.

Uno de los mayores desafíos que la Escuela ha enfrentado con el tiempo es la búsqueda de un equilibrio entre la formación científica y humanística, por lo que la inculcación de valores se ha constituido como una tarea fundamental en la relación profesor-estudiante. A este respecto, la Escuela fue construyendo su propia identidad y un implícito sentido ético, al buscar aquel mecanismo que diera la pauta para despertar el interés, no sólo por adquirir conocimientos, sino también por asegurar su aplicación con el propósito de mejorar la salud de la población, aunado a un profundo sentido de equidad social.

Otro desafío a lo largo de la historia de la Escuela ha sido la integración entre la generación de conocimientos, por un lado, y la formación de los futuros salubristas y los investigadores en salud pública, por el otro. La combinación de estas funciones fue evolucionando a lo largo de nuestra historia y se consolidó mediante la figura de profesor-investigador y la creación de programas académicos para la formación de salubristas, junto con maestrías y doctorados en ciencias dirigidos a la preparación de investigadores.

Queremos aprovechar este espacio para brindar un reconocimiento al grupo selecto de profesores-investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), quienes, a lo largo del tiempo, y a través de sus actividades de investigación, enseñanza y mentoría, han prodigado con pasión su asesoramiento educativo. Es preciso señalar en este sentido que, durante los primeros 100 años, la ESPM ha formado a cerca de 18 000 egresados en un ambiente escolar de libertad y tolerancia.

La conmemoración del centésimo aniversario de la Escuela de Salud Pública de México es un motivo para celebrar y recordar a sus precursores, así como a los diversos actores que han sido partícipes y responsables de conformar una enorme tradición docente y de liderazgo académico. Los aniversarios institucionales deben

ser aprovechados para evaluar la pertinencia y la oportunidad del legado que han construido, al igual que las principales contribuciones derivadas de la formación de recursos humanos en salud. Esta obra constituye una oportunidad para evaluar la trascendencia de los logros alcanzados a lo largo del tiempo y para perfilar la ruta que debe seguir nuestra escuela hacia la edificación de un mejor porvenir.

Ahora bien, la conmemoración es para celebrar los 100 años de la Escuela, que se constituye en una institución benemérita, no sólo por su tradición centenaria, sino por su singular mérito de formar egresados de posgrado en salud pública, capaces de contribuir a la transformación y aplicación de las políticas de salud en beneficio de la sociedad.

En esta obra –que se comparte no sólo con toda la comunidad académica del INSP, sino con los egresados y profesionales de todas las ramas del conocimiento y público en general– subyace el propósito de acrecentar el orgullo de formar parte de la comunidad institucional, y sin duda ello contribuirá a integrar y reclutar con ese ánimo a los próximos miembros de la colectividad escolar.

En este libro conmemorativo se establece el ideario de la emblemática Escuela de Salud Pública de México, a lo largo de diferentes etapas de liderazgo y autonomía de cátedra. Se reconocen los grandes logros institucionales pero también, desde una perspectiva crítica propositiva, las necesidades de innovación de cara al inicio de los próximos 100 años.

La Escuela de Salud Pública de México se encuentra, en ese sentido, por iniciar una segunda gran etapa de vida institucional, y nos sentimos muy orgullosos de su glorioso pasado y de su promisorio futuro. No tenemos duda de que la ESPM y el INSP deberán dar continuidad a un proceso de evolución permanente, al igual que a un desarrollo institucional robusto y renovado; deberán ofrecer también una de las mejores opciones de formación de posgrado en salud pública, no ya en la región de Latinoamérica, sino en el ámbito global.

A 100 años de la fundación de la Escuela –y a 35 años de la creación del INSP, institución que la alberga–, las diversas generaciones de profesores, alumnos y directivos que han protagonizado su ya larga historia deben estar muy orgullosos y satisfechos por los logros alcanzados en favor de la salud pública de México.

JUAN RIVERA DOMMARCO
EDUARDO C LAZCANO PONCE



De la revolución sanitaria a la transición epidemiológica

EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE los últimos 100 años en México da cuenta de los enormes avances alcanzados en las condiciones de salud de la población y pone de manifiesto lo complejo que ha sido cambiar hacia la baja las tendencias de enfermedad y muerte en el país. Lo anterior ha sido producto del trabajo de varias generaciones, de la consolidación de las instituciones encargadas de velar por la salud de los mexicanos y de la búsqueda de la equidad en la aplicación de las intervenciones preventivas.



Foto: AHTS

El contexto sanitario en México a lo largo de los últimos 100 años

Arriba: experimentación y comprobación en animales, Laboratorio BCG. Ciudad de México, 1952.

Héctor Gómez Dantés⁽¹⁾

(1) Investigador en ciencias médicas E, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

**TEZCATL,
ESPEJO DE OBSIDIANA
QUE ANUNCIA
EL FUTURO**

Introducción

Los nahuas contaban con todo un *corpus* de presagios (*tetzáhuitl*) que se expresaban en forma de “cometas, inundaciones, hervor de las aguas del lago, el llanto lúgubre de una mujer, incendios de templos, voces misteriosas, apariciones de seres bicéfalos”, y fueron interpretados como los designios de las deidades anunciando la caída del imperio mexica. Si bien en ese entonces Tlantepuzilama –“la anciana de dientes de cobre, agorera y hechicera de gran reputación”– fue consultada para conocer el futuro de la patria amenazada, hoy ya no se recurre a sus pócimas preparadas con “tezontle negro, hule, tabaco y chile, sangre de harpía, ojos de aves nocturnas, pelos de mico hembra malparida, sangre de niña tierra corrompida, dientes de tiburón, entrañas de mujer recién casada, hiel de venado en brama”,¹ para escapar de la oscuridad, las tinieblas y, menos aún, del confinamiento provocado por la pandemia de Covid-19. Hoy se cuenta con instituciones, centros de investigación, alianzas científicas y multidisciplinarias que permiten entender los fenómenos sanitarios más complejos y apostar por escudos y “balas mágicas” más certeras para dominar las epidemias de nuestros días.

La fundación de la Escuela de Salud Pública de México (ESPM) (1922) ocurrió poco después de los devastadores efectos de la pandemia gripal de 1918-1919, que arrebató la vida de medio millón de mexicanos. Justo 100 años después se presenta la pandemia de otra infección respiratoria (por Covid-19) y se cumplen 500 años de la conquista de América (1521), que se sustentó en una alianza entre el ejército y la Iglesia católica, escoltada por la epidemia de viruela, la cual facilitó la invasión militar española. Esta serie de eventos irrumpe como el augurio de un ciclo que se cierra pero que da entrada a otro que pronostica épocas igual de complejas.

El nacimiento de la ESPM siguió a la creación de la primera Escuela de Higiene y Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, en Estados Unidos de América (EUA),² y en México respondió a la conjunción de diversas instancias que confluyeron para restaurar el orden civil y cimentar las bases institucionales de un país que aspiraba a posicionarse en el mundo como una potencia económica, cultural y científica. Sin lugar a dudas, uno de los escenarios donde México destacó a lo largo de estos 100 años fue el de la salud pública, gracias a la vitalidad de personajes distinguidos, la organización de programas sanitarios innovadores, la puesta en marcha de políticas modernizadoras y la fundación de instituciones científicas y académicas internacionalmente reconocidas. La ESPM es un fiel testigo de estos logros, pues acompañó y moldeó la gesta de esas grandes transformaciones sanitarias en el país, al ir integrando los avances científicos de cada época a los programas académicos y, con ello, garantizando la formación de un extenso ejército de sanitaristas, enfermeras, técnicos estadísticos, epidemiólogos e investigadores responsables de organizar las estrategias de salud pública que fueron modelando el perfil epidemiológico de la nación mexicana.

Durante los últimos 100 años México transitó de la dictadura porfiriana y la Revolución a la hegemonía de un solo partido político y a una vida democrática en tensión. Dejó de ser una nación eminentemente agrícola; pasó a ser dependiente del petróleo para convertirse en un país con una economía diversificada, que en su momento fue protegida por el Estado y que ahora se encuentra cruzando las fronteras del libre mercado. Su población económicamente activa (PEA) abandonó el sector primario para buscar nuevas fuentes de empleo en el de los servicios y en la industria de la transformación. Esto provocó una intensa migración del campo a las ciudades ubicadas en el centro del país, para luego fincarse en las maquiladoras de la frontera norte y los centros turísticos, de tal forma que el territorio nacional se polarizó en regiones con distintos niveles de desarrollo. El crecimiento desigual y la falta de oportunidades en ciertas regiones del país también propiciaron una oleada de migrantes hacia las naciones del norte.

Las puertas del siglo XX se abrieron para ver pasar generaciones que nacieron en el campo, sin acceso a la educación, formadas por familias muy fecundas, con reducidas oportunidades de empleo, envueltas en costumbres y tradiciones, cerradas a los avances científicos y temerosas de las innovaciones tecnológicas. Fueron familias que crecieron aisladas en el mundo de provincia, en viviendas sin luz o agua potable, escuchando la radio, sin acceso a los servicios de salud, y que murieron jóvenes por causas predominantemente infecciosas. A principios del siglo XXI, estas puertas se ampliaron para dejar pasar nuevas generaciones nacidas en los centros urbanos, conformadas por familias menos numerosas, menos cerradas a los nuevos estilos de vida, menos arraigadas, pero más consumidoras de la tecnología, y masivamente expuestas a los efectos nocivos del tabaco, el alcohol, las drogas ilegales y la industrialización. Si bien ahora están mejor educadas, sus valores están moldeados por la influencia de la televisión y el internet. Su enfrentamiento con la muerte es más tardío; las causas que las llevan a la muerte son más incapacitantes y duraderas, no importa que la cobertura de los servicios médicos sea mucho más amplia. Estos cambios no han despojado al país de su riqueza natural ni cultural, pero tampoco han eliminado la pobreza y la marginación; sin embargo, sí han tenido un impacto considerable en los niveles de salud y en la mejoría de las condiciones de vida. La ventana sanitaria en este nuevo siglo empieza a mostrar un horizonte impregnado de nuevos y más complejos riesgos para la salud que provocan vertiginosos cambios en el perfil epidemiológico, así como una búsqueda constante de esquemas de atención, prevención y programas de salud más efectivos y equitativos.³

Abordar el perfil epidemiológico de México en los últimos 100 años no puede limitarse a la descripción anecdótica ni a la enumeración cronológica de los hechos que marcaron los avances en las condiciones de salud de la población

mexicana. Son muchos los procesos involucrados en el cambio; son complejos los determinantes, e irregulares el ritmo y la dirección de las transformaciones en el perfil sanitario de México. El panorama que aquí se describe intenta dar una visión de los cambios en el campo institucional, demográfico y epidemiológico; sin pretender ser exhaustivo, busca distinguir y destacar las épocas, los hitos, el papel de algunos protagonistas y los programas que catalizaron el cambio.

Marco institucional

durante el periodo de la Colonia, la institución encargada de la atención médica fue la Iglesia, que detentaba el monopolio conceptual de la explicación de la salud y la enfermedad en términos de “gracia” o “castigo divino”, respectivamente. En afinidad con aquel orden teológico, la caridad cristiana acaparó la concepción que permeaba la prestación de los servicios de acuerdo con la condición social de sus habitantes, y la atención médica se brindaba a través de un conjunto de hospitales –edificados por diversas órdenes religiosas–, ubicados en las principales regiones de la Nueva España. Debido a que los indígenas no tenían derecho a ser atendidos en los hospitales para españoles, criollos y mestizos, se crearon instituciones especiales como el Hospital Real de San José de los Naturales, lo cual abrió el camino hacia una atención fragmentada. Durante la época de las reformas juaristas, las instituciones de salud se fortalecieron por las presiones del naciente orden civil, influido por las ideas de los enciclopedistas franceses. En ese periodo se renunció a la idea de la caridad cristiana como eje en la prestación de servicios médicos, al mismo tiempo que los médicos fueron asumiendo el papel protagónico que antes desempeñaban los religiosos en los hospitales. A partir de estas reformas, y con las leyes de desamortización de los bienes eclesiásticos, la ideología que abanderó los servicios médicos cambió de la caridad a la beneficencia y asistencia pública.⁴

En julio de 1879, el Consejo Superior de Salubridad estableció relaciones con instituciones de salubridad de otros países para intercambiar informes y coordinar las acciones relacionadas con la salud en las fronteras. Fue en 1889 cuando el doctor Eduardo Liceaga consolidó la política sanitaria al presentar el proyecto del Código Sanitario, donde se abordaron los principios que regirían el funcionamiento de los servicios de sanidad marítima en puertos y lazaretos, de sanidad en



Personal de la campaña contra la fiebre amarilla y sede de la Jefatura. Mérida, Yucatán, 1923.



poblaciones fronterizas y de sanidad federal. Este código no alcanzó a todos los estados ni a las zonas rurales porque no fue un instrumento de salubridad nacional. La revolución científica ocurrida en Europa durante el siglo XIX culminó con la emergencia de la teoría microbiológica y transformó radicalmente las concepciones de la salud y la enfermedad; a raíz de lo anterior, la prestación de los servicios empezó a regirse conceptualmente por la corriente francesa del higienismo, que llegó a México durante el porfiriato. A través del Consejo Superior de Salubridad, se organizaron campañas para combatir la viruela, la fiebre amarilla y la peste bubónica, que diezmaban periódicamente la salud de la población. En 1891, 1894 y 1902 se expidieron tres códigos sanitarios que reflejaban la rápida evolución de nacies disciplinas como la microbiología, la parasitología y la higiene, y que fueron regulando la organización sanitaria de acuerdo con el progreso científico de la época. En agosto de 1906, México ingresó a la Organización Sanitaria de los Estados Americanos y reafirmó los acuerdos de la III Convención Sanitaria de Washington sobre la creación y las funciones de la Policía Sanitaria Internacional.⁵

A principios de 1910, México contaba con 213 hospitales (17 en la ciudad capital) y las unidades médicas estaban organizadas –según propiedad y financiamiento– en públicas, particulares, militares y empresariales.⁶ Como producto de la lucha armada, también se originaron instituciones de asistencia humanitaria –como los hospitales de sangre y las denominadas cruces o unidades de emergencia–, y ya avanzada la década se impulsaron programas de profesionalización en la Escuela Médico Militar.⁷ Pasado el periodo bélico de la Revolución, las bases de la salud pública quedaron plasmadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917.

El 1 de junio de 1924, durante la VII Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en La Habana, Cuba, se aprobó el Código Sanitario Panamericano con los objetivos básicos de:

- a) prevenir la propagación internacional de infecciones;
- b) estimular y adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades;
- c) uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países;
- d) estimular el intercambio de información para mejorar la sanidad pública, y por último,
- e) uniformar las medidas para impedir la introducción de enfermedades transmisibles y eliminar toda barrera para el comercio y la comunicación internacional.⁸

hitos

- 1903** Inician campañas contra fiebre amarilla y paludismo
- 1905** Instituto Bacteriológico Nacional (IBN); comienza la producción de sueros (antidiftérico, antitetánico y tuberculina) y vacunas (antivariolosa)
- 1906** México ingresa a la Organización Sanitaria de los Estados Americanos
- 1908** Empieza la campaña contra la sífilis
- 1911** El Dr. Eduardo Liceaga establece la higiene social. Se introduce la vacuna contra la viruela (1804), la difteria y la peste
- 1912** Primer convoy sanitario del mundo (tren hospital)
- 1915** Epidemia de tifo
- 1916** Campaña contra el tifo. Escuela Constitucionalista Médico Militar
- 1917** Se crean el Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP). Se impulsa la Campaña Nacional Antivariolosa
- 1918** Influenza española, con 500 000 muertos
- 1921** Campaña Nacional contra la Fiebre Amarilla
- 1922** Escuela de Salubridad
- 1924** Durante la VII Conferencia Sanitaria Panamericana en La Habana, Cuba, se promueve el Código Sanitario Panamericano
- 1925** Año de la Salubridad Mexicana. Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública
- 1926** Decreto presidencial que declara obligatoria la vacunación antivariolosa. Delegaciones Federales de Salubridad. Campaña Nacional contra el Paludismo
- 1927** El Instituto Bacteriológico Nacional se transforma en Instituto de Higiene. Continúa la producción de las vacunas antivariolosa, antirrábica, BCG, DTP y antitifoídica; de sueros heterólogos hiperinmunes y de reactivos para diagnóstico

hitos

1928	Se produce BCG con cepas remitidas por el Dr. Calmette. Unidades Sanitarias Cooperativas
1929	Maximiliano Ruiz Castañeda desarrolla la vacuna contra el tifo. Inicia la vacunación con BCG
1930	Campaña Nacional contra la Lepra
1931	Servicio de Higiene Rural
1932	Campaña Nacional contra la Oncocercosis
1934	Plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República. Campaña Nacional contra la Tuberculosis
1936	Servicios Médicos Ejidales Cooperativos
1937	Secretaría de la Asistencia Pública
1939	Unidades Médico-Sanitarias Cooperativas. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET)
1941	Campaña Nacional contra el Cáncer
1943	Se introduce el DDT. Se impulsa la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas. Se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México. Se inicia la Campaña Nacional contra el Bocio
1951	Último caso de viruela en Tierra Nueva San Luis Potosí. Campaña Nacional contra la Poliomielitis
1952	Erradicación de la viruela
1953	Programa de Bienestar Social Rural
1955	Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo
1959	Campaña Nacional contra Tosferina, Difteria y Tétanos
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Campaña Nacional para la Erradicación del Mal del Pinto
1961	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas. Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI)
1962	Campaña Nacional contra la Fiebre Reumática

En 1926 se crearon las Delegaciones Federales de Salubridad, como entidades responsables de llevar a cabo el registro de las estadísticas vitales, la organización de campañas de control de enfermedades infecciosas y la observancia de las leyes sanitarias nacionales e internacionales. El énfasis preventivo y vigilante estuvo encaminado a la detección del cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica, el tifo exantemático, la meningitis cerebroespinal, la encefalitis letárgica o epidémica, la poliomielitis aguda, la influenza o gripe epidémica, la fiebre tifoidea y otras fiebres paratíficas. Alrededor de 1928 se establecieron las unidades sanitarias, cuyo objetivo fue proveer de acciones preventivas como la vacunación contra la viruela, la medicación de quinina para tratar el paludismo, la atención maternoinfantil y el cuidado dental, además de la construcción de letrinas y visitas domiciliarias de inspección de criaderos de *Aedes aegypti*. Estas unidades iniciaron la federalización de la salud y afianzaron las campañas itinerantes y los trabajos de educación higiénica en las comunidades rurales.^{9,10}

El Consejo Superior de Salubridad fue sustituido por el Departamento de Salubridad Pública, y una vez instaurado el nuevo orden posrevolucionario, Lázaro Cárdenas promovió un cambio en la prestación de servicios de salud más congruente con las nuevas condiciones económicas y sociales. Su política de apoyo a las clases campesinas y al desarrollo rural se hizo patente con la distribución de tierra, el apoyo al ejido, la instalación de pequeñas industrias y cooperativas, la construcción de carreteras que unieron las zonas agrícolas a los mercados nacionales, y su política sanitaria hacia las zonas rurales. En 1931 se estableció el Servicio de Higiene Rural dentro del mismo Departamento y en 1934 se impulsó el Plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, que dio origen a los Servicios Sanitarios Coordinados. En 1936 el Departamento de Salubridad Pública inició el Programa de Servicios Médicos Ejidales, como una red de servicios sanitarios y asistenciales que posteriormente se conocerían como las Unidades Médico-Sanitarias Cooperativas.¹¹ La carencia de personal que ofreciera servicios de salud en el medio rural motivó un giro en la formación universitaria que José Vasconcelos –rector de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1920– criticó refiriéndose a la producción de profesionistas “individualistas, egocentristas y simuladores”, y señalando la necesidad de “convertirlos en individuos capaces y solidarios”. Esta iniciativa fue acompañada por la creación de las Brigadas de la Juventud de la Universidad Nicolaíta de Michoacán, que impulsó la puesta en marcha del servicio social en medicina a partir de 1936¹² e inclusive motivó la creación de la Escuela Superior de Medicina Rural dentro del Instituto Politécnico Nacional en 1938.¹³

Foto: INAH (Donnel)



Inspectores de Sanidad. Veracruz, 1907.

Foto: INAH (Donnel)



Foto: INAH (Casasola)



Enfermera atendiendo a un hombre en la calle. Ciudad de México, ca. 1920.

Primeros doctores de la Junta de la Sanidad: Lavín, Canublio, Bustamante, Mattin, Carbajal, Nuris, Saravia y Fernández, 1907.

Foto: AHIS



Equipo de trabajo del doctor Hernández Fajardo, 1920.



Foto: INAH (Casasola)

Grupo de personas esperando atención en un hospital. Ciudad de México, ca. 1915.

Despjoamiento en una vecindad. Ciudad de México, ca. 1940.



Foto: INAH



Foto: INAH

Madres con sus hijos formadas para vacunación. Ciudad de México, ca. 1940



Foto: AHSS

Obras de relleno y saneamiento. Tampico, Tamaulipas, 1936.



Foto: AHSS

Unidad móvil con teatro guiñol, y público asistente a una representación en el Museo Nacional de Higiene. Ciudad de México, 1955.



Foto: AHSS

En 1937 se creó la Secretaría de la Asistencia Pública, cuyo contenido ideológico resumía las obligaciones sociales del gobierno con la población mexicana. En 1943, ante la expectativa de la industrialización del país, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el fin de atender a la nueva y creciente clase obrera mexicana. En ese mismo año se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), mediante la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública.¹⁴ La SSA y el IMSS surgieron como parte de un proyecto nacional centralista, y la organización de la atención a la salud se rigió con criterios económicos y políticos que privilegiaron a sectores sociales estratégicos como los obreros, las fuerzas armadas y los trabajadores de Petróleos Mexicanos, para los cuales se crearon instituciones específicas de atención médica, como sucedió en 1959 con los empleados estatales, para quienes se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La extensión de los servicios de salud hacia las áreas rurales fue retomada por diferentes agencias de bienestar rural como la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional Indigenista, así como por el IMSS en su componente de trabajadores del campo (1954), trabajadores cañeros (1963) y trabajadores del henequén (1972). En 1973 se inició un programa de solidaridad social en 28 estados de la República, como parte de la política para cubrir a 35 millones de mexicanos que carecían de servicios médicos; en 1974 esa iniciativa se consolidaría en el Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria, que finalmente culminaría con la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1977. En 1979 se suscribió un convenio con el IMSS para extender la cobertura a 10 millones de beneficiarios en zonas desérticas y marginadas. La experiencia administrativa y la infraestructura del IMSS permitieron la creación de 3 025 unidades médicas y 60 hospitales rurales con los que se amplió la cobertura a mexicanos que siempre habían carecido de un acceso regular a los servicios de salud. A partir de 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió a IMSS-Solidaridad* y luego a IMSS-Oportunidades,** que operaban en 17 entidades federativas, a través de una red regionalizada de servicios compuesta por 3 540 unidades médicas rurales (UMR) y 69 hospitales rurales, que atendían a 11 millones de personas en comunidades rurales marginadas.¹⁵⁻¹⁷

Esta diversidad de instituciones de atención a la salud refleja la diferenciación social engendrada por la Revolución, que trastocó la estructura del sector agrícola y cambió el rumbo de la economía mexicana hacia un proyecto nacional industrializador. Durante los años cuarenta coexistieron en México una clase obrera que crecía y adquiriría importancia, una clase campesina en crisis y un sector

hitos

- 1963** Campaña Nacional contra las Diarreas. Campaña Nacional contra las Neumonías. Erradicación continental del *Aedes aegypti*
- 1964** Programa Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural. Campaña Nacional de Prevención de Accidentes
- 1967** Eliminación del *Aedes aegypti*
- 1968** Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN)
- 1971** Programa de Extensión de Cobertura
- 1972** Programa Nacional de Planificación Familiar
- 1973** Programa Nacional de Inmunizaciones. Campaña de vacunación contra el sarampión
- 1976** Cesa la producción de la vacuna antivariolosa
- 1977** Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- 1979** Programa IMSS-COPLAMAR
- 1980** Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada de las Grandes Urbes
- 1983** Derecho de protección a la salud en la Constitución mexicana
- 1985** Días Nacionales de Vacunación
- 1986** Se funda el Comité Nacional de Prevención del Sida, antecedente del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA)
- 1987** Se crea el Instituto Nacional de Salud Pública y el Sistema de Encuestas Nacionales en Salud
- 1990** En Tomatlán, Jalisco, se presenta el último caso de poliomielitis
- 1991** Programa de Agua Limpia. Programa de Vacunación Universal (CONAVA y PROVAC). Entra el cólera en México

* Georgina Velásquez Díaz (generación 1969 de la Escuela) fungió como coordinadora general.

** Celia Escandón Romero (gen. 1976) y Javier Cabral Soto (gen. 1979) fueron actores relevantes en la dirección de dicha institución.

hitos

1992	Semanas Nacionales de Salud
1995	Programa de Ampliación de Cobertura. Certificación de la Eliminación de la Poliomielitis
1997	México se encuentra libre de la transmisión de sarampión. Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Creación del Seguro de Salud para la Familia del IMSS. Cartilla Nacional de Salud de la Mujer
2001	Programa Arranque Parejo en la Vida
2003	Seguro Popular de Salud
2005	Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza
2007	Seguro Médico para una Nueva Generación
2008	Ley de Protección a la Salud y creación de espacios 100% libres de humo de tabaco
2009	Influenza A(H1N1) en La Gloria, municipio de Perote, Veracruz. Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal, Tratamiento Óptimo y Oportuno (PRONTO)
2010	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Regulación y Promoción para el uso adecuado de antibióticos en México
2012	Vacunación universal contra el virus del papiloma humano en mujeres de 10 y 11 años
2013	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
2015	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)
2019	Instituto de Salud para el Bienestar
2020	Epidemia de Covid-19, por el virus SARS-CoV-2, en México

de empleados públicos y privados que se expandía conforme crecía el aparato institucional del Estado en paralelo a las empresas privadas. El hecho de que –desde su origen– las instituciones de salud estuvieran orientadas a la atención de distintos universos poblacionales determinó que su articulación funcional fuera una tarea sumamente compleja y que coexistieran poblaciones privilegiadas en el acceso a una amplia gama de servicios de salud, mientras que amplios sectores de la población no contaban con los servicios básicos del primer nivel de atención.

Al inicio de 1980 se avanzó en la conformación del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo fue superar las diferencias entre las instituciones de seguridad social y las prestadoras de los servicios de salud a la población abierta. La adición del derecho a la protección de la salud en el artículo cuarto constitucional en 1983 fue concebida como reclamo legítimo de la sociedad mexicana de aspirar a mejores niveles de vida. A la par del derecho a la salud, la legislación sanitaria se reformó, con lo cual se iniciaron los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de salud para la atención de la población abierta. En esa fase inicial, 14 estados de la Federación suscribieron convenios para hacerse cargo de la prestación de los servicios médicos; sin embargo, el proceso quedó incompleto, aunque constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema en su conjunto.

En las dos últimas décadas el gobierno mexicano realizó diversos intentos de reforma al sistema de salud para crear un sistema de cobertura universal, de amplio acceso y elevada eficiencia técnica y financiera. Las reformas en el sistema de salud –enmarcadas bajo el programa del Seguro Popular– lograron otorgar seguridad social a cerca de 50 millones de mexicanos que no contaban con ningún tipo de protección.^{18,19} Las evaluaciones externas que se hicieron del Seguro Popular indican que las familias más pobres se afiliaron preferentemente a este programa; se incrementó la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios y se extendió la cobertura efectiva de diversas intervenciones –como la vacunación, la atención del parto por personal calificado, la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de la hipertensión–,²⁰ además de que se redujeron los gastos catastróficos asociados a la atención médica. Las más recientes reformas que desplazaron al Seguro Popular con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) tienen pendiente confirmar los cambios deseados de cobertura universal, de calidad y gratuidad de los servicios de salud para todos los mexicanos (cuadro 1).

Cuadro I.
Evolución de la política sanitaria en México, 1800-2020

Periodos	1800-1920	1920-1940	1940-1980	1980-2000	2000-2020
Principios rectores	<ul style="list-style-type: none"> De la caridad cristiana a la beneficencia pública 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia pública 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad social 	<ul style="list-style-type: none"> Extensión de cobertura Calidad de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura universal/Equidad
Desarrollo institucional	<ul style="list-style-type: none"> De los hospitales religiosos al Consejo Superior de Salubridad 	<ul style="list-style-type: none"> Instituto de Higiene Departamento de Salubridad Pública Secretaría de la Asistencia Pública Escuela de Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> IMSS, SSA, ISSSTE Institutos Nacionales de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Progres, Oportunidades CONAVA, CONASIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Popular; sistema universal de salud; INSABI Reforma: unificar SNS
Enfoque/ Abordajes	<ul style="list-style-type: none"> Sanitarismo experimental, cuarentenas, variolización, puestos de socorro, trenes, brigadas y policías sanitarias, lazaretos y campañas 	<ul style="list-style-type: none"> Ingeniería sanitaria Saneamiento rural Higiene 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas específicas Erradicación de viruela, paludismo (CNEP) Especialidades clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> Paquete básico de servicios Prevención y control de riesgos, tamizaje 	<ul style="list-style-type: none"> Programas integrados de salud (PreveniMSS) Paquete de intervenciones
Enfermedades prototipo	<ul style="list-style-type: none"> Influenza, peste, tifo, cólera, fiebre amarilla 	<ul style="list-style-type: none"> Paludismo, tifo, tuberculosis, viruela 	<ul style="list-style-type: none"> Paludismo, tuberculosis, rabia, bocio, mal del pinto, prevenibles por vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> Transición epidemiológica Enfermedades crónicas y emergentes: cáncer, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular Infecciones emergentes: sida, dengue, influenza A(H1N1), cólera 	<ul style="list-style-type: none"> Doble carga de la enfermedad Arbovirus, influenza A(H1N1), Covid-19 Mala nutrición: obesidad y sobrepeso, diabetes mellitus, adicciones, violencia
Orientación de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Limitada a las regiones económicas estratégicas 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud rurales 	<ul style="list-style-type: none"> Diversificación institucional y fragmentación poblacional Centralización en áreas urbanas 	<ul style="list-style-type: none"> Descentralización Confluencia operativa Coberturas de programas 	<ul style="list-style-type: none"> Prevención, UNEMES, cobertura universal, equidad
Registro de información	<ul style="list-style-type: none"> Del registro parroquial de bautismos y muertes al Registro Civil: nacimientos y defunciones Clasificación Internacional de Enfermedades CIE (1893) 1er. Anuario Estadístico 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas vitales, 1er. Boletín (1924) Registro Civil, Censos (1895-1921) Anuario Estadístico (serie histórica 1922-1938) Registro manual de casos 	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de defunción Registros administrativos Dirección de Bioestadística (1952) Notificación periódica (1944) obligatoria de enfermedades Programas especiales Registro centralizado 	<ul style="list-style-type: none"> Sistemas especiales de vigilancia Encuestas Nacionales de Salud (1987) Registro automatizado (SUIVE) EPI-MORTI y SEED 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de riesgos, SIG Sistema de Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición Plataformas interactivas de información en línea SINAIS: cubos de mortalidad (2009) Certificado de nacimiento

Siglas: IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Conava: Consejo Nacional de Vacunación; Conasida: Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida; Insabi: Instituto de Salud para el Bienestar; SNS: Sistema Nacional de Salud; CNEP: Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo; Unemes: unidades de especialidades médicas; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica; SEED: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones; Sinais: Sistema Nacional de Información en Salud; SIG: sistemas de información geográfica.

Fuente: elaboración propia.

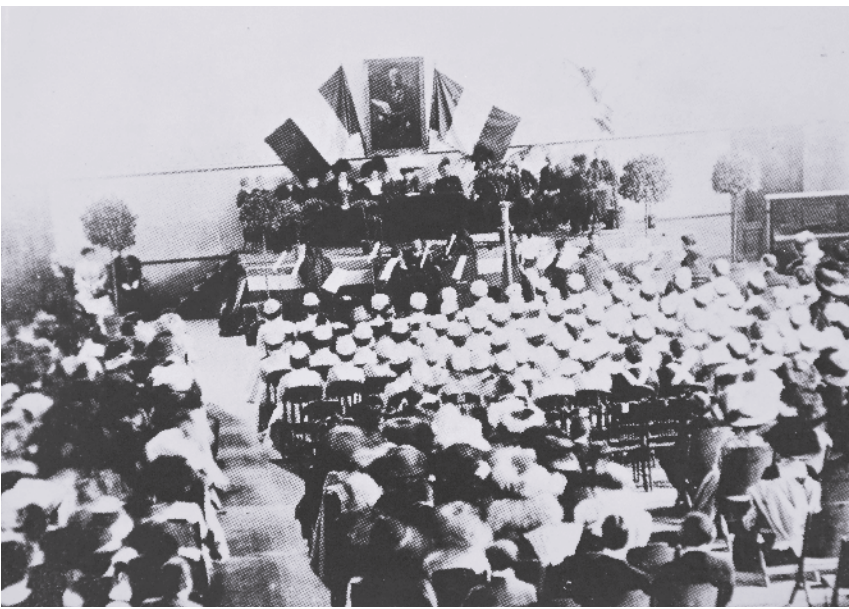
Políticas de población y dinámica demográfica

El recuento censal más antiguo de lo que hoy es México se hizo durante la segunda migración de los chichimecas al Valle de México; debido a ese gran desplazamiento el rey Xólotl ordenó que todos sus súbditos fueran contados. Lo mismo hicieron los aztecas mientras perduró su imperio pues, con fines tributarios, realizaron una serie de registros de las regiones y pueblos que permitió cuantificar a la población asentada en su territorio. En el periodo colonial, la ambición tanto de militares como de religiosos dio continuidad a la actividad censal, de tal manera que fue posible contar con un catastro detallado, tanto de los cuerpos y las almas,²¹ como de las riquezas de los territorios conquistados. Uno de los documentos más antiguos es la “Suma de visitas de pueblos por orden alfabético”, elaborado por frailes evangelizadores en el siglo XVI. Alrededor de 1580 el rey Felipe II ordenó el levantamiento de las “relaciones geográficas”, que integraron los datos geográficos, demográficos y económicos de todas las colonias españolas. El trabajo estadístico más importante de la época colonial fue el Censo General de Población de la Nueva España ordenado por Juan Vicente de Güemes Pacheco de Padilla y Horcasitas, segundo conde de Revillagigedo y quincuagésimo segundo virrey de la Nueva España. Este hombre también fue responsable de la creación del Archivo General de la Nueva España (hoy Archivo General de la Nación). El Censo de Revillagigedo –levantado en 1790– acusó 4.4 millones de habitantes y sirvió de base al Barón Alejandro de Humboldt para la realización de sus *Tablas geográfico políticas del Reino de Nueva España* y el *Ensayo político sobre el Reino de la Nueva España*.^{22,23}

La historia moderna de los censos mexicanos inició en 1895 con el levantamiento del primer censo general de población, que detectó 12.6 millones de habitantes. El censo levantado en 1910, en vísperas del derrumbe del régimen porfirista, contabilizó una población ligeramente superior a los 15 millones.²⁴ La Revolución de 1910 significó una nueva ruptura en la organización de la sociedad, y durante el periodo de máxima violencia revolucionaria, la población declinó a 14.3 millones (1921).²⁵ No fue sino hasta 1922 cuando México empezó a contar con estadísticas de mortalidad de manera regular. La población hacia 1940 se elevó a 19.7 millones; en 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes; en 2020 se alcanzó la cifra de 126 millones y la tendencia que revela el Consejo Nacional de Población es que, para el año 2050, habrá alrededor de 148.2 millones de mexicanos.

Las reformas legales y políticas propiciaron intensos cambios en la dinámica demográfica del país al modificar el tamaño, la estructura y la distribución geográfica de la población mexicana en el siglo XX. La lucha en favor de la salud de la mujer vio la luz a principios del siglo, cuando sucedieron las primeras movilizaciones feministas solicitando el voto y se escucharon diversas voces contra la ampliación de la familia en forma irracional y en favor del derecho a evitar la procreación ilimitada.²⁶ No obstante, a partir de 1920, la fecundidad en México se mantuvo en niveles muy elevados y constantes debido a la estabilidad social, el desarrollo económico y las políticas de población. En 1936,

Foto: AHSS



Casa Amiga de la Obrera, ca. 1906.

la administración cardenista promulgó la primera Ley General de Población del país, dirigida a repoblar el territorio fomentando el matrimonio, la natalidad, la repatriación de los mexicanos en el exilio e incluso la inmigración. La Ley General de Población de 1947 apoyó la política pronatalista y, en consecuencia, la tasa de crecimiento anual pasó de 1.7% en los años treinta a 3.5% en 1970.²⁷ Los pronósticos de crecimiento y la demanda potencial de vivienda, empleo, educación y servicios médicos obligaron a reorientar la política demográfica conforme a las nuevas metas de desarrollo, por lo que en octubre de 1972 se puso en marcha el Plan Nacional de Planificación Familiar. La tasa global de fecundidad durante la primera mitad del siglo xx se mantuvo en alrededor de seis hijos por mujer y aumentó a 6.8 en 1970. El impacto del programa de planificación familiar y la incorporación de las mujeres al mercado laboral dieron un fuerte impulso al control poblacional, por lo que es de esperarse que la tasa llegue a 2.1 en 2020 y 1.72 en 2050.^{28,29}

Un tema que ha cobrado relevancia es el resultado contraproducente de las campañas anticonceptivas, que, si bien han logrado el cometido inicial de regular la fecundidad de las mujeres y planificar el número de embarazos, no han logrado contener el embarazo de las adolescentes. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018), 8.4% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el ámbito nacional, ha estado embarazada alguna vez, y la proporción es mayor en las áreas rurales (10%) que en las urbanas (8%).³⁰ Este fenómeno se enlaza con el maltrato y el abuso sexual infantil, el matrimonio forzado, la violencia de pareja y la violencia contra las mujeres, realidades que se erigen como los problemas de primer orden en la agenda de la salud de la mujer en México.

Esta transformación demográfica se visualiza en los acelerados cambios que sufrió la estructura de la pirámide de población, la cual, de tener un amplio segmento de población joven en el pasado, ahora muestra un adelgazamiento en su base y empieza a manifestar el incesante envejecimiento de la población (cuadro 2). Desde principios de los ochenta la población infantil se mantuvo constante en términos absolutos (13 millones), aunque ha ido decreciendo en términos relativos: de 22% en 1970 a 8% en el año 2020. Los niños en edad escolar aumentaron de 13 a 20 millones en los últimos 30 años del siglo xx, pero a partir del año 2000 este grupo de edad sufrió un proceso de crecimiento negativo. Por su parte, la población de jóvenes y adultos en edad productiva es la que ahora vive un dinámico proceso de crecimiento, heredado de los periodos de alta fecundidad que se vivieron en décadas pasadas. El número de individuos en edad de trabajar se triplicó de 1960 a 2000, y hoy representa 60% del total de la población mexicana.



Imagen: AHSS

Cartel-calendario sobre planificación familiar.

Cuadro 2.
Evolución de indicadores seleccionados en México, 1922-2018

Indicadores	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2018
Población (millones)	14.3	16.5	16.6	27.0	36.7	50.7	67.5	84.1	98.7	113.7	125.3
0 a 14 (%)	28	39	41	42	44	46	45	39	33	28	25.2
15 a 59 (%)	67	56	54	53	50	48	50	55	60	63	62.8
60 y + (%)	5	5	5	5	5	6	6	6	7	9	12
Población urbana (%)	31	33	35	42	51	59	66	71	74	78	-
Viviendas con drenaje	-	-	-	20	29	41	51	64	88.7	91	95.5
Agua entubada	-	-	-	43	42	61	71	79	85.3	88.7	96.5
Electricidad	-	-	-	-	-	59	75	87	95	97	99.0
Núm. ocupantes	-	-	-	-	4.9	5.5	5.8	5.5	4.4	4.2	3.6
Alfabetismo (%)	-	34	38	46	57	66	76	88	90	93	95
Hombres	-	37	43	50	60	70	79	90	93	95	-
Mujeres	-	31	34	42	53	63	73	80	89	89	-
PEA en sector primario	71	70	67.5	57.7	54	39	26	22	15.6	-	-
PEA en sector secundario	-	14.4	13.1	15.6	19	23	20.6	27	27.5	-	-
PEA en sector terciario	-	11.4	16.5	21.2	26.1	32	24.1	44.9	52.7	-	-
Esperanza de vida	-	36.9	41.5	47.3	56.2	59.8	66.2	70.9	74.7	74.7	75
Hombres	-	36.1	36.1	45.9	54.8	57.6	62.8	67.9	72.0	71.6	72.1
Mujeres	-	37.5	37.5	48.7	57.6	62.1	69.7	73.9	77.4	77.8	77.8
Fecundidad	-	-	6	6.5	6.9	6.6	4.8	3.4	2.6	2.3	2.1
Tasa de natalidad (x 1 000)	31.6	49.5	44.5	46.6	47.5	43.7	35.0	28.7	24.7	19.9	17.4
Crecimiento natural	-	2.3	2.1	2.85	3.5	3.3	2.8	2.3	1.9	1.4	1.1
Índice de envejecimiento	-	-	-	6.72	6.99	7.55	8.44	10.5	14.5	20.7	27.3
Certificación médica de la defunción (%)	-	-	51	53	63	73	86	94	97	97	-
Mortalidad general (x 1 000)	25.5	26.7	23.3	18.0	12.7	10.3	6.9	5.3	4.5	5.3	5.9
Neonatal	-	44.8	41.8	33	27.7	24.2	16.0	11.5	9.8	9.4	-
Posneonatal	-	86.8	84.9	63.2	46.5	44.2	22.6	12.4	6.1	5.6	-
Infantil	223.1	131.6	125.7	129.8	91.9	76.6	54.7	34.9	22.5	16.1	13.4
Preescolar	48.7	55.4	48.2	27.8	14.5	11.6	3.4	2.4	0.8	0.7	-
Escolar	5.3	9.0	6.1	3.5	2.1	1.6	0.9	0.56	0.32	0.31	-
15 a 44	12.0	11.5	10.2	6.3	4.2	3.5	2.7	3.2	2.7	3.1	-
45 a 64	29.9	27.0	25.0	18.0	14.2	13.6	10.6	3.2	2.7	3.1	-
65 y +	116.3	95.1	101.2	80.0	66.8	62.9	60.7	49.3	47.3	48.6	-
Mortalidad materna x 100 000 NVR	-	-	536	275	193	143	95	68.6	57.7	49.5	44.5

Siglas: PEA: población económicamente activa; NVR: nacidos vivos registrados

Fuentes:

Secretaría de Salud. Censo histórico. Estadísticas vitales 1922-1987. México: DGE-Secretaría de Salud, 2000.

Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos 1950-2050/Nacional [internet]. México: Conapo, s/f [citado ago 17, 2021].

Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas históricas de México. México: INEGI, 1994; t. I.

Camposortega CS. Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980. México: El Colegio de México, 1992: 358-9.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010. México: Sinave-DGE-Secretaría de Salud, 2012.

Dirección General de Epidemiología. Transición epidemiológica (documento monográfico). México: Secretaría de Salud, mayo 2018.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. Panorama sociodemográfico de México. Aguascalientes: Inegi, 2021.

Esta recomposición de los grupos poblacionales se enfrenta a un inevitable crecimiento de la población de adultos mayores, la cual en 2017 rebasó en número a la población menor de cinco años en México y, para 2050, rebasará los 30 millones. El envejecimiento tiene un impacto sin precedentes en el perfil de enfermedad y muerte de la población y en los costos de su atención. Se trata de atender padecimientos crónicos, discapacitantes, demandantes de atención especializada y continua. Además, en su mayoría se trata de pacientes que no sufren solamente de una enfermedad, sino que padecen otras de manera simultánea, lo que afecta aún más su calidad de vida. La comorbilidad asociada con la edad ya tiene un impacto sensible en los recursos disponibles para la atención de esos pacientes. Esta nueva realidad demográfica precipita escenarios que tendrán una importante influencia en las condiciones de salud de la población mexicana durante las próximas décadas, ya que la fragilidad en adultos mayores aumentó de 6.4% en 2009 a 11% en 2017, y la discapacidad se incrementó de 10 a 14% en el mismo periodo. Según datos de la ENSANUT 2018, la prevalencia de síndromes geriátricos en México es de 55%, seguida por la que corresponde a la depresión (40.6%), el deterioro visual (13%), la fragilidad (10.6%), la desnutrición (9%) y el deterioro auditivo (7%).³¹

Desarrollo del sistema de información en salud

méxico tiene una larga tradición en la elaboración de estadísticas poblacionales y de salud. Una de las mayores preocupaciones de los primeros gobiernos del México independiente fue conocer cuántos habitantes había en el país. En 1833, Valentín Gómez Farías promovió la creación de la Sociedad de Geografía y Estadística, y años más tarde se publicó la obra *Estadística general de la República mexicana*, cuyo autor fue José M. Pérez Hernández. En 1857 entró en vigor la Ley Orgánica del Registro Civil, que rompió con la hegemonía de las prácticas parroquiales en el registro de ceremonias religiosas, al consignar nacimientos en lugar de bautizos, tipos de unión en lugar de matrimonios, y defunciones en vez de entierros. A partir de las Leyes de Reforma (1859) se le retiró al clero la facultad de registrar los actos de la vida civil, para que el Estado asumiera la responsabilidad del registro de los hechos vitales. Si bien el Registro Civil se consolidó como el instrumento administrativo para la captación y registro de las actividades civiles más importantes, se carecía de metodologías homogéneas y de cobertura nacional para integrar las estadísticas vitales de población. En 1882, García Cubas y Emi-

liano Busto propusieron la creación de una oficina central de estadística, se promulgó la Ley de Producción de Estadísticas Demográficas y se estableció la Dirección General de Estadística, cuyas atribuciones le permitían el levantamiento de censos de población, agrícolas e industriales, así como la integración de la información que permitiera identificar los movimientos de población, las características del territorio, los alcances de la instrucción pública, la justicia, las actividades comerciales, las rentas públicas y todos los asuntos administrativos y de gobierno.³²

En 1880 apareció el primer órgano informativo referente a cuestiones de salud pública, conocido como el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, que con el tiempo se transformaría en el *Boletín del Departamento de Salud Pública*, el *Boletín de la Secretaría de Salubridad y Asistencia* hasta 1948 y, a partir de 1959, en la revista *Salud Pública de México*. El primer *Anuario estadístico de la República mexicana* se publicó en 1893 y en él se consignó la estadística de mortalidad por enfermedad, edad y sexo, aunque la información no incluyó todas las entidades federativas. Ese mismo año, el doctor Jesús Monjarás utilizó por primera vez la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en las estadísticas de mortalidad de San Luis Potosí. En 1898, la Asociación Americana de Salud Pública recomendó la utilización de la Clasificación de Bertillon en Canadá, Estados Unidos de América y México, como un primer paso para la estandarización de las estadísticas vitales en el mundo.³³

Los desajustes provocados por el movimiento armado produjeron la destrucción y pérdida de documentos, libros, inventarios, archivos, actas y registros. No fue sino hasta 1922 cuando se reorganizó el Departamento de la Estadística Nacional y se convocó a la primera Convención Sanitaria Nacional, donde se discutió el estado de la organización y funciones de las Direcciones y Consejos de Salubridad, así como el diagnóstico situacional de la salubridad en cada entidad federativa. Ese mismo año se reanudó la edición del *Anuario estadístico de la República mexicana*, cuyo primer ejemplar –publicado hasta 1938– incluyó una serie histórica de los datos desde 1922. Este año marcó el inicio de la producción regular de estadísticas de hechos vitales en el país, aunque no fue sino hasta 1924 cuando apareció el primer número del *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, en el que se plasmaron las funciones, obligaciones y estadísticas médicas. Fue por esa misma época cuando el doctor Ricardo Granillo,* encargado de la Sección de Estadística en el Instituto de Higiene, publicó *La mortalidad en la Ciudad de México*.³⁴ En 1925, bajo la presidencia de Plutarco Elías Calles, se inició el Año de la Salubridad Mexicana con la promulgación del nuevo Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública, que estipulaba la obligación de todas las autoridades sanitarias de la República de recabar las noticias que se juzgaran necesarias para conocer el estado sanitario del país y de realizar cada año la memoria de los trabajos ejecutados por el Departamento para su inclusión en el informe presidencial al Congreso de la Unión. En el número 4 del *Boletín del Departamento de Salud Pública* (1925) se discutió la reforma del Código Sanitario, cuyas disposiciones en materia

* Ricardo Granillo (gen. 1923) fue de los primeros médicos mexicanos formados en la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública (1925).

de higiene colectiva provocaron acaloradas discusiones, quejas contra el Departamento e inclusive amparos legales por parte de aquellos intereses afectados por las nuevas medidas. En 1936 se estableció la Oficina General de Demografía y Estadísticas Sanitarias, que años más tarde se incorporaría a la Dirección General de Epidemiología y Endemiología.³⁵

Si bien fue en 1925 cuando la Liga de las Naciones propuso el diseño del certificado de la defunción, sería hasta 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaría el modelo estándar de certificado médico de defunción, para lograr la comparación internacional en la información estadística sobre las defunciones. Un año más tarde se otorgaron facilidades a la Escuela de Salubridad e Higiene para impartir cursos regulares de metodología estadística a los estadígrafos radicados en el Distrito Federal y en los estados; dichos cursos incluso se convirtieron en obligatorios para mantener el puesto.³⁶ En paralelo, se recomendó la creación de una Comisión Técnica de Labores Estadísticas entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el recién creado Instituto Mexicano del Seguro Social.³⁷

La fusión de la Secretaría de la Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad Pública en 1943 vino a reforzar el registro de las defunciones, el análisis de la distribución de las enfermedades epidémicas y la cuantificación de las acciones preventivas enarboladas en las diferentes campañas sanitarias. Alrededor de 1946 se formó la Dirección General de Estadística Sanitario Asistencial, con personal y equipo indispensable para desarrollar esas funciones. La creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social en 1965 permitió el establecimiento de una misma política sanitaria, así como iguales procedimientos de trabajo en la prevención de enfermedades y atención de los enfermos. Durante muchos años la falta de coordinación con los registros civiles estatales y la participación de las agencias funerarias en la impresión y distribución de los certificados de defunción complicaron la organización y recopilación de la información.³⁸ Con la publicación de la Ley General de Salud en 1984 se otorgó a la Secretaría de Salud la atribución de aprobar, imprimir y distribuir los formatos de los certificados de defunción y muerte fetal.³⁹

Un hecho histórico en las estadísticas de mortalidad fue la manera en que se abatió el rezago en la organización y liberación de las bases de mortalidad. Antes de 1985 se tenía un retraso de cuatro años en promedio entre el año de registro de la defunción y la fecha de aparición de los resultados. A partir de 1985, la descentralización del entonces Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en coordinación con la Dirección General de Estadística y Evaluación de la Secretaría de Salud, permitió que en 1991 salieran a la luz las cifras de mortalidad correspondientes a los ejercicios estadísticos de 1988, 1989 y 1990, y desde entonces dichas cifras se liberan al año siguiente de su registro.⁴⁰ El Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED, 1998) es un instrumento que integra la captura de la información de los certificados de defun-

ción expedidos en el país, y procesa y genera resultados para su análisis, lo que permite la toma de decisiones en los diferentes niveles técnicos administrativos. El objetivo principal es contar con información oportuna en intervalos más cortos, en los diferentes niveles técnico-administrativos (jurisdiccional, estatal y nacional), para apoyar la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones, y evaluar el impacto de los programas de salud.⁴¹

El desarrollo de la plataforma institucional para la generación de estadísticas de mortalidad se acompañó de un proceso paralelo en el sistema de vigilancia epidemiológica, que se fue articulando en la medida en que se ampliaba y diversificaba la infraestructura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención. La Dirección General de Epidemiología se creó en 1944, y ese mismo año inició la publicación del *Boletín Epidemiológico*. El registro estandarizado de los principales padecimientos comenzó en 1945 con el diseño de la hoja epidemiológica, que incluía el registro manual y el reporte obligatorio de 14 padecimientos transmisibles (brucelosis, difteria, disentería, lepra, meningitis, paludismo, poliomiélitis, sarampión, sífilis, tifo, tifoidea, tosferina, tuberculosis y viruela); dicha hoja se fue modificando con el reporte semanal de casos nuevos (EPI-1-79) de uso exclusivo de la SSA, hasta ampliar el reporte a 50 diagnósticos.** En 1985 se presentó un nuevo formato de notificación semanal denominado EPI-1-85 (con 89 diagnósticos) que ya incluía el reporte de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dos neoplasias. En esta época comenzaron a emplearse computadoras y se fortaleció la comunicación interinstitucional. Hacia 1994 se inició la conformación del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); se estableció el compromiso de todo el sector salud para utilizar el formato EPI-1-95 y captarlo en la plataforma automatizada del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Al finalizar 2002, el formato de registro (SUIVE-1-2003) se amplió a 97 diagnósticos y se inició el reporte de los casos nuevos por sexo. Hoy en día se cuenta con sistemas especiales de vigilancia para el registro de enfermedades transmisibles: enfermedades prevenibles por vacunación; VIH/sida e infecciones de transmisión sexual; enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis; urgencias y desastres; cólera, tuberculosis y lepra; influenza e infecciones respiratorias agudas, y diarreas. Además existen otros sistemas para la notificación de enfermedades no transmisibles, como el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas; a este último se suman también otros instrumentos para consignar defectos del nacimiento, lesiones de causa externa, adicciones, intoxicación por plaguicidas, cáncer de mama, diabetes mellitus, padecimientos cardiovasculares y de salud bucal. Estos sistemas se complementan con la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), destinada a la vigilancia de infecciones nosocomiales, y el SEED, para la vigilancia de las defunciones de interés epidemiológico.

** Blanca Raquel Ordóñez de la Mora (gen. 1958), Jorge Burguete Osorio (gen. 1964), Antonio García Canul (gen. 1963), Luis Cabrera Coello (gen. 1963), José López Franchini (gen. 1963) y Óscar Borunda Falcón (gen. 1964) fueron directivos de la Dirección General de Epidemiología durante los años ochenta.

El establecimiento de un sistema nacional de información en salud (SINAIS) –que tiene cobertura nacional y abarca los diferentes espacios institucionales; recoge información muy diversa sobre morbilidad y mortalidad; la registra de forma diaria; la reporta de manera inmediata, diaria, semanal o mensualmente; la valida, organiza, integra y difunde en boletines, informes, anuarios, y además la pone a disposición en plataformas digitales en línea– es, sin lugar a dudas, uno de los mayores logros de la salud pública en México. El desarrollo del SINAIS ha sido pausado al irse adaptando a las diferentes condiciones epidemiológicas. Su ubicación institucional tardó en volverse estratégica; sin embargo, sus vínculos con organismos e instituciones internacionales han sido fundamentales para consolidarse técnicamente, y su papel como una instancia de rendición de cuentas y evaluación del desempeño del sistema de salud ha sido indispensable para garantizar los avances logrados en la salud de la población mexicana.⁴²

SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS EN SALUD

El sistema de información estadístico se vio enriquecido por el levantamiento de varias encuestas poblacionales que surgieron de la necesidad de entender la magnitud de ciertos problemas de salud para los cuales no existían registros sistematizados de información (coberturas de vacunación); se disponía de información parcial (sin desglose nacional) y limitada (sin distinción por sexos), o bien se carecía de ella (por ejemplo, de seroprevalencia). Un antecedente valioso es el informe de una encuesta sobre necesidades de los ancianos mayores de 65 años en México en 1983.⁴³ Al irse repitiendo en el tiempo, ampliando en representatividad (nacional, regional, estatal) y diversificando en temáticas, este tipo de instrumentos se fueron conformando en una serie de encuestas nacionales de salud, que hoy son insumos necesarios para monitorear el estado de salud de la población mexicana en temas tan diversos como la utilización de servicios, la cobertura de los programas preventivos, la nutrición, las enfermedades crónicas e infecciosas, las adicciones, la violencia contra las mujeres, la discapacidad, el envejecimiento, el gasto y el aseguramiento o el desempeño del sistema de salud, por sólo mencionar algunas de las temáticas que hoy cubren.

En los últimos 33 años se han realizado más de 25 diferentes encuestas en temáticas prioritarias, y algunas de ellas –por su relevancia– se han levantado en varias ocasiones. Si bien el Sistema Nacional de Encuestas en Salud ha sido producto de un esfuerzo multisectorial, el liderazgo en su diseño, organización, levantamiento y análisis siempre ha estado bajo la tutela del Instituto Nacional de Salud Pública.⁴⁴



Foto: AHSS

Campañas sabatinas: desparasitación personal. Ciudad de México, 1938.



Foto: AHSS

Campañas sabatinas: antivariolosa y de higiene. Ciudad de México, 1951.

Dinámica epidemiológica

EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD

El siglo XX fue testigo de avances sustantivos en las condiciones de salud de la población mexicana vinculados a la transición epidemiológica, la cual sintetiza los cambios en la dinámica demográfica (descenso en la mortalidad y la fecundidad y aumento en la esperanza de vida), junto con el reemplazo de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas y degenerativas como las causas predominantes de muerte. Este proceso también condicionó el desplazamiento de las defunciones de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. Si bien la transición indica que el perfil de morbilidad y mortalidad por causas específicas se modificó, la velocidad y la dirección de los cambios no fueron simultáneas ni homogéneas de una región a otra del país, como tampoco lo fueron entre los grupos de edad y los sexos.

Dentro del marco de las enfermedades pretransicionales es posible identificar problemas infecciosos en diferentes estadios de control. Por un lado, existen enfermedades infecciosas erradicadas o eliminadas como la fiebre amarilla y la viruela, y hay otras que se encuentran en proceso de eliminación como las prevenibles por vacunación, la rabia y la oncocercosis. Existe otro grupo de problemas infecciosos que todavía permanecen como retos sanitarios aunque en una fase de control efectivo y descendente, entre los que destacan las infecciones respiratorias agudas (IRA), las gastrointestinales y las infecciones de transmisión sexual. Por último, destacan los problemas nuevos o emergentes que ya figuran como problemas de salud; tal es el caso del VIH/sida, el cólera, el dengue, la infección por papilomavirus y la hepatitis C. Sin lugar a dudas, ante la emergencia de influenza A(H1N1) (2009), chikungunya (2014), Zika (2016) y Covid-19 (2020), destaca el papel sobresaliente que desempeñan las enfermedades infecciosas en la agenda de la salud global, no sólo por el carácter masivo de su impacto sino por la necesidad imperiosa de contener sus determinantes y de contar con herramientas eficaces de control.



Foto: AHSS

Instalación de agua potable.
Villamar, Contepéc, 1940.



Foto: AHSS



Foto: AHSS



Foto: AHSS



Foto: AHSS

Arriba: registro de niños. Comité de lucha contra la tuberculosis, 1952; al centro: catastro torácico en el Servicio de Vacunación con BCG, 1952; abajo: obtención de la Cartilla Sanitaria, toma de Rayos X, 1947.



Foto: FCBV

Campaña contra el paludismo. Cuenca del Río Papaloapan, 1950.

Colaboración de los habitantes en las operaciones de rociado.

La escuela de Sogochi. El profesor al centro y alumnos topiles a los lados.



Foto: FCBV

LA ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES

Los esfuerzos desplegados por las autoridades de salud a lo largo del siglo XX dieron frutos diversos en el control de las enfermedades infecciosas. El impacto en la mortalidad ocasionado por la viruela a principios del siglo, colocaba este padecimiento entre las principales causas de muerte, por arriba del sarampión y la tuberculosis; el último caso de viruela en México se presentó en junio de 1951, en Tierra Nueva, San Luis Potosí. Gracias a las acciones de vacunación realizadas por brigadas que se desplegaron hasta en las zonas más remotas, se logró erradicar la viruela del territorio mexicano 25 años antes de que ocurriera lo mismo en el ámbito mundial, con la aplicación de más de 50 millones de vacunas entre 1952 y 1962.⁴⁵

En el caso de la fiebre amarilla, y gracias a la herencia de Carlos Finlay, las campañas sanitarias emprendidas a finales del siglo XIX y principios del XX eliminaron la transmisión del virus que ocasiona esa enfermedad infecciosa. Posteriormente, la erradicación en las Américas del *Aedes aegypti* –vector del virus de la fiebre amarilla– se logró como respuesta a una estrategia continental promovida por Fred L. Soper. El doctor Miguel E. Bustamante* la anunció en septiembre de 1963 durante la XIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).⁴⁶ Fue lamentable que el vector se reintrodujera en el país años después de esta intensa lucha sanitaria continental y que con él se estableciera la transmisión del dengue junto con otras arbovirosis como el Zika y el chikungunya.

La identificación de la ceguera de los ríos por el doctor Rodolfo Robles (1915) en Guatemala favoreció la caracterización de los primeros casos en Chiapas y Oaxaca (1923), resultado de la expansión del cultivo del café. Uno de los primeros programas de lucha contra la oncocercosis en el mundo se estableció en México (1930), cuando se creó la Comisión Nacional del Mal del Pinto y de la Oncocercosis, e inició la campaña liderada por el doctor Salvador González Herrejón. Durante el periodo 1930-1946 se llevaron a cabo campañas de control depositando creolina en los sitios de reproducción del vector y campañas de nodulectomías para abatir los casos más graves de la enfermedad. La administración de dietilcarbamazina (DEC) a los individuos infectados (1947) fue acompañada de aplicaciones esporádicas de diclorodifeniltricloroetano (DDT) contra los vectores en 1952.** En 1966-1967, Jorge Fernández de Castro*** efectuó estudios clínicos, entomológicos y epidemiológicos en el foco sur de Chiapas, que le permitieron definir las fluctuaciones estacionales, los límites geográficos de la transmisión entre 500 y 1 500 metros sobre el nivel del mar, e identificar al *Simulium ochraceum* como el principal vector transmisor. La OMS reconoció oficialmente a México como libre de la enfermedad en julio de 2015.^{47,48}

* El doctor Miguel E. Bustamante emerge como el ícono de la salud pública en México, por su larga trayectoria y su impacto como sanitarista, fundador de instituciones, funcionario y maestro en la ESPM.

** El doctor Luis Vargas, académico de la ESPM y entomólogo, participó en los estudios de control de la oncocercosis y en el estudio del *Aedes aegypti* en México.

*** Jorge Fernández de Castro (generación 1964 de la Escuela) también fue director general de Medicina Preventiva.



Foto: FCBV



Foto: FCBV

Izquierda: casa de la brigada médica en Ozumacín.

Derecha: médicos en Ozumacín.

Centro anticanceroso, radioterapia. Mérida, Yucatán.



Foto: FCBV

Pobladores comprando agua en Tampico, Tamps., ca. 1922.



Foto: AHSS



Foto: AHSS

Campaña contra el alcoholismo. Empleados derraman bebidas adulteradas, supervisados por inspectores. Años treinta.



Foto: AHSS

Juventud de Acción Médico Social en Tláhuac, ciudad de México, 1938.



Foto: FCBV

Doctores Bustamante y Carr.



Foto: AHSS

Conferencia Panamericana de Salubridad, 1949.



Foto: AHSS



Foto: AHSS

Vacunación de mujeres y hombres, ca. 1954.

LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

La vacunación en México se erige como el prototipo de los programas sanitarios más exitosos en la historia de la salud pública del país. Desde la expedición filantrópica española liderada por Francisco Javier Balmis (1804), la investigación y la producción de las vacunas en México estuvieron acompañadas por las figuras más relevantes en el ámbito mundial, como Albert Calmette y Camille Guérin (BCG), Émile Roux (difteria), Howard T. Ricketts (tifo) y Salk y Sabin (polio). Ese proceso estuvo apoyado y custodiado por las instituciones científicas más prominentes de cada época, como los institutos Pasteur y Mérieux en Francia, los institutos de Zagreb y de Copenhague, la Fundación Rockefeller, los laboratorios Wellcome (Reino Unido), la Universidad de Harvard y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en EUA. En cada momento y enfermedad hubo alianzas entre investigadores mexicanos y sus recíprocos extranjeros, lo que fortaleció los vínculos institucionales. Tal fue el caso de Eduardo Liceaga (rabia); Fernando Ocaranza con Albert Calmette (BCG); Ángel Gaviño con Émile Roux (difteria); Maximiliano Ruiz Castañeda y Fernando Varela con Hans Zinsser, quienes identificaron el reservorio y vector del tifo murino, y la vacuna contra el tifo. Por su parte, Kendrick y Eldering desarrollaron la vacuna pertussis y verificaron su producción en México,⁴⁹ mientras que Hideyo Noguchi hizo investigaciones sobre el origen de la fiebre amarilla en Yucatán. Albert Sabin y Jorge Fernández de Castro trabajaron juntos en el desarrollo de la vacuna en aerosol contra el sarampión, y por otro lado, George Baer (de los CDC) fue un estrecho colaborador del programa de la rabia en el país.

La producción de vacunas en México tiene una larga historia y colocó al país entre las pocas naciones autosuficientes en la producción de biológicos utilizados para el Programa de Vacunación. El Instituto Nacional de Higiene tuvo su origen mucho tiempo antes de que estuvieran consolidadas las instituciones de atención

Foto: AHSS

Campaña
contra tifo,
ca. 1954.

médica en el país y tuvo como funciones la producción nacional de biológicos específicos, sueros, vacunas, reactivos para el diagnóstico, toxinas y antitoxinas. La producción masiva empezó en 1915 con la vacuna de la rabia (introducida por el doctor Eduardo Liceaga y aplicada por primera vez en 1888), la viruela (1915-1976), el tifo (1930), la BCG (1928-1930), la antipoliomielítica (1971), la antisarampión con la cepa Schwarz (1970) y la cepa Edmonston-Zagreb (1974). Hacia 1970, cuando se había convertido en Instituto Nacional de Virología, fue reconocido por la OMS como un Centro Regional de Referencia para Vacunas; registraba una producción significativa de biológicos, particularmente contra rabia, sarampión, tétanos y poliomielitis. En ese año, México apareció entre los primeros siete lugares del mundo como productor autorizado para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la OPS.^{50,51} Esta soberanía en la producción de vacunas se fue perdiendo y, para incrementar la eficiencia de los procesos productivos, desarrollar nuevos productos, mejorar las prácticas comerciales y mejorar los estándares de calidad, en 1999 el gobierno federal transformó la Gerencia General de Biológicos y Reactivos en una empresa de participación estatal mayoritaria: los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (Birmex). Sin embargo, a partir de 1998 no se producen suficientes vacunas; en la actualidad la empresa sólo fabrica vacunas antibacterianas, sueros anti-alacrán y antiviperinos, y la mayoría de las vacunas utilizadas se compra al sector privado.⁵² El liderazgo del país en la producción de biológicos se perdió en las últimas décadas y se extrañó esa infraestructura en el momento decisivo de optar por la producción en México de las nuevas vacunas contra el SARS-CoV-2.



Imagen: AHSS

Cartel "Ya vienen las vacunas".

El programa permanente de vacunación se inició en 1973 y se reforzó en 1986 con los Días Nacionales de Vacunación y las Semanas Nacionales de Vacunación, que posteriormente se transformaron en las Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales se promueve además la aplicación masiva de antiparasitarios, la dotación de sobres Vida Suero Oral y la suplementación de vitamina A.⁵³ En 1988, la Encuesta Nacional Seroepidemiológica (ENSE) –cuyo antecedente fue la encuesta seroepidemiológica de 1974– permitió contar con un diagnóstico actualizado de los niveles de anticuerpos contra las principales enfermedades infecciosas en los niños menores de cinco años y resaltó la necesidad de conocer los niveles de cobertura para cada biológico en todo el país. En 1989-1990, la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA) describió la cobertura estatal y la jurisdiccional para la vacuna antipoliomielítica (74%), antisarampión (89%), DPT (67%) y BCG (69%), y brindó las bases técnicas para la elaboración de las nuevas estrategias del Programa de Vacunación. Estas actividades de evaluación fueron apoyadas con la realización de las encuestas rápidas de cobertura (1990), los estudios dirigidos a detectar los efectos adversos asociados a la vacunación (1991), la evaluación de la red

Imagen: AHSS



Cartel "La sonrisa de los niños los hace a todos iguales".

de frío (1992) y el análisis de las oportunidades perdidas de vacunación (1992), que en conjunto consolidaron el programa preventivo de mayor alcance en el ámbito nacional.⁵⁴

En enero de 1991 se decretó la creación del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA),* con el fin de promover y apoyar las acciones del Sistema Nacional de Salud en materia de vacunación. Se estableció el Programa de Vacunación Universal (PVU), que se constituyó como el relevo operativo para enfrentar los rezagos de vacunación aún presentes en las áreas de menor desarrollo social y económico del país. En junio de 1991 surgió PROVAC,** sistema computarizado que facilitaba el seguimiento individual, geográfico e institucional de los esquemas de vacunación; proporcionaba, asimismo, informes analíticos sobre coberturas y oportunidades perdidas de vacunación, con los que podían fundamentarse la toma de decisiones, la planeación de estrategias operativas y la evaluación de las coberturas.

Durante la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, México firmó los compromisos de erradicar la poliomielitis (2000), eliminar el tétanos neonatal (1995), reducir 95% la mortalidad y 90% la morbilidad causada por el sarampión (1995); también se comprometió a mantener un nivel de cobertura de inmunización de al menos 90% entre los niños menores de un año de edad, contra la difteria, la tosferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis (2000). A finales de 2000, las coberturas en menores de cinco años se encontraban como sigue: DPT, 96.5%; Sabin, 96.8%; BCG, 98.5%; antisarampión, 96.7%, y con esquemas de ocho dosis, 95.3%, y en diciembre de 2003 los esquemas completos, por primera vez en la historia de la vacunación en México, rebasaron 95 por ciento.⁵⁵

El programa fue incrementando el número de biológicos dentro del esquema de vacunación, incluyendo la vacuna contra rotavirus, hepatitis A, varicela zóster, neumococo y el virus del papiloma humano (VPH), lo que ha ido complicando su operación y ha provocado graves pérdidas en su eficiencia. Este problema se evidencia en la ENSANUT 2018, que notifica coberturas de esquemas completos, entre niños de dos años, de 33%, y hasta de 35% en los esquemas de cuatro vacunas: dosis única de BCG y triple viral-SRP, por un lado, y tres dosis de hepatitis B y la pentavalente (DPT, polio y *Haemophilus influenzae* tipo B), por el otro. Aunque las coberturas por vacuna individual son mejores (BCG, 97.3%; hepatitis B, 52.7%; pentavalente, 71.8%; neumocócica, 85.3%; rotavirus, 84.8%, y la triple viral SRP, 64.8%),⁵⁶ estos datos indican un retroceso importante en la eficiencia del programa de vacunación, que se vio plasmado en el brote de sarampión de 2020.

* Gonzalo Gutiérrez Trujillo (gen. 1959) fue el primer director del CONAVA, y Miriam Veras Godoy (gen. 1993) fungió como directora del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (2019).

** Miguel Ángel Nakamura (gen. 1980) fue responsable del diseño y operación del PROVAC.

Foto: FCBV



Sumistrando dosis de vacuna Sabin. San Andrés Tuxtla, Veracruz.

A partir de la aplicación de la vacuna Sabin en 1962, se registró una drástica disminución en la ocurrencia de casos de poliomielitis hasta lograr la eliminación de la enfermedad. El último caso confirmado se presentó el 18 de octubre de 1990 en Tomatlán, Jalisco, y el 7 de noviembre de 1994 la OPS/OMS extendió el Certificado de la Erradicación del Poliovirus Salvaje en el país.

El sarampión,* antes de los años cincuenta, fue una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La última epidemia con más de 100 000 casos y 8 000 defunciones ocurrió en 1989-1990. A partir de 1991 inició una tendencia descendente que en 1996 se coronó con la cifra histórica de sólo dos casos confirmados. De 1997 a 1999, México se mantuvo libre de la transmisión de sarampión, lo que alentó a las autoridades a pensar que este padecimiento infeccioso sería eliminado del territorio.⁵⁷ De 2000 a 2006 se notificaron alrededor de 250 casos aislados, y hasta 2019 la tendencia se mantuvo con menos de cinco casos por año. Sin embargo, en 2020 se registraron 2 182 casos sospechosos y se confirmaron 196 casos en el Estado de México (49), Campeche (2), Tabasco (1) y la Ciudad de México (144), de los cuales 69% no estaban vacunados (cuadro 3).⁵⁸



Foto: FCBV

Administración oral de la vacuna Sabin, en el estado de Nayarit.

La incidencia de difteria presentó un descenso desde los años cincuenta. Los cuellos de toro y los cuadros de insuficiencia respiratoria aguda ocasionados por las membranas diftéricas dejaron de ser motivo de consulta, y los últimos cuatro casos confirmados ocurrieron en 2007 y 2009. La incidencia de tosferina –antes de 1990– apuntaba a más de 1 000 casos anuales. De 1991 a la fecha ha disminuido considerablemente; se notificaron 163 casos en 1991 y sólo 15 casos confirmados por laboratorio en 1995. La nueva definición de caso utilizada a partir de 1997 incrementó el registro a 596 casos, pero la presencia de la enfermedad ya mostró una tendencia descendente en 1998, con 188 casos y una tasa de 0.2 por 100 000 habitantes. Comparte esta tendencia el tétanos, que, de 236 casos registrados en 1990, descendió a 148 en 1998. En el panorama del tétanos neonatal también se advierte un declive, con 145 casos en 1989 y sólo 25 en 1998. Otra enfermedad infecciosa, cuyo control y eliminación también deben destacarse, es la rabia, un problema de salud en franco descenso gracias al control sanitario de la fauna canina y de la vacunación efectiva en caso de mordedura.** México se convirtió en el primer país del mundo en recibir la validación por parte de la OMS, por haber eliminado la rabia canina como problema de salud pública. El país pasó de registrar 60 casos de rabia en 1990, a tres casos en 1999 y cero casos desde 2006.⁵⁹

* Jorge Fernández de Castro (gen. 1964) y José Luis Díaz Ortega (gen. 1982) fueron egresados de la Escuela (maestro y alumno, respectivamente) e investigadores sobresalientes en el campo de la vacuna del sarampión.

** José Luis Vargas Pino (gen. 1974) dirigió el Programa Nacional de Control de Rabia en la Dirección de Medicina Preventiva, hasta lograr la eliminación de la enfermedad.

Cuadro 3.
Tendencia en la incidencia y la mortalidad, por causas seleccionadas. México, 1922-2018*

	1934	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2018
Incidencia										
Viruela	28.7	11.4	3.0	0	0	0	0	0	0	0
Difteria	17.5	14.3	4.8	2.2	0.3	0	0	0	0	0
Tosferina	200.9	158.7	122.7	69.1	36.0	4.4	1.3	0	0.4	0.6
Tétanos	2.6	2.2	1.9	3.1	1.2	0.5	0.3	0.1	0.0	0
Poliomielitis	4.7	3.8	3.1	3.2	3.5	1.0	0	0	0	0
Sarampión	94.8	76.5	92.8	135.6	103.3	15.1	81.9	0	0	0
Paludismo	1297.2	832.0	244.4	7.8	0	36.9	53.0	4.7	2.6	0.64
Tuberculosis respiratoria	78.2	69.4	28.5	34.8	32.5	16.1	14.6	16.3	14.3	14.0
VIH/sida							3.1	3.4	5.8	18.8
Mortalidad										
Enfs. corazón	32.3	54.3	71.8	69.2	67.9	48.7	73.5	69.8	97.0	119.0
Enfs. cerebrovasculares	-	20.9	12.3	20.0	25.1	22.8	24.3	25.8	28.3	28.4
Tumores malignos	14.2	23.2	28.8	35.8	38.2	37.9	50.7	55.9	64.8	68.0
Diabetes mellitus	2.5	4.2	4.8	8.0	15.5	21.9	31.7	47.4	79.3	81.0
Hipertensión arterial	-	-	2.2	5.7	5.9	4.9	8.0	9.9	16.3	18.6
Cirrosis hepática	7.9	24.7	25.2	22	23.2	21.4	22.0	27.9	29.9	31.0
Accidentes	29.8	51.6	46.5	40.5	53.5	71.9	48.5	35.9	35.2	25.6
Homicidios	35.1	67	48.1	32	17.5	18.3	17.8	14.4	22.6	29.3
Suicidios	1.1	1.1	1.0	1.9	1.1	1.5	2.4	3.2	4.4	5.4

*Tasa por 100 000 habitantes

Fuentes:

Dirección General de Epidemiología. Transición epidemiológica (documento monográfico). Ciudad de México: Secretaría de Salud, mayo 2018.

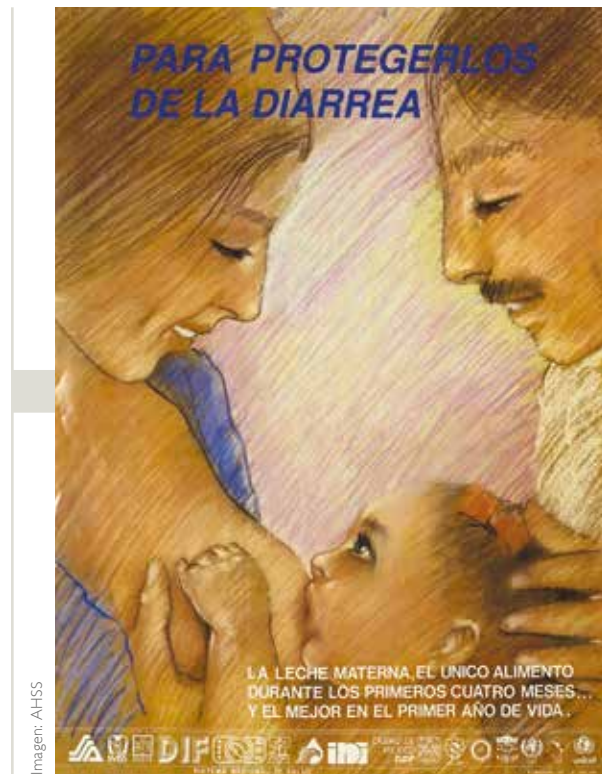
Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2018 [comunicado de prensa 538/19]. Aguascalientes: Inegi, octubre 2019 [citado mayo 18,2020].

Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2019.pdf>.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010. México: Sinave-DGE-Secretaría de Salud, 2012.

El Programa de Vacunación Universal –con las dos vertientes de acciones permanentes e intensivas– se erige como un elemento estratégico dentro de la política de salud, y desde su origen abrió las puertas a una nueva fase de la práctica sanitaria, al demostrar que era posible proporcionar a todos los mexicanos –en este caso a los niños– una serie de acciones preventivas de forma gratuita, sin distinción de edad, género, educación y nivel socioeconómico. Estos padecimientos inmunoprevenibles se encuentran en los niveles más bajos registrados en la historia sanitaria de México; sin embargo, su superación ahora se ve comprometida por el descenso en las coberturas y el desafío de incorporar una estrategia efectiva de vacunación contra el SARS-CoV-2 –causante de la enfermedad Covid-19–, que abarque a toda la población del país. El desmantelamiento de la infraestructura productora de vacunas en México pone en riesgo la salud de la infancia y de la población en general, al depender de los viejos y nuevos inmunógenos producidos fuera del territorio nacional. Lo que antes fue orgullo mexicano y modelo para los países de la región, hoy se ha convertido en un programa rutinario con un desempeño cuestionable y preocupante.

Cartel "Leche materna para protegerlos de la diarrea".



PROBLEMAS INFECCIOSOS CONTROLADOS

Un evento sanitario de singular relevancia es el desplazamiento de las diarreas como causa importante de muerte, al descender de 356.7 por 100 000 en 1922, a 0.6 por 100 000 en 2017. Las acciones para su control se intensificaron a partir de la llegada del cólera a México en 1991. El impacto del programa de prevención se consolidó rápidamente, y de ello dan cuenta las encuestas de salud diseñadas para evaluar las diferentes intervenciones. En 1985 se realizó la Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Tratamiento de Diarreas, y en 1989 se levantó la Encuesta sobre Práctica y Prevalencia de la Terapia de Rehidratación Oral, seguidas por dos encuestas más sobre el Manejo Efectivo de Casos de Diarrea en el Hogar en 1991 y 1993 (EMECADI I y II, respectivamente). En ellas se demostró que la prevalencia de diarreas durante las dos semanas previas a las encuestas descendió de 17% en 1985 a 11.8% en 2018. El número de episodios por año y por día también mostró un declive. Más importante aún fue el incremento en el uso de la terapia de rehidratación oral (de 9 a 42% de los casos) y en el empleo de la lactancia durante el episodio diarreico (de 28 a 81%).

Las IRA representan un singular problema de salud para todos los grupos de edad, con especial impacto en los extremos de la vida. Del total de muertes por IRA ocurridas en 1992 (20 050), 40% ocurrieron en los menores de un año. Este grupo de infecciones se ubicó como la segunda causa de muerte en los menores de un año, la tercera en los de 1 a 4 años y la quinta en los mayores de 65 años. Existe una gran variabilidad en las tasas de mortalidad por neumonía e influenza por entidad federativa y un subregistro importante en las entidades más rezagadas del país. Sin embargo, la tasa de mortalidad por neumonías disminuyó, de 298.3 por 100 000 en 1922, a 21 en 2010, mientras que la influenza descendió de 50.1 a 0.2 en el mismo lapso. Su presencia en el perfil epidemiológico de México estará supeditada al uso extensivo de vacunas específicas, sobre todo en la población adulta mayor, y a un mejor acceso a los servicios de salud para su tratamiento oportuno.

**LAS
ENFERMEDADES
RESISTENTES:
PALUDISMO Y
TUBERCULOSIS**

La campaña de eliminación del paludismo en México dio comienzo alrededor de la década de los treinta, cuando el gobierno impulsó el desarrollo rural, y era entonces cuando la práctica del sanitarismo estaba en su máxima expresión. En esos momentos, la coordinación de la ingeniería sanitaria con los equipos de salud y los promotores voluntarios transformó las zonas anegadas en áreas propicias para el asentamiento humano, principalmente en las regiones del territorio nacional donde existían enormes recursos naturales inexplorados. Se estima que entre 1922 y 1932 se registraron alrededor de cinco millones de casos de paludismo en el país. En 1950, esta enfermedad infecciosa todavía se registraba como la primera causa de muerte en Chiapas y Oaxaca, la segunda en Guerrero y Veracruz, y la tercera en Puebla; mientras que en Tamaulipas se ubicaba en el séptimo sitio y en Nuevo León en el decimocuarto lugar. La Campaña Nacional de Erradicación de Paludismo (CNEP) se lanzó en 1956 con un plan intensivo de seis años, sustentado en la aplicación masiva de DDT y el tratamiento de los casos febriles en poco más de 50% del territorio nacional. Para 1960, el paludismo ya había desaparecido como causa de muerte en los estados del norte, pero persistía como la tercera causa de muerte en Oaxaca, la quinta en Chiapas y Veracruz, y la octava en Puebla. La tendencia descendente se mantuvo, pero la erradicación nunca llegó a concretarse a pesar de que estrategias como el Programa de Acciones Intensivas Simultáneas (PAIS)* y otras de control focalizado** se fueron adaptando a las condiciones locales, a los focos de transmisión persistente y a la constante reintroducción del paludismo que trajeron las oleadas de migrantes centroamericanos. En 1985, México registró 133 698 casos de paludismo y aportó 10% del total de casos en las Américas, y para 2009 sólo contribuyó con 0.5%.⁶⁰ De los 6 380 casos registrados en 1996, 65% estuvieron concentrados en Chiapas, Oaxaca y Sinaloa. En 2015 se reportaron 498 casos en todo el país. Esta tendencia resalta la magnitud de los esfuerzos dirigidos para el control del paludismo durante la década de los noventa, y hoy la transmisión se limita a ciertas regiones del territorio nacional donde el programa de control enfrenta una constante resistencia debido a los flujos migratorios, a las condiciones climatológicas y a la situación de inseguridad que prima en los focos residuales; en los últimos años este escenario ha obstaculizado las actividades de rociado y vigilancia en dichas regiones.

La tuberculosis surca el siglo XX como un problema sanitario de primer orden y se resiste al control a pesar de que el *Mycobacterium tuberculosis* fue de los primeros agentes infecciosos identificados recién iniciada la era microbiana a finales del siglo XIX; la vacuna BCG también fue de las pioneras y apareció como herramienta preventiva antes que las vacunas virales; las técnicas diagnósticas y el arsenal terapéutico estuvieron disponibles desde el inicio como un elemento central en los programas preventivos. Sin embargo, y a pesar de las excelentes coberturas con la BCG, el descenso en la morbilidad de tuberculosis no ha sido tan espectacular como el del resto de las enfermedades inmunoprevenibles. La tuberculosis pulmonar persiste como uno de los problemas de salud más importantes a finales del siglo

* Manuel Sánchez Rosado (gen. 1959) y Andrés Martín Tellaeche (gen. 1963) desempeñaron un papel destacado en la campaña contra el paludismo y la creación del PAIS.

** Mario Henry Rodríguez (exdirector del INSP), junto con Rogelio Daniz (gen. 2004) y Ángel Betanzos (gen. 2003), lideró el grupo de investigaciones sobre paludismo en México.

Foto: AHSS



Vacunación intradérmica con BCG, 1952.

xx. La incidencia de la tuberculosis del aparato respiratorio descendió de 78.2 en 1934 a 18.7 en 1998, y esta tendencia se vio seriamente amenazada por el incremento de la tuberculosis asociada a los casos de sida, a la emergencia de la resistencia a los medicamentos utilizados para su tratamiento y a su asociación con la diabetes mellitus (cuadro 3).

Campaña informativa sobre el sida.



Imagen: AHSS

LAS ENFERMEDADES EMERGENTES

La pandemia del VIH/sida se convirtió en el reto más importante para la salud pública a finales del siglo xx. En México, la epidemia inició en 1983, y desde un principio se generaron respuestas gubernamentales y de la sociedad civil organizada (organizaciones no gubernamentales) para implementar estrategias de control coordinadas por el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA) (1985).^{*} El número de casos registrados hasta 2020 fue de 313 969, y su distribución por sexo y edad ubica a los hombres (85%) y al grupo de 25 a 39 años como los más afectados (53%). La categoría de transmisión más importante es la vía sexual (95%), seguida por la perinatal (2%), los usuarios de drogas intravenosas (1.4%) y la sanguínea (1.8%). Las prácticas bisexuales y homosexuales son las de mayor riesgo, al encontrarse asociadas a ellas 40% de los casos infectados, seguidas por la transmisión heterosexual (28%). En las mujeres, la transfusión sanguínea predominó al inicio de la epidemia, y a partir de 1999 no se notificaron casos con este mecanismo de transmisión. La tasa de mortalidad viene descendiendo desde 2008 (4.6 x 100 000) gracias al acceso universal y gratuito al tratamiento con los nuevos antirretrovirales y a los nuevos esquemas de atención integral de los enfermos.^{61,62}

El cólera se insertó en el perfil epidemiológico nacional en junio de 1991 después de más de 100 años de ausencia de transmisión local. La tendencia mostró un patrón ascendente con 2 690 casos notificados en 1991, comparados con los 16 430 registrados en 1995 y el descenso a 71 casos en 1998, con una tasa de 0.07 por 100 000. La distribución geográfica de los casos y las defunciones mostró un claro predominio en los estados del sur del país. El control motivó un descenso importante de la mortalidad por diarrea en el ámbito nacional.

* Carlos Leonardo Magis Rodríguez (gen. 1982) se comprometió con el programa desde su origen; fue director de Atención Integral en CONASIDA.



Destrucción de colonias de *Aedes*, ISET, 1963.

Foto: AHIS

El dengue es otro fenómeno sanitario emergente, ya que su vector –el *Aedes aegypti*– se encuentra diseminado en diversas regiones del país, al igual que los cuatro serotipos del virus. Durante el decenio de 1984-1993 sólo se registraron 26 casos de dengue hemorrágico, y a partir de 1994 se inició la creciente ola de notificación de casos severos. La carencia de una vacuna, el tratamiento sintomático, lo complejo que resulta instrumentar las estrategias de control del vector, así como el diagnóstico y manejo de los casos severos, son factores que confluyen para que el dengue hemorrágico se convierta en un problema de salud pública de primer orden. En la última década se sumaron otras arbovirosis transmitidas por el *Aedes aegypti* que provocaron epidemias regionales muy importantes, como la de los virus chikungunya (2014) y Zika (2016), este último asociado a complicaciones congénitas severas (microcefalia).

En México, el virus de la influenza A(H1N1) se aisló en Veracruz en 2009, y provocó poco más de 70 000 casos y cerca de 1 200 defunciones. En el mundo, entre 11 y 21% de la población fue infectada, con más de 600 000 casos confirmados y 18 000 defunciones. La disponibilidad de tratamiento médico y las vacunas permitieron contener esta pandemia. La incertidumbre que impuso esa situación sanitaria se materializó con la emergencia, en Wuhan, China, a finales de 2019, del coronavirus SARS-CoV-2, causante del padecimiento Covid-19, que en México, un año después del primer caso notificado (27 de febrero de 2020), dejó un total de 2.3 millones de casos y más de 200 000 defunciones. La carencia de tratamientos específicos y de vacunas, así como la rápida expansión de la transmisión, puso al descubierto las fallas estructurales de las sociedades modernas y de sus sistemas de salud, en cuanto a su capacidad para prevenir una amenaza sanitaria y su poder para contenerla. Las enseñanzas de esta pandemia aún están por aprenderse, pero ha quedado de manifiesto que el perfil de las enfermedades infecciosas no puede considerarse un proceso acabado y con un rumbo definido.

El desarrollo de las vacunas ha tenido un enorme impacto en el control de importantes padecimientos infecciosos. El advenimiento de nuevas vacunas cambiará el panorama y modificará la presencia y el peso de otras infecciones que seguramente afectarán a otros grupos de edad. Por otro lado, los rezagos en materia de dotación de servicios públicos, la mala educación, las malas condiciones de vivienda, aunados a los efectos nocivos del deterioro ambiental, los estilos de vida y las prácticas de riesgo, aseguran que las enfermedades infecciosas permanecerán como importantes retos para la salud pública y la práctica médica en el siglo XXI.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD

El perfil epidemiológico nacional no es homogéneo y los cambios tampoco ocurren a la misma velocidad en todo el territorio. El análisis de las defunciones destaca que las entidades federativas se encuentran en fases distintas del proceso de transición epidemiológica, y que existe un vínculo indiscutible con los diferentes grados de industrialización, urbanización y desarrollo económico alcanzado, lo cual determina una polarización regional en los cambios sanitarios.

En cuanto a la distribución de la mortalidad en los grupos de edad, es posible observar cómo se incrementa de manera paralela al cambio demográfico ocurrido a lo largo del siglo xx. En 1940, las defunciones ocurrían predominantemente en los menores de 15 años (55%); los jóvenes y adultos de 15 a 69 años eran un segmento relativamente sano (35%), y los mayores de 70 años participaban con cerca de 10%. Para 2010, la participación de los menores de 15 años se redujo (5%), mientras que la contribución de los mayores de 70 años se engrosó (46%); este último grupo de edad, para 2050, será responsable de 90% de las defunciones en los hombres y de 95% en las mujeres.

Las tendencias marcan un descenso en el capítulo de enfermedades infecciosas y parasitarias, que contribuyeron con 45% del total de muertes en 1930 y bajaron a menos de 10% en 2019. Las diarreas, junto con las neumonías y la influenza, ocuparon los primeros dos lugares de relevancia hasta 1980, cuando fueron desplazadas al segundo y tercer puesto por los accidentes, y relevadas por las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus, que en 1930 apenas contribuyeron con sólo 2% de las muertes y en 2009 participaron con 43% del total de las defunciones. La tendencia indica que, para el año 2030, este grupo de padecimientos será el causante de casi 60% de las defunciones en México (cuadro 4).

En este contexto la dinámica de las enfermedades del presente se mueve en diferentes niveles de complejidad, donde los estilos de vida están determinados por fenómenos sociales y se expresan como factores de riesgo individuales condicionados por la conducta. El abordaje para su control o prevención está vinculado a dinámicas sociales y redes causales complejas pero, de alguna manera, dirigidas a establecer estilos de vida poco saludables o de riesgo. Estos cambios en los estilos de vida dispararon un espectro de nuevas exposiciones a factores reconocidos como dañinos y potencialmente letales que trajeron consigo un abanico de enfermedades más duraderas, sólo interrumpidas por la muerte prematura o por discapacidades de diversa magnitud y/o duración. El sustrato causal que las vincula son los estilos de vida asociados a tantos otros factores que definen hoy a las enfermedades del progreso y la abundancia. En ese tenor, los problemas de salud más importantes en México en el siglo xxi están vinculados a la obesidad y el sobrepeso (diabetes mellitus e hipertensión arterial), al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (cirrosis, accidentes, tumores malignos, salud mental y violencia) y a la inequidad de género (violencia y feminicidios).

Cuadro 4.
Evolución de las principales causas de defunción. México, 1922-2008*

	1922	1930	1940	1950	1960
CIE	3era	4ta	5ta	6ta	7ma
# muertes	364 832	441 712	458 906	418 430	402 545
Tasa	2 545.0	2 668.5	2 335.0	1 622.5	1 152.7
1	Neumonía e influenza (285.9)	Diarrea y enteritis (483.9)	Diarrea y enteritis (491.3)	Diarrea y enteritis (278.5)	Diarrea y enteritis (182.5)
2	Diarrea y enteritis (179.7)	Neumonía e influenza (293.8)	Neumonía e influenza (381.4)	Neumonía y gripe (271.2)	Neumonía y gripe (162.4)
3	Fiebre y caquexia palúdica (174.6)	Fiebre y caquexia palúdica (164.6)	Paludismo (121.7)	Enfs. de la 1era infancia (97.9)	Enfs. de la 1era infancia (134.8)
4	Tosferina (100.3)	Tosferina (112.3)	Homicidios (119.7)	Accidentes (95.6)	Accidentes (41.5)
5	Viruela (83.6)	Viruela (105.1)	Sarampión (91.0)	Paludismo (89.2)	Tumores malignos (35.8)
6	Debilidad congénita y vicios de conformación (78.3)	Sarampión (92.7)	Bronquitis (66.8)	Tosferina (46.1)	Homicidios (32.0)
7	Tuberculosis (68.7)	Debilidad congénita y vicios de conformación (63.6)	Enfs. hígado y cirrosis (63.8)	Cirrosis hepática (38.8)	Bronquitis (30.2)
8	Muerte violenta (64.6)	Tuberculosis respiratoria (23.6)	Debilidad congénita y vicios de conformación (57.3)	Tuberculosis (35.8)	Tuberculosis (23.6)
9	Bronquitis (55.4)	Muerte violenta (60.7)	Tuberculosis pulmonar (57.0)	Bronquitis (37.1)	Cirrosis hepática (22.0)
10	Senilidad (49.5)	Bronquitis (55.4)	Disentería (55.7)	Sarampión (29.8)	Paludismo (20.2)

* Tasa de mortalidad por 100 000

Siglas: CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2018 [comunicado de prensa 538/19]. Aguascalientes: Inegi, octubre 2019 [citado mayo 14, 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemoDefuncionesRegistradas2019.pdf>

1970	1980	1990	2000	2010	2018
8va	9na	10ma	10ma	10ma	10ma
485 686	434 465	422 803	437 667	592 018	722 611
1 007.1	649.9	520.4	449.0	545.1	580.0
Neumonía e influenza (173.5)	Accidentes (71.8)	Enfs. corazón (65.2)	Enfs. corazón (70.5)	Enfs. corazón (97.0)	Enfs. corazón (119.0)
Enteritis y otras enf. diarreicas (149.5)	Enfs. infecciosas intestinales (61.8)	Tumores malignos (50.7)	Tumores malignos (56.4)	Diabetes mellitus (76.5)	Diabetes mellitus (81.0)
Enfs. corazón (69.4)	Neumonía e influenza (57.1)	Accidentes (48.5)	Diabetes mellitus (47.8)	Tumores malignos (64.8)	Tumores malignos (68.0)
Causas perinatales (52.3)	Enfs. corazón (53.4)	Diabetes mellitus (31.7)	Accidentes (36.2)	Accidentes (35.2)	Enfs. del hígado (31.0)
Tumores malignos (38.2)	Tumores malignos (39.5)	Afecciones perinatales (28.4)	Enfs. del hígado (28.1)	Enfs. del hígado (29.9)	Homicidios (29.3)
Enfs. cerebrovasculares (25.1)	Afecciones perinatales (39.3)	Neumonía e influenza (27.3)	Enfs. cerebrovasculares (26.1)	Enfs. cerebrovasculares (29.8)	Enfs. cerebrovasculares (28.0)
Sarampión (24.7)	Enfs. cerebrovasculares (22.8)	Enfs. infecciosas intestinales (27.3)	Afecciones perinatales (19.9)	Homicidios (23.8)	Accidentes (25.6)
Accidentes (23.5)	Cirrosis y otras enf. del hígado (22.3)	Enfs. cerebrovasculares (24.3)	Neumonía e influenza (12.7)	EPOC (18.0)	Neumonía e influenza (23.0)
Cirrosis hepática (23.2)	Diabetes mellitus (21.8)	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado (22.0)	EPOC (11.2)	Neumonía e influenza (14.4)	EPOC (19.0)
Infecciones respiratorias agudas (21.8)	Homicidio y lesiones intencionales (18.3)	Homicidio y lesiones intencionales (17.8)	Homicidio y lesiones intencionales (11.0)	Afecciones perinatales (13.3)	Insuficiencia renal (11.0)

Imagen: AHISS

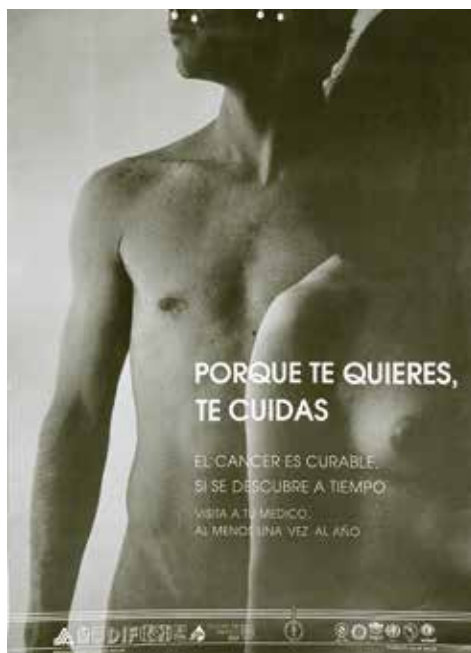


Imagen: AHISS



Campañas de prevención del cáncer y contra el tabaquismo.

Este giro impone nuevos retos, ya que el descenso en la mortalidad por causas infecciosas se forjó con el apoyo de las inmunizaciones, la terapia de rehidratación oral y el acceso a mejores servicios urbanos y una mayor cobertura de los programas preventivos. Las características fundamentales de estas intervenciones son su efectividad, el bajo costo, su aplicación masiva, su carácter equitativo y su impacto inmediato. En contraste, el surgimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas requiere de programas preventivos de largo alcance, diagnósticos tempranos y tratamientos eficaces que reduzcan su peso en la salud de la población. Su trayectoria y la ausencia de programas efectivos de control las colocan como problemas de salud en ascenso para los cuales no se tienen vacunas ni “balas mágicas”. Sólo en el caso de los accidentes de vehículo de motor, las intervenciones y los programas preventivos (uso obligatorio de cinturón, casco, alcoholímetro, etc.)* han logrado contener su impacto en la mortalidad.

Así como la predominancia de ciertas causas durante el siglo XX fue cambiando, la forma de llamar a la muerte también se modificó; ya no hay causas como fiebre y caquexia palúdica, pero existe la certeza diagnóstica de una hemorragia subaracnoidea del sifón y la bifurcación carotídea. El diagnóstico también es más preciso; en 1938 se tenían 179 causas, y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hoy cuenta hasta con 2 032 códigos para clasificar la muerte. A esta situación hay que agregar que –en promedio– una de cada tres defunciones es certificada por el médico tratante, 15% por un médico forense y 50% por otro médico, y en 78% de estos certificados el informante es un pariente en línea directa, lo que conlleva a un subregistro importante de causas de defunción. También hay defunciones que no se registran, como en el caso de los recién nacidos,⁶³ algunas defunciones maternas^{64,65} y muchas defunciones que ocurren en zonas rurales.⁶⁶ La identificación de la causa básica también se puede complicar en el caso de las defunciones en los adultos mayores por la existencia de comorbilidad múltiple. A pesar de los problemas señalados, las estadísticas de mortalidad en México han mejorado hasta conformar un sistema de información confiable, oportuno, íntegro, de calidad y con muy buena cobertura. De la evaluación realizada por la OMS en 2005, el sistema de registro de la mortalidad en el país fue clasificado como de alta calidad junto con otras 23 naciones.⁶⁷

* Martha Cecilia Híjar Medina (gen. 1977) ha liderado la investigación en accidentes en México.

Algo que preocupa es que la frialdad de las estadísticas de mortalidad impide mostrar el lado más humanitario de los datos. Esos esqueletos algún día tuvieron un rostro y fueron mexicanos que de alguna manera contribuyeron a construir este país tal y como lo conocemos hoy en día. Unos llegaron a viejos cuando las condiciones sociales y económicas ciertamente parecían impedirlo, mientras que otros murieron jóvenes o niños cuando las circunstancias les prometían una mayor esperanza de vida al nacimiento. En estos datos se encuentran los bisabuelos, la mayoría de los abuelos, algunos padres, madres, otros descendientes cercanos, pocos pero muy queridos amigos, y por ahí deben de haberse colado algunos compañeros de escuela. En esos millones de difuntos se encuentran varios artistas y vagos, niños de la calle y niños bien, prostitutas, maestros, campesinos, obreros y empresarios; automovilistas y peatones; suicidas, víctimas inocentes y asesinos confesos. Sin embargo, no es posible distinguir a los viciosos de los precavidos, a los cultos de los ignorantes, a los progresistas de los conservadores, como tampoco es posible separar a los fumadores de los deportistas, a las gordas de las flacas, a los optimistas de los azotados, ni a los haraganes de los *ninias*. En estas estadísticas se esconden los ateos, y bajo otras mil máscaras se diluyen los partidarios políticos, los usureros, los marginados, los migrantes, las amas de casa, los estudiantes, los indígenas, los indigentes y las muertas de Juárez. Así como hay muertos desaparecidos, también se cuentan los muertos que, en exceso, ha provocado la enfermedad Covid-19.

En esta innumerable fila de tumbas y criptas, seguramente se encuentran difuntos frustrados porque el diagnóstico de su causa básica de muerte fue el de “signos y síntomas mal definidos”, a pesar de sus esfuerzos insistentes para conseguirse un infarto, una cirrosis o una pancreatitis. Existen aquellos decepcionados porque finalmente se les paró el corazón, y algunos más están inconformes porque el sexo no está especificado. Entre todos ellos destacan algunos inmortales; se pueden encontrar nombres ilustres, personajes innombrables e individuos sin nombre. Pero también se tiene presente que existe el subregistro; ello implica que hay muertos en México que no se cuentan en estas estadísticas, y la mayoría son niños que nacieron y murieron en las remotas áreas rurales del país o son mujeres desaparecidas a las que seguimos buscando. No es posible olvidar a esos niños y mujeres, por mucho que se beneficien las tasas de mortalidad.

Estas estadísticas describen con precisión la latencia de los eventos que moldearon las razones de la muerte. Se puede cuantificar a quienes murieron al instante en un accidente automovilístico; en pocos días por una neumonía; súbitamente por un infarto; asfixiados lentamente por un enfisema; derrotados irremediamente por el cáncer; atormentados, ciegos e inútiles por la diabetes; sin memoria y olvidados por una demencia; sorprendidos por una caída, o malfor-

mados por la herencia. Es posible saber quién se pasó los últimos años de su vida arrepentido por ser fumador; traicionado por una transfusión, desconectado del mundo por una hemorragia cerebral o sofocado por la picadura de una chinche besucona. Es posible sumar a quienes fueron atravesados por una bala, una úlcera o disecados por una diarrea. Y suele aplaudirse a todos aquellos que murieron de muerte natural y que llegaron al final sin darse cuenta. Por último, sería deseable describir cuántos de estos muertos estuvieron acompañados en el momento de su muerte, si fueron felices, si tuvieron oportunidad de arrepentirse o si hubieran preferido hacer otra cosa de su vida. Nada de eso se puede hacer para recuperar o describir los grandes placeres en su larga o corta existencia. De lo que sí se quiere tener seguridad es de que, después de 100 años, se les siga recordando.

El perfil epidemiológico de México en los últimos 100 años da cuenta de los enormes avances alcanzados en las condiciones de salud de la población. Se abatieron las principales causas de muerte de naturaleza epidémica que transitaban de manera explosiva a lo largo del territorio, y que fueron abandonando sus lugares privilegiados en la lista de mortalidad para dar paso a problemas de salud de mayor complejidad en materia de prevención, diagnóstico y tratamientos efectivos. El análisis que se presenta pone de manifiesto lo complejo que ha sido cambiar el perfil de enfermedad y muerte en el país. Lejos de adjudicar los descensos a las acciones de algunos individuos, estos datos demuestran que han sido producto del trabajo de varias generaciones, de la consolidación de las instituciones encargadas de velar por la salud de la población y de la búsqueda de la equidad en la aplicación de las intervenciones preventivas. La historia de la Escuela de Salud Pública de México es un fiel reflejo de esos cambios y de quienes fueron sus protagonistas.

Referencias

1. Olivier G. Controlar el futuro e integrar al otro: los presagios de la conquista de México. En: Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de Cultura. Tetzáhuil, los presagios de la conquista de México. México: INAH, 2019:43-98.
2. Rodríguez-Domínguez J. La Escuela de Salud Pública de México. *Salud Publica Mex.* 1983;25(5):505-8.
3. Gómez-Dantés H, López-Moreno S. Desarrollo histórico de la salud pública. En: López-Moreno S, Puentes-Rosas E, eds. *Observatorio de la Salud en México 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2011:28-32.
4. Gómez-Dantés H, López-Moreno S. La salud pública en México durante el siglo XX. En: *México en el siglo XX*. México: Archivo General de la Nación, diciembre 1999:677-94.
5. Aristides M. The Pan American Sanitary Bureau: Its origin, development and achievements. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1941;20(1):41-6. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13954>
6. Fajardo-Ortiz G. Sucesos en las Unidades Médicas: 1915. *Gac Med Mex.* 2016;152:264-8.
7. Moreno-Guzmán A. La medicina militar en México en 1915. *Gac Med Mex.* 2016;152:269-73.
8. Organización Panamericana de la Salud. *El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental*. Washington, D.C.: OPS, 1999.
9. Secretaría de Salud. Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010. México: Secretaría de Salud/CIESAS, octubre 2010: 63-88.
10. Carrillo AM. Salud pública y poder en México durante el cardenismo, 1934-1940. *Dynamis. Acta Hisp Med Sci Hist Illus.* 2005;25:145-78.
11. Birn AE. *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006.
12. Lozano R, Tapia-Conyer R. El servicio médico social en Miguel E. Bustamante. Un pilar de la salud pública moderna en México. México: Fundación Carlos Slim/SMSP/Clío, 2016:84-7.
13. Hernández-Lamas H. La atención médica en el medio rural mexicano. En: *La atención médica rural en México 1930-1980*. México: IMSS (Colección Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudios), 1984:21-32.
14. Ortiz M. *Libro del Cincuentenario*. México: Secretaría de Salud, 1993:15-32.
15. Pineda C. Los programas de salud rural en México. En: *La atención médica rural en México 1930-1980*. México: IMSS (Colección Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudios), 1984:275-96.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Extensión de la seguridad social en el medio rural. En: *La atención médica rural en México 1930-1980*. México: IMSS (Colección Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudios), 1984:339-94.
17. Levy-Algacy S. IMSS-Oportunidades. En: Urbina M, Moguel AA, Muñoz MM, Solís JA, coords. *La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006:469-78.
18. Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Publica Mex.* 2019;61:202-11. <https://doi.org/10.21149/10122>
19. King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C *et al.* Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet.* 2009;373:1447-54.
20. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C *et al.* Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: An interim report card. *Lancet.* 2006;368:1920-35.
21. Malvido E. La Nueva España a principios del siglo XIX. En: *El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica*. México: Conapo (México en el siglo XIX), 1993; t. III:22-41.
22. García-Cubas A. Materiales para formar la estadística general de la República mexicana. Apuntes relativos a la población. En: Agostoni C, Ríos-Molina A, eds. *Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010*. México: UNAM, 2010:81-93.

23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas históricas de México. México: INEGI, 1994; t.I.
24. Alba F. Cambios demográficos y el fin del porfiriato. En: El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica. México: Conapo (México en el siglo XIX), 1993; t. IV:148-65.
25. Ordorica M, Lezama JL. Consecuencias demográficas de la Revolución Mexicana. En: El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica. México: Conapo (México en el siglo XIX), 1993; t. IV:32-53.
26. Bernal AR. El pensamiento y la política poblacionista en el México de la primera mitad del siglo XX. En: El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica. México: Conapo (México en el siglo XX), 1993; t. IV:54-73.
27. Cabrera-Acevedo G. Hacia un nuevo milenio. El poblamiento en perspectiva. En: El poblamiento de México. Una visión histórico demográfica. México: Conapo (México en el siglo XX), 1993; t. IV: 8-31.
28. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud. Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010. México: Sinave-DGE-Secretaría de Salud, 2011.
29. Dirección General de Epidemiología. Transición epidemiológica (documento monográfico). México: Secretaría de Salud, mayo 2018.
30. Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) 2018 [internet]. México: GIPEA [citado mayo 2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579119/2_Informe_Indicadores_13_05_2020_compressed.pdf
31. Salinas-Rodríguez A, De la Cruz-Góngora V, Manrique-Espinoza B. Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex.* 2020;62:777-85. <https://doi.org/10.21149/11840>
32. Fernández S, Navarro RL, Morales J, Wong L.R. Compendio histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993. México: Secretaría de Salud, 1993.
33. Álvarez-Amézquita J, Bustamante M, López A, Fernández-Del Castillo F. Historia de la salubridad y la asistencia en México. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960; t. II.
34. Granillo R. El servicio de bioestadística en México (1944). En: Agostoni C, Ríos-Molina A, eds. Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010. México: UNAM, 2010.
35. Bustamante ME, Viesca-Treviño C, Villaseñor F, Vargas-Flores A, Castañón R, Martínez X. La salud pública en México, 1959-1982. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.
36. Agostoni C. La Secretaría de Salubridad y Asistencia y los lineamientos internacionales en materia de estadística. En: Agostoni C, Ríos-Molina A, eds. Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010. México: UNAM, 2010:227-40.
37. Frenk J, Urrusti J, Rodríguez AC. La salud pública. En: Aréchiga H, Somolinos J, comps. Contribuciones mexicanas al conocimiento médico. México: Fondo de Cultura Económica (Biblioteca de la Salud), 1993:563-95.
38. Olaiz G, Fernández S, Wong R, Torres LM, Santillán A. La mortalidad en México. Registro, estructura y tendencias. México: Secretaría de Salud (Cuadernos de Salud, núm. 1), 1994.
39. Fernández-De Hoyos R. ¿Cuáles son realmente las principales causas de defunción en México? *Salud Publica Mex.* 1983;25:241-64.
40. Sepúlveda J, Gómez-Dantés H, Hernández AJE. Los sistemas de información geográfica en salud. En: De la Fuente JR, Tapia CR, Lezana-Fernández MA, eds. La información en salud. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002:325-37.
41. Fernández-Cantón S, Álvarez LC. La mortalidad como instrumento para la vigilancia epidemiológica. En: De la Fuente JR, Tapia CR, Lezana-Fernández MA, eds. La información en salud. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002:161-72.
42. Villarreal-Levy G, Priego-Valdez LC. Génesis y desarrollo de la Dirección General de Información en Salud. En: Agostoni C, Ríos-Molina A, eds. Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010. México: UNAM, 2010:305-20.
43. Álvarez-Gutiérrez R, Brown M. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. *Salud Publica Mex.* 1983;25:21-75.
44. Encuestas de Salud. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. Cuernavaca: INSP, 2017.
45. Fernández-De Castro J, Fernández-De Castro D. Viruela. En: Endemias y epidemias de México en el siglo XX. México: s/e, 2015:1-8.
46. Fernández-De Castro J, Fernández-De Castro D. Fiebre amarilla y otras arbovirosis. En: Endemias y epidemias de México en el siglo XX. México: s/e, 2015:56-78.
47. Secretaría de Salud. Oncocercosis en México. Informe del país. Programa Nacional para la Eliminación de la Oncocercosis en México. México: Secretaría de Salud, 2014.

48. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud. Programa de Acción Específico: Eliminación de Oncocercosis 2013-2018. México: Secretaría de Salud, s/f.
49. Carrillo AM. Vaccine production, national security anxieties and the unstable state in nineteenth and twentieth-century. En: Holmberg C, Blume S, Greenough P. The politics of vaccination. A global history [internet]. Manchester: Manchester University Press (Series: Social Histories of Medicine), 2017 [citado marzo 22, 2020]:121-47. Disponible en: <http://www.manchesteruniversitypress.co.uk/9781526110886/>
50. Secretaría de Salud y Asistencia. Cien años de lucha por la salud. México: Instituto Nacional de Higiene, 1995.
51. Gómez-Dantés H, Díaz-Ortega JL. Enlace de la investigación con los programas de salud: el caso de la vacunación. En: Bronfman M, Trostle J, Langer A, eds. De la investigación a la política: la difícil traducción. México: El Manual Moderno, abril 2000:21-50.
52. Tamez S, Eibenschutz C, Zafra X, Ramírez R. La articulación público-privada en la producción de vacunas en México. *Saude Debate*. 2016;40(111):9-21. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611101>
53. Tapia-Conyer R. Una visión crítica sobre la salud pública en México. *Gac Med Mex*. 2016;152:278-84.
54. Guzmán I, Tapia R, Velásquez O, Gómez-Dantés H, Montesanos R, Nakamura M. Vacunación: garantía para la infancia. México: Secretaría de Salud (Serie Cuadernos de Salud), sept 1994.
55. Santos JI. Vaccination in Mexico in the context of the "vaccine decades": Achievements and challenges. *Gac Med Mex*. 2014;150(2):180-8.
56. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.
57. Fernández-De Castro J, Fernández-De Castro D. Sarampión. En: *Endemias y epidemias de México en el siglo XX*. México: s/e, 2015, 221-9.
58. Dirección General de Epidemiología. Boletín informativo No. 19 de la situación del cierre del brote de sarampión [internet]. México: Secretaría de Salud, agosto 14, 2020 [citado feb 5, 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570089/Boletin_Brote_Sarampion_19.pdf
59. Organización Panamericana de la Salud. México libre de rabia humana transmitida por perros [internet]. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, s/f. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15585:mexico-is-free-from-human-rabies-transmitted-by-dogs&Itemid=1926&lang=es
60. Betanzos-Reyes AF. La malaria en México. Progresos y desafíos hacia su eliminación. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011;68(2):159-68.
61. Secretaría de Salud. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro nacional de casos de sida. Actualización al cierre de 2019. México: Secretaría de Salud, s/f.
62. Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud. Informe histórico VIH Día Mundial 2020. México: DI-GEPI-Secretaría de Salud, 2020.
63. Bobadilla JL. Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad perinatal. *Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976-1977*. *Salud Publica Mex*. 1985;27:454-68.
64. Horon I. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health*. 2005;95:478-82.
65. Hill K, Abouzhar C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality in 1995. *Bull World Health Organ*. 2001;79:182-93.
66. Canales L, Almada-Bay I, Narro RJ. Cobertura y calidad del registro de las defunciones en una comunidad rural. *Salud Publica Mex*. 1983;25(6):620-9.
67. Mathers C, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez A. Counting the death and what they die from: An assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005;83(3):171-7.

CONSULTORIOS



ASISTENCIA
PROMEDIO DIARIO

1937	—	3030
1938	—	3163

HOGARES INFANTILES
EN EL D.F.



ASISTENCIA
PROMEDIO DIARIO

1937	—	1430
1938	—	1475

Primera etapa de la Escuela:

LA ESCUELA FUE FUNDADA EL 23 de marzo de 1922, y así se abrió un importante espacio para la profesionalización de la enseñanza de la salud pública en México. En su primera etapa, la Escuela fue construyendo su identidad ligada al Departamento de Salubridad Pública y en el contexto de salud del México posrevolucionario. Sus programas académicos se diseñaban de acuerdo con el proyecto sanitario del Estado y siempre guardaron concordancia con los avances de las ciencias médicas de la época.



Foto: Memoria de la SSA (1950)

una institución en
busca de su identidad
(1922-1938)



Ana María Carrillo¹

Arriba: Laboratorio de la Escuela, 1949.

Página anterior: Cartel ilustrativo, Secretaría de Asistencia Pública. Ciudad de México, ca. 1938.

Capítulo elaborado con la colaboración de María Guadalupe Muro Hidalgo.

(1) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

1 Fundación

La Escuela de Salubridad fue fundada el 23 de marzo de 1922. Con ese hecho comenzó el proceso de profesionalización de la enseñanza de la salud pública en el país.

La propuesta de su creación provino del doctor Alfonso Pruneda, vocal del Departamento de Salubridad Pública –entonces máximo organismo sanitario– y encargado de la Comisión de Propaganda y Educación Higiénicas de ese mismo Departamento. El doctor Pruneda explicó, durante la ceremonia de apertura, que los cursos que ese día comenzaban tenían la función de suministrar preparación técnica a los estudiantes que iban a especializarse en asuntos higiénicos, y se impartirían dentro de un ambiente que, por su importancia y calidad, podría calificarse de universitario. Esos cursos permitirían, a los médicos que los siguieran, obtener dos clases de diplomas: el de oficial de salubridad y el de estudios superiores de higiene y salubridad pública. Los que obtuvieran el primero podrían aspirar al segundo. A quienes siguieran la carrera de oficial de salubridad, la Escuela les ofrecería además otros cursos que les ayudarían a desempeñar con éxito algunas funciones especiales en la administración sanitaria. Pruneda habló también de la intención de formar profesionales para extender la política del organismo sanitario a todos los estados de la república mexicana.¹ De hecho, la convocatoria a los médicos que quisieran inscribirse en los primeros cursos de la Escuela fue publicada en el *Diario Oficial* de todos los estados.* Dijo Pruneda en su discurso:

[...] es natural pensar, que quienes obtengan sus diplomas en la Escuela de Salubridad que hoy se inaugura son los llamados a dirigir o realizar las distintas actividades sanitarias en los diversos estados de la República, ya que también en estas entidades se deja sentir la necesidad de los especialistas en materia de higiene. De este modo, la labor que hoy inicia el Departamento no se limitará a llenar sus propias necesidades, sino que, con miras más amplias, se hará sentir por todo el país.¹

En marzo de 1952, el director de la Escuela enviaría una carta a Pruneda, en la que le comunicaría: “Nuestra Escuela cumple este mes, treinta años de que usted engendró la idea de organizarla, llevándola a la práctica en esta fecha e inaugurando el primer curso”. Le diría que entre los retratos de directores y profesores faltaba el suyo, fundador de la institución. También, que deseaba organizar una ceremonia en la que pudiera entregarle, lo mismo que al segundo y al tercer director de la Escuela (el primero había fallecido en 1929), una medalla de reconocimiento.²

* Véanse, por ejemplo, La Sombra de Arteaga, Periódico Oficial del Gobierno del Estado. Querétaro: 1922 feb 12:157; Periódico Oficial, Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit. Tepic: 1922 febrero 19:7; Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León. Monterrey: 1922 marzo 8:1; Periódico Oficial, Órgano del Distrito Norte de la Baja California. Mexicali: 1922 marzo 10:3; El Estado de Colima,

Desde joven, Alfonso Pruneda destacó como profesor de patología general y como clínico; pero en un accidente perdió una pierna, y ya no pudo hacer visitas a domicilio. En retrospectiva consideraría que ese accidente no fue tan infortunado, porque lo condujo a dedicar su trabajo al servicio de la sociedad. De 1915 a 1916 había sido jefe de la campaña contra el tifo y uno de los involucrados en la última campaña contra la fiebre amarilla, y a lo largo de su vida ocuparía importantes puestos en la administración pública.³

En la ceremonia inaugural de la Escuela también habló el doctor José M. Aragón –secretario de la institución–, quien hizo alusiones al humanismo como bandera de trabajo de los salubristas, a los que caracterizó como “salvadores de vidas”, capaces de combatir epidemias y hasta de prevenirlas.⁴ En ese momento el general Álvaro Obregón era presidente de la República (1 de diciembre de 1920-30 de noviembre de 1924), y el doctor Gabriel Malda estaba al frente del Departamento de Salubridad Pública.

Antecedentes en el mundo

En la creación de la Escuela de Salubridad había influencias internacionales. Un antecedente directo fue el Informe Welch-Rose, elaborado en 1915, en los Estados Unidos de América (EUA), a propuesta de la Fundación Rockefeller. El Informe planteó que se necesitaban personas bien preparadas para el trabajo de salud pública: oficiales administrativos de alto rango; oficiales sanitarios en comunidades; oficiales técnicos expertos en ingeniería sanitaria, química, bacteriología o epidemiología; inspectores de varios tipos, como escolares o de alimentos, y enfermeras en salud pública. Por ello, era necesario establecer una escuela de salud pública, la cual debía estar afiliada a una universidad y a su escuela de medicina; pero, al mismo tiempo, tener una existencia independiente tanto de la universidad como de la escuela de medicina, y no ser sólo un departamento de ésta. Su núcleo debía ser un Instituto de Higiene que contara con divisiones de química, biología, ingeniería y estadística, y tuviera acceso a hospitales.⁵

Varias universidades aspiraban a ser la primera escuela formal de salud pública en EUA, y recibir el apoyo económico de la Fundación Rockefeller. La beneficiada fue la Universidad de Baltimore, donde fue establecida la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública), la cual tenía antecedentes. En 1906, la Universidad de Pensilvania

Periódico Oficial del Gobierno Constitucional. Colima: 1922 marzo 11:1; Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Chihuahua. Chihuahua: 1922 marzo 11:4; Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas. Zacatecas: 1922 marzo 15:323; Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado Libre y Soberano de Yucatán. Mérida: 1922 marzo 15:31; Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. Oaxaca: 1922 marzo 23:2; Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero. Chilpancingo: 1922 abril 1:3.

había ofrecido cursos especiales para otorgar certificados en salud pública, si bien empezó a darlos a partir de 1912, y el modelo más avanzado era la Escuela para Oficiales de Sanidad –que dirigían la Universidad de Harvard y el Instituto Tecnológico de Massachusetts– la cual entrenaba a unos pocos oficiales de alto nivel, y otorgaba un certificado en salud pública después de tres años de estudio.⁶

Para la historiadora Elizabeth Fee, el Informe Welch-Rose fue la justificación seminal para la creación de la Johns Hopkins, y el modelo para futuras escuelas de salud pública en EUA.⁷ Esta historiadora mostró que tanto la elaboración del Informe como el establecimiento de la Escuela en 1916 se dieron en medio de rivalidades académicas y profesionales. Competían las universidades de Harvard, Columbia y Baltimore, a través, respectivamente, de Milton J. Rosenau, director de la Escuela para Oficiales de Sanidad de Harvard y autor de *Preventive Medicine and Hygiene*; Charles-Edward A. Winslow, bacteriólogo y una de las figuras seminales de la profesionalización de la salud pública en EUA, y Henry Welch, profesor de patología y director de la Escuela de Medicina Johns Hopkins de la Universidad de Baltimore.⁶

Todos tenían distintas visiones de lo que debía ser la salud pública y, por lo tanto, del tipo de escuela que era necesario crear. Se debatía si en su orientación la Escuela se identificaría con la teoría de los gérmenes o con una definición más amplia que considerara también los factores económicos y ambientales. Si los alumnos debían estudiar básicamente en laboratorios o en casas, fábricas y otros espacios. Si los programas se enfocarían en el estudio de la enfermedad o en la prevención de ésta. Si habrían de estar dirigidos sólo a los médicos o también a otros profesionales. Si los programas debían basarse en la investigación, como en los institutos de higiene alemanes, o en la práctica de la salud pública, como en el modelo administrativo inglés. Si la educación del público tendría poca importancia o sería fundamental.⁶

De las posiciones competidoras, una estaba orientada a la ingeniería ambiental, otra a una concepción sociopolítica de la salud pública y la tercera a la biomedicina. Con el respaldo de Abraham y Simon Flexner, ganó la propuesta biomédica. La Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública buscaba entrenar personal de alto nivel, y acordó otorgar dos grados, doctor en salud pública y doctor en ciencias de la higiene, además de la licenciatura en ciencias e higiene. Aspiraba a la generación de nuevo conocimiento; por ello, privilegió el laboratorio y buscó impulsar la investigación más que la enseñanza. Puso el énfasis en la enfermedad, y no dio gran importancia a la educación del público. Su modelo y programa influyeron en actividades de salud pública alrededor del mundo.⁶ En los siguientes años, la Fundación Rockefeller financió una serie de escuelas de salud pública en EUA y otros países de América, Europa y Asia, y becó a miles de profesionales de la salud extranjeros para estudiar en instituciones estadounidenses de enseñanza.⁸

Antecedentes en México

En México, había también una experiencia en la formación de personal sanitario. En las últimas décadas del siglo XIX y la primera del XX, se dio en el país el paso del sanitarismo a la salud pública moderna. Tal transición fue posible porque en ese periodo se conjuntaron varios factores científicos, políticos y económicos. En primer lugar, la incorporación de nuevos campos de conocimiento a la práctica de los salubristas mexicanos: la bacteriología, la inmunología, la medicina tropical y la epidemiología. En segundo término, el proceso de concentración creciente del poder del Estado en asuntos sanitarios. Finalmente, el interés de empresas nacionales y extranjeras para combatir las epidemias y endemias en áreas estratégicas para la economía: la ciudad de México, los puertos y las fronteras, las poblaciones cercanas a las líneas ferroviarias, las grandes haciendas y las zonas mineras y petroleras.⁹

Con esos elementos, fueron fundados en el país los primeros institutos nacionales de investigación médica, que se ocuparon de la investigación básica y la producción de biológicos. El Estado mexicano organizó campañas exitosas contra la peste,^{10,11} la fiebre amarilla¹²⁻¹⁴ y el paludismo (si bien en este caso, sólo en una región del país);⁹ otras contra la viruela,¹⁵ en las que hubo avances; y unas más contra la tuberculosis¹⁶ y la sífilis,^{17,18} cuyos alcances fueron muy limitados.

Aunque la doctrina de la soberanía de los estados significó un freno para la acción sanitaria federal durante muchos años, en 1891 fue promulgado el primer Código Sanitario,¹⁹ con validez en el Distrito Federal, los puertos y las fronteras, y hacia finales del gobierno de Porfirio Díaz los asuntos de salud pública estaban prácticamente centralizados por el Consejo Superior de Salubridad, entonces máximo organismo sanitario.^{20,21}

Si a inicios del régimen de Díaz el Consejo era una institución local de la capital del país que contaba con menos de una decena de miembros, a finales de ese periodo era un cuerpo técnico responsable de la administración federal para el que trabajaban cerca de 400 empleados, 100 de ellos especialistas en diversos ramos: médicos cirujanos, profesores farmacéuticos, profesores veterinarios, ingenieros sanitarios y abogados, que actuaban como delegados sanitarios en puertos y fronteras, jefes de desinfección, agentes sanitarios, auxiliares de la vacuna y agentes de inspección de mercados y rastros, entre otras responsabilidades.^{9,21}

La capacitación del personal profesional y técnico especializado en tareas sanitarias tuvo lugar en pequeña medida en las aulas, pues desde 1906 la Escuela Nacional de Medicina estableció una especialidad que abarcaba estudios de venereología y psiquiatría (en la que se incluían temas particulares de higiene, para formar especialistas en ese ramo),²² así como en las reuniones de sociedades científicas y sanitarias, como las de la American Public Health Association (Asociación Americana [en esa época llamada también Canadiense, Mexicana y Cubana] de Salud Pública), a las que anualmente asistían médicos de todas las en-

Foto: INAH (Casasola)



Enfermera vacuna a un hombre. Ciudad de México, ca. 1914.

Foto: INAH



Vehículo utilizado para una campaña de vacunación. Ciudad de México, ca. 1915.

tidades del país.²³ Unos pocos sanitaristas recibieron instrucción en el extranjero. Pero la formación se dio sobre todo en el trabajo cotidiano de inspección sanitaria en puertos, fronteras, y lugares privados y públicos.

La guerra civil de 1910-1921 desorganizó y hasta anuló los servicios sanitarios existentes. Hubo abandono en la producción de sueros y vacunas, lo mismo que en la vacunación, la lucha antivectorial y la higiene escolar, lo que no quiere decir que el Estado revolucionario no hubiese tratado de hacer frente a los graves problemas colectivos de salud que entonces se presentaron,²⁴ como la epidemia de tifo de 1915-1916,²⁵ la pandemia de influenza de 1918-1919,^{26,27} la vuelta de la fiebre amarilla desde 1911²⁸ y una nueva epidemia de peste en 1920.²⁹

Por otro lado, la Constitución de 1917 logró concretar una aspiración no lograda de los sanitaristas porfiristas: la creación del Departamento de Salubridad Pública, dependiente del poder Ejecutivo, cuyas disposiciones tendrían que ser obedecidas por las autoridades administrativas del país, y que estaría dotado de facultades dictatoriales en caso de epidemias graves y catástrofes públicas.^{30,31}



Foto: AHIS

Vacunación obligatoria contra la viruela en la estación del ferrocarril a personas provenientes de Mérida, Yucatán, y Campeche, 1921.

Sanitaristas para la nueva nación

Después de la Revolución de 1910-1921, hubo una reorganización de los servicios de salud pública, y el proyecto sanitario fue un pilar de la construcción del Estado posrevolucionario. Para el primer doctor en salud pública mexicano e historiador de la medicina Miguel E. Bustamante, este proyecto estuvo unido por varios puentes al antiguo régimen, a pesar de la cruenta guerra civil que los separaba: uno de ellos fue el Código Sanitario, promulgado en el porfirismo, el cual tuvo vigencia hasta 1926; otro, las campañas sanitarias iniciadas a principios del siglo XX, y continuadas de manera muy similar una vez pacificado el país.³²

Aunque algunos médicos, farmacéuticos y veterinarios que habían laborado para el Consejo Superior de Salubridad seguían trabajando en el Departamento de Salubridad Pública, se empezaba a reconocer que los estudios de medicina incluían en las cátedras de higiene y bacteriología sólo nociones de salubridad pública, por lo que eran insuficientes para muchas de las prácticas sanitarias, las cuales eran especializadas. La práctica tampoco era suficiente para la preparación de médicos sanitarios. Por eso, al inicio de su mandato, Obregón comisionó a varios médicos para que fueran a EUA, Cuba y diversas naciones de Europa a estudiar los adelantos de la salubridad; mientras que la Junta Internacional de Salubridad, dependiente de la Fundación Rockefeller, becó a un médico mexicano para hacer estudios especiales de higiene en una universidad de EUA.³³

El Departamento de Salubridad Pública reorganizó las campañas contra el tifo, la fiebre amarilla y la viruela, lo mismo que el Servicio de Higiene Escolar, dependiente de la Secretaría de Instrucción Pública, pero que contaba con médicos y enfermeras. También programó dos convenciones para conocer el estado de la salubridad en el país, uniformar los procedimientos de los empleados sanitarios y establecer una cooperación estrecha entre ellos, así como para formular el plan de

Foto: AHSS



Foto: AHSS



Izquierda:
utilización
de mojarra
antilarvarias,
y
derecha:
revisión
de depósitos
de agua; campaña
contra la fiebre
amarilla, 1923.

campana contra la fiebre amarilla. Además, celebró el Segundo Congreso Nacional del Tabardillo, el Segundo Congreso Mexicano del Niño y el Séptimo Congreso Médico Nacional. El organismo consideró fundamental difundir entre el pueblo los conocimientos relacionados con la salubridad; por eso, instaló el Servicio de Propaganda y Educación Higienicas, gracias a lo cual se ofrecieron conferencias sobre asuntos higienicos en escuelas, fábricas, teatros y otros centros de reunión. Fueron también fundados los centros de higiene infantil.³³ Por iniciativa de Pruneda, el Departamento de Salubridad Pública empezó a editar el periódico quincenal *Mensajero de Salud*, publicación gratuita dirigida al pueblo, que relacionó el cuidado de la salud con los deberes patrióticos.³⁴

Pero dirigir los trabajos sanitarios, realizar investigación y difundir las medidas preventivas entre la población demandaban personal capacitado. De acuerdo con Gabriel Malda, ante la gran necesidad de sanitaristas que tenía el país, las autoridades del Departamento de Salubridad Pública decidieron prepararlos internamente, por medio de cursos que estuviesen pensados en función del programa del organismo, el cual incluía el combate contra la viruela, la tuberculosis, la sífilis, la fiebre amarilla, el alcoholismo, la alta mortalidad infantil, la desnutrición, y la falta de cuidados pre y posnatales.³⁵ Este programa, a su vez, estaba relacionado con las principales causas de mortalidad general en México, entre las que destacaban las enfermedades infecciosas (cuadro 1).³⁶

Cuadro 1.
Principales causas de mortalidad general en México, 1922

Posición	Causas de mortalidad general
1	Neumonía e influenza
2	Diarreas y enteritis
3	Fiebre y caquexia palúdica
4	Tosferina
5	Viruela
6	Debilidad congénita y vicios de conformación
7	Tuberculosis del aparato respiratorio
8	Muertes violentas
9	Bronquitis
10	Senilidad

Fuente: referencia 36.

Foto: FCBV



Ambulancia para el servicio de higiene rural, estado de Guanajuato.

La administración obregonista transformó el Instituto Bacteriológico Nacional, creado en 1905, en Instituto de Higiene, y le agregó secciones de Biología, Parasitología, Ingeniería Sanitaria, Anatomía Patológica y Estadística; la idea era que, además de producir sueros y vacunas, el Instituto realizara investigación sobre todos los asuntos relacionados con la salubridad. El recién inaugurado Instituto de Higiene abrió cursos de bacteriología “para señoritas”, y recibieron el diploma 14 de las cursantes.³⁵

Sin embargo, el Estado comprendió la necesidad de fundar una escuela, anexa al Departamento de Salubridad Pública, cuyos egresados pudiesen ocupar los puestos de inspectores sanitarios. Es probable que Francisco de P. Miranda, quien había tenido distintas responsabilidades dentro del sistema de salubridad, haya dictado la primera clase que se dio en la Escuela, pues él aseguraba haber sido su primer profesor.³⁷ La Escuela de Salubridad fue inaugurada con un curso que duró un año y tuvo por objeto preparar a los médicos que en aquel tiempo ocupaban puestos de delegados sanitarios en las fronteras y los puertos marítimos, así como a técnicos que desempeñaban algún cargo en otras dependencias del Departamento.^{38,39} Ese primer curso incluyó conocimientos de higiene general, higiene portuaria y fronteriza, química aplicada a la higiene, higiene de comestibles y bebidas, administración sanitaria, ingeniería sanitaria, desinfección, legislación sanitaria, bacteriología, epidemiología, control de enfermedades transmisibles, y lucha contra la peste bubónica, la fiebre amarilla y el paludismo.⁴⁰ La formación debía complementarse con la obra *The Health Officer*, escrita por los sanitaristas Frank Overton y Willard J. Denno y publicada en 1920, que exponía cómo debían actuar los sanitaristas en lo personal y laboral, ya fuera en la ciudad o en el campo.⁴¹ Entre los primeros alumnos del curso estuvieron Ángel de la Garza Brito –quien llegaría a dirigir la Escuela en los años cuarenta– y Ricardo Granillo –quien había sido el primer becario de la Fundación Rockefeller en 1921 y ocuparía más tarde la Dirección de Estadística del Departamento de Salubridad Pública.⁸

Este curso debía ser complementado con otros específicos para conseguir un desempeño alto en los servicios sanitarios especiales y las actividades relacionadas; por ejemplo: los cursos de parasitología, de servicio sanitario de puertos y fronteras, y el curso especial de fiebre amarilla, paludismo, peste y uncinariasis,



Edificio del Departamento de Salubridad, primera sede de la Escuela, en la avenida Reforma. Ciudad de México, ca. 1922.

con la finalidad de que el personal estuviera preparado para realizar las campañas de salud correspondientes. Se estableció también un curso de bacteriología para personal técnico, con la idea de que quienes lo aprobaran llegaran a ser ayudantes o encargados de los laboratorios bacteriológicos en las delegaciones y otras dependencias del Departamento de Salubridad Pública.⁴² En este curso, los asistentes recibían una pensión mensual, aunque ésta no siempre fue continua, pues dependía de las circunstancias del erario. Hay constancia de que egresados o egresadas obtenían puestos como ayudante de bacteriología de la Escuela Nacional de Medicina o de las delegaciones sanitarias en los estados.⁴³

Había muchas disimilitudes entre la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública y la Escuela de Salubridad. Una fundamental era que la primera había sido financiada por una institución privada, la Fundación Rockefeller; mientras que la segunda fue desde su nacimiento una institución pública, financiada por el Estado mexicano. Otra, que en el primer periodo de la Escuela el énfasis se puso no en la investigación sino en la preparación académica del personal del Departamento de Salubridad Pública. A diferencia de la Johns Hopkins, la Escuela de Salubridad no nació asociada a ninguna universidad o escuela de medicina, sino al organismo responsable de las acciones de salud pública en el país. Aunque en ella hubo enseñanza en el laboratorio, el lugar privilegiado para ésta fueron los centros de salud, las viviendas y los lugares donde los alumnos podían realizar trabajo de campo. En la práctica, el énfasis se puso en la prevención y no en la curación; lo principal era mantener sana a la población, y para lograr ese objetivo, la educación de ésta fue fundamental.

El primer director de la institución fue el doctor Fernando Zárraga –uno de los pioneros de la cirugía ginecológica en el país–. Zárraga no tenía experiencia en el campo de la salud pública, aunque sí en el de la administración, ya que había dirigido los hospitales Juárez y Morelos, y durante poco menos de un año, la Escuela Nacional de Medicina; también el Instituto de Higiene. Pero sólo duró cuatro meses en el puesto.⁴⁴

Al inicio, la Escuela estuvo instalada en el edificio del Departamento de Salubridad Pública, en Reforma 93, en la capital del país; pero, con frecuencia, las clases eran impartidas en instituciones dependientes de tal Departamento: laboratorios de análisis, la Oficina de Desinfección o el Instituto de Higiene, e incluso en otras instituciones públicas como el Hospital General y la Escuela Nacional de Medicina.⁴⁰

En 1922, entre los primeros docentes de la Escuela de Salubridad destacaban Francisco Valenzuela, Tomás G. Perrín, Alfonso Pruneda, Francisco de P.

Miranda, Samuel García, Francisco Castillo Nájera, Ernesto Cervera, Ángel Brioso Vasconcelos, Juan Manuel Noriega, Miguel Cordero y Eutimio López Vallejo.⁴⁰ La mayoría de ellos se habían formado durante el gobierno porfirista, y algunos habían trabajado en la época anterior a la Revolución.

Durante el régimen de Porfirio Díaz, el médico Francisco Valenzuela había sido miembro del Consejo Superior de Salubridad, que, en 1907, lo comisionó a Hong Kong, China, para inspeccionar y expedir los certificados de salud a los inmigrantes que se embarcaran con destino a México. Pasó primero un tiempo de preparación con Rosenau en el Laboratorio de Higiene de Washington, y con Laveran en el Instituto Pasteur de París; ya en Hong Kong, renunció por enfermedad. Al año siguiente, de vuelta en México, fue primer delegado sanitario interino en Salina Cruz, Oaxaca, pero, en enero de 1909, renunció también, y pasó a ocupar la plaza de jefe del Servicio de Desinfección. Durante la Revolución, Domingo Orvañanos renunció al Consejo, y Valenzuela fue nombrado vocal interino.⁴⁵

Tomás G. Perrín era doctor en medicina por la Universidad de Madrid. A México llegó en 1908, después de haber sido ayudante honorario en el Laboratorio Histológico de Santiago Ramón y Cajal durante un año y medio. En 1909, era ya comisionado del Consejo Superior de Salubridad, para estudiar la transmisión de la sífilis por la vacuna humanizada contra la viruela, y la presencia del bacilo de la tuberculosis en la leche, y fue el primer enlace directo de la escuela cajaliana con los investigadores mexicanos.⁴⁶

También durante el gobierno de Díaz, habían laborado los profesores farmacéuticos, Juan Manuel Noriega y Miguel Cordero –el primero en los institutos Médico Nacional y Patológico Nacional,⁴⁷ y el segundo en el Instituto Médico Nacional, además de ser maestro de la Escuela de Farmacia del Hospital General–;⁴⁸ mientras que Eutimio López Vallejo, en su calidad de veterinario del Ejército Mexicano, había sido comisionado a finales del siglo XIX para visitar laboratorios de bacteriología en EUA, y había enseñado patología, fisiología, parasitología, bacteriología y dosimetría veterinaria en la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria, y escrito cinco libros sobre esos temas.⁴⁹

El médico Francisco de P. Miranda había participado en la campaña contra el tifo de 1915-1916, organizada por el Consejo Superior de Salubridad, y más tarde, se le nombró inspector sanitario en Matamoros, Tamaulipas, y delegado de salubridad pública en Nueva Orleans, donde colaboró en la campaña contra la peste bubónica, que llegó a México desde ese puerto.⁵⁰

Otros eran médicos que empezaron su vida profesional en los años de la guerra civil. Ernesto Cervera Berrón obtuvo su título en 1910, y después se formó como bacteriólogo en el Instituto Pasteur de París, donde fue alumno de Roux,



Foto: AHSS

Médicos en clase, s/f.

Metchnikov y Laveran. Estudió también en la Escuela Médico Militar, y llegó a tener el grado de coronel. Había obtenido la titularidad de la cátedra de microbiología en la Escuela Nacional de Medicina.⁵¹

A inicios de la Revolución, el médico Ángel Brioso Vasconcelos había sido ayudante de Higiene en la Escuela Médico Militar. Más tarde fue consejero del Departamento de Salubridad Pública, y, entre 1920 y 1923, jefe del Servicio contra la Fiebre Amarilla.⁵²

Francisco Castillo Nájera obtuvo su título de médico cirujano durante la Revolución y fue ayudante de los delegados vacunadores. Participó, al lado de Carranza, en el ejército revolucionario, y fue nombrado director del Hospital Militar y, posteriormente, del Juárez y del Morelos. De 1919 a 1921, fue jefe del Consejo de Medicina Legal, y se le considera reorganizador de lo que se llamó después medicina forense.⁵³

Ellos tendrían también una destacada participación en el México del siglo xx, posterior a la creación de la Escuela de Salubridad: Perrín sería nombrado jefe de los Laboratorios de Química y Pruebas Funcionales del Instituto Nacional de Cardiología; Pruneda llegaría a ser rector de la Universidad Nacional de México; Miranda destacaría como luchador contra el azote del hambre y tendría la iniciativa de fundar el Instituto Nacional de Nutriología, el cual dirigiría hasta poco antes de su muerte; Brioso Vasconcelos conservaría por 10 años la titularidad de la cátedra de higiene en la Escuela Médico Militar; Cervera Berrón dirigiría el Instituto de Higiene, y trabajaría tanto en el Departamento de Salubridad Pública como en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que lo sustituyó, y Noriega ocuparía la dirección de la Escuela de Ciencias Químicas.

Dentro de los primeros profesores de la escuela estaba también Samuel García, quien sustituyó a Zárraga en la Dirección de la Escuela en 1922. El doctor García fue durante muchos años maestro de terapéutica médica de la Escuela Nacional de Medicina y uno de los primeros interesados en las relaciones de los médicos con el seguro de vida. Se ocupó de problemas sociales y laborales.⁵⁴

En 1923, después de un año de operación, egresaron de la Escuela los primeros oficiales médicos de salubridad; médicos especialistas en servicios sanitarios de puertos y fronteras con subespecialidad en paludismo, peste, fiebre amarilla y uncinariasis; así como técnicos en bacteriología, de los que la mayoría eran mujeres (cuadro 2).³⁹

Las convocatorias de 1923 y 1924 a los médicos que desearan inscribirse en los cursos de la Escuela fueron también promocionadas en los estados. Pero en la de 1924 se aclaró que sólo se abriría matrícula para los cursos correspondientes

Cuadro 2.

Número de egresados de la Escuela de Salubridad, por curso, año y sexo. México, 1923-1928

Cursos	Número de egresados, por año y sexo					
	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Oficiales médicos de salubridad	9 h	7 h	-	-	-	-
Médicos especialistas en servicios sanitarios de puertos y fronteras	6 h	-	-	-	-	-
Técnicos en bacteriología	36 (9 h; 27 m)	-	-	-	-	-
Médicos delegados sanitarios federales	-	-	-	-	21 h	-
Ayudantes de laboratorio de bacteriología	-	-	22 (15 h; 7 m)	-	14 (11 h; 3 m)	12 (8 h; 4 m)
Enfermeras visitadoras	-	-	-	31 m	17 m	-
Inspectores de comestibles y bebidas	-	-	-	27 h	16 h	16 h
Agentes sanitarios	-	-	-	13 h	16 h	9 h
Agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles	-	-	-	32 (7 h; 25 m)	56 (27 h; 29 m)	22 (2 h; 20 m)
Agentes del Servicio de Desinfección	-	-	-	26 (23 h; 3 m)	6 h	5 (4 h; 1 m)
Enfermeras del Hospital Morelos	-	-	19 m	-	-	-
Total	51	7	41	129	146	64

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 39.

al segundo grado, es decir, para graduados de sanidad.* Se daban casos en los que, después de una epidemia en algún estado, el gobierno federal ordenaba que la entidad contara con un médico especializado en estudios de higiene, y para lograrlo, enviara un médico a la capital del país para tomar algún curso en la Escuela de Salubridad; fue el caso de Sonora, donde en 1924 se presentó una epidemia de viruela.⁵⁵

Ese año, egresaron los asistentes a un nuevo curso de oficiales médicos de salubridad (cuadro 2), y el Departamento de Salubridad Pública compró un edificio, localizado en Chopo 31, en el Distrito Federal, para que fuera sede de la Escuela de Salubridad, y lo adaptó para las funciones de ésta. La Escuela permaneció ahí hasta 1938.³⁹

Hubo entonces una defensa de la especialización como único medio de perfeccionarse en tareas sanitarias. El doctor Guillermo Cerqueda, alumno de la escuela, opinó que, cuando ésta aún no existía, habían podido perdonarse las deficiencias en asuntos de salud pública; pero eso ya no era posible. En su opinión, el título de médico cirujano no era suficiente para ser oficial de salubridad. Sugería preguntar a los gobernadores si habían escogido al médico más apto para dirigir la salubridad de su estado; si eran efectivas ahí las disposiciones para evitar epidemias; si los médicos cumplían con la obligación de informar acerca de las enfermedades transmisibles; si llevaban estadísticas de mortalidad y de morbilidad, y si éstas se comunicaban al Departamento de Salubridad Pública; si se había hecho el análisis bacteriológico de las aguas de consumo público y se tomaban medidas para defender a los pobladores de la venta de productos

* Véanse, por ejemplo, Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas. Zacatecas: 1923 abril 21:1-2; Departamento de Salubridad Pública. Convocatoria a los médicos que deseen inscribirse a los cursos de 1924. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Yucatán. Mérida: 1924 mayo 20:2.



Foto: AHSS

Plática sobre higiene a alumnos, profesores y público en general, ca. 1929.

adulterados; si había campañas contra el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis, y se realizaba inspección médica escolar, y si había preocupación por el mejoramiento de las condiciones de los obreros en caso de que el estado fuera industrial. Proponía que a la cabeza de los consejos locales de salubridad se pusiera a los egresados de la Escuela de Salubridad. En puertos y fronteras, la inmigración debía estar, asimismo, en manos de sanitaristas titulados, “médicos nobles de espíritu, dispuestos al sacrificio”, y no como estaba en ese momento, en manos “profanas”. La salvación de la salud pública se daría sólo cuando en las aulas estuviesen representadas todas las entidades de la República.³⁵

Éste era el discurso de un alumno, pero fue escuchado en una ceremonia. El Departamento de Salubridad Pública lo consideró digno de ser archivado entre sus documentos oficiales, y representaba el contenido de los programas de la Escuela y el pensamiento de sus primeros maestros. Cerqueda veía como mérito de la que él consideraba “época de resurgimiento de la salubridad pública en México”, haber conseguido, primero por obligación y después por educación, hacer del baño un hábito, lo cual era fundamental para combatir el piojo y con ello el tifo. Pensaba que al periodo preventivo de la medicina se llegaba por el examen químico y bacteriológico del agua, el aire y las sustancias alimenticias; la instalación de drenaje en las ciudades; la inspección y cuidado de los niños en las escuelas y de los obreros en las fábricas; la intensificación de las campañas contra el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis; la atención prestada a estadísticas demográficas como base de todo trabajo médico, y la atención a las enfermedades tropicales, y todos ellos eran asunto de las escuelas de salubridad.⁵⁶

Varios de los primeros maestros de la Escuela habían sido formados bajo la influencia del viejo continente. Decía Cerqueda: “[...] de la vieja Alemania y la cultísima Francia ha venido el material que ha servido para edificar [...] la Escuela de Salubridad, que ya está dando sus frutos”, si bien también reconocía la influencia estadounidense en el desarrollo de la estadística médica. Sostenía que el programa de la Escuela tenía que ver con problemas en los que antes no se había pensado, entre los que se contaban el alcoholismo y la sífilis como factores de la degeneración racial, y la uncinariasis como factor de empobrecimiento orgánico, que restaba energías e imposibilitaba para el triunfo mental y material de la vida; y ese programa estaba meditado no para su tiempo, en el que muchos aún veían con horror la vacuna antivariolosa, sino para generaciones futuras conscientes de que “la salud es un tesoro que debe cuidarse por la comunidad, y que si es obligatorio velar por la propia vida, es obligatorio también evitar enfermedades a las personas que nos rodean”.⁵⁶

El campo de la higiene pública –afirmaba Cerqueda– se había ampliado; ya no sólo perseguía las enfermedades transmisibles, sino que mejoraba el medio, corregía las influencias nocivas e iba hacia el individuo sano para enmendar las variantes de la salud. “De burocrática, la higiene ha[bía] pasado a popular en el más alto sentido de la palabra, pues lleva[ba] a cada hogar los consejos higiénicos”.⁵⁶

Exaltaba la importancia que se daba en la Escuela de Salubridad –a diferencia de lo que sucedía en las escuelas de medicina– a la epidemiología, centrada en la manera de prevenir enfermedades; la bacteriología, ciencia que había invadido todos los campos de la medicina, y gracias a la cual había precisión matemática en algunos diagnósticos y podía lucharse contra las epidemias; la estadística, que ya no se limitaba a la descripción de la morbilidad y mortalidad para conocer el estado general de salud del pueblo mexicano, sino que permitía al médico de salubridad saber si sus labores habían tenido éxito; la administración sanitaria, que se ocupaba de asuntos que competían al oficial de salubridad, como las visitas domiciliarias; la química aplicada a la higiene, como, por ejemplo, a la desinfección científica (en la que los alumnos aprendían desde el modo de preparar el engrudo que servía para cubrir con papel las hendiduras de una puerta, hasta el manejo de grandes estufas empleadas para desinfectar) o a la higiene de la alimentación. En opinión de Cerqueda, tocaba al Departamento de Salubridad Pública, y especialmente a la Escuela, estudiar y precisar los estándares para la alimentación del pueblo mexicano, tomando en cuenta sus hábitos y recursos pecuniarios.⁵⁶

Reorganización institucional de la Escuela

El siguiente periodo presidencial fue el del general Plutarco Elías Calles (30 de noviembre de 1924-30 de agosto de 1928), y a la cabeza del Departamento de Salubridad Pública estuvo el doctor Bernardo Gastélum. La nueva administración consideró detenidamente la situación de la Escuela de Salubridad, y llegó a la conclusión de que no se había logrado por completo el objetivo de la institución, que era la formación de médicos sanitarios. La causa fundamental que explicaba esa falta de éxito –en su opinión– era que se carecía de profesorado competente para muchas de las materias sanitarias más importantes: epidemiología, estadística médica, higiene industrial y administración sanitaria. Otra causa era que tampoco se tenían

Foto: FCBV



Primera Enfermera Visitadora de Salubridad de tiempo exclusivo. Veracruz, Ver., 1930.

los elementos de trabajo adecuados. Por último, no se había logrado que se inscribiera en los cursos respectivos “un grupo de médicos jóvenes, con verdadera afición y ‘vocación’ por los asuntos sanitarios, y con el espíritu dispuesto a modelarse en las nuevas tendencias de la medicina preventiva”. En opinión de las autoridades sanitarias era menester abandonar de manera temporal la idea de formar médicos sanitarios, y preparar, en cambio, al personal técnico no médico. Se juzgó que tal preparación resultaría relativamente fácil dados los elementos con que se contaba, además de que era no menos importante que la de los médicos encargados de desarrollar la labor sanitaria.⁵⁷

Fue publicado el Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública, el cual estipuló, dentro de las atribuciones del organismo, establecer una escuela de salubridad donde se formarían oficiales de salubridad, suficientemente preparados para atender los servicios sanitarios y desempeñar eficientemente los empleos o cargos que requirieran determinados conocimientos técnicos, y en la que además se impartieran cursos prácticos para inspectores, agentes sanitarios y enfermeras.⁵⁸

Éste fue el preámbulo de una reforma que trató de presentarse como nacimiento de la institución, con un decreto presidencial de creación de la Escuela, del 18 de abril de 1925.* El decreto reiteraba la necesidad que tenía el Departamento de Salubridad Pública de contar con personal especializado en los servicios sanitarios. Planteaba que la existencia de la medicina preventiva constituía en todos los países una profesión, a la que se llegaba con una preparación especial, de la que se carecía en México. Aseguraba que no existía en el país personal suficientemente experimentado para integrar el núcleo de profesores de la Escuela de Salubridad, lo que solamente se lograría enviando al extranjero a médicos que cursaran en las escuelas especiales allí existentes las diversas ramas que constituían la preparación del higienista, durante uno o dos años.

A partir de esas premisas, se modificaron las bases en que se encontraba anteriormente establecida la Escuela de Salubridad. Se autorizó al Departamento de Salubridad Pública para pensionar cada año en el extranjero, con cargo al presupuesto de la Escuela, a dos médicos que pudiesen integrar más tarde el profesorado para la carrera de médico sanitario, hasta completar el número de profesores indispensable para impartirla. La elección de candidatos comisionados en el extranjero sería responsabilidad del presidente de la República, de acuerdo con los requisitos que el Departamento señalara. Los médicos enviados al extranjero quedarían obligados a atender a su regreso la cátedra para la que el Departamento los juzgara más aptos.⁵⁸

* El gobierno de Calles también pretendió haber creado el Instituto de Higiene, que en realidad tenía unos años funcionando.

Diversas agencias internacionales contribuyeron a este objetivo, principalmente la Fundación Rockefeller, que apoyó mediante becas y subvenciones. Las primeras escuelas en EUA y las escuelas e institutos de higiene y enfermedades tropicales europeas sirvieron de lugar de formación de los primeros sanitaristas que fundarían a su regreso esas cátedras consideradas como no cubiertas.³⁹ De acuerdo con José Rodríguez Domínguez, el papel de la Fundación Rockefeller en la Escuela de Salubridad creció después de 1925, cuando los primeros becarios regresaron de EUA y se les responsabilizó de la preparación de los sanitaristas.⁸

Mientras eso sucedía, para preparar al personal técnico no graduado en medicina que el Departamento de Salubridad Pública empleaba o emplearía en todas sus dependencias, la Escuela instauró las carreras de ayudante de laboratorio de bacteriología, agente del Servicio de Desinfección, agente del Servicio de Enfermedades Transmisibles, inspector de bebidas y comestibles, ayudante de bebidas y comestibles, enfermera visitadora y agente sanitario, y explicó que quienes consiguieran certificados tendrían preferencia para ser empleados por el Departamento. El decreto fue firmado el 31 de marzo de 1925 y publicado poco después.³⁹

Samuel García dirigió la Escuela de Salubridad hasta el 3 de abril de 1925. Al día siguiente tomó posesión como director el doctor Gastón Melo –un gastroenterólogo que años después ocuparía la Jefatura del Departamento de Salubridad Pública–, pero renunció antes de un mes. La dirección de la Escuela quedó entonces en manos del doctor Salvador Bermúdez, quien estaría al frente de ella por más de una década.

Bermúdez había egresado en 1921 de la Escuela Nacional de Medicina de México. De 1922 a 1923, el Departamento de Salubridad Pública y la Universidad Nacional lo habían comisionado para hacer la maestría en salud pública en la Universidad Johns Hopkins, con el compromiso de prestar después servicios al mismo Departamento. Al término de sus estudios de maestría, la Fundación Rockefeller lo había becado para estudiar en Francia por unos meses, pero también en esta parte de su formación había recibido apoyo económico del gobierno mexicano.⁵⁹ A su regreso se le había nombrado profesor de higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional; mientras que en el Departamento había participado como conferencista en la Sección de Propaganda y Educación Higiénica, y como miembro de la comisión encargada de discutir y redactar el Reglamento para la Producción, Transporte, Depósito y Venta de Leche y sus Derivados. Se le considera un pionero en el desarrollo de la estadística aplicada a la medicina en México.³⁹

Al tiempo que fue director de la Escuela de Salubridad, Bermúdez tuvo una intensa actividad en labores sanitarias; por ejemplo, fue miembro de la comisión organizadora de la Primera Reunión de Autoridades Sanitarias del país. En mayo

de 1926, el Departamento de Salubridad Pública le confirió una comisión para estudiar, durante tres meses, la organización de los institutos de vacuna antivariolosa en EUA; a su regreso fue, durante un breve tiempo, médico encargado de la vacuna animal en el Instituto de Higiene. A lo largo de los meses en que se mantuvieron en función ambas comisiones, Gastón Melo se desempeñó como director interino de la Escuela de Salubridad. El 19 de octubre de 1926 terminó la comisión que el Instituto de Higiene confirió a Bermúdez, y ese mismo día éste reanudó sus labores como director de la Escuela de Salubridad, y Melo cesó en el puesto de director interino.^{60,*}

Los nuevos cursos y sus profesores fueron los siguientes: agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles (Francisco de P. Miranda), agentes del Servicio de Desinfección (Francisco Valenzuela), ayudantes de laboratorio de bacteriología (Tomás G. Perrín) e inspectores de comestibles y bebidas (Juan M. Noriega); estos cuatro maestros habían dado clases desde la creación de la escuela en 1922. Otros cursos fueron los de enfermeras visitadoras (Salvador Bermúdez), agentes sanitarios (Ricardo E. Cicero) y ayudante para el curso de comestibles y bebidas. Algunos de estos cursos contaban con ayudantes: el de laboratorio de bacteriología (Concepción Flores Parra), el de inspectores de comestibles y bebidas (Eduardo Carstensen) y el de agentes sanitarios (Alfredo M. Rojas). Llama la atención la presencia de una mujer entre los profesores ayudantes. Una parte complementaria, que abarcaba todos los cursos, con excepción del de ayudantes de laboratorio de bacteriología, era la enseñanza sobre la legislación sanitaria nacional (impartida por el abogado Enrique Monterrubio), en lo que atañía a las actividades correspondientes a cada curso. Los alumnos del grupo de agentes sanitarios recibían, además, nociones de policía científica.⁵⁷

En esa época el número de alumnos aumentó a 384 estudiantes, la mayoría de los cuales eran empleados del Departamento de Salubridad Pública, y se les denominó “empleados-alumnos”.⁴¹ En realidad, desde el primer curso de 1922 la Escuela había instruido a empleados del Departamento; la diferencia fue que en esta época se les obligó a tomar los cursos, pues se consideró que para desempeñar sus trabajos requerían preparación técnica y conocimientos de especialización (excepción hecha, en ese momento, de los alumnos graduados en las escuelas de medicina y la Facultad de Ciencias Químicas). De acuerdo con el Departamento de Salubridad Pública, los empleos de agentes sanitarios, de inspectores de sanidad, de enfermeras y enfermeros visitadores, de inspectores de comestibles y bebidas, de inspectores sanitarios de carnes y de ayudantes de laboratorio, sólo de modo excepcional eran ocupados por personas poseedoras de un título uni-

* Por el momento, no es posible consultar el expediente del doctor Gastón Melo en el Departamento de Salubridad Pública, ni el del doctor Salvador Bermúdez con las labores desarrolladas después de 1926. Por eso tampoco es posible saber si Melo ocupó en algún otro momento la Dirección de la Escuela. Pero, cuando De la Garza Brito le dijo a Pruneda que quería homenajear tanto al segundo director como al tercero, no estaba pensando en Melo, quien había fallecido casi 20 años antes.

versitario. Sin embargo, el carácter modesto de esas actividades no implicaba que pudieran ser desempeñadas por cualquier persona. En el servicio civil de varios países se exigía ya la educación especial de los aspirantes a empleos públicos. En México este ideal no había podido aún ser realizado, por la situación poco estable que vivía el país; pero uno de los primeros esfuerzos se estaba llevando a cabo en la Escuela de Salubridad.⁵⁷

El Reglamento de la Escuela de Salubridad planteaba que la institución dependía exclusivamente del jefe y del secretario del Departamento de Salubridad Pública, con quienes el director tenía que acordar asuntos técnicos. Los profesores debían concurrir a la escuela a las horas señaladas para sus cursos, vigilar en ellos las labores técnicas, y dar cuenta del desempeño de los trabajadores a su cargo y del de sus alumnos. Los alumnos tenían como obligación desarrollar las comisiones que les fueren señaladas en los cursos. Éstos duraban entre 9 y 10 meses; eran técnicos y prácticos, y quedaba a juicio del profesor señalar los establecimientos o casas que hubiera que visitar. Los exámenes debían tener carácter de demostración práctica.⁶¹

Las penas por incumplimiento eran severas. Por cada falta que los profesores tuvieran, fuera a clases o a juntas, se les imponía una multa correspondiente al sueldo de dos días para los que daban tres clases por semana, o al sueldo de tres días para los que sólo daban una o dos clases por semana. Cada falta de asistencia de los alumnos empleados en el Departamento de Salubridad Pública era penada con medio día de haber, además de que era tenida en cuenta en la hoja de servicios correspondiente, excepto si estaba justificada por enfermedad o por el desempeño de alguna comisión conferida por el Departamento. Si los alumnos no eran empleados de ese organismo, las faltas se anotaban en su hoja de servicios, la cual se tenía en cuenta para la apreciación de su desempeño. Si algún alumno faltaba a más de 30% de las clases que se impartían en un mes, se le daba de baja. Faltas graves podían conducir a sanciones o hasta expulsión, previo acuerdo con el jefe del Departamento. Si un alumno cometía un acto delictuoso en el local de la Escuela o durante el desempeño de alguna comisión fuera de ella, o realizaba una acción que significara falta de honorabilidad, era castigado con la suspensión definitiva, y podía ser perseguido judicialmente si la gravedad de los hechos lo ameritaba.⁶¹

No todos los empleados estuvieron de acuerdo con la obligatoriedad de los cursos o las penas impuestas por inasistencias, como lo muestra la correspondencia entre el doctor Bermúdez y el jefe del Departamento de Salubridad Pública. Algunos trabajadores de ese organismo consideraban que no necesitaban los cursos, pues eran estudiantes de medicina y habían adquirido los conocimientos que su labor demandaba en sus clases de higiene; otros no lograban compaginar los estudios con las horas de descanso, y había parteras de centros de higiene que

se oponían a tomar cursos dirigidos a enfermeras. En pocas ocasiones las quejas se resolvían a favor de los empleados y se les dispensaba de asistir a clases. Sin embargo, también se daba el caso de quienes exigían el derecho a tomar los cursos, como aquellos a los que se negaba este derecho por tener más de 40 años de edad, y se creían aún en condiciones de desempeñar los trabajos que se les confiaran.⁶² Pero el hecho es que, aun cuando el número de personas que obtuvieron diplomas aumentó, tal aumento no fue proporcional al número de inscritos.

La Escuela abrió también sus puertas a quienes no laboraban en el Departamento de Salubridad Pública pero aspiraban a los puestos del organismo sanitario, y que eran llamados “alumnos libres”. Dada la poca remuneración que era posible asignar a los empleos para los cuales se habían orientado los cursos, se vio que no era realizable exigir que los alumnos hubiesen terminado sus estudios preparatorios, y se pidió únicamente que hubiesen hecho los de enseñanza primaria (salvo en el curso de enfermeras visitadoras, para el cual era precisa la posesión del título de enfermera, y en el de ayudantes de laboratorio de bacteriología, para el que se exigía al alumno haber aprobado un curso previo de bacteriología).⁶³

En los cursos de agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles, agentes sanitarios y enfermeras visitadoras se adoptó un programa similar, con variaciones para adaptarlo a la índole de cada trabajo: los agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles procuraban la profilaxis de las enfermedades en general: viruela, varicela, sarampión, escarlatina, fiebre tifoidea, fiebres paratifoideas, otras afecciones gastrointestinales afines, disenterías, tuberculosis, difteria, tosferina, neumonía, gripa, orejones, meningitis cerebroespinal, tifo, lepra, oftalmía purulenta, erisipela, septicemia puerperal, rabia y tracoma; mientras que los agentes sanitarios se ocupaban de todo lo relativo a la prostitución y la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, a las que entonces aún se denominaba venéreas.⁶³

El programa para el curso de enfermeras visitadoras era amplísimo, pues incluía temas de higiene personal, de la alimentación, escolar y de las habitaciones; profilaxis de las enfermedades transmisibles, tanto desde el punto de vista social como personal; educación higiénica, y nociones de estadística para la correcta presentación de los informes.^{41,64}

En todos los casos, se ofrecían a los alumnos diversas prácticas, y se les exigía que hiciesen durante cierto tiempo las labores que se desarrollaban en las dependencias del Departamento de Salubridad Pública relacionadas con su futuro trabajo. En los centros de higiene infantil, los estudiantes de las carreras de medicina, partería y enfermería encontraron un espacio para su aprendizaje y formación; la concurrencia de mujeres embarazadas e infantes permitió que los

alumnos llevaran clínicas de higiene prenatal y posnatal. Las enfermeras visitadoras se presentaban en el domicilio de los pacientes, para cerciorarse de que éstos cumplieran con las indicaciones de los médicos.^{65,66}

Quienes se formaban como enfermeras visitadoras participaban en las actividades de vacunación antivariolosa, y ello se aprovechaba para hacer la revacunación de las propias alumnas del curso; en el caso de las vacunas contra la fiebre tifoidea y las paratifoideas, se vacunaba sólo a las alumnas que lo deseaban. También se ponía atención a la enseñanza de la deontología de los empleados visitadores o inspectores del Departamento de Salubridad Pública.⁵⁷

Entre 1926 y 1928, los cursos fueron impartidos bajo criterios y contenidos similares,⁶⁴ pero se dio una importancia mayor a lo relacionado con la forma legal de desempeñar las funciones sanitarias, de acuerdo con los reglamentos respectivos vigentes; pues, además de diversos reglamentos, la administración callista promulgó un nuevo Código Sanitario,⁶⁷ y éste y aquéllos despertaron la oposición de muchos sectores de la sociedad: los comerciantes, la población en general, la Asociación de Madres y Maestros, las autoridades políticas y sanitarias de los estados, y la Iglesia católica. Esto ocurrió ante el Reglamento para la Producción, Introducción, Transporte, Depósito y Venta de Leche; la obligatoriedad de la vacunación antivariolosa en toda la República, y la de las pruebas de Dick y de Schick para determinar el grado de respuesta inmune ante la escarlatina y la difteria, respectivamente, para todos los alumnos de escuelas oficiales; las medidas relativas al comercio sexual y a la venta de alcohol; y, sobre todo, la prohibición, basada en el Código Sanitario emitido en 1926, a jueces del Registro Civil, y sacerdotes y ministros de todos los cultos, de sancionar una unión matrimonial en tanto los contrayentes no justificaran con certificados fehacientes que no padecían ninguna de las enfermedades que, por propagarse de padres a hijos, constituían un “peligro para la salud de la especie”.⁶⁸

Por acuerdo del jefe del Departamento de Salubridad Pública, un curso de enfermería práctica se extendió a las enfermeras del Hospital Morelos —que en el pasado había dependido de la Beneficencia Pública, pero en esa época era ya manejado por el Departamento, y en donde las autoridades sanitarias retenían a las prostitutas afectadas por enfermedades venéreas, hasta su curación, si ésta se daba—. Este curso tuvo como resultado la preparación de las enfermeras en lo relativo al cuidado de las enfermas, en asuntos médicos, quirúrgicos y obstétricos. Su contenido era básicamente clínico, y lo impartió el cirujano obstetra Emilio Varela, quien por esas fechas había cursado clínica y cirugía del vientre en la Facultad de Altos Estudios de la Universidad Nacional, y fue profesor tanto de esta universidad como de la Escuela de Salubridad.⁶⁹ Entre 1925 y 1926, la Escuela hizo la entrega de

170 diplomas en distintas áreas de conocimiento, de acuerdo con las necesidades del sistema sanitario de ese periodo (cuadro 2).^{39,57}

Plutarco Elías Calles había autorizado a Gastélum para crear el Cuerpo de Policía Sanitaria y la Oficina de la Campaña contra las Enfermedades Tropicales, la cual comenzó una lucha contra la uncinariasis, con el apoyo de la Fundación Rockefeller y a propuesta de ésta.⁷⁰ Asimismo, lo autorizó para establecer los servicios sanitarios de carácter federal, no sólo en territorios, puertos y fronteras, sino también en los estados; de modo que sus funciones no se limitaran a las que hasta entonces le eran propias, como migración y sanidad marítima, sino que abarcaran también asuntos de salud pública general.⁶⁸ De acuerdo con el Reglamento de los Delegados del Departamento de Salubridad Pública, los delegados en poblaciones fronterizas y en puertos, y los que estaban por ser nombrados en los estados, tendrían las tareas de llevar las estadísticas demográficas, auxiliar a las autoridades locales, informar al Departamento, emprender campañas y cuidar la observancia de leyes sanitarias.⁶⁸ La creación de esas delegaciones sanitarias federales se consideraba de una trascendencia incalculable pues, por medio de ellas, el Departamento iba a gobernar directamente algunos de los más importantes problemas sanitarios locales y generales, y a tener una ingeniería considerable en casi todos ellos.⁶³

El puesto de jefe de tales delegaciones requería de una gran competencia técnica y enciclopédica de las ciencias sanitarias, ya que debían enfocarse en la ingeniería sanitaria para cuidar de viviendas y espacios públicos, así como del aseo general de las vías públicas; en las enfermedades transmisibles, para tomar las medidas de aislamiento o aplicar vacunas; en las campañas antilarvarias, para evitar la proliferación de los insectos en lugares concurridos por los humanos y disminuir los casos de fiebre amarilla y paludismo; en las bebidas y los alimentos, para procurar su venta lo más pura y sin contaminación; en la sanidad, para regular la prostitución clandestina; en los cuidados a los niños, para disminuir la mortalidad infantil, y finalmente, en los certificados de salud indispensables para cualquier matrimonio.⁷¹

A finales de 1926 se desarrolló un nuevo curso para médicos sanitarios, el cual precisamente tuvo por objeto preparar a los facultativos que aspiraban a ocupar los primeros puestos de médicos delegados sanitarios federales en los estados. Como su formación era urgente, se dio a la Escuela un plazo reducidísimo de dos meses para formarlos. El curso comprendió las siguientes materias: bacteriología aplicada a los servicios sanitarios, control de enfermedades transmisibles, estudio sanitario de comestibles y bebidas, desinfección, epidemiología y profilaxis de enfermedades transmisibles, legislación sanitaria, trámites de oficina, y estadís-

tica. La capacitación se complementó con estudios prácticos basados en visitas y demostraciones en varias de las dependencias del Departamento de Salubridad Pública (ingeniería sanitaria e higiene veterinaria; dispensarios para enfermedades venéreas; oficinas de vacuna; centros de higiene infantil; Instituto Antirrábico; servicios de inspección de boticas, droguerías y expendios de medicinas y narcóticos). Esa preparación buscaba lograr que los médicos inscritos pudiesen desarrollar correctamente sus funciones en las delegaciones sanitarias y vigilar la aplicación del nuevo Código Sanitario Federal.⁷²

Todos los candidatos eran médicos cirujanos. De 47 inscritos, 27 concurrieron a las clases, demostraciones y visitas comprendidas en el curso, y 21 fueron aprobados en el examen final. Casi todos los aprobados recibieron nombramiento de delegado federal y estaban desempeñando sus puestos. Al parecer su trabajo adolecía de algunos defectos; sin embargo, dada la misión que aquéllos tenían que desempeñar y la cortedad del curso, la Dirección de la Escuela estimó que el esfuerzo de la institución había sido muy apreciable y los resultados, alentadores.⁶³

Hacia mediados de 1927, el Departamento de Salubridad Pública anunció que había quedado establecido en todo el país un servicio de enfermeras visitadoras, las cuales atenderían la prevención de enfermedades por medio de la enseñanza de los métodos más eficaces para combatirlas.⁷³

Después de esa fecha se suspendió el curso para los agentes del Servicio de Desinfección, pues la gran mayoría de los empleados en ese servicio había ya recibido la instrucción correspondiente. Ese mismo año fue suprimido el curso para enfermeras visitadoras, en virtud de que casi la totalidad de enfermeras ya empleadas en el Departamento de Salubridad Pública habían obtenido un diploma; en total se habían graduado casi 50 alumnas, número excesivo para el de las probables vacantes en puestos que pudieran ser ocupados por enfermeras en el Departamento,⁶³ lo cual era una muestra de la aceptación que esa nueva profesión tenía en el país.

En lugar de este último curso se dio inicio a uno de puericultura e higiene infantil, abierto libremente a toda persona deseosa de adquirir los conocimientos relativos al cuidado y a la alimentación de los niños. Este curso no estaba destinado a la educación de aspirantes a empleo, sino que servía como obra de propaganda y educación higiénica. En los años 1927-1928 y 1928-1929 se ofreció otro curso adicional de puericultura e higiene infantil, para las mujeres que asistían al Centro de Higiene Eduardo Liceaga, y que consistía en una serie de conferencias y demostraciones relativas al cuidado, aseo, vestido y alimentación de los niños de pecho.⁶³ Detrás de estos cursos había preocupaciones eugenistas, que en esos años tenían una gran influencia en los servicios de salud pública del mundo occidental. Para lograr una buena descendencia, los eugenistas proponían, entre otras medidas,



Foto: AHSS

Personal del DSP en Matamoros, Tamps., 1928.

curar a los enfermos, y evitar que se reprodujeran los enfermos de sífilis, tuberculosis o lepra; por eso exigían los certificados prenupciales.⁷⁴

El 18 de marzo de 1927 se creó el grupo de enfermeras visitadoras voluntarias que se incorporó a las delegaciones y dispensarios del Departamento de Salubridad Pública. Básicamente, ellas debían lograr que las madres de familia, a quienes instruían, cumplieran las indicaciones de los médicos para garantizar un buen desarrollo físico y mental de sus hijos desde recién nacidos y hasta los dos años de edad.⁴¹

También en el año 1927 la Escuela dio un cursillo de seis clases teórico-prácticas de hematología y parasitología (al que asistieron unos 36 empleados del Departamento de Salubridad Pública, incluyendo el director, el secretario y el profesor de bacteriología de la Escuela). Cinco de tales clases fueron impartidas por el profesor Peter Mühlens, del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, Alemania, y la sexta clase estuvo a cargo del profesor Carlos Hoffmann, entomólogo del Instituto de Higiene de México, y versó sobre los mosquitos transmisores del paludismo.^{41,63} Por entonces, el Departamento realizaba trabajos antilarvarios para combatir el paludismo, con la colaboración de las compañías petroleras, los Ferrocarriles Nacionales de México y los propietarios de fincas.⁶⁸ En 1927 se entregaron 146 diplomas, entre los que destacan los correspondientes a los 21 médicos delegados sanitarios federales mencionados y a 56 agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles (cuadro 2).³⁹

Al año siguiente, la Escuela propuso la apertura de nuevos cursos, que consideraba fundamentales, como el de patología, clínica y alimentación infantiles, para médicos; el de enfermeras sanitarias; el de inmunología, para estudiantes de medicina y médicos, y el de inspectores sanitarios de carnes. Por falta de presupuesto, sólo se dio el curso de inspectores de carnes, el cual era urgente para que el Departamento de Salubridad Pública pudiera disponer de personal seleccionado y convenientemente preparado para la inspección tanto del ganado en pie como del sacrificio de los animales, al igual que para la práctica de biopsias y el examen *post mortem*, entre otras tareas. El curso de referencia fue encomendado al médico veterinario Luis Santa María, exdirector de la Escuela Nacional de Medicina Veterinaria. La inscripción registrada para el curso fue numerosa: unos 100 alumnos, entre quienes ya estaban empleados en el Departamento como inspectores de diversos servicios relacionados con la inspección técnica de carnes en diversos rastros del país, para quienes se hizo obligatoria, además de médicos y numerosos estudiantes de medicina que aspiraban a un empleo. Los veterinarios diplomados eran entonces escasos, y pocos se inscribieron en el curso. Éste comprendía el conocimiento teórico y práctico de las enfermedades de los animales de abasto,

susceptibles de transmitirse al hombre por medio del consumo o manipulación de las carnes; nociones de policía sanitaria, a fin de que los futuros inspectores estuvieran capacitados para implantar medidas urgentes de profilaxis de las epizootias más peligrosas; y conocimiento e interpretación de los reglamentos de inspección sanitaria de carnes, tocinerías, obradores y mercados, y otros similares expedidos por el Departamento.⁵⁷ En 1928, como producto de los cursos iniciados en el año previo, la Escuela entregó un total de 64 diplomas, en su mayoría a alumnos inscritos en el curso de agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles (cuadro 2).³⁹

Vuelta a la orientación original

Sucedieron a Calles, por diferentes razones con breves gobiernos, los presidentes Emilio Portes Gil (1 de septiembre de 1928-4 de febrero de 1930), Pascual Ortiz Rubio (5 de febrero de 1930-2 de septiembre de 1932) y Abelardo L. Rodríguez (3 de septiembre de 1932-1 de diciembre de 1934). Los jefes del Departamento de Salubridad Pública fueron los doctores Aquilino Villanueva, con Portes Gil; Rafael Silva, con Ortiz Rubio; y Gastón Melo y, a la muerte de éste, Manuel F. Madrazo, con Rodríguez.

A partir de esas administraciones, hubo un intento creciente de homologar todas las regiones del país en un programa de salud. Primero, con campañas nacionales contra padecimientos específicos; después, por medio de la creación de servicios federales de higiene, y, por último, con la coordinación de los servicios federal, estatales y municipales.⁶⁸

En esta época, las materias impartidas en la escuela y las actividades de sus profesores y estudiantes fueron de mayor compromiso con la sociedad, en consonancia con los principios del Departamento, más orientados a la medicina social.⁴¹ El Departamento de Salubridad Pública encabezado por Aquilino Villanueva intentó dar un nuevo impulso a la Escuela y ligar el proyecto educativo de ésta a las demandas del país en materia de salud pública. El 26 de abril de 1929 se estableció el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social para atender el ramo sanitario federal, conformado por la higiene del taller, la inspección médica del trabajo y la higiene del hogar del obrero. Su objetivo era proteger la salud de los trabajadores y las trabajadoras (especialmente cuando éstas estaban embarazadas o lactando). El Servicio levantó un censo industrial, y nombró una comisión integrada por un médico, un ingeniero químico y un ingeniero de minas, para estudiar la reglamen-



Foto: AHSS

Funcionarios de la campaña contra el alcoholismo, años treinta.

tación de los artículos del Código Sanitario sobre higiene industrial. Con el propósito de dar todos los medios necesarios al personal, la Escuela de Salubridad preparó un curso rápido de higiene industrial dirigido a médicos y agentes inspectores, para que pudieran encargarse de vigilar y hacer cumplir los reglamentos dictados. Por otro lado, la Escuela retomó su orientación original, enfocada en la preparación de médicos y enfermeras de salubridad y no solamente de agentes e inspectores.⁷⁵

Ese mismo año fue creado el Servicio de Higiene Infantil, que, lo mismo que el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social, tenía carácter federal y dependía del Departamento de Salubridad Pública, el cual se ocupó de la salud de los niños.³⁰ Igualmente en consonancia con esta política, la Escuela de Salubridad estableció clases de pediatría y de alimentación infantil, para médicos; los alumnos que eran aprobados en los exámenes respectivos debían practicar en alguno de los centros de higiene infantil existentes: “Eduardo Liceaga”, “Francisco P. Carral”, “Juan Duque de Estrada”, “Luis E. Ruiz” y “Manuel Gutiérrez”, entre otros, con el carácter de médico adjunto, durante un mes como mínimo, para recibir diploma y figurar como candidato recomendado para un empleo en el Servicio de Higiene Infantil del Departamento.⁷⁶

La Escuela también impartió un curso de puericultura e higiene infantil, e higiene doméstica, con independencia de los cursos regulares para ciertos funcionarios.⁷⁵ En éste se inscribieron 130 alumnas a las que no se pidió requisito alguno. La idea del curso era difundir conocimientos de higiene infantil entre el mayor número de personas posible. Como tampoco les ofrecieron empleo, la Escuela sabía que muchas desertarían. Las mejores alumnas asistieron durante varias semanas al Centro de Higiene Eduardo Liceaga, para aplicar sus conocimientos, y se les hicieron reconocimientos parciales, por escrito, con el fin de apreciar su avance y proponer candidatas para el nombramiento de enfermeras visitadoras en el Servicio de Higiene Infantil. Alrededor de 25 alumnas fueron recomendadas.⁷⁷

Otros nuevos cursos de la Escuela fueron los de urología, venereología y tisiología, relacionados con las campañas sanitarias que se realizaban en todo el país contra la tuberculosis y las enfermedades venéreo-sifilíticas, y que tenían el propósito de uniformar conocimientos y prácticas.³⁵ De acuerdo con el artículo 15 del Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra, la Escuela de Salubridad dependiente del Departamento de Salubridad Pública incluiría en sus programas anuales cursos especiales referentes a esta enfermedad, con el propósito de educar técnicamente al personal encargado de la lucha antileprosa. Los programas de tales cursos serían elaborados bajo la dirección y orientación de la Jefatura del

Cuadro 3.

Número de egresados de la Escuela de Salubridad, por curso, año y sexo. México, 1929-1934

Cursos	Número de egresados, por año y sexo					
	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Inspectores agentes sanitarios	8 h	-	-	-	-	-
Servicio de Enfermedades Transmisibles	41 (10 h; 31 m)	31 (2 h; 29 m)	19 m	-	-	-
Pediatría y alimentación infantil	9 (6 h; 3 m)	-	-	-	-	-
Puericultura e higiene infantil	42 (1 h; 41 m)	-	23 m	-	-	-
Ayudantes de laboratorio de bacteriología	8 (5 h; 3 m)	20 (8 h; 12 m)	3 (2 h; 1 m)	13 (6 h; 7 m)	-	-
Bacteriología	-	-	-	-	3 h	-
Inspectores de comestibles y bebidas	40 (39 h; 1 m)	17 h	23 h	-	-	-
Inspectores sanitarios de carne	13 h	-	-	-	-	-
Ayudante de inspectores sanitarios de carne	13 h	-	-	-	-	-
Inspectores de Servicios de Sanidad	-	10 h	-	-	-	-
Instaladores sanitarios	-	9 h	-	-	-	-
Puericultura para enfermeras visitadoras	-	8 m	-	-	-	-
Puericultura para médicos	-	7 h	33 (28 h; 5 m)	-	-	-
Enfermedades transmisibles para enfermeras sanitarias	-	36 (1 h; 35 m)	49 m	-	-	-
Inspectores de leches y carnes	-	-	8 h	-	-	-
Enfermera sanitaria visitadora	-	-	-	-	-	3 m
Organización de labor de trabajadoras sociales	-	-	-	-	-	34 m
Total	174	138	158	13	3	37

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 39.

Servicio de Profilaxis de la Lepra. En consecuencia, su participación se sumaría a los trabajos relacionados con el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra y del Servicio de Educación y Propaganda Higiénica del Departamento.⁷⁸ Por entonces, había comenzado la campaña contra la lepra,⁷⁹ y continuaban las campañas contra el tifo, el alcoholismo y la viruela.⁸⁰

En esa época el curso de agentes sanitarios, del que era responsable el dermatólogo Ricardo Cicero, fue unido al de agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles, mientras que este profesor daba el curso de venereología, cuyo objetivo era uniformar los conocimientos de los médicos que trabajaban en dispensarios venéreo-sifilíticos del Distrito Federal y los estados. También eran maestros de este curso Carlos A. Franco y Samuel Aguilar Sarmiento. La Escuela estableció como obligación que los maestros ofrecieran a los alumnos sus cursos por escrito: algunos maestros escribían sus conferencias y, cuando no lo hacían, taquígrafos tomaban nota de las lecciones, que luego se vendían a los alumnos a precios bajos.⁸¹

En casi todos los cursos impartidos de 1928 a 1929 predominaban los alumnos libres sobre los alumnos empleados.⁷⁸ En 1929 se entregaron 174 diplomas, principalmente a aquellos estudiantes que aprobaron el curso de Servicio de Enfermedades Transmisibles, el de puericultura e higiene infantil, y el de inspectores de comestibles y bebidas (cuadro 3).³⁹

En agosto de 1929, último mes del gobierno de Calles, fue inaugurado el curso de enfermeras sanitarias; pero, lógicamente, éste se impartió en el siguiente periodo. Fue confiado al médico Eduardo Vignon, para prepararlas en higiene general, enfer-

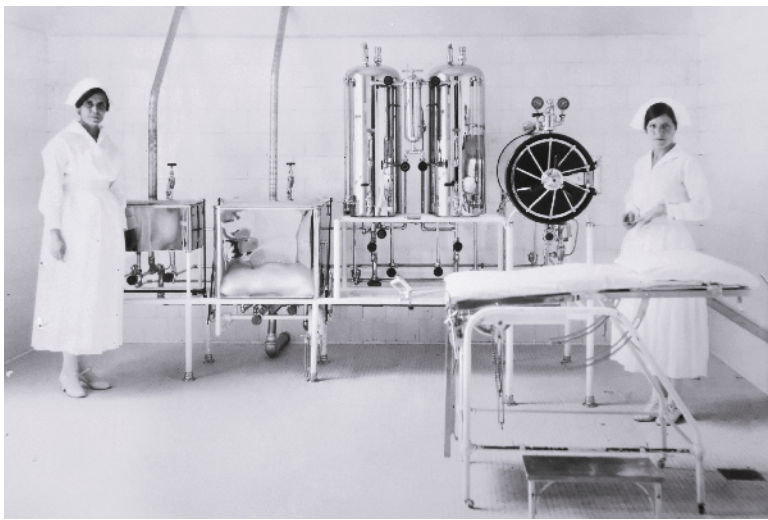


Foto: AHSS

Personal de salud y equipo de autoclaves en hospital, 1932.

medades transmisibles y, muy particularmente, en tuberculosis y trabajos sociales diversos.⁷⁸ De este curso salían enfermeras para el Servicio de Higiene Infantil, las cuales eran descritas por la burocracia sanitaria como “la prolongación dentro del hogar del dispensario público”.²⁴ Tanto las enfermeras del Centro de Higiene Infantil Eduardo Liceaga, como las del Dispensario Fernando Altamirano, habían realizado cerca de 3 000 visitas domiciliarias.⁸²

Al término del curso, las alumnas debían aprobar, necesariamente, el curso de puericultura e higiene infantil. El Departamento de Salubridad Pública creó, asimismo, la Escuela de Puericultura, en un primer momento independiente de la Escuela de Salubridad, para preparar al personal técnico, a los maestros, amas de casa y niñeras en temas relacionados con la higiene infantil.⁷⁸

En 1930, las principales causas de mortalidad general seguían siendo sobre todo las enfermedades infecciosas; las diarreas y la enteritis ocupaban el primer lugar (cuadro 4).³⁶ Por ese motivo, el Departamento de Salubridad Pública siguió apoyándose en la Escuela para llevar a cabo diversas tareas y campañas relacionadas con tales causas. Fue el caso de los análisis de las aguas destinadas al uso público en el país. Los estudios de las autoridades sanitarias mostraban que, en diversas zonas de la República, las aguas estaban contaminadas por bacterias y desechos; de ahí la frecuencia de enfermedades transmitidas por ellas, como la fiebre tifoidea, las fiebres paratifoideas, las disenterías y las infecciones intestinales. El Departamento, con ayuda de las autoridades federales, buscaba la purificación general de las aguas del país, y solicitó a las diversas poblaciones enviar informes a la Escuela de Salubridad, la cual centralizaría la información.⁸³

Cuadro 4.
Principales causas de mortalidad general en México, 1930

Posición	Causas de mortalidad general
1	Diarreas y enteritis
2	Neumonía e influenza
3	Fiebre y caquexia palúdica
4	Tosferina
5	Viruela
6	Sarampión
7	Debilidad congénita
8	Tuberculosis del aparato respiratorio
9	Muertes violentas
10	Bronquitis

Fuente: referencia 36.

Tales informes debían incluir el nombre de la población, municipio y estado; el nombre y la profesión de quien proporcionaba los datos; el número de habitantes de la población y la fuente de donde se tomaba la información (por ejemplo: censos); el método de aprovisionamiento de aguas, la existencia de pozos artesianos, la clase de agua y el origen de ésta. Por otra parte, los informes debían señalar los caracteres físicos y químicos de las aguas, es decir, su turbiedad, color, sabor y olor, y las características de las aguas sucias y almacenadas; la existencia de drenajes o alcantarillado; la cantidad de agua a disposición; los métodos de purificación del agua y los proyectos sobre su aprovechamiento; y, finalmente, la frecuencia de las tifoideas, infecciones intestinales, uncinariasis, disenterías o bocio endémico.⁸⁴

Los alumnos de la Escuela participaban en las jornadas de vacunación, tiempo durante el cual se suspendían las clases. En ocasiones, quienes participaban eran las estudiantes de enfermería sanitaria. Por ejemplo, para la campaña antivariolosa de 1930 se les dio una amplia clase teórico-práctica sobre la vacuna, y se vacunó a muchas de ellas, como demostración de técnica. Lo mismo sucedió durante dos semanas en las que se vacunó a los niños con BCG contra la tuberculosis.⁸⁵ En otras ocasiones, cuando las autoridades requirieron urgentemente los servicios de un buen número de alumnos para que colaboraran en actividades de vacunación, se suspendieron durante algunas semanas los cursos de puericultura e higiene infantil, economía doméstica, enfermedades transmisibles para enfermeras y parteras, y agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles.⁸⁶

El curso de enfermeras sanitarias incluía clases sobre enfermedades transmisibles –con un estudio especial de fisiología–, puericultura e higiene infantil, y economía doméstica. Su temario era amplísimo: estudiaban, entre otros muchos asuntos, la higiene y la alimentación de la mujer durante el embarazo; la profilaxis de la oftalmía purulenta en los recién nacidos; el alcoholismo y los padecimientos nerviosos psiquiátricos, y los medios de purificar el agua en el hogar: ebullición, reposo, filtración y destilación.⁸⁵

La obra que realizaron las enfermeras sanitarias es considerada por varios autores como una de las páginas más importantes de la historia de la salud en México. El apoyo político y administrativo que recibían se unió a su preparación teórica y práctica y a la entrega con que acometieron las tareas extraordinariamente difíciles que se les encomendaron. El trabajo siguió extendiéndose a los hogares y, además, a las escuelas.⁸⁷

El curso de inspectores sanitarios, para ingenieros sanitarios, incluía en su temario instalaciones de albañales y tanques lavadores, tubos de ventilación y, en general, todo lo relacionado con la higiene de las construcciones; en el de agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles se estudiaba el ejercicio corporal, la

Foto: INAH (Casasola)



Médico auxiliado por enfermeras, aplicando vacunas. Ciudad de México, primera mitad de los años treinta.

formación de hábitos higiénicos y la conducta del público en caso de enfermedad. Además, siguió habiendo cursos de agentes sanitarios, para la profilaxis de las enfermedades venéreas; de comestibles y bebidas; de inspectores sanitarios de leche y carnes, y de ayudantes de laboratorio de bacteriología. En todos ellos se prestaba mucha atención a la legislación vigente: en el curso de enfermeras sanitarias se estudiaba la manera de practicar el aislamiento del enfermo, de acuerdo con leyes y reglamentaciones; en el de inspectores sanitarios se revisaba el entonces nuevo Reglamento de Construcciones; en el de enfermedades transmisibles, el Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra; en el de agentes sanitarios, el Reglamento sobre el Ejercicio de la Prostitución; en el de comestibles y bebidas, el Reglamento de Comestibles y Bebidas, y las disposiciones que regían para los establecimientos de elaboración o fábricas de productos alimenticios, y en el de leches y carnes, la legislación sobre estos productos.⁸⁵

Por entonces, la Dirección de la Escuela expuso a la Jefatura del Departamento de Salubridad Pública los inconvenientes que a su juicio había por la existencia de dos escuelas, destinadas a cumplir con un fin prácticamente idéntico dentro de una misma dependencia gubernamental; es decir, la Escuela de Salubridad y la Escuela de Puericultura. La superioridad decidió la incorporación de esta última a aquélla, lo que se hizo desde principios de mayo de 1930, y al director del establecimiento incorporado, el doctor Manuel Escontría, se le nombró subdirector de la Escuela de Salubridad, con el encargo de despachar directamente los asuntos relacionados con los cursos que se daban en la antigua Escuela de Puericultura; a partir de entonces, esos cursos quedaron englobados en un área especial de la Escuela a la que se denominó Sección de Puericultura. En el segundo trimestre de ese año, terminó un curso para médicos puericultores, cuyos profesores eran Rafael Carrillo, Manuel Escontría y Enrique Bas Dresch, y en el que los cursantes siguieron realizando trabajos prácticos dentro de dispensarios, escuelas maternas y hogares infantiles; ahí, los alumnos estudiaban a los enfermos delante del profesor, quien comentaba sobre su manera de explorar y las conclusiones a que llegaba.⁸⁶

Este último curso tenía por objeto uniformar la preparación técnica de los médicos que trabajaban en el Servicio de Higiene Infantil, y por tal motivo se hizo obligatorio para todos ellos. Sin embargo, el Departamento de Salubridad Pública permitió que, quienes habían tomado cursos especiales con anterioridad, ya fuera en México o en el extranjero, o que, por su larga práctica y reconocida competencia en obstetricia y en pediatría, juzgasen innecesario asistir a los cursos, solicitaran exención del jefe del Departamento, por conducto de la Escuela de Salubridad.⁸⁸

Foto: AHSS



Empleados de la Unidad Sanitaria Municipal y el dispensario federal en Mazatlán, Sin., primera mitad de los años treinta.

Egresaron, en 1930, 138 alumnos de diversos cursos, entre los que sobresalen el de enfermedades transmisibles para enfermeras sanitarias, el de agentes de enfermedades transmisibles y el de ayudantes de laboratorio de bacteriología (cuadro 3).^{39,89} Desde 1930, la Escuela de Salubridad fue formadora de sanitaristas procedentes de América Latina y el Caribe.³⁹ Algunos se quejaban de que la Escuela no estaba centralizada y demandaba mucho tiempo. Para hacer sus programas académicos accesibles a quienes no podían estudiar en la ciudad de México, a mediados de los años treinta la institución ofreció cursos por correspondencia para delegados sanitarios.⁸ Los alumnos inscritos en estos cursos recibían lecciones y cuestionarios que luego debían regresar resueltos. Tanto la Escuela como el Departamento de Salubridad Pública llevaban un registro de todos los trabajos. Todo se anotaba en el protocolo personal de los delegados y era parte importante de la apreciación de su desempeño y la eficiencia de su trabajo.⁹⁰

La convocatoria para el curso sobre la labor de la trabajadora social quedó abierta en 1931. Para inscribirse, las alumnas debían cumplir varios requisitos: ser parteras o enfermeras tituladas, con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública. Además, debían tener diploma de enfermera visitadora o de enfermera sanitaria de la Escuela (o algún título equivalente a juicio del Departamento); calificación final mínima de 3, en una escala de 0 a 4, en el examen correspondiente a ese título; cuando menos 20 años de edad y, de preferencia, menos de 35; finalmente, certificado de buena conducta y de haber realizado trabajo práctico en higiene infantil, eugenesia (para convencer a las personas de hacerse las pruebas prenupciales de estar libres de sífilis o tuberculosis, y en caso de estar enfermos, de abstenerse del matrimonio o la unión libre) u otras labores sociales. El curso incluía las clases de técnica de la labor de la trabajadora social; legislación y problemas sociales; alimentación infantil y de higiene de las edades preescolar y escolar; psicología y moral; estadística, y legislación sanitaria, impartidas respectivamente por la trabajadora social Elena Landázuri, el licenciado Miguel Palacios Macedo, el doctor Manuel Cárdenas de la Vega, el profesor Samuel Ramos, el doctor Salvador Bermúdez y el licenciado Francisco Vázquez Pérez.⁸⁵

En 1931, se registraron 158 egresados de la Escuela de Salubridad, y la mayoría correspondía al curso de enfermedades transmisibles para enfermeras sanitarias. También destacan los alumnos del curso de puericultura para médicos, a quienes la Mesa Directiva de la Sociedad de Puericultura entregó los diplomas respectivos en ceremonia especial (cuadro 3).^{39,90} La Escuela decidió, ese mismo año, no reanudar el curso de agentes sanitarios, en virtud de que el Departamento de Salubridad Pública intentaría cambiar radicalmente el control de la prostitución a partir del año siguiente. Igualmente, tomó la decisión de no inaugurar los cursos de enfermedades transmisibles para enfermeras sanitarias; enferme-



Foto: A HSS

Laboratorio de bacteriología y análisis químicos, edificio de la Secretaría en la calle de Lieja. Ciudad de México, 1934.

dades transmisibles, para agentes del servicio del mismo nombre; inspectores de comestibles y bebidas; inspectores de leches y carnes, y legislación sanitaria (que correspondía a todas las otras clases, de modo complementario), pues estaba en marcha una reorganización de los servicios correspondientes en el Departamento, a los que la Jefatura de éste deseaba imprimir una nueva orientación.⁹¹

A partir de ese momento, sólo se abrieron cursos de ayudantes de laboratorio de bacteriología y de trabajadoras sociales. El curso de ayudantes de laboratorio de bacteriología –que siguió desarrollándose con exposición teórica y trabajos prácticos– fue ofrecido únicamente a los empleados del Departamento de Salubridad Pública que laboraban en asuntos técnicos de microscopía y bacteriología, y el contingente más importante de alumnos fue suministrado por el Instituto de Higiene. El contenido del curso de trabajadoras sociales es muestra tanto de sus objetivos (el papel de la trabajadora social como auxiliar del médico en la investigación de las enfermedades y en los dispensarios de salud pública), como de las preocupaciones que había en ese momento (el papel de la trabajadora social frente al factor de la miseria) y de los centros de promoción de la salud existentes (colonias de vacaciones, escuelas al aire libre, comedores escolares).⁹¹

Siguió impartándose el curso por correspondencia para médicos delegados sanitarios federales, con el envío de clases impresas mimeográficamente, de cartas-modelo de propaganda sanitaria para embarazadas, así como de tarjetas o fichas-modelo para trabajos en higiene prenatal y natal; tanto las cartas como las fichas-modelo eran similares a las que aceptaba la Asociación Americana de Salubridad Pública, con ligeras modificaciones hechas por la Escuela.⁹¹

Entre 1932 y 1934 se ofrecieron sólo tres cursos y se otorgaron 53 diplomas (cuadro 3).³⁹ No obstante, con frecuencia creciente, se reconoció la importancia de la Escuela; por ejemplo, el Reglamento de Policía Sanitaria de San Luis Potosí estableció en 1932 que la organización general de esa Policía estaría conformada por un jefe, un subjefe y agentes de diversas categorías, y los nombramientos de éstos se otorgarían a las personas que hubieran acreditado su honradez y buena conducta, por medio de dos constancias expedidas por personas de reconocida honorabilidad, y el comprobante de haber cursado un examen certificado en la Escuela de Salubridad.⁹²

En los poco menos de seis años de los gobiernos de Portes Gil, Ortiz Rubio y Rodríguez, la situación de la Escuela de Salubridad tuvo vaivenes. En 1929, en el puerto de Veracruz, el Departamento de Salubridad Pública instaló la primera unidad sanitaria, a tiempo completo, la cual comenzó a dar instrucción práctica al personal sanitario, pero no tenía relación con la Escuela de Salubridad. En 1933, con apoyo de la Fundación Rockefeller, se instaló una Estación de Adiestramiento en Trabajos Prácticos de Salubridad e Higiene en Cuernavaca, Morelos. A ella eran enviados los empleados procedentes de varios estados de la República; pero tampoco entonces se estableció relación con los esfuerzos educativos de la Escuela, y sus directivos sintieron que se le restaban alumnos.^{8,38}

En las estaciones sanitarias trabajaban exbecarios de la Rockefeller. La unidad de Veracruz –que recibía apoyo financiero federal, estatal y municipal– se ocupaba de diferentes tareas como la clasificación y el análisis de las estadísticas vitales; la vacunación contra la viruela y la rabia; la lucha contra enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las enfermedades venéreas; las campañas antilarvarias contra la fiebre amarilla y la malaria, y la higiene escolar, maternal e infantil. En tanto, la de Cuernavaca se limitaba a combatir la uncinariasis.^{93,94}

El 11 de febrero de 1934, el gobierno federal, a través del Departamento de Salubridad Pública, expidió una circular con medidas para mejorar las condiciones sanitarias de todo el país, y las envió a los gobernadores de la república mexicana. La primera disposición refería que era necesario que cada municipio no mayor a 10 000 habitantes contase con una unidad sanitaria formada por un jefe, una enfermera y un agente; pero en las localidades mayores podrían las autoridades incrementar la plantilla de trabajadores. Se esperaba que los gobernadores de las diferentes entidades del país dotaran a las unidades sanitarias municipales de suministros como quinina, petróleo, inyecciones de neosalvarsán y tintura de yodo. El gobierno federal instalaría una delegación sanitaria en cada capital de los estados. El Departamento, por su parte, ofrecería la capacitación gratuita del personal de las unidades en la Escuela de Salubridad; en caso de que el personal no pudiese acudir a las instalaciones, la Escuela mandaría instrucciones por correo, y la Delegación de Salubridad estatal colaboraría con las unidades municipales en las actividades a desarrollar.⁹⁵

En su trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, que tendría gran influencia en la salud pública mexicana, Miguel E. Bustamante buscó introducir en las discusiones y las investigaciones el tema de la higiene pública en las zonas rurales, y el papel de los médicos en la beneficencia y la higiene públicas. Propuso que, para prevenir las enfermedades y conservar la salud, el médico actuara como higienista, en conjunto con el ingeniero sanitario, la enfermera visitadora

y el inspector sanitario, en tareas como la cruzada antialcohólica y la educación higiénica, el dominio de enfermedades transmisibles, la higiene prenatal y posnatal, la higiene escolar, la higiene dental, el laboratorio, la inspección de comestibles, la ingeniería sanitaria y la inspección sanitaria.⁹⁶

Resaltó que el trabajo de la higiene había tenido sus primeros resultados con el establecimiento de las Unidades Sanitarias Cooperativas en 1927 y su extensión a todo el territorio en 1934. En estos espacios, los médicos protegían la higiene privada y pública; las enfermeras estaban encargadas de la maternidad y la infancia, y los inspectores se ocupaban de reducir los mosquitos. También actuaban en tales unidades el ingeniero sanitario, el laboratorista, el químico y el veterinario. Finalmente, se esperaba la cooperación de las comunidades.⁹⁶

Madres con hijos en espera de ser vacunados.
Ciudad de México, ca. 1935.



Foto: INAH



Foto: INAH

Brigada del sector salud. Ciudad de México, ca. 1935.



Foto: INAH

Secretaría de la Asistencia Pública, cartel ilustrativo en exposición objetiva del Plan Sexenal, 1938.

La socialización de la medicina y la enseñanza

El siguiente periodo presidencial fue el del general Lázaro Cárdenas (1 de diciembre de 1934-30 de noviembre de 1940), durante el cual hubo cuatro nombramientos de jefe del Departamento de Salubridad Pública: Abraham Ayala González (1 de diciembre de 1934-15 de junio de 1935), José Siurob (19 de junio de 1935-4 de enero de 1938), Leonides Andrew Almazán (17 de enero de 1938-4 de agosto de 1939) y otra vez Siurob (15 de agosto de 1939-30 de noviembre de 1940).

El Plan Sexenal –que fue tanto bandera electoral como programa de gobierno– planteaba que se aumentaría el presupuesto en salud, y el incremento estaría dirigido a campesinos y obreros, para dotar a las comunidades de agua, atarjeas y otros servicios públicos; combatir las causas de la mortalidad infantil y de las epidemias y endemias –con énfasis en el paludismo, la tuberculosis, la sífilis, la oncocercosis y la lepra–; prestar atención a la alimentación y vivienda popular; emitir leyes en materia de protección de salud de los trabajadores, así como lograr la coordinación de los servicios sanitarios federal, estatales y municipales, que hasta entonces sólo se había hecho de manera experimental.⁹⁷

Durante los primeros seis meses de gobierno cardenista, empezó a cumplirse el Plan Sexenal. Ya encabezado por Siurob, el Departamento de Salubridad Pública formuló un proyecto de ley para la creación de la Unidad Sanitaria Ejidal de la República Mexicana, la cual estaba basada en un principio de colaboración entre los ejidatarios, los Departamentos de Salubridad y Agrario, el Banco Nacional de Crédito Agrario y los gobiernos de los estados. Cerca de ocho decenas de unidades sanitarias ejidales colectivas fueron

Foto: Memoria de la SSA (1950).



Estación de Adiestramiento en Xochimilco, ciudad de México, s/f.

establecidas en tres años, y el número de instituciones que desarrollaban actividades sanitarias y médico-sociales en el territorio nacional pasó, de 182 en 1934, a 698 en 1940.⁹⁸

La salud de los trabajadores también fue objeto de atención del régimen cardenista. El Servicio de Higiene Industrial, creado en 1929, fue reorganizado y consolidado con la puesta en vigor del Reglamento sobre Higiene Industrial en 1936, y la creación de la Oficina de Higiene Industrial dos años más tarde. Algunas unidades sanitarias colectivas fueron establecidas para obreros,⁹⁸ y se dieron entonces los primeros intentos de establecer la seguridad social.⁹⁹

En 1937, el Departamento de Salubridad Pública creó la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social para organizar los servicios médicos en zonas campesinas. Tres instituciones dependientes de ese Departamento contribuyeron a los programas de saneamiento y asistencia médica rural: el Instituto de Higiene –que fue ampliado, de modo que pudiera cubrir la demanda de vacunas, sueros y antitoxinas que había en el país–; el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales –inaugurado en 1939, pero que se empezó a construir desde 1935–, y la Escuela de Salubridad, responsable de la preparación de personal sanitario y la cual fue dotada de laboratorios.^{98,100} La Escuela desempeñó un papel en cada época, de acuerdo con las necesidades del país,¹⁰¹ y el cardenismo no fue la excepción. Personal al que iba a encargarse la higiene rural fue inscrito en algunos cursos de instrucción sanitaria de la Escuela de Salubridad.¹⁰²

Pero esta última no fue la única institución que participó en el gran proyecto de formar al personal dedicado a la higiene rural. También contribuyeron al sostenimiento de los nuevos servicios rurales los pasantes de medicina, quienes –por acuerdo entre el Departamento de Salubridad Pública, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Michoacana– realizaron desde 1935 el servicio social que se les requería. Más tarde, lo harían los egresados de la carrera de médico, cirujano y partero en el medio rural, de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional, fundado por la administración de Cárdenas para servir al pueblo.⁹⁸

La Estación de Adiestramiento en Trabajos Prácticos de Salubridad e Higiene establecida en 1933 en Cuernavaca, Morelos, cambió de sede a Xochimilco, Distrito Federal, dos años después, y se le denominó Unidad Sanitaria de Higiene Rural. Ésta tenía la función de continuar con el estudio de la higiene rural y proponer soluciones a los problemas colectivos médico-sanitarios de la zona rural, así como de preparar enfermeras rurales con cursos de enfermería práctica y de higiene elemental.¹⁰³

En opinión de Bustamante, al participar en campañas de salud y prestar sus servicios en pequeñas comunidades, el médico rural mexicano tenía el papel de conocer la distribución de la población mexicana, descubrir las enfermedades tropicales, e intervenir en problemas de clínica, patología, terapéutica y profilaxis. A la par de dar consultas, estos médicos debían estudiar el paludismo, la parasitosis intestinal, la micosis, el mal del pinto, las enfermedades cutáneas producidas por ácaros y otros parásitos, y los envenenamientos por animales ponzoñosos y plantas. Propuso la creación de centros de investigación y enseñanza de higiene y medicina tropical, por medio de la unión entre el Instituto de Enfermedades Tropicales –entonces en construcción–, la Estación de Adiestramiento Sanitario de Xochimilco y la Escuela de Salubridad.¹⁰⁴

Entre las labores realizadas por el Departamento de Salubridad Pública entre 1935 y 1936, estuvo integrar la Comisión Nacional de la Alimentación Popular, y para ello se buscó capacitar a médicos y enfermeras visitadoras para mejorar los sistemas de alimentación en todo el país. Doscientos veintidós médicos y 368 enfermeras recibieron una formación especial en el Distrito Federal o en las escuelas creadas en los estados,¹⁰⁵ sin que se especificara cuántos habían sido formados en cada una de ellas.

A partir de 1935, la Escuela de Salubridad estableció cursos de higiene industrial sustentados por el doctor Enrique Ruin Hurtado y el ingeniero José C. Prieto, los cuales estuvieron dirigidos a los médicos e ingenieros de las oficinas de la dependencia y de las áreas industriales interesados en conocer tales asuntos.¹⁰² De acuerdo con el informe de las actividades desarrolladas entre septiembre de 1935 y septiembre de 1936, la Escuela de Salubridad organizó el número necesario de cursos para adiestrar a los agentes de la Policía Sanitaria, las enfermeras visitadoras de los Servicios de Enfermedades Transmisibles y de Higiene Infantil, y las enfermeras de la campaña contra las enfermedades venéreas, todos ellos empleados del Departamento de Salubridad Pública.¹⁰⁶

El curso para inspectores de la Policía Sanitaria estuvo a cargo de: Luis Mazotti y Alfredo Lozano, en los contenidos de higiene general y control de las enfermedades transmisibles; Salvador Iturbide Álvarez y Antonio Cándano, en los de comestibles y bebidas; dos químicos del Servicio de Química y Farmacia, en el tema de control de medicamentos y narcóticos; el ingeniero Carlos González Nájera (del Laboratorio Central), en los contenidos relacionados con la toma y la remisión de muestras para el Laboratorio Central; Alfredo M. Saavedra, en temas de sanidad y nuevas tendencias en el control de la prostitución, así como en asuntos de ética sanitaria y profesional, y Manuel Rueda Magro, en los aspectos de la legislación sanitaria vigente.¹⁰⁶

Foto: INAH



Contingente de enfermeras de la Beneficencia Pública. Ciudad de México, 1934.

El curso para enfermeras visitadoras estuvo a cargo de: Salvador Bermúdez y Alfonso Angelini, en los contenidos tanto de higiene y control de las enfermedades transmisibles, como de rudimentos de estadística y de manejo de oficinas; Alfredo M. Saavedra, en asuntos relacionados con la eugenesia, la higiene infantil y la higiene materna, y la ética sanitaria y profesional, y Manuel Rueda Magro, en temas sobre legislación sanitaria.¹⁰⁶

El curso de enfermeras de la campaña contra las enfermedades venéreas tuvo como docentes a Mazotti y Lozano, en higiene en general y control de enfermedades transmisibles; Rueda Magro, en legislación sanitaria; Saavedra, en ética sanitaria y profesional, control de medicamentos y narcóticos, y sanidad y nuevas tendencias contra la prostitución; y González Nájera, en toma y remisión de muestras para el Laboratorio Central.¹⁰⁶

Se inauguraron los cursos de enfermeras instructoras rurales y visitadoras, previa firma de contratos por parte del jefe del Departamento de Salubridad Pública y de las alumnas del curso, para asegurar, por parte del primero, la inamovilidad de las alumnas aprobadas, durante el resto del periodo presidencial, y por parte de las alumnas, el compromiso de prestación de servicios al Departamento, en cualquier lugar que éste designara durante un periodo mínimo de tres años. En este caso, la parte teórica se impartió en la Escuela de Salubridad, y la práctica, en la Estación de Adiestramiento de Xochimilco. Se incorporaron a la Escuela, asimismo, los cursos por correspondencia de malariología y de higiene en general para maestros rurales.¹⁰⁶ Entre 1935 y 1938 se registró un total de 128 egresados de los diferentes cursos presenciales ofrecidos (cuadro 5).^{*39}

Cuadro 5.
Número de egresados de la Escuela de Salubridad, por curso, año y sexo. México, 1935-1938

Cursos	Número de egresados, por año y sexo			
	1935	1936	1937	1938
Médicos rurales	2 h	-	-	-
Higiene infantil	25 (20 h; 5 m)	-	-	-
Enfermeras instructoras	16 m	-	-	-
Enfermeras y parteras instructoras y enfermeras rurales	7 m	11 m	4 m	-
Enfermeras visitadoras	11 m	-	-	-
Trabajadoras sociales	3 m	-	-	-
Higiene industrial	-	23 h	-	-
Agentes de la Policía Sanitaria	-	7 h	-	-
Enfermeras instructoras rurales y visitadoras	-	-	-	19 m
Total	64	41	4	19

h: hombres; m: mujeres
 Fuente: referencia 39.

* A veces hay variaciones en los datos de los diplomas otorgados de acuerdo con las diferentes fuentes. Eso puede deberse a la frecuencia con que se tenían que organizar cursos extraordinarios, a la diferencia en la duración de éstos, y a que no todos se sujetaban al año natural, o a alguna otra razón administrativa.

Foto: AHSS



Juventud de Acción Médico Social en Tláhuac, ciudad de México, 1938.

Una institución en movimiento

José Luis Valdespino señaló que la Escuela de Salubridad nació en 1922 con vocación republicana, y fue testigo o protagonista del nacimiento de nuevas instituciones en México.¹⁰⁷ Desde su creación, estuvo ligada al proyecto sanitario de los gobiernos posrevolucionarios. Se le conoció también como Escuela de Preparación y Adiestramiento, y su intención fue formar ejecutivos, técnicos expertos y trabajadores de campo.

Se puede considerar que una primera etapa de la Escuela tuvo lugar en el periodo que va de 1922 a 1938, la cual –en palabras de Jaime Sepúlveda– se caracterizó por la búsqueda de su identidad en el Departamento de Salubridad Pública y en el contexto de la situación de salud del México posrevolucionario.¹⁰⁸ En esos años, logró contar con un local propio, y más de un millar de personas egresaron de los diferentes cursos de la Escuela, incluyendo 114 oficiales médicos, 231 enfermeras, 269 agentes e inspectores sanitarios, 37 trabajadoras sociales y 431 egresados de cursos técnicos y de capacitación en enfermedades transmisibles.³⁹

A partir de la creación de la Escuela, sus egresados demandaron que los diplomas de la institución académica fuesen requisito para ocupar cargos en la burocracia sanitaria, por lo que, a veces, hubo confrontaciones entre los salubristas titulados y los antiguos especialistas en salud pública. Muchos de sus alumnos llegarían, en efecto, a trabajar en el Departamento de Salubridad Pública e, incluso, a ser autoridades sanitarias; sin embargo, la Escuela organizó también cursos breves o por correspondencia para quienes ya estaban trabajando, a los que asistían jefes de servicios coordinados o médicos de oficinas de la capital.¹⁰⁹

Los maestros de la Escuela de Salubridad eran los mismos que dirigían y ejecutaban los trabajos sanitarios del país; por eso sus programas variaron conforme el proyecto sanitario del Estado era modificado. Profesores y discípulos de la Escuela fundaron los Servicios Sanitarios Coordinados, y participaron en el establecimiento o restablecimiento de las bases de las campañas contra la viruela, la tuberculosis, el tifo, la fiebre amarilla, el paludismo, la lepra y la oncocercosis.³⁹ Desde su nacimiento, los programas académicos de la Escuela guardaron concordancia con los avances de las ciencias médicas de su época.



Foto: AHSS

Revisión del estado general de salud de la población. Ecatepec, Estado de México, 1938.



Foto: AHSS

Juventud de Acción Médico Social en Iztapalapa, Ciudad de México, 1938.

En el área de la salud, entre 1920 y 1940 hubo 67 becarios mexicanos de la Fundación Rockefeller, los cuales fueron ocupando puestos clave en la enseñanza, investigación y difusión de la salud pública en México; Ricardo Granillo, Gabriel Garzón-Cossa, Salvador Bermúdez, Maximiliano Ruiz Castañeda, Gerardo Varela y Miguel E. Bustamante fueron los primeros, y de algún modo, todos ellos estarían relacionados con la Escuela de Salubridad.⁹⁵

Desde 1922, detrás de la institución hubo toda una red que incluyó al organismo rector en salud y sus diferentes programas y dependencias, centros de atención médica urbanos y rurales, escuelas y universidades, laboratorios, así como instituciones y organismos internacionales.

Pero el de la Escuela de Salubridad no fue un desarrollo lineal, sino que en él hubo momentos de crisis y de reorganización. Salvador Bermúdez fue director de la Escuela hasta el 15 de marzo de 1938, fecha a partir de la cual la institución sería totalmente reorganizada. A propuesta del Departamento de Salubridad Pública, se modificarían de nuevo las bases sobre las que la Escuela estaba organizada, y se harían cambios relacionados con su nombre, localización, dirección y orientación.

Referencias

1. Pruneda A. Discurso de inauguración de la Escuela de Salubridad. *Salud Publica Mex.* 1997;39(2):153-5.
2. Carta de Ángel de la Garza Brito a Alfonso Pruneda, de 3 de marzo de 1952, México D.F. (mecanoscrito). Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
3. Pruneda A. Informe sobre los trabajos efectuados por el Servicio Especial contra el Tifo, desde que fue establecido hasta el 20 de abril de 1916 en que dejó de funcionar, 18 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
4. Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L, Hernández-Ávila M. La Escuela de Salud Pública de México. Su fundación y primera época. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):81-91. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100012>
5. Welch WH, Wickliffe R. Institute of Hygiene Being a Report to the General Education Board of The Rockefeller Foundation submitted in 1915. En: *The Welch-Rose Report: A public health classic* [internet]. s/l: Delta Omega Alpha Chapter/Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1992 [citado feb 5, 2021]. Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/aspph-wp-production/app/uploads/2014/02/The-Welch-Rose-Report.pdf>
6. Fee E. *Disease and discovery: A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
7. Fee E. *The Welch-Rose Report. Blueprint for public health education in America*. En: *The Welch-Rose Report: A public health classic* [internet]. s/l: Delta Omega Alpha Chapter/Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1992 [citado feb 5, 2021]. Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/aspph-wp-production/app/uploads/2014/02/The-Welch-Rose-Report.pdf>
8. Birn A E. *Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006.
9. Carrillo AM. Economía, política y salud pública en el México porfiriano. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9 Supl:67-87. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400004>
10. Sánchez-Rosales G. El modelo histórico-epidémico: el caso de la peste bubónica en Mazatlán, 1902-1903. En: Cházaro L, ed. *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*. México: El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002:137-58.
11. Carrillo AM. ¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California 1902-1903. *H Mex.* 2005;54(4):1049-103. Disponible en: <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/1557/1375>

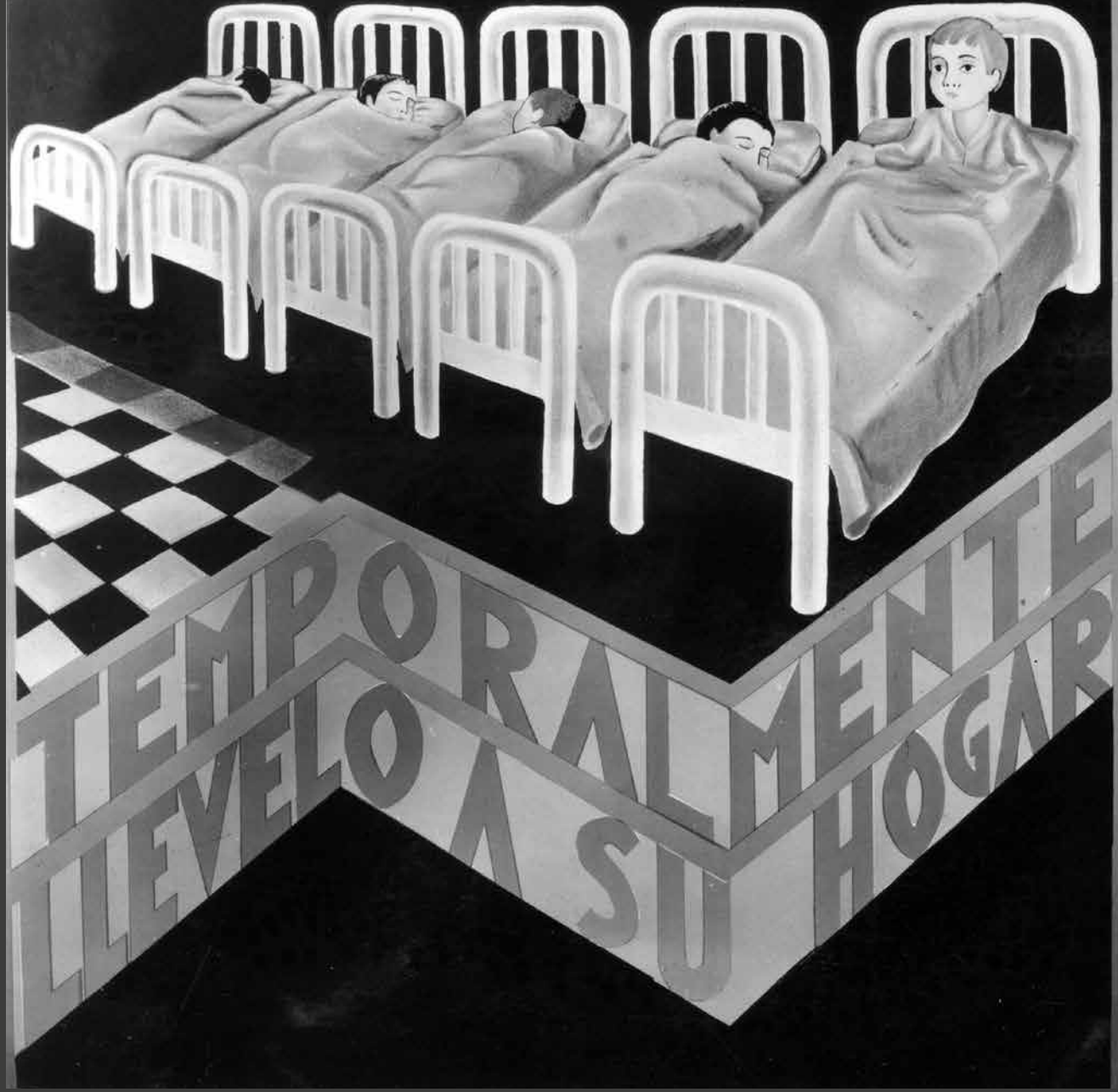
12. Crispín-Castellanos M. La fiebre amarilla durante el Porfiriismo. En: Secretaría de Salud. Cuadernos para la historia de la salud. México: Secretaría de Salud, 1995:45-83.
13. Ronzón J. Sanidad y modernización en los puertos del Alto Caribe. 1870-1915. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco/Porrúa, 2004.
14. Carrillo AM. Guerra de exterminio al 'fantasma de las costas': la primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911. En: Agostoni C, ed. Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México. Siglos XIX y XX [internet]. México: Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM/Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-BUAP, 2008 [citado dic 2, 2020]: 221-56. Disponible en: https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/curar_sanar/494_04_08_fiebreamarilla.pdf
15. Carrillo AM. Por voluntad o por fuerza: la lucha contra la viruela en el Porfiriismo. En: Chantal-Cramaussel C, Magaña-Mancillas MA, eds. El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. La viruela después de la introducción de la vacuna. Zamora: El Colegio de Michoacán, 2010:91-112.
16. Carrillo AM. Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México. *Gac Med Mex.* 2001;137(4):361-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm014j.pdf>
17. Núñez-Becerra F. La prostitución y su represión en la ciudad de México (siglo XIX). Prácticas y representaciones. Barcelona: Gedisa, 2002.
18. Carrillo AM. Control sexual para el control social: la lucha contra la sífilis en México. *Espazo Plural.* 2010;11(22):65-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4459/445944364008.pdf>
19. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. México: Imprenta del Gobierno Federal, 1891.
20. Carrillo AM, Zolla C. Del Tribunal del Protomedicato al Consejo de Salubridad General. *Boletín del Consejo Salubridad General.* 1993;3(4):8-10.
21. Martínez-Cortés F, Martínez-Barbosa X. El Consejo Superior de Salubridad. Rector de la salud pública en México. México: SmithKline Beecham, 1997.
22. Carrillo AM, Saldaña JJ. La enseñanza de la medicina en la Escuela Nacional durante el Porfiriismo. En: Saldaña JJ, ed. La Casa de Salomón en México. La primera institucionalización de la docencia y la investigación científicas. México: Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, 2005:257-82.
23. Carrillo AM, Birn AE. Neighbors on Notice: National and Imperialist Interests in the American Public Health Association, 1872-1921. *Can Bull Med Hist.* 2008;25(1):225-54. <https://doi.org/10.3138/cbmh.25.1.225>
24. Álvarez-Amézquita J, Bustamante ME, López-Picazos A, Fernández-Del Castillo F. Historia de la salubridad y de la asistencia en México. 4 vols. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
25. Molina-Del Villar A. Guerra, tifo y cerco sanitario en la ciudad de México, 1911-1917. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2016.
26. Márquez-Morfin L, Molina-Del Villar A. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales.* 2010;(32):121-44. Disponible en: <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/386>
27. Cuenya-Mateos MA. Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918: el caso de la ciudad de Puebla. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales.* 2010;(32):145-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a11.pdf>
28. Solórzano A. The Rockefeller Foundation in Revolutionary Mexico. Yellow fever in Yucatan and Veracruz. En: Cueto M, ed. Missionaries of science. The Rockefeller Foundation in Latin America. Bloomington: Indiana University Press, 1994:52-71.
29. García-Díaz B. La peste bubónica y la fiebre amarilla de 1920 en el puerto de Veracruz. *Anuario IX.* Xalapa: Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales-UV, 1994:125-33.
30. Bustamante ME. Hechos relevantes de la salud pública en México. Dirección General de Comunicación Social. [s/lp] [s/fp].
31. Andrade-Sánchez E, Andrea-Sánchez F, Barajas-Montes de Oca S, Barquín-Álvarez M, Barragán-Barragán J, Fix-Zamudio H et al. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos comentada. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 1985:169-75.
32. Bustamante ME. El doctor Liceaga, higienista. *Gac Med Mex.* 1940;70(1):79-91.
33. Obregón Á. Extracto del mensaje del general Álvaro Obregón, presidente de los Estados Unidos de México. *Bol Of Sanit Panam.* 1923;2(10):301-4.
34. Agostoni C. Del mensajero de la salud a la enfermera visitadora: educación y propaganda higiénica en México, 1920-1930. *Bol Mex Hist Fil Med.* 2005;8(1):9-13.
35. Carrillo AM. Enseñanza y divulgación de la Salud Pública en el México posrevolucionario. En: Ruiz R, Argueta A, Zamudio G, coord. Otras armas para la Independencia y la Revolución, Historia de las Ciencias y las Humanidades en México. México: Fondo de Cultura Económica/Historiadores de las Ciencias y las Humanidades, 2010: 261-80.
36. Perdígón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008;65:238-40.
37. Miranda FP. Evolución de la sanidad en México. *Bol Of Sanit Panam.* 1930;9(3):233-40.
38. De la Garza-Brito Á. Datos históricos sobre la Escuela de Salubridad (mecanoscrito), 6 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
39. Valdespino JL, Sepúlveda J, comps. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.
40. De la Garza-Brito Á. Datos adicionales sobre la Escuela de Salubridad (mecanoscrito), 4 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
41. Magaña-Valladares L, Gudiño-Cejudo MR. Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

42. Pruneda A. Informe del Dr. D. Alfonso Pruneda, secretario general del Departamento de Salubridad Pública de México. *Bol Of Sanit Panam.* 1923;2(10):305-9.
43. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, expedientes de personal, caja 1, exp. 25, 9 f., 1923.
44. Aguilar GF, Ezquerro-Peraza R. Los hospitales de México. México: Bayer, 1936.
45. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, expedientes de personal, caja 72, exps. 21 y 22; 21 y 267 f.; 1929 y 1907-1914.
46. Dosil-Mancilla FJ. La estela de Cajal en México. *Arbor.* 2009;185(735):29-40. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/263>
47. Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Medicina, institutos y sociedades médicos, Museo Anatómo- Patológico. Instituto Patológico Nacional, caja 40, exp. 5, 1899.
48. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, establecimientos dependientes, Escuela de Farmacia del Hospital General, caja 1, exp. 12, 16 f., 1903-1904.
49. Cervantes-Sánchez JM. Prosopografía del Dr. Eutimio López Vallejo (1866-1942). *Expresiones Veterinarias.* 2016 jun 6. Disponible en: <https://www.expresionesveterinarias.com/2016/06/prosopografia-del-dr-eutimio-lopez.html>
50. Notas Médicas. Francisco de P. Miranda. *Gac Med Mex.* 1950;75(2):235.
51. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, expedientes de personal, caja 17, exp. 14 [44 f.], 1902-1927.
52. Pruneda A. Elogio del doctor Ángel Brioso Vasconcelos. *Salud Publica Mex.* 2014;2(2):419-23. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4409>
53. Quiroz-Rodiles A. Breve historia del Hospital Morelos. México: Departamento de Salubridad de México, 1933.
54. Presidentes de la Academia Nacional de Medicina 1864-1994. México: Academia Nacional de Medicina, 1993.
55. Díaz V. El informe de gobierno de Victoriano Díaz. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Sinaloa.* 1924 sept 15:1-16.
56. Cerqueda G. La Escuela de Salubridad es necesaria para el desempeño de las labores concernientes a la salubridad pública. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, Presidencia, Secretaría, caja 9, exp. 9, 20 f., 1924, f. 6.
57. Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad Pública 1925-1928. México: Ediciones del Departamento de Salubridad Pública, 1928; vol. 2:181-469.
58. Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública, de 19 de diciembre de 1924. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Presidencia, Secretaría, caja 8, exp. 20, 9 f., 1925.
59. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Presidencia, Secretaría, caja 8, exp. 7, 32 f., 1922-1923.
60. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, expedientes de personal, caja 9, exp. 9, 2 f., 1926.
61. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, establecimiento dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 6, 11 f., 1925-1926.
62. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, establecimiento dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 4, 23 f., 1925.
63. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, establecimiento dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 7, 171 f., 1926-1927.
64. Alemán-Escobar M, Salcedo-Álvarez R, Ortega-Altamirano D. La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública en México, 1922-2009. Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México. *Perfiles Educativos.* 2011;33(133):174-96. Disponible en: http://www.perfileseducativos.unam.mx:80/iisue_pe/index.php/perfiles/article/view/27913
65. Agostoni C. Las mensajeras de la salud: enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México.* 2007;33:89-120.
66. Alanís-Rufino M. Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México 1922-1932. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2015;22(2):391-409.
67. Gobierno Federal. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. *Bol Of Sanit Panam.* 1926;5(9):367-456.
68. Carrillo AM. Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud: 1902-1940. En: Fajardo G, Carrillo AM, Neri-Vela R. *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002.* México: Organización Panamericana de la Salud/Universidad Nacional Autónoma de México/Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002:17-64.
69. Datos profesionales del doctor Emilio Varela. *Gac Med Mex.* 1933;64(11):479-80.
70. Birn AE. Eradication, control or neither? Hookworm vs malaria strategies and Rockefeller Public Health in Mexico. *Parasitología.* 1998;(40):137-47.
71. Gobierno Federal. Circular Núm. 55. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo.* Pachuca: 1927 abril 1:1-3.
72. Algunas labores de la Escuela de Salubridad de México. *Bol Of Sanit Panam.* 1927;6(10):730-1.
73. S.R. Enfermeras visitadoras en México. *Diario de la Marina: Periódico Oficial del Apostadero de La Habana.* La Habana: 1927 julio 19:15.
74. Stern AM. Responsible mothers and normal children: Eugenics, nationalism, and welfare in post-revolutionary Mexico, 1920-1940. *Journ Hist Soc.* 1999;12(4):369-97.
75. Villanueva A. La sanidad en México. *Bol Of Sanit Panam.* 1930;9(8):1040-7.
76. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, establecimiento dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 13, 36 f., 1930-1931.
77. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, Presidencia, Secretaría, caja 11, exp. 28, 117 f., 1929.

78. Gobierno Federal. Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo. 1930 julio 24:317-20.
79. González-Villarreal I. Por el bienestar espiritual y colectivo de la sociedad. Los inicios de la campaña contra la lepra en México (1930-1935). En: Miranda FL, ed. Memorias del Primer Coloquio Latinoamericano de Historia y Estudios Sociales sobre la Ciencia y la Tecnología. México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología, 2007:735-46.
80. Agostoni C. Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940. En: Speckman-Guerra E, Agostoni C, Gonzalbo-Aizpuru P, coords. Los miedos en la historia. México: Centro de Estudios Históricos-El Colegio de México/Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México, 2009:149-73.
81. Cicero RE. Venereología. Curso impartido en la Escuela de Salubridad. Apuntes mecanográficos, mayo de 1929.
82. Departamento de Salubridad Pública. La sanidad en México. Bol Of Sanit Panam. 1929;8(2):103-14.
83. Gobierno Federal. Circular Núm. 65. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas. Tampico: 1929 dic18:1-3.
84. Gobierno Federal. Anexo a la circular núm. 65. Datos referentes a dotación de aguas. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas. Tampico: 1929 dic 18:3-4.
85. Bermúdez S. Escuela de Salubridad. Informe del primer trimestre de 1930. Revista Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1930;1(1):103-11.
86. Bermúdez S. Escuela de Salubridad. Informe del segundo trimestre de 1930. Revista Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1930;1(2):469-75.
87. Martínez-Benítez M, Latapí P, Hernández-Tezoquipa I, Rodríguez-Velázquez J. Sociología de una profesión. El caso de la enfermería. México: Nuevomar;1985.
88. Bermúdez S. Escuela de Salubridad. Informe del cuarto trimestre de 1930. Revista Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1930;1(3):1317-25.
89. Bermúdez S. Escuela de Salubridad. Informe del tercer trimestre de 1930. Revista Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1930;1(3):834-40.
90. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, establecimiento dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 14, 20 f., 1931.
91. Bermúdez S. Informe trimestral de las labores desarrolladas en la Escuela de Salubridad durante los meses de enero, febrero y marzo de 1932. Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1932;3(1):204-8.
92. Gobierno General. Reglamento de la Policía Sanitaria. Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí. San Luis Potosí: 1932 oct 23:1-2.
93. Bustamante ME, Viesca-Treviño C, Villaseñor F, Vargas-Flores A, Castañón R, Martínez X. La salud pública en México 1959-1982. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.
94. Birn AE. A revolution in rural health? The struggle over local health units in Mexico, 1928-1940. J Hist Med Allied Sci. 1998;53(1):43-76.
95. Gastélum BJ. Circular a los gobernadores de los estados y territorios federales. Gac Med Mex. 1934;65(7-8):229-30.
96. Bustamante ME. La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. Gac Med Mex. 1934;65(7-8):179-228.
97. Birn AE. Las unidades sanitarias. La Fundación Rockefeller y el modelo Cárdenas en México. En: Cueto M, ed. Salud, cultura y sociedad en América Latina. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 1996:203-33.
98. Carrillo AM. Salud pública y poder en México durante el cardenismo: 1934-1940. Dynamis. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 2005;25:145-78. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114016/142473>
99. Pozas-Horcasitas R. El desarrollo de la seguridad social en México. Rev Mex Sociol. 1992;54(4):27-63.
100. Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. México: 1938 nov 4:6.
101. Rodríguez-Domínguez J. La Escuela de Salud Pública de México. Salud Publica Mex. 2014;25(5):505-8.
102. Siurob J. La sanidad en México. Bol Of Sanit Panam. 1936;15(12):1137-54.
103. Bustamante ME. Educación sanitaria por aplicación práctica de los conocimientos de higiene. Gac Med Mex. 1937;67(6):651-63.
104. Bustamante ME. Papel del médico rural en la investigación de las enfermedades tropicales en México. Bol Of Sanit Panam. 1937;16(2):112-5.
105. Siurob J. La sanidad en México. Bol Of Sanit Panam. 1937;16(8):715-21.
106. Departamento de Salubridad Pública. Informe de actividades desarrolladas entre el 1 de septiembre de 1935 y 1 de septiembre de 1936. Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública. 1935-1936;6(1):76,92-95.
107. Valdespino-Gómez JL. Presentación. Salud Publica Mex. 1997;32(2):151-2.
108. Sepúlveda J. Presentación. En: Valdespino JL, Sepúlveda J, comps. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002:7.
109. Pruneda A. Preparación de técnicos en medicina e higiene del trabajo (mecanoscrito), 14 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].

CASA DE CUNA

**APADRINE UD. A UN NIÑO
SIN PADRES**



BENEFICENCIA PÚBLICA.

Segunda etapa de la Escuela:

dE MANERA INDEPENDIENTE primero, y como un organismo integrado después, la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales desarrollaron tareas de investigación, enseñanza, difusión y divulgación de los problemas de salud pública que más atañían a México. Sus alumnos, investigadores y profesores contribuyeron a la eliminación de la viruela en 1952 (incluso en una escala mundial) y a muchas otras campañas sanitarias. Asimismo, sus egresados fundaron los programas de atención preventiva en el IMSS y en las entidades federativas.



Foto: INAH

enseñanza e investigación al servicio del pueblo (1938-1958)

Arriba. Madres e hijos en sala de espera para consulta gratuita. Colima, Col., ca. 1940.

Ana María Carrillo⁽¹⁾

Página anterior. Cartel. Propaganda de la casa de cuna. Ciudad de México, ca. 1940.

Capítulo elaborado con la colaboración de María Guadalupe Muro Hidalgo.

(1) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Escuela de Salubridad e Higiene de México

El gobierno del general Lázaro Cárdenas, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública, buscó impulsar el progreso de los servicios sanitarios y elevar el nivel educativo del personal sanitario en México, mediante la reestructuración de la Escuela de Salubridad. Un decreto del 30 de octubre de 1938 –cuando Leónides Andrew Almazán aún era jefe del Departamento– modificó el del 18 de abril de 1925, y estableció la Escuela de Salubridad e Higiene. De acuerdo con el nuevo decreto, la institución tendría un director, nombrado por el Departamento de Salubridad Pública, encargado de cuidar la buena marcha del plantel, así como de formular los reglamentos y los planes de estudio de los diversos cursos que ahí se estudiaran. La Escuela contaría, asimismo, con un Consejo Directivo al que pertenecerían, además del director de ésta, el secretario general del Departamento y un representante de la Secretaría de Educación Pública.¹

El objetivo de la Escuela sería orientar y unificar la enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene mediante la impartición de cursos de carácter teórico-práctico para médicos higienistas, enfermeras visitadoras sanitarias y oficiales sanitarios; impartir las especialidades que el Departamento de Salubridad Pública considerara necesarias, así como ofrecer educación higiénica para maestros. Con ese fin, propondría los lugares para establecer las estaciones de adiestramiento práctico de los alumnos. El Departamento anunció que contrataría a las personas con certificados y diplomas expedidos por la institución, aunque aclaró que lo haría “de acuerdo con su capacidad económica”. Finalmente, comunicó que tendría la autoridad para organizar la Escuela a su conveniencia, por ejemplo, en lo relativo al nombramiento del cuerpo de profesores y empleados.¹

Con base en el nuevo decreto mencionado, la Escuela reorganizó sus actividades, modificó los planes de estudio, intensificó sus cursos, y aumentó el personal docente y administrativo. El director elegido para esta nueva etapa de la Escuela fue el doctor Ángel de la Garza Brito, quien empezó a estudiar la carrera de médico cirujano en la Escuela Médico-Militar; la terminó en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México, y obtuvo su título en 1922. Había laborado en el Departamento de Salubridad Pública, participando en la lucha contra la epidemia de tifo de 1915 y 1916 en los estados de Zacatecas y Durango, y

Foto: INAH



Enfermera pesando una niña.
Ciudad de México, ca. 1940.

Foto: INAH



Médico vacunando a niños.
Ciudad de México, ca.
1940.

en la campaña contra la fiebre amarilla, cuando en 1922 asistió al primer curso de instrucción que ofreció la Escuela de Salubridad. Entre ese año y 1925 fue profesor de higiene en escuelas primarias, y más tarde, médico inspector sanitario. En 1927 ya era inspector general de salubridad de la República, y en 1935, jefe de la Oficina de Higiene Rural y Servicios Sanitarios Coordinados en Estados y Territorios. En la Escuela de Salubridad e Higiene, al tiempo que ocupó el puesto de director, tuvo a su cargo las cátedras de educación higiénica y de administración sanitaria. Llegó a ser vicepresidente de la American Public Health Association y presidente de la Sociedad Internacional de Oficiales Médicos Sanitarios. Se hizo acreedor a la Medalla de Bronce Eduardo Liceaga y a la Condecoración Carlos Finlay, de Cuba, con el grado de Oficial.²

Hasta entonces, la instrucción impartida en las estaciones de adiestramiento práctico de los alumnos había sido independiente de la que se daba en la Escuela; pero, a partir de la reorganización señalada, se reconoció la necesidad de coordinar las labores para el mejor aprovechamiento de los alumnos. Con la finalidad de unificar la enseñanza teórica y la orientación técnica educativa, las autoridades sanitarias acordaron que las estaciones serían dependientes, desde el punto de vista docente, de la Escuela de Salubridad e Higiene, y que éstas someterían al Consejo Directivo de la Escuela los planes de actividades educativas y los programas de adiestramiento de los alumnos.³

En 1939, se organizaron tres cursos de administración sanitaria para médicos, tres de enfermería sanitaria para enfermeras tituladas, y uno de administración sanitaria elemental para inspectores y agentes. Recibieron instrucción 272 personas, de las cuales 233 prestaban sus servicios en el Departamento de Salubridad o sus dependencias.⁴



Foto: INAH

Enfermera atendiendo
a un niño. Ciudad de
México, ca. 1940.

Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales

Por otro lado, tanto en el Código Sanitario vigente en los años treinta (puesto en vigor en 1934), como en el primer Plan Sexenal figuraba la fundación de un Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). Desde principios de 1935, la Jefatura del Departamento de Salubridad Pública había dispuesto que se procediera a la formulación del proyecto de su creación, labor que encomendó a una comisión integrada por Miguel E. Bustamante, Gerardo Varela, Eliseo Ramírez y Manuel Martínez Báez, y desde entonces comenzó la construcción del edificio que lo albergaría.⁵ La construcción del Instituto (ubicado en la esquina de la Prolongación de Carpio y de la calle de Plan de San Luis, en la colonia Plutarco Elías Calles) quedó lista a principios de 1939.

El objetivo del ISET era dedicarse a la investigación científica de los diferentes problemas técnico-sanitarios que había en el país, reuniendo investigación de laboratorio, clínica y social en el mismo centro. Fueron establecidos así los laboratorios de Bacteriología e Inmunología, Farmacología y Medicina Experimental, Química, Anatomía Patológica, Protozoología, Helmintología, Entomología, Micología, Epidemiología y Bioestadística, y una Sección Clínica. La Dirección Técnica del Instituto quedó a cargo de un Consejo Técnico formado por los jefes de laboratorios y de la Sección Clínica, y presidido por el director del Instituto.⁶ Por entonces, el doctor José Siurob volvió a la Jefatura del Departamento.

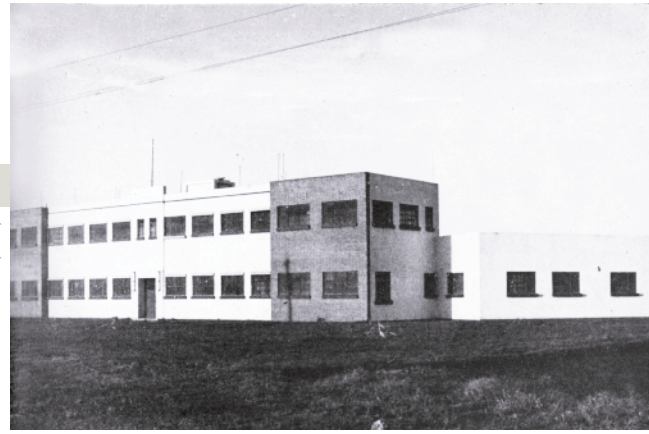
Como primer director del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales fue nombrado el doctor Eliseo Ramírez Ulloa, eminente biólogo y médico formado en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico, perteneciente a la Universidad de Columbia. Ramírez Ulloa se había dedicado, entre otros asuntos, a la acción farmacodinámica de las plantas medicinales mexicanas, y había sido también director del Instituto de Higiene y jefe del Laboratorio Central. Ramírez realizó una ardua labor por el nuevo Instituto, pero falleció a finales de 1940.⁷

Para Miguel E. Bustamante, el ISET fue un centro de investigación biosociomédica, dedicado a estudiar las enfermedades que prevalecían en México por condiciones ecológicas, pero también económicas, culturales y sociales.⁸ La creación de esta institución tiene que ser analizada en un contexto en el que médicos de todo el país realizaban congresos nacionales de higiene rural; el Instituto Politécnico Nacional (IPN) estaba creando la Escuela Superior de Medicina Rural, y la Escuela

Foto: AHS



Foto: Memoria de la SSA (1950).



Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, Boca del Río, Ver.

Personal del Centro de Higiene, s/f.

Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) había establecido hacía unos años el servicio social de pasantes de medicina, y estaba instaurando las cátedras de medicina social y medicina del trabajo.⁹

Como ha señalado Anne-Emanuelle Birn, su creación fue un símbolo de la soberanía de México en asuntos sanitarios, pues la Fundación Rockefeller –que desde el gobierno de Obregón colaboraba con México– instaba a las autoridades sanitarias a concentrarse en el combate de enfermedades como la anquilostomiasis, en que pudieran obtenerse resultados rápidos, con pocos recursos. En cambio, los investigadores mexicanos –aún algunos de los becados por la Fundación, como Miguel E. Bustamante– insistían en investigar las enfermedades locales, en el contexto de la realidad de México, dando prioridad a aquéllas que representaban una carga mayor para el país en términos de morbilidad y mortalidad, como la tuberculosis, el paludismo, la lepra o la oncocercosis, en cuyo combate la Fundación se había negado a colaborar de manera sistemática.¹⁰

Desde 1939, la Escuela de Salubridad e Higiene fue trasladada al primer piso del edificio del ISET, pero fue necesario modificarlo para que pudiera cumplir con las necesidades impuestas por la metodología educativa moderna y las demandas crecientes de los servicios sanitarios, que no se habían tomado en cuenta al construirlo.¹¹ En la planta baja estaban los servicios generales; en el segundo piso, los laboratorios de investigación –con biblioteca anexa–, la Dirección y la Secretaría; el tercer piso era el destinado a la Sección Clínica, y contaba con una sala de operaciones. Estaban, finalmente, los denominados Anexos –que incluían un invernadero y una granja para animales de experimentación.^{6,12}

Si bien Escuela e Instituto trabajaban separadamente, mantenían relaciones provechosas en varias de sus actividades. Por ejemplo, aunque cada institución contaba con su propia biblioteca, se apoyaban una a la otra; y, lo más importante, desde el inicio de esta nueva etapa, y a causa de la cercanía con el Instituto, la Escuela de Salubridad e Higiene dio importancia creciente a la investigación, y ya no sólo a la enseñanza.

Centro educativo sanitario general del país

Entre el 1 de diciembre de 1940 y el 30 de noviembre de 1946, el general Manuel Ávila Camacho fue presidente de la República. Durante los tres primeros años de su gobierno, el doctor Víctor Fernández Manero fue jefe del Departamento de Salubridad Pública (el último), mientras que el doctor Gustavo Baz quedó al frente de la Secretaría de la Asistencia Pública (que había sido creada a finales de 1937, y era resultado de la fusión del Departamento de Asistencia Materno-Infantil y la Junta de Beneficencia Pública).⁸ De la Garza Brito siguió al frente de la Escuela de Salubridad e Higiene, y el parasitólogo y anatomopatólogo Manuel Martínez Báez fue nombrado director del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.¹³ Durante ese gobierno, serían también directores del ISET el especialista en salud pública Miguel E. Bustamante (1942-1943) y el farmacólogo José Zozaya (1944-1946).

Se aplicó entonces el segundo Plan Sexenal. En él, el Departamento de Salubridad Pública había propuesto reconocer a la Escuela de Salubridad e Higiene como centro educativo sanitario general de la República mexicana, y se ratificó que sería responsable de instruir a todo el personal técnico y subtécnico que prestaba sus servicios en el Departamento, así como de formar a médicos, enfermeras y demás profesionistas que desearan ingresar a los servicios de salubridad. Los diplomas otorgados por la Escuela al final de los cursos serían requisito para laborar en el Departamento.¹⁴

En 1940, entre las principales causas de mortalidad general en el país siguieron predominando las enfermedades infectocontagiosas (cuadro 1).¹⁵ Éstas daban la pauta a las acciones de medicina preventiva que realizaba la administración avilacamachista. El Departamento de Salubridad Pública y sus Direcciones Ge-

Cuadro 1.
Principales causas de mortalidad general en México, 1940

Posición	Causas de mortalidad general
1	Diarreas y enteritis
2	Gripe y neumonía
3	Paludismo
4	Muertes violentas o accidentales
5	Sarampión
6	Bronquitis
7	Enfermedades del hígado
8	Debilidad congénita
9	Tuberculosis del aparato respiratorio
10	Disentería

Fuente: referencia 39.

Foto: INAH



Foto: INAH

Asistentes a pláticas impartidas por trabajadoras sociales. Ometepec, Gro., 1939.

nerales se ocupaban de higiene de la alimentación y control de los medicamentos, ingeniería sanitaria, salubridad federal y servicios sanitarios coordinados. En uno de sus laboratorios se realizaban los exámenes requeridos en las campañas contra las enfermedades transmisibles, y el Instituto de Higiene preparaba los sueros y vacunas empleados en ellas; dentro de tales campañas destacaban las que se realizaban contra la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el paludismo y las enfermedades que resultaban de las malas condiciones del agua empleada como bebida.^{16,17}

Dada la importancia del Distrito Federal, había una Dirección de Salubridad para atender los asuntos correspondientes a esa entidad política; y, debido al interés que el Estado mexicano tenía en los campesinos, funcionaba, igualmente, una Dirección General de Higiene Rural y Medicina Social. Por otro lado, contribuían a la medicina preventiva el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; el Instituto Nacional de Nutriología, entonces recientemente fundado, y los nuevos hospitales para enfermos de tuberculosis. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social cuidaba la salud de los obreros, exigiendo que fueran satisfactorias las condiciones de trabajo.¹⁷

Era tarea de la Escuela de Salubridad e Higiene establecer nexos directos con todas estas instituciones, además de coordinar las actividades educativas sobre medicina preventiva e higiene con otras instituciones docentes, oficiales y privadas, nacionales y extranjeras.¹⁸ La Escuela de Salubridad e Higiene desempeñaba también un papel en la realización de las metas del Departamento; por ejemplo, como parte de la profilaxis de las enfermedades de origen hídrico, el Reglamento Interior de la Dirección Nacional de Aguas Potables estableció que el personal técnico debía estar titulado, y el personal administrativo podría recibir capacitación en los cursos especiales en materia de aguas potables de esa institución académica.¹⁹

En opinión de De la Garza Brito, era necesario que la medicina preventiva y la higiene estuvieran en la base de la formación de los estudiantes de medicina en la UNAM y en el IPN, con el fin de prepararlos para su labor en la asistencia médica y el mejoramiento de la salud colectiva. Lo mismo debía hacerse en las escuelas de enfermería, mientras que, en la Escuela de Salubridad e Higiene, los alumnos, guiados por sus profesores, debían comprender las bases científicas sobre las que se erigía una administración sanitaria y de asistencia social eficiente, así como los procedimientos modernos de medicina preventiva, y de técnicas sanitarias médicas y sociales.²⁰

Pero, más aún que a la prevención de la enfermedad, el gobierno de Ávila Camacho dirigió sus recursos a la atención de los enfermos. Mientras que el primer Plan Sexenal había planteado combatir las causas de las endemias y epidemias, el segundo estableció la necesidad de reglamentar los servicios médicos ejidales, para que se dedicaran en mayor proporción a la labor curativa, y en una menor a la preventiva.²¹


 Toma de sangre,
 1952.

En su informe a la nación de 1942, el presidente de la República señaló que los servicios de salud habían crecido en los últimos años gracias a que el presupuesto había aumentado de 19 millones de pesos en 1941 a 24 millones en 1942. Además de la realización de actividades preventivas, el presupuesto había sido empleado para construir nuevos hospitales, y se había formulado la iniciativa de Ley del Seguro Social.²²

En efecto el 19 de enero de 1943 nacería el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los hospitales del IMSS fueron construidos sobre todo en la ciudad de México, Monterrey, Puebla y Guadalajara; es decir, en las zonas del país más industrializadas. En cambio, los hospitales de la asistencia social, donde era atendida la población que no contaba con seguro social, predominaron en el Estado de México, Michoacán, Sinaloa, Jalisco, Hidalgo y Tlaxcala. Los hospitales Infantil de México, de Cardiología y de Cancerología fueron fundados, respectivamente en 1943, 1944 y 1946. El gobierno de Ávila Camacho dejaría al final del sexenio una red de hospitales, que incluía 83 unidades terminadas o en proceso. Esta política se vería reflejada poco después en los programas de la Escuela.²³

La creación de una Secretaría responsable de todo lo relacionado con la salud estaba entre las metas propuestas en el Plan Sexenal 1940-1946. El 15 de octubre de 1943, el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública fueron fusionados para dar paso a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y el doctor Gustavo Baz fue nombrado primer secretario.²⁴ Al lado de la Secretaría, siguió existiendo el Consejo de Salubridad General—creado en 1917 al mismo tiempo que el Departamento de Salubridad Pública, ambos como responsables del servicio federal de salubridad—. Los vocales de este Consejo eran funcionarios de las dependencias de la SSA, y entre ellos, quedaron también incluidos los directores de la Escuela de Salubridad e Higiene y del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.²⁵ Con la fusión de los servicios de salubridad y asistencia, la Escuela también tuvo que reorganizarse.

El Departamento de Salubridad Pública se había propuesto dar impulso a la Comisión de Educación Higiénica, con el objetivo de fomentar esta educación en todo México, pugnando para que los periódicos, las estaciones radiodifusoras y los salones de proyección cinematográfica del país dedicaran una sección a la difusión higiénica.¹⁶ El cine, en esta época, fue parte de la práctica sanitaria.²⁶ La Secretaría de Salubridad y Asistencia prestó atención, igualmente, a la implementación de la educación higiénica popular y, para lograrlo, consideraba fundamental continuar con la preparación del personal enfocado en las actividades sanitarias, a través de la Escuela de Salubridad e Higiene.²⁷

En 1940, todavía durante el gobierno de Cárdenas, la Escuela otorgó diplomas de médico sanitario. A partir de 1941, dio mayor impulso a la epidemiología: impartió el curso

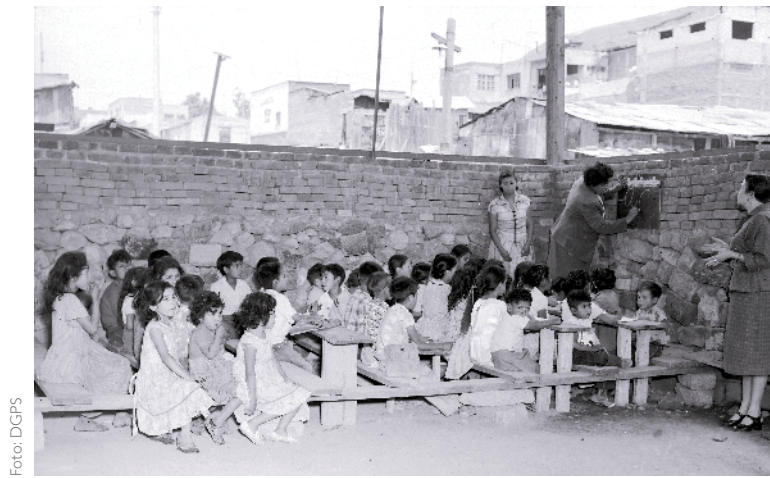


Foto: DGPS

Clase sobre salud a niños, ca. 1940.

de médico sanitario epidemiólogo, y el de administración sanitaria y epidemiología. Continuaron los cursos para enfermeras sanitarias e inspectores sanitarios, y se impartió otro para formar estadígrafos.² En ellos, estaba siempre presente el contenido social; fue el caso de la materia de higiene mental, que no estaba centrada en la atención a los enfermos mentales, sino en los factores sociales que podían deteriorar la salud mental de la población;²⁸ y lo mismo ocurría con las clases de nutriología, en las que se señalaba que la nutrición del pueblo mexicano dependía de sus circunstancias sociales y económicas.²⁹ Para realizar sus fines, la Escuela contaba con un claustro de profesores e instructores especializados en labores de higiene y asistencia social, trabajos de laboratorio, organización y administración de hospitales, y visitas realizadas con propósitos médicos, sanitarios y sociales.

Como en el periodo anterior, había alumnos que prestaban servicios en la SSA y otras instituciones oficiales, y los libres. Los primeros gozaban, por lo general, de gastos y sueldos; pero los libres podían también obtener becas del gobierno o de instituciones particulares, y lo mismo pasaba con los extranjeros. La institución impartía muchos cursos fuera de los planes de estudio.²² En el sexenio de Ávila Camacho, egresaron de los cursos formales de la Escuela de Salubridad e Higiene 543 alumnos, de los que 311 eran mujeres. Entre ellos, obtuvieron diploma de médico sanitario 67 alumnos, de los que dos eran mujeres (cuadro 2).²

Cuadro 2.

Número de egresados de la Escuela de Salubridad e Higiene, por curso, año y sexo. México, 1940-1946

Cursos	Número de egresados, por año y sexo						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Médico sanitario	7 h	-	8 h	24 h	-	-	-
Médico sanitario epidemiólogo	-	28 (26 h; 2 m)	-	-	-	-	-
Enfermería sanitaria	-	7 m	30 m	23 m	69 m	92 m	43 m
Enfermería sanitaria (cursillo)	-	-	-	-	-	-	23 m
Administración sanitaria y epidemiología	-	-	12 h	-	15 h	19 h	26 h
Venerología	-	-	-	18 m	-	-	-
Administración sanitaria	-	-	-	-	20 (19 h; 1 m)	24 h	-
Malariología	-	-	-	-	-	8 h	-
Inspectores agentes sanitarios	-	-	-	-	-	11 h	-
Estadígrafos	-	-	-	-	-	-	11 (8 h; 3 m)
Inspectores sanitarios	-	-	-	-	-	-	25 h
Total	7	35	50	65	104	154	128

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 2.



Foto: DGPS

Clínica rural, s/f.

La Escuela había tenido siempre un componente práctico; por ejemplo, desde 1923, los alumnos del curso de puertos y fronteras habían hecho una excursión al puerto de Veracruz, para realizar toda la práctica correspondiente a la visita de los barcos, tanto a su entrada como a su salida del país, la cual había incluido la inspección de los pasajeros, la tripulación y los buques.³⁰ Pero este componente práctico se profundizó en los años cuarenta. En el mismo predio del ISET estaba el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento, donde los alumnos podían aplicar los principios y métodos aprendidos en las aulas. Recibían la cooperación del Instituto de Higiene y del Laboratorio Central. La enseñanza se complementaba en otros centros de higiene y estaciones de adiestramiento dependientes de la Dirección General de Salubridad y Asistencia en Estados y Territorios, y de la Dirección de Salubridad del Distrito Federal, los cuales estaban localizados en diferentes zonas del país. Los médicos pasaban ahí seis semanas, y las enfermeras e inspectores sanitarios, de dos a cuatro. Los alumnos del curso de médicos sanitarios asistían otras cuatro semanas a instituciones para desarrollar actividades especiales, de acuerdo con su vocación, de modo que para ellos el adiestramiento práctico era en total de 10 semanas.³¹

Las actividades académicas no se limitaban a las clases o las prácticas. En 1944, en el auditorio de la Escuela de Salubridad e Higiene fue constituida la Sociedad Mexicana de Higiene, y la mayoría de los profesores fueron miembros fundadores. La Sociedad contaba con una sección de enfermería. La Primera Reunión Anual de la Sociedad también se llevó a cabo en el auditorio de la Escuela, entre el 21 y el 24 de agosto de 1946. Las sesiones fueron divididas según temas de administración; legislación e ingeniería sanitarias; epidemiología; control de enfermedades transmisibles; bacteriología y parasitología, e higiene materna e infantil y nutriología. También hubo sesiones generales sobre educación higiénica, poliomielitis y trabajo social.³² Profesores y exalumnos de la Escuela tuvieron siempre una participación destacada en las reuniones anuales de esta sociedad.

La década de los cuarenta estuvo marcada por un hecho que reportó algunas ventajas a la Escuela de Salubridad e Higiene, pero que también limitó su autonomía: la colaboración con la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública

Como parte de la “política del buen vecino”, planteada por Roosevelt durante su mandato presidencial, y que cubrió la segunda guerra mundial, se diseñó un programa cooperativo entre la Oficina de Asuntos Interamericanos, agencia del gobierno de Estados Unidos de América (EUA), y las otras 21 repúblicas americanas. Su objetivo era interactuar unidos en proyectos de saneamiento y salud pública, además de otros asuntos económicos y políticos, al tiempo que se buscaba evitar la influencia del fascismo en el continente.³³ La Oficina fue creada en 1940, a propuesta de Nelson Rockefeller, y promovió la campaña *Health for the Americas* (Salud para las Américas).³⁴ Aunque se presentaban con el ideal bolivariano, los estadounidenses buscaban su hegemonía en el continente.

La Sección de Salubridad del Instituto de Asuntos Interamericanos dispuso de un alto presupuesto, y firmó convenios bilaterales con los gobiernos de los países, para establecer dentro de los ministerios de sanidad de cada uno de ellos, un Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública codirigido por los estadounidenses. En el caso de México, el convenio fue firmado entre Víctor Fernández Manero, jefe del Departamento de Salubridad Pública, y George C. Dunham, vicepresidente del Instituto de Asuntos Interamericanos, el 2 de julio de 1943.³⁵

A partir de la creación de la SSA, al Servicio se le denominó Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Ésta era parte integrante de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y representaba, en México, al Instituto de Asuntos Interamericanos. La Dirección comprendía los recursos técnicos y económicos destinados al estudio y la resolución conjunta de problemas que directa o indirectamente afectaran los intereses vitales de los dos países, y los proyectos que realizaba se dividían en dos categorías: los que se efectuaban directamente con la colaboración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y los que se realizaban con la Secretaría de Recursos Hidráulicos. Los proyectos que realizaba con la SSA comprendían cinco grupos generales:



Foto: AHSS

Edificio del Laboratorio BCG. Ciudad de México, 1949.



Foto: AHSS

Visita domiciliaria en los alrededores de Celaya, Guanajuato, 1959.

1. Preparación, que a su vez incluía: *a)* Escuela de Salubridad e Higiene; *b)* becas; *c)* estaciones de adiestramiento para control de enfermedades venéreas; *d)* programas de adiestramiento para el control de la malaria; *e)* Centro de Salud y Estación de Adiestramiento de Xochimilco, y *f)* Centro de Salud y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz.
2. Servicios de laboratorio, estudios necesarios para las campañas sanitarias, y ayuda al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales para investigaciones sobre mal del pinto, oncocercosis, rickettsiasis, diarreas, enteritis, malaria y otras enfermedades.
3. Construcción de centros de salud o dotación de equipos a éstos: Centro de Salud de Ciudad Juárez, y centros de salud y estaciones de preparación de Xochimilco, Boca del Río, Buenos Aires, Mixcoac, Hospital Morelos, Arcelia y Tacuba.
4. Operación de actividades generales de salud pública: centros de salud de Xochimilco, Tepalcatepec y Aguascalientes, y Proyecto de Salud Pública Frontera Estadounidense-Mexicana.
5. Actividades especiales de control de enfermedades: control de la malaria mediante el empleo de DDT, y control del tifo.

Finalmente, los proyectos que la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública realizaba con la Secretaría de Recursos Hidráulicos, de acuerdo con la SSA, formaban dos grupos específicos de actividades de ingeniería sanitaria:

1. Construcción de sistemas de abastecimiento de agua.
2. Construcción de sistemas de alcantarillado.³⁶

La construcción de tales sistemas se realizó en pequeñas comunidades rurales de Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Guerrero, Estado de México, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chiapas y la frontera con los EUA, e iba acompañada de enseñanza sanitaria en las comunidades rurales.³⁵

En el caso de la Escuela de Salubridad e Higiene, desde el 10 de diciembre de 1943 se había presentado el proyecto “HE-1 Expansión de facilidades de la Escuela de Salubridad e Higiene de México”, firmado por el médico estadounidense Harold Himann, director de Cooperación Interamericana, y por el doctor Manuel Martínez Báez, subsecretario de Salubridad y Asistencia. Su objetivo era promover que la Escuela recibiera a estudiantes latinoamericanos, y la justificación para hacerlo era la necesidad de capacitar al personal sanitario de los países de América Latina, en un país que, con excepción de Brasil, hablaba la misma lengua, y donde las condiciones

del medio ambiente, los problemas sanitarios prevalentes y las costumbres locales eran similares a las de sus países. Los estudiantes que decidieran estudiar en México viajarían con una beca otorgada por la Oficina del Coordinador del Instituto de Asuntos Interamericanos, y la Escuela se comprometía a formarlos para que al volver a sus países de origen desarrollaran de manera eficiente su trabajo. Para fortalecer su planta de profesores y equipo la Escuela recibiría 22 000 dólares, para salarios de profesores de tiempo completo y la adquisición de material de laboratorio y libros para la biblioteca.³⁷

Como retribución, la SSA también organizaba cursos para estadounidenses en su idioma, en la Escuela de Salubridad e Higiene y en las estaciones de adiestramiento. Además, el gobierno mexicano otorgaba cierto número de becas para médicos y enfermeras nacionales y extranjeros, y la Secretaría de la Escuela brindaba toda la información indispensable para la estancia de los alumnos (hospedaje, transporte y actividades académicas para su instrucción complementaria).³⁸ La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos y las Fundaciones Rockefeller, Kellogg, Guggenheim y la Commonwealth siguieron otorgando algunas becas para que funcionarios mexicanos estudiaran en escuelas de salud pública de EUA.²⁷

Dos proyectos fundamentales realizados entre la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública y la SSA tuvieron que ver con el programa contra las enfermedades venéreas en la frontera México-EUA –en el que las autoridades sanitarias mexicanas habían trabajado antes con la Oficina Sanitaria Panamericana– y la campaña contra el paludismo.³⁵ Ésa puede haber sido una de las razones por las que, en 1943, la Escuela de Salubridad e Higiene impartió un curso formal de venerología, y en 1945, otro de malariología.

Independientemente de dar la formación práctica de los alumnos que terminaban su instrucción intramuros en la Escuela de Salubridad e Higiene, los centros de adiestramiento o preparación impartían instrucción teórico-práctica al personal técnico y subtécnico que prestaba sus servicios en las distintas dependencias de la SSA. Además, en ellos se llevaban a cabo experimentos e investigaciones de nuevas técnicas y métodos.³⁹ El Centro de Salud y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, inaugurado en 1946, fue pieza clave de la cooperación entre los gobiernos de EUA y México. La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública contribuía económicamente con ella e intervenía en su funcionamiento, pero también lo hacían el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la Escuela de Salubridad e Higiene y los Servicios Coordinados de los Estados.⁴⁰ En 1954, la organización sanitaria y médica en el estado de Veracruz se dividió en seis zonas, y como responsables de cada una de ellas se puso a médicos egresados de la Escuela.³⁵

Desde la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro, de 1942 –en la que Manuel Martínez Báez fue delegado por México–,³⁵ se había tocado el tema de la defensa sanitaria del continente. Se habló en ella de la necesidad de hacer el diagnóstico de las condiciones de salubridad de cada país, así como un inventario de sus recursos; de crear escuelas de salubridad para preparar médicos e ingenieros sanitarios, y de construir institutos que investigaran acerca de las enfermedades epidémicas, y que propusieran medidas preventivas para evitar padecimientos pandémicos; durante la guerra, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* publicó una sección especial titulada “La sanidad y la guerra”.⁴¹

En 1943, fue declarado el estado de guerra de México con Alemania, Italia y Japón. La fuerza expedicionaria mexicana quedó constituida por 300 hombres, entre los que había miembros del Cuerpo Médico Militar. Ésta salió el 24 de julio de 1944, y se dirigió primero a los EUA. A finales de ese año, la Cámara de Senadores autorizó su envío a la guerra, y en marzo del siguiente año desembarcó en Filipinas.⁴²

México se había adelantado a varias de las propuestas de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Pensando en tener una población fuerte frente a posibles enfrentamientos en el territorio, el Departamento de Salubridad Pública decidió incrementar sus campañas contra la viruela, el tifo, la tuberculosis y el paludismo, así como la educación popular higiénica.⁴³ La Escuela de Salubridad e Higiene también ideó el modo de contribuir a la posible necesidad de defensa del país. El doctor Manuel González Rivera –profesor de educación higiénica de la Escuela y director general de Educación Higiénica de la SSA– aseguró que la labor de los trabajadores sanitarios adquiriría mayor relevancia en tiempos de guerra, porque su objetivo era “dar la batalla” contra las enfermedades para conseguir la salud de la población, de la cual procedían los soldados. En su opinión, la Escuela y las estaciones de adiestramiento necesitaban trabajar a toda su capacidad para preparar a médicos, ingenieros, oficiales sanitarios y enfermeras. Valoraba necesario contar con programas enfocados en el estudio teórico y práctico de la exploración sanitaria de una región, así como en la nutrición, para abordar la composición y el valor nutritivo de los alimentos básicos de esa zona, conocer la ración alimenticia adecuada a las diferentes edades de la vida, y los requerimientos del soldado y del trabajador de las distintas industrias de guerra. En el tema de las enfermedades tropicales, los médicos y las enfermeras debían aprender más sobre el control de los padecimientos transmisibles, la patología, la bacteriología, la parasitología, la inmunología y la terapéutica de padecimientos “exóticos”. La enfermería habría de encargarse de la instrucción y entrenamiento en higiene materna e infantil para atender a las embarazadas, y cuidar en guarderías a los niños de las mujeres que

Foto: AHSS



Toma de datos somatométricos
en hospital maternoinfantil.
Ciudad de México, ca. 1954.

trabajaran en las industrias de guerra. Por último, tendrían que prepararse para prestar buenos servicios en los puestos de socorro y hospitales de emergencia.⁴⁴ Sin embargo, no fue necesario poner estos planes en marcha, pues la guerra nunca llegó al territorio de México ni al resto de los países latinoamericanos.

La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública podía influir en los programas de la Escuela; Harold A. Hinman, director de la Oficina de Cooperación Interamericana, era miembro del Consejo Consultivo de ésta. Pero en tales programas había, también, otras influencias extranjeras. Hacia 1945, éstos eran formulados de acuerdo con las resoluciones aprobadas por la Sección de Educación Higiénica profesional de la Asociación Americana de Salud Pública: las conclusiones de la Reunión de Directores de Escuelas e Institutos de Higiene, convocada por la Sección de Higiene de la antigua Sociedad de las Naciones, así como las recomendaciones que sobre el particular había hecho la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, tales acuerdos eran adaptados a necesidades y problemas del país y de otras naciones latinoamericanas.³¹

La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública continuó actuando en México después de la guerra y del gobierno de Ávila Camacho, y dentro de sus proyectos estaba la ampliación de la Escuela de Salubridad e Higiene. El apoyo económico que recibió la Escuela permitió aumentar los sueldos de maestros e instructores, para que se dedicaran de tiempo completo a su labor. En 1947, la Escuela solicitó locales para que los profesores de tiempo exclusivo de enfermería sanitaria, trabajo social, ingeniería sanitaria e higiene infantil desarrollaran sus labores. Pidió, también, un laboratorio para fisiología aplicada a la higiene, y un local para higiene infantil e ingeniería sanitaria. La Dirección de Cooperación mencionada corrió con los gastos de tales adaptaciones y construcciones.⁴⁵ Sin embargo, en 1949 suspendió el apoyo brindado. En ese momento, la SSA otorgó un subsidio a la Escuela, que permitió seguir contando con los jefes de instrucción y los profesores básicos, y con el personal técnico y administrativo necesario, pero todos ellos fueron afectados. Por eso, en ocasiones tal Dirección continuó colaborando con becas para algunos alumnos y completando los sueldos de algunos instructores.

Por ejemplo, el 20 de diciembre de 1951, en su calidad de director de la Escuela, De la Garza Brito escribió al director de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, para exponerle que, cuando se suspendió el subsidio que esa Dirección concedía a la Escuela, había sido necesario reducir los emolumentos a todos los empleados. Una de las más afectadas había sido la enfermera Aurora Macías Báez, encargada del curso de enfermería sanitaria y jefa de instrucción de esa área, por lo que De la Garza Brito solicitó que la Dirección de Cooperación señalada



Foto: A.H.S.S.

Cuneros para
 bebés en estado
 de desnutrición.
 Ciudad de México,
 ca. 1954.

apoyara para completar su sueldo. Al tiempo que hacía esa petición, a nombre del Consejo de Gobierno de la Escuela y de la Dirección a su cargo, solicitó la colaboración de la enfermera Esther Gilberson, para que ella y Macías Báez formularan los programas, estudiaran los temarios, y seleccionaran, orientaran y supervisaran a las alumnas; aclaró que la Dirección de la Escuela dejaría a las enfermeras Macías y Gilberson la responsabilidad entera del desarrollo de las actividades, y que a través de la segunda, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública compartiría tal cometido.⁴⁶ Es decir, este tipo de apoyos daban a esa Dirección la posibilidad de seguir interviniendo en la política de la Escuela.

Esta intervención de la Dirección en la Escuela no estuvo exenta de discrepancias. Sólo como ejemplo, en 1951 fue inaugurado en la Escuela el curso especial de ingeniería sanitaria para inspectores, a cargo del profesor Roberto Medellín. Éste iba a tratar el abastecimiento y consumo del agua potable, fundamental por su relación con las enfermedades de origen hídrico, y también el papel de los inspectores sanitarios en el control del paludismo y la eliminación del vector de esta enfermedad. El curso era financiado por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, razón por la que el ingeniero Francis Montanare, que laboraba para ella, habló el día de su inauguración.

Poco tiempo después, De la Garza Brito escribió una carta a Montanare, con copia para el Consejo Directivo de la Escuela, en la que le dijo: “Asistí con placer a la inauguración de los cursos de ingeniería sanitaria y tuve la oportunidad de escuchar los discursos pronunciados con ese plausible motivo. Particularmente me interesó el de usted”. Cuestionó su afirmación de que los alumnos que se graduaran en ese curso serían los primeros especialistas en esta materia en México, ya que desde 1925 la Fundación Rockefeller había dado becas a alrededor de 15 ingenieros, para que tomaran cursos de ingeniería sanitaria en los EUA; si la mayoría de ellos no laboraban en la SSA era porque, quizá “más prácticos o menos románticos que los médicos y otros profesionistas”, no habían aceptado los salarios que podía ofrecerles el gobierno.⁴⁷

Le aclaró también que no era cierto que ésa fuera la primera vez que se había pensado en organizar cursos de ingeniería sanitaria, pues desde 1942 ingenieros, médicos sanitarios y otros especialistas habían formulado programas para organizar en la Escuela de Salubridad e Higiene tales cursos —lo que en efecto había ocurrido—,⁴⁸ y si estos últimos no se habían concretado era por la falta de

Foto: AHSS



Toma de muestras de sangre en una clínica de enfermedades venéreas, 1951.

comprensión de quienes podían ayudar y por carecer de medios económicos; y añadió: “me da satisfacción que usted que cuenta con esos medios haya podido llevar a cabo esta necesidad”. Señaló que esos programas eran completos y comprendían la solución de problemas de saneamiento del medio ambiente, como las viviendas, la higiene de los alimentos y las industrias, que el nuevo programa había dejado de lado, y que debería incluir. Igualmente, consideró, el ingeniero debía ser, como el médico y la enfermera, antes que nada, un educador; por ello, los programas de estudio debían incluir contenidos de psicología y metodología de la educación sobre higiene.⁴⁷

Al parecer, Montanare había manifestado en su discurso poca estimación por los médicos y, particularmente, por los dedicados a la salubridad y la medicina preventiva, por lo que el doctor De la Garza Brito le dijo que los médicos sanitarios estaban convencidos de que el ingeniero de sanidad era un profesional primordial, particularmente en las zonas y comunidades insalubres; pero éste no podía ni debía laborar sólo en estas regiones. En México, como en cualquier parte del mundo, el equipo debía estar formado por: médico, ingeniero y enfermera sanitarios; “cada uno nada puede hacer sin el otro”. Y concluyó:

En fin, usted es aún joven, tiene poco tiempo en mi país, pero cuando conozca bien a México, cuando comprenda la filosofía del mexicano, cuando llegue a mi edad, en la que las pasiones no se emplean sino para defender una causa justa, posiblemente esté de acuerdo conmigo y acepte que esos tres profesionistas deben marchar juntos, cooperar el uno con el otro y así trabajar para conseguir el bienestar común.⁴⁷

La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública colaboró con la SSA en la realización de programas sanitarios y de convenios internacionales hasta el 30 de junio de 1954. El 1 de julio de ese año, fue reemplazada por la Dirección de Estudios Experimentales de Salud Pública, creada en ese momento. Con esa misma fecha se acordó que el director de este organismo fuera mexicano, y el nombramiento recayó en el doctor José Zozaya –quien había estudiado Farmacología en la Universidad de Harvard, y había sido director del Instituto de Higiene y responsable del Laboratorio de Medicina Experimental y Quimioterapia del ISET, y también director de este Instituto–. El estadounidense que hasta entonces había sido director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública y otros estadounidenses que habían trabajado con ella siguieron colaborando con la nueva Dirección, pero sólo en funciones consultivas. A partir de 1957 no hubo más injerencia de extranjeros en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁴⁹

Grado universitario para los diplomas de la Escuela

El periodo presidencial de Miguel Alemán Valdés transcurrió entre el 1 de diciembre de 1946 y el 30 de noviembre de 1952. Por esos años, el secretario de Salubridad y Asistencia fue el doctor Rafael Pascacio Gamboa; De la Garza Brito continuó al frente de la Escuela de Salubridad e Higiene, y dirigieron el ISET, de nuevo, Miguel E. Bustamante (1946-1947) y el bacteriólogo Gerardo Varela Mariscal (1948-1952).

En octubre de 1946, la SSA y la UNAM firmaron las bases para la afiliación de la Escuela de Salubridad e Higiene –dependiente de la primera– a la Escuela de Graduados –perteneciente a la segunda–, la cual había sido creada el 30 de agosto de ese año por el doctor Salvador Zubirán, entonces rector de la UNAM, con la aprobación del Consejo Universitario. Aunque ese hecho ocurrió a finales del gobierno de Ávila Camacho, se concretó a partir del siguiente sexenio; en febrero de 1947, la UNAM y la SSA ratificaron el convenio.⁵⁰ La Escuela de Graduados se formó con el objeto de coordinar la enseñanza de los estudios de posgrado en las diferentes facultades y escuelas de la UNAM, y homogeneizar los criterios en el otorgamiento de grados. Desde sus inicios se organizó en divisiones, según los estudios de que se tratara. La Escuela de Salubridad e Higiene constituyó una división especial de la Escuela de Graduados, designada con el nombre de División de Medicina Preventiva y de Higiene. Esto implicó que los programas de estudios de cada curso, así como el programa de investigación científica, fueran formulados por el Consejo Técnico de la Escuela de Salubridad, pero aprobados por el director de la Escuela de Graduados.⁵¹

Lo anterior concedió grado universitario a los diplomas que se otorgaban a los alumnos de la Escuela de Salubridad en los cursos regulares; el diploma de médico sanitario, que antes daba la Escuela, pasó a ser diploma de maestro en ciencia sanitaria,⁵² y ese año se dieron los primeros diplomas. Para obtenerlo, los alumnos debían cubrir los derechos de matrícula y de colegiatura que fijaba la UNAM; además, contar con ciertas horas de asistencia, aprobar sus materias y realizar los trabajos correspondientes; escribir una tesis que debía versar sobre algún tema de higiene, salubridad o medicina preventiva, elegido por los alumnos, o bien sobre alguna fase de las actividades asistenciales o de trabajo médico-social, y ser aprobados en el examen de grado. Tanto el Consejo Directivo y Consultivo de la Escuela de Salubridad e Higiene como el Consejo Técnico de la Escuela

Foto: AHSS



Adiestramiento de médicos, 1953.

de Graduados aprobaron los nuevos programas y planes de estudio de la Escuela. En su calidad de director de la Escuela de Graduados, José Zozaya era miembro del Consejo Consultivo de la Escuela de Salubridad e Higiene.¹¹

El programa de la maestría en ciencias sanitarias consistía de 1 290 horas en el aula, distribuidas en tres trimestres, que incluían las materias de: nutriología; bacteriología; fisiología aplicada a la higiene; inmunología; sociología y técnica del trabajo social; enfermedades infecciosas y parasitarias; administración médica y sanitaria; educación higiénica; epidemiología y bioestadística; saneamiento del medio ambiente; medicina preventiva; higiene materna e infantil; higiene bucal, y materias especiales optativas (venereología, tisiología, inmunología y micología, higiene mental y enfermedades de la nutrición). En el cuarto trimestre se daba el adiestramiento en el campo, con grupos de 4 a 10 alumnos que acudían a estaciones de adiestramiento, laboratorios y servicios especiales, 36 horas por semana, durante 12 semanas.⁵⁰

De acuerdo con el doctor José Zozaya, los cursos de medicina humana y medicina preventiva e higiene de la recién creada Escuela de Graduados se enfrentaron a la falta de recursos e instalaciones para llevar a cabo la enseñanza académica. Con el fin de facilitar el material, los técnicos y el espacio de trabajo, se firmaron varios convenios con instituciones oficiales, semioficiales y privadas, incluyendo uno con la Escuela de Salubridad e Higiene. Se buscaba que esta institución afiliada y sus profesores colaborasen en el proceso de elaboración de los programas de estudio, la selección de alumnos y la extensión de los diplomas, certificados y grados.⁵³

Entre las facilidades para la instrucción de sus alumnos, estaba presente la relación que tenía la Escuela de Salubridad e Higiene con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y el Instituto Nacional de Nutriología, donde los alumnos podrían dedicarse a la investigación puramente científica. Se consideraban, asimismo, los vínculos de la Escuela con el Instituto de Higiene, el Laboratorio Central, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Hospital del Niño, y otras dependencias regionales de la SSA, en las que los alumnos podrían aplicar los principios y métodos adquiridos en las aulas sobre administración sanitaria, epidemiología e higiene materna.³⁸ También, aquellos que mantenía con la Central de Higiene y los centros de higiene y estaciones de adiestramiento especializados, donde podrían estudiar asuntos relacionados con la medicina preventiva y la higiene.⁵⁰

En 1949, estas instituciones organizaron un curso sobre enfermedades tropicales para médicos, en colaboración con la Escuela de Graduados de la UNAM. El objetivo era ofrecer una revisión teórico-práctica de los conocimientos entonces recientes sobre etiología, epidemiología, clínica y prevención de las enfermedades que prevalecían en la zona tropical, dando especial atención a aquellas que existían en México. El curso incluyó

Foto: AHSS



Aplicación de insecticida,
campaña antipalúdica.
Cerro Azul, Ver., 1950.

lecciones teóricas en la Escuela de Salubridad e Higiene, además de trabajos clínicos y demostraciones, y prácticas en los laboratorios y en el campo. Primero, los estudiantes pasaron un tiempo en el Centro de Adiestramiento de Boca del Río, Veracruz, y luego en el de Huixtla, Chiapas, a donde se trasladaron para estudiar la zona oncocercótica, con el apoyo del jefe de la campaña contra la oncocercosis.

Es difícil imaginar lo que puede haber sido ese curso, donde los alumnos aprendieron de fisiología aplicada a la higiene con Efrén del Pozo; ecología, con Alfonso Angelini y Guillermo Román y Carrillo; dengue, con Pedro Daniel Martínez; fiebre amarilla, con Ángel de la Garza Brito y Manuel Martínez Báez; rabia, con Carlos Campillo; hepatitis, con Bernardo Sepúlveda; rickettsiasis, con Maximiliano Ruiz Castañeda; salmonelosis y shigelosis, con Gerardo Varela; cólera y tuberculosis en los trópicos, con Alberto P. León; peste, con Armando Treviño Villaseñor; lepra con Fernando Latapí y Manuel Martínez Báez; tularemia, con Carlos Ortiz Mariotte; pian, con Jaime Velarde Thomé; pinto, con Salvador González Herrejón; fiebre recurrente, con Luis Mazzoti; micosis, con Antonio González Ochoa; amibiasis, con Raoul Fournier y Manuel Martínez Escobedo; paludismo, con Galo Soberón y Parra; leishmaniasis y tripanosomiasis, con Enrique Beltrán; helmintiasis, con Manuel Martínez Escobedo; animales y plantas dañinos, con Luis Vargas y Maximino Martínez, entre otros temas y profesores.⁵⁴

Todas las instituciones se beneficiaban. Al hacer un balance del trabajo del ISET a mediados de la centuria, Manuel González Rivera reconoció que la labor del Instituto había sido posible gracias al trabajo de los investigadores científicos, al Departamento de Salubridad Pública primero y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia después, a la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública (por la ayuda económica prestada), así como a la colaboración con la Escuela de Salubridad e Higiene y la Escuela de Graduados de la UNAM.⁵⁵

Sin embargo, en agosto de 1950, el director De la Garza aseguró que la filiación de la Escuela de Salubridad a la de Graduados no traía ventaja alguna, y sí molestias y retardos, por lo que propuso renunciar al convenio.³⁹ Es posible que esto se haya hecho, pues unos años después volvió a reportarse que se había llegado a un acuerdo entre las autoridades de la Secretaría de Salubridad y las de la UNAM para obtener la afiliación, a esta última, de la Escuela de Salubridad e Higiene, y, por lo mismo, los diplomas que recibirían los estudiantes de la Escuela serían expedidos, de nueva cuenta, tanto por la Universidad como por la Secretaría.⁵⁶

La Escuela de Graduados se enfocó, igualmente, en el mejoramiento de la formación de enfermeras por medio de una preparación basada en las necesidades



Foto: AHSS

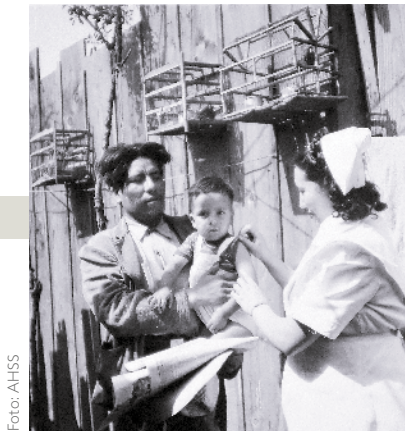


Foto: AHSS

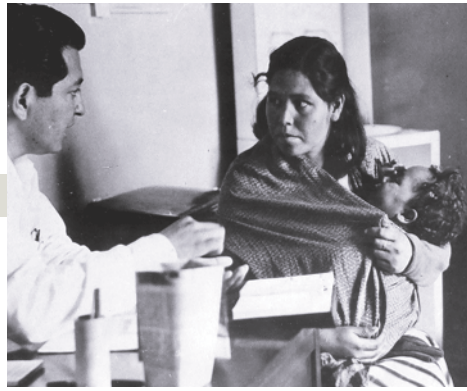
Trabajo de enfermeras fuera del Centro de Salud. Colonia Buenos Aires, ciudad de México, 1948.

de salud y socioeconómicas del país. En 1952, la UNAM organizó para ellas cursos universitarios de especialidad posgraduada, en colaboración con otras instituciones sanitarias o académicas. Con la intervención de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la Universidad buscaba elevar el nivel de las escuelas de enfermería de todo el país (que en esa época eran alrededor de medio centenar), muchas de las cuales tenían problemas de falta de presupuesto, ausencia de programas de estudio, deficiencias de organización y escasez de docentes. Ante esa situación, auspiciaron cursos con la Escuela de Graduados de la UNAM (enfermeras-instructoras) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, bajo el control del Hospital Infantil (enfermería pediátrica), el Manicomio General de La Castañeda (enfermería psiquiátrica) y la Escuela de Salubridad e Higiene (enfermería sanitaria). El objetivo de los cursos de enfermería sanitaria era preparar enfermeras tituladas para desempeñar puestos de supervisoras y jefas de enfermeras en los servicios sanitarios, los cuales habían sido establecidos entre 1941 y 1946. Por otra parte, siguieron organizando cursos, auspiciados por el Hospital Infantil de México y la Escuela de Salubridad e Higiene, con un diploma diferente que no era reconocido como académico porque la Escuela de Graduados de la UNAM era la única que otorgaba esa categoría.⁵⁷ En 1957, al abrirse las divisiones de estudios superiores en las facultades de la UNAM, la Escuela de Graduados dejó de existir.

El Instituto Nacional de Nutriología y la Escuela

El Instituto Nacional de Nutriología trabajó a partir de 1948 como una dependencia anexa del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, con el nombre de Departamento de Nutriología, y a causa de ello tuvo una estrecha relación con la Escuela de Salubridad e Higiene.⁵⁸ De hecho, algunos documentos mencionan que desde entonces hubo la propuesta de que ambos institutos formaran una sola entidad con la Escuela de Salubridad e Higiene,⁵⁰ y otros hablan de avances en ese sentido.⁵⁹ En ese momento, el director del ISET era Gerardo Varela.

De acuerdo con Joel Vargas Domínguez, el Instituto Nacional de Nutriología había sido creado por la SSA, e iniciado labores en 1943, bajo la dirección de Francisco de P. Miranda, y desde entonces había realizado investigaciones sobre la alimentación de la población mexicana. La institución había llegado a ser un centro de investigación de punta en el terreno de la alimentación, con planes para conocer y mejorar la alimentación popular, urbana, rural e indígena, desde la



Izquierda: pláticas sobre aprovechamiento de raciones y técnicas alimentarias.

Médico visitador del programa maternoinfantil, Tepoztlán, Morelos.

perspectiva de la nutrición social; y reunía a un amplio grupo de investigadores, quienes habían llevado a cabo proyectos nacionales e internacionales, y para quienes el “problema” de la mala alimentación se explicaba como resultado de la pobreza de la población y del bajo salario, y no sólo como fruto de deficiencias específicas de nutrientes.⁶⁰

Como el Instituto no tenía local, fue instalado inicialmente en el edificio de la Escuela de Salubridad e Higiene. Ahí se llevaban a cabo experimentos y prácticas, y se daba entrenamiento a dietistas. Desde el año de su fundación, el Instituto reportaba como “logros” los cursos sobre dietética y prácticas del cálculo de regímenes normales, ofrecidos a enfermeras sanitarias en la Escuela de Salubridad e Higiene, y esto ya aparece en las Memorias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943.⁶¹ La colaboración temprana entre ambas instituciones puede explicarse, también, porque el endocrinólogo De P. Miranda había sido profesor de la Escuela de Salubridad desde su inauguración y, hacia 1947, tenía la distinción de profesor honorario de las clases de nutriología de la institución.

Vargas Domínguez señala también que el Instituto Nacional de Nutriología empezó a funcionar bajo la Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica del Departamento de Salubridad Pública, y contaba con las secciones de Estudios Económicos y Dietarios, Estudios Antropométricos, Bromatología, Estudios Clínicos y Fisiológicos, Coordinación, y Acción Social y Divulgación. La Oficina Sanitaria Panamericana había considerado que el Instituto era el lugar ideal para el estudio de los alimentos mexicanos, y la Fundación Rockefeller y el gobierno de los EUA, interesados en conocer la alimentación de la población mexicana, lo habían financiado por intermedio de la Coordinación de Asuntos Interamericanos; pero esos fondos le fueron retirados en 1947.⁶²

Ya como dependencia del ISET, el Departamento de Nutriología fue dirigido por José Calvo de la Torre, y quedó organizado de la siguiente manera: a) Sección de Bromatología, a cargo del ingeniero René Cravioto Barrera, y constituida por laboratorio, catálogos y biología; b) Sección de Encuestas, a cargo del doctor José Calvo de la Torre, e integrada por médicos encuestadores, trabajadores sociales y laboratorio; c) Sección de Experimentación Biológica, a cargo del doctor Marco Aurelio Tapia, y constituida por un laboratorio de bioensayos y una cocina y un comedor experimentales, y e) Sección de Coordinación y Enseñanza, a cargo del doctor José Quintín Olascoaga, y que contaba con laboratorios, oficina y aulas.⁶³

La Sección de Bromatología analizaba –en colaboración con la Secretaría de Agricultura y Ganadería y la Oficina de Higiene de la Alimentación de la SSA– muestras de semillas y vegetales de diversas variedades y distintas procedencias para determinar sus propiedades y nutrientes, estudiar sus probabilidades de extenderse en el país y contribuir

Foto: AHSS



Laboratorio del Instituto
Nacional de Nutriología.
Ciudad de México, 1959.

a la formación del catálogo de alimentos mexicanos. Investigaba, asimismo, el valor nutritivo de alimentos mexicanos, cocinados, enlatados y deshidratados.

La Sección de Encuestas tenía la tarea de realizar formularios para conocer la situación de la alimentación en el país. Buscaba levantar encuestas de alimentación y encuestas de nutrición, con el objeto de contribuir a la geografía de la nutrición de la República mexicana, y formar tablas de las constantes antropométricas del individuo mexicano.

La Sección de Experimentación Biológica estaba encargada de investigar, tanto en animales como en humanos, los procesos metabólicos de los constituyentes de algunos alimentos populares mexicanos.

Finalmente, la Sección de Coordinación y Enseñanza tenía las funciones de coordinar las labores de alimentación en todas las dependencias gubernamentales, para lograr una política uniforme tendiente a su mejoría; cooperar con la Escuela de Salubridad e Higiene para organizar cursos de dietética y formar dietistas, nutriólogos y cocineros técnicos, indispensables para dirigir y realizar la alimentación en hospitales, internados y prisiones; organizar brigadas culturales que se pusieran en contacto directo con el pueblo, con el fin de estudiar sus problemas de alimentación y de nutrición; publicar las investigaciones realizadas por el Instituto, tanto las de orden técnico-académico como las de divulgación popular; reorganizar la Comisión Nacional de Alimentación, y relacionarse con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.^{58,63}

Por lo que tocaba a la Escuela de Salubridad e Higiene, los investigadores del Departamento de Nutriología participaban en los cursos que se daban, ya fuera orientando a los profesores de la Escuela, colaborando personalmente con ellos, o dando pláticas, conferencias o lecciones. En 1948, por ejemplo, organizó el curso de adiestramiento en dietética normal para empleados de la SSA, formuló el reglamento general para la carrera de dietista, y colaboró en el curso de administración de hospitales. Además, impartió cursos de cocina familiar.^{29,54}

Cuando la Escuela de Salubridad e Higiene, la Escuela de Graduados y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales impartieron un curso de enfermedades tropicales para médicos, Francisco de P. Miranda dio los contenidos de requerimientos nutritivos en los trópicos, hábitos alimenticios en las zonas tropicales, y las principales enfermedades tropicales y la nutrición; mientras que Salvador Zubirán, del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, dio los de pruebas de laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades de la nutrición más frecuentes en los trópicos, y Leonel Fierro del Río, los de estados carenciales en las zonas tropicales de México.⁵⁴



Foto: INAH

Niños tomando su desayuno en un patio. Lombardía, Michoacán, ca. 1940.

El doctor Quintín Olascoaga y sus colaboradores participaban en el curso de administración de hospitales, impartiendo contenidos sobre los servicios de nutrición hospitalaria y las técnicas para formular los presupuestos de alimentación.⁵⁸ Y en el curso de enfermería sanitaria se exponían diversas tablas sobre los elementos nutritivos recomendados por consejos de nutrición de otros países; pero también tablas con las calorías de los alimentos que consumían los mexicanos (carne, chile, antojitos, semillas secas, grasas, frutas, leche y derivados, dulces y varios, y cereales), de acuerdo con algunas encuestas; por ejemplo, una realizada en el Valle del Mezquital.⁴⁸ En general, las clases de nutriología que se impartían en los diversos cursos de la Escuela estaban orientadas a la salud y a lo social. Se estudiaban las bases fisiológicas para el conocimiento de las necesidades nutritivas del individuo sano, así como los factores que determinaban la disponibilidad y el consumo de alimentos en una colectividad.¹¹

El Departamento de Nutriología levantó una encuesta de consumo de alimentos en la región central del país (Michoacán, Jalisco, Guanajuato y Aguascalientes), según la ocupación del sostén económico de las familias; investigó sobre la proteína que mejor complementaba la del maíz, así como el porcentaje de calcio utilizable de la tortilla, los charales y la malva, ricos en esa sustancia. Pero tuvo problemas para pagar el material que sus investigaciones demandaban, y también para cubrir los sueldos de los investigadores.⁶⁴

Dice Vargas Domínguez que el Departamento de Nutriología recuperó la figura de Instituto en 1949.^{60,62} Sin embargo, puede deducirse que este último continuó su relación con el ISET y la Escuela por algún tiempo. En una carta de Cervera a Varela, el primero solicita al segundo contacto con el Instituto Nacional de Nutriología, “que depende actualmente de usted”, o sea del ISET.⁶⁵ En 1949, la Escuela dio diploma a los primeros egresados del curso de dietética normal, y a otros en 1950; al año siguiente ofreció el curso de especialización de nutriólogo, además de los de nutricionista, dietética normal y dietoterapéutica, y dietistas auxiliares, todos los cuales dejaron de impartirse en 1952 por un largo tiempo. Llama la atención que la de dietista haya surgido, al igual que la de enfermera, como una profesión de mujeres, pero que, a la cabeza de las secciones del Instituto-Departamento de Nutriología, haya habido sólo hombres.

El Instituto Nacional de Nutriología sobrevivió hasta 1956. Ese año, lo que quedaba de él se integró al Hospital de Enfermedades de la Nutrición, que era dirigido por Salvador Zubirán y el cual cambió de nombre para empezar a conocerse como Instituto Nacional de la Nutrición. El Hospital había colaborado con la Escuela de Administración de Hospitales y también con la Escuela de Salubridad e Higiene, y su sucesor, el Instituto, lo seguiría haciendo.⁶⁶

Recomendaciones internacionales y preocupaciones nacionales en los programas de la Escuela

El panamericanismo –que había sido promovido a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller y la Oficina del Coordinador de Asuntos Americanos–,³⁵ continuó después de la segunda guerra mundial y de la creación, en 1948, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Hubo, en ese momento, una oposición férrea de los estadounidenses a la desaparición de la Oficina Sanitaria Panamericana, y condicionaron la aceptación del nuevo organismo internacional a mantener aquélla como entidad coordinadora sanitaria de las Repúblicas Americanas, en nombre de la defensa de la independencia del continente.⁴¹

Para Manuel Martínez Báez –entonces jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del ISET y profesor de la Escuela de Salubridad e Higiene–, la cooperación internacional en salubridad había comenzado cuando los países y las comunidades compartieron sus preocupaciones y avances en cuestiones de salud y medicina. Esta colaboración internacional se había intensificado tras el reconocimiento de lo fundamental que era organizar una lucha en común para conservar y fomentar la salud y evitar las enfermedades. Sus exponentes mundiales habían sido la Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad y la Organización Mundial de la Salud.⁶⁷

La recién creada OMS y su oficina regional para las Américas colaboraron con la SSA en reuniones, programas y campañas: oncocercosis, viruela, paludismo y poliomielitis. A partir del 1 de marzo de 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana –de la que Miguel E. Bustamante era entonces secretario– comenzó a funcionar como Oficina Regional de la OMS en el hemisferio occidental, y planificó en México diferentes actividades, entre las que estaban ayudar en la elaboración de un plan para la profilaxis antivenérea en Tijuana y Agua Prieta; cooperar en el adiestramiento de agentes para la erradicación del *Aedes aegypti*; contribuir a la erradicación de la viruela dentro del programa que incluía a todo el continente americano; participar en las campañas contra la rabia, y enviar a la Escuela de Salubridad e Higiene a becarios a los que pagaba inscripción y colegiatura.⁶⁸

Cuadro 3.

Relación de algunos alumnos extranjeros en la Escuela de Salubridad e Higiene y en la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México, 1943-1955

Año	Número de alumnas (país, programa académico)	Número de alumnos (país, programa académico)
1943		1 (Cuba, médico sanitario) ¹
1944		1 (El Salvador, médico sanitario) ¹
1945		5 (Colombia, médico sanitario) ¹
1946		1 (España, médico sanitario), 1 (Cuba, médico sanitario), 6 (Colombia, médico sanitario), 1 (Rep. Dominicana, médico sanitario) ¹
1947		1 (Rep. Dominicana, maestría en ciencias sanitarias), 1 (Guatemala, maestría en ciencias sanitarias) ¹
1948	1 (sin especificar país, maestría en ciencias sanitarias)	1 (Perú, maestría en ciencias sanitarias) ¹
1949		1 (El Salvador, maestría en ciencias sanitarias) ²
1950		3 (Cuba, maestría en ciencias sanitarias) ³
1950		1 (Paraguay, sin especificar programa), 1 (El Salvador, sin especificar programa), 4 Colombia, sin especificar programa) ³
1951	2 (Cuba, sin especificar programa)	3 (Colombia, maestría en ciencias sanitarias), 1 (El Salvador, maestría en ciencias sanitarias) ⁴
1952		1 (Venezuela, maestría en ciencias sanitarias), 3 (Rep. Dominicana, maestría en ciencias sanitarias), 1 (El Salvador, maestría en ciencias sanitarias) ⁵
1953		4 (Colombia, maestría en ciencias sanitarias), 2 (Venezuela, maestría en ciencias sanitarias) ⁶
1954	1 (sin especificar país, enfermera sanitaria)	1 (Cuba, maestría en ciencias sanitarias), 1 (Rep. Dominicana, maestría en salud pública) ⁷
1955		2 (Venezuela, maestría en salud pública)
1956		1 (Perú, maestría en salud pública), 1 (Panamá, maestría en salud pública) y 1 (Nicaragua, maestría en salud pública). ⁸

* Aunque no se sabe con claridad si fueron inscritos, ya que la cita menciona "realizará como de ordinario el curso de maestro en salud pública, habiéndose recibido ya la solicitud de un médico de la República de Perú, uno de la República de Panamá y uno de Nicaragua".

Fuentes:

- ¹ Anuario de actividades de la Escuela de Salubridad e Higiene, durante el año académico 1947. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 13, exp. 2, 370 fs., 1946-1957.
- ² Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (afiliados a la Escuela de Graduados-División de Medicina Preventiva e Higiene-Universidad Nacional Autónoma de México). Anuario de las actividades que desarrollarán la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año académico de 1950. México, 1950.
- ³ Generalidades sobre cursos impartidos por la Escuela de Salubridad e Higiene. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, caja 30, exp. 1, 262 fs., 1948-1954.
- ⁴ Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de las actividades que desarrollarán la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año académico 1952. México, 1952.
- ⁵ Informe presidencial. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 46, exp. 5, 90 fs., 1953.
- ⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 2, exp. 11, 42 fs.
- ⁷ Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, caja 35, exp. 1, 540 fs., 1949-1955.
- ⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 6, exp. 6, 62 fs., 1945-1952.

Durante la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en 1950 en la República Dominicana, se acordó instaurar o fortalecer centros regionales de adiestramiento en salud pública en los países que reunieran los recursos materiales y humanos para sostenerlos de manera independiente, y México fue el principal de ellos en América Latina.⁶⁸ Otras escuelas de salud pública en Latinoamérica eran la de São Paulo, fundada en 1930, y las de Santiago y Buenos Aires, fundadas en 1944. Las de Brasil y Chile eran, también, reconocidas por la OMS y la OSP para la enseñanza sanitaria; pero ninguna de ellas tenía un programa tan intenso como el de la Escuela de México.⁶⁹ A partir de 1950, la OSP comenzó a enviar alumnos becados de otros países latinoamericanos a la Escuela de Salubridad e Higiene para que estudiaran la maestría en ciencia sanitaria, enfermería e ingeniería sanitaria, organización y administración de hospitales y trabajo médico social.⁶⁸ Esto dio continuidad al intercambio continental de estudiantes iniciado a comienzos de la década de los cuarenta (cuadro 3).

La Administración de Asistencia Técnica, rama de bienestar social de la Organización de las Naciones Unidas, también enviaba becarios de otros países a la Escuela.⁶⁹ Y, por acuerdo del Gobierno de la República y la Secretaría de Formación para el Servicio Social, la Dirección de la Escuela de Salubridad e Higiene de la SSA fue designada para hacer la selección de los candidatos a las becas que ofrecía a México la Organización de las Naciones Unidas.⁷⁰

La duración de los cursos para médicos, enfermeras, inspectores sanitarios y para otro personal había sido muy variable. Al principio había sido de unas cuantas semanas; después, de seis meses; más tarde, de diez; y este tiempo concedido a la enseñanza había continuado extendiéndose. El programa del curso regular de enfermería sanitaria incluía 880 horas de clase, distribuidas en tres trimestres, en los que se impartían las materias de historia de la enfermería; introducción a la enfermería sanitaria; higiene del individuo y de la comunidad; introducción a las ciencias sociales; elementos de estadística; elementos de farmacología y toxicología; psicología general; bacteriología general e inmunología; administración y enfermería sanitaria; elementos de epidemiología general y aplicada; enfermedades transmisibles; elementos de bacteriología clínica y sanitaria; elementos de parasitología médica; principios generales sobre la nutrición; psicología del niño y del adolescente; técnica de trabajo social; higiene de la madre y del niño; higiene escolar; medicina preventiva; dietología familiar; educación higiénica y técnica de supervisión, y enfermería sanitaria de las zonas tropicales. Cada uno de estos tres trimestres incluía un seminario. En el cuarto trimestre se daba el adiestramiento en el campo, por medio de prácticas en las que participaban grupos de 4 a 10 alumnas, en estaciones de adiestramiento, laboratorios y servicios especiales, durante 360 horas.⁵⁰

En 1948 egresaron los primeros alumnos del curso de organización y administración de hospitales, que incluía 890 horas de clase, distribuidas en tres trimestres, en los que se impartían contenidos de historia de la medicina y evolución del hospital, fundamentos de ciencia médica, ciencia sanitaria, contabilidad, bioestadística, ciencias sociales, introducción a la economía, psicología general y aplicada, elementos de derecho mercantil y administrativo, administración sanitaria y asistencial, y organización y administración de hospitales (principios generales, personal de los hospitales, servicios técnicos y servicios administrativos). Los tres trimestres incluían visitas a hospitales, y en el cuarto trimestre se daba el adiestramiento en hospitales y se impartían seminarios, acciones que incluían 400 horas adicionales de formación.⁵⁰

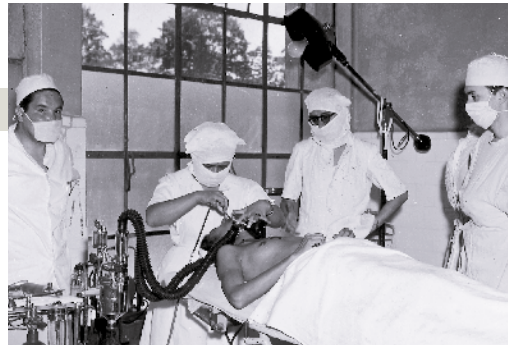
A finales de los años cuarenta y durante la década de los cincuenta, la Escuela de Salubridad e Higiene continuó adaptando los programas de los cursos que impartía a las indicaciones de la OSP, y en ese momento también de la OMS,⁴⁹

Foto: AHSS



Análisis de muestras de la campaña antivenérea, 1951.

Foto: AHSS



Sala de observación del Sanatorio-Hospital para Tuberculosis. Zoquipán, Jalisco, 1950.

así como de acuerdo con las normas fijadas en los distintos congresos y reuniones especiales sobre la materia. Sin embargo, los programas también estaban basados en las necesidades de los servicios y en las recomendaciones que emitían las Direcciones de las campañas de salud; hacían hincapié en paludismo, oncocercosis, parasitosis intestinales, micosis, y enfermedades profesionales y de la infancia.³ En 1949, por ejemplo, la Escuela coordinó sus actividades con el Centro de Adiestramiento sobre Lucha Antivenérea, para “formar una sola organización y mejorar y reforzar sus labores”. Ese año también se impartió un curso de profilaxis de la tuberculosis, ligado a la campaña nacional contra esa enfermedad, que buscaba unificar los procedimientos técnico-administrativos y docentes.⁵⁰

En 1950, entre las principales causas de mortalidad general en el país siguieron prevaleciendo las enfermedades infecciosas y contagiosas, aunque el paludismo pasó de tercera a quinta causa, como resultado de una lucha más sistemática contra la enfermedad, y el sarampión pasó del quinto al décimo lugar (cuadro 4).¹⁵ El 25 de enero de ese año fue promulgado un nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos,⁷¹ y se planteó otra reorganización de la Escuela de Salubridad e Higiene, para que –de acuerdo con lo estipulado en la Carta Magna– esa institución académica suministrara al personal técnico y subtécnico de la SSA las bases científicas sobre las que debía erigirse una administración sanitaria y de asistencia social eficiente. Ésta debía basarse en siete disciplinas fundamentales: administración sanitaria; bacteriología y parasitología; epidemiología; saneamiento del medio ambiente; nutriología; bioestadística, y fisiología aplicada a la higiene. Sus profesores habían sido formados en el extranjero o habían tenido a su cargo trabajos activos de salubridad, de higiene y asistencia social.⁷²

Cuadro 4.
Principales causas de mortalidad general en México, 1950

Posición	Causas de mortalidad general
1	Gastroenteritis y colitis
2	Gripe y neumonía
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia
4	Accidentes, envenenamientos y violencias
5	Paludismo
6	Tosferina
7	Cirrosis del hígado
8	Tuberculosis del aparato respiratorio
9	Bronquitis
10	Sarampión

Fuente: referencia 39.

Foto: AHSS



Instalación de cubículos para dos pacientes en el Sanatorio de Huipulco, Distrito Federal, 1954.

Además de la maestría en ciencias sanitarias, dirigida a los médicos; el curso de enfermería sanitaria, para enfermeras; el de organización y administración de hospitales, para graduados y bachilleres de ciencias sociales, y los cursos relacionados con la nutrición, antes mencionados, en este periodo de la Escuela se impartió el de trabajo social, médico y asistencial, para trabajadoras sociales y enfermeras, siguiendo la recomendación que algunos asistentes habían hecho en el Primer Congreso Nacional de Asistencia.²³

En el sexenio de Alemán Valdés, la Escuela ofreció también –con la colaboración de la OSP, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el Instituto Nacional de Nutriología, el Hospital del Niño y las direcciones de las campañas nacionales contra el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades venéreas–, cursos especiales de higiene materna e infantil, medicina industrial, estadística aplicada a la clínica, enfermedades tropicales, malariología y parasitosis intestinales, todos ellos para médicos; de prevención y tratamiento de enfermedades venéreas, y de tuberculosis, ambos para médicos y enfermeras; de laboratorio clínico-sanitario, para tecnólogos; de progresos recientes de la bacteriología intestinal, y de técnicas serológicas para el diagnóstico de enfermedades por virus, ambos para médicos y laboratoristas profesionales; de técnicas de diagnóstico de la rabia, para tecnólogos de laboratorio; de higiene mental, para médicos, enfermeras y trabajadoras sociales; de saneamiento del medio ambiente, para médicos, ingenieros e inspectores sanitarios, y de educación sobre higiene, para maestros normalistas.³⁹

Pero no todos los cursos se dieron a todo lo largo de los seis años. Por ejemplo, a inicios de 1949, la Dirección General de Servicios Coordinados de Higiene y Asistenciales en Estados y Territorios informó al director de la Escuela de Salubridad e Higiene que se suprimían los cursillos para enfermeras y oficiales, excepto en el Distrito Federal. Alegó que no podía comisionar a quienes llenaban los requisitos para tomar los cursos, en vista de que el poco personal con título del que disponían los diferentes servicios de esa Dirección ya había recibido los adiestramientos necesarios, y no eran pocos los casos en que incluso habían recibido varios. Ese año la Escuela dejó de dar los cursos para inspectores agentes sanitarios, que sostenía desde 1945, y en 1952 comenzó a impartir el de saneamiento del medio ambiente. Pero los cursos de enfermeras sanitarias siguieron impartándose de manera ininterrumpida.⁴⁸

No sólo eso. En 1952, se realizaron las Primeras Jornadas en Enfermería Sanitaria, con las que la Escuela de Salubridad e Higiene amplió su plan de educación profesional. Éstas tenían por objeto reunir a un grupo de supervisoras y jefas de enfermeras sanitarias, para que propusieran soluciones a los problemas del área. Se esperaba definir con precisión el papel que desempeñaba la enfermera sanitaria

Cartel de la campaña contra el paludismo, 1956-1957.



Foto: AHSS



Foto: INAH

Soldados con cubetas y fumigadores, 1957.

Foto: AHSS



Laboratorio Médico Sanitario del Centro de Salud y Estación de Adiestramiento de Tacuba, Distrito Federal, ca. 1954.

en la comunidad y en los diversos sectores de la población; sus relaciones con la comunidad en general, y el centro de higiene, el hospital, el médico, el dentista y la enfermera general, en particular; su papel en la epidemiología y en la lucha contra los padecimientos transmisibles, así como en la higiene mental, la nutrición de la población, particularmente de la madre y del niño, y la educación sobre higiene. A partir de lo anterior, se esperaba mejorar los planes, programas y temarios de instrucción de la Escuela de Salubridad e Higiene y de otras instituciones docentes. De acuerdo con su director, acudían a sus aulas no sólo las enfermeras mexicanas, sino de todo el continente, y en esa época enfermeras estadounidenses seguían el curso de enfermera sanitaria de la Escuela.⁷³

En la Escuela había laboratorios de bioquímica y nutriología, dietología, bacteriología, parasitología, epidemiología y bioestadística, para que el aprendizaje del alumno fuera lo más objetivo posible. Los centros de higiene y las llamadas estaciones de adiestramiento siguieron sirviendo a los alumnos para hacer la aplicación práctica de los principios y métodos aprendidos en las aulas, y muchas instituciones oficiales les ofrecieron facilidades para que adquirieran conocimientos sobre las ramas de la medicina preventiva, la higiene, la salubridad y la asistencia social, por las que más vocación sentían.¹¹

Los profesores e instructores de cada asignatura desarrollaban labores de seminario en las que los alumnos expresaban sus opiniones y puntos de vista acerca de los temas tratados en las conferencias, pláticas, ejercicios, experimentos, clínicas y visitas. Especial atención se daba a la instrucción sobre padecimientos transmisibles y otros evitables, haciendo que los alumnos, médicos y enfermeras estudiaran a los pacientes desde el punto de vista clínico, epidemiológico y social, considerándolos como miembros de una familia y una comunidad, y no solamente como ejemplares patológicos.⁵⁰

Los médicos y enfermeras que asistían como alumnos a la Escuela tenían oportunidad de estudiar acerca de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y otras disciplinas; así como de dedicarse a estudios especiales en asuntos relacionados con la medicina preventiva o la investigación puramente científica, ya fuera en alguno de los laboratorios, en la Clínica del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, o en los centros de higiene y estaciones de adiestramiento especializados.¹¹ En 1947, los había en Tacuba, D.F.; Xochimilco, D.F.; Coatepec, Veracruz; Boca del Río, Veracruz; Guadalajara, Jalisco; Celaya, Guanajuato; Monterrey, Nuevo León, y Cuernavaca, Morelos.³⁹

Foto: AHSS



Adiestramiento de enfermeras, Unidad Xochimilco, SSA, 1947.

Tenían opciones adicionales: unos solicitaban hacer el entrenamiento práctico en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, con el doctor Salvador Zubirán; otros estaban interesados en realizarlo en epidemiología, con alguno de los especialistas de la Dirección General de Epidemiología; y en la época de las primeras epidemias de poliomielitis, a inicios de los años cincuenta, un grupo de estudiantes de enfermería de la Escuela de Salubridad e Higiene solicitaron asistir al Hospital del Niño, para recibir instrucción sobre fisioterapia y otras modalidades de la terapéutica de la entonces llamada parálisis infantil epidémica.⁴⁶

Por su parte, la Escuela apoyaba a dependencias de la SSA u otras instituciones: elaborando el programa de un curso sobre epidemiología y administración sanitaria para pasantes de medicina que iban a realizar su servicio social en diversas regiones del país; impartiendo cursos de higiene y asistencia maternoinfantiles a jefes de centros de higiene infantil en poblaciones de la frontera;⁴⁶ de desratización y desparasitación a oficiales sanitarios; de lucha antituberculosa o antivenérea en dispensarios a enfermeras, trabajadoras sociales o médicos, y de adiestramiento en odontología sanitaria a dentistas de clínicas de higiene dental. Los alumnos que obtenían altas calificaciones eran candidatos para ingresar en la Escuela de Salubridad e Higiene.⁴⁸

Ese centro de enseñanza contaba con escuelas de capacitación de enfermeras en el Hospital Juárez y en el Hospital Nicolás Bravo para Enfermos Crónicos de Tepexpan, Estado de México.⁷⁴ Sostenía también una Academia de Capacitación Administrativa –dependiente de la Subdirección de Higiene del Distrito Federal y extensión de la Escuela–, donde se daban cursillos de adiestramiento práctico a enfermeras e inspectores sanitarios no graduados, a auxiliares de enfermería, a trabajadoras sociales no tituladas, así como a taquimecanógrafas, oficinistas y ayudantes de contador; a estos alumnos se les otorgaba únicamente certificado de asistencia. También se impartían ciclos de conferencias sobre los progresos de la higiene y de la medicina preventiva.³⁹

En el sexenio de Alemán Valdés, egresaron de los cursos formales de la Escuela de Salubridad e Higiene 1 129 alumnos, de los que 576 eran mujeres. Entre ellos, habían obtenido la maestría en ciencias sanitarias 100 alumnos, de los que 3 eran mujeres.² (cuadro 5).

Los investigadores científicos del ISET y los médicos de la Sección Clínica participaban en los cursos que se daban en la Escuela. Durante las décadas de los cuarenta y los cincuenta, la plantilla de profesores de la Escuela estuvo integrada por los mejores profesionales en sus diferentes áreas. Ángel de la Garza Brito, quien había sido nombrado director de la Escuela en 1938, ocupó este puesto hasta 1952.

Cuadro 5.
Número de egresados de la Escuela de Salubridad e Higiene, por curso, año y sexo.
México 1947-1952

Cursos	Número de egresados, por año y sexo					
	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Maestría en ciencias sanitarias	21 h	30 (29 h; 1 m)	9 h	14 h	15 (13 h; 2 m)	11 h
Higiene y asistencia maternoinfantil	12 h	-	-	-	-	-
Enfermería sanitaria	56 m	33 m	21 (1 h; 20 m)	-	18 m	17 (1 h; 16 m)
Bioestadística	2 m	-	1 m	-	-	-
Inspectores agentes sanitarios	18 h	20 h	-	-	-	-
Organización y administración de hospitales	-	9 (8 h; 1 m)	4 (2h; 2 m)	-	1 h	-
Trabajo médico social para enfermeras trabajadoras sociales	-	28 m	-	-	-	-
Ayudante de laboratorio de análisis clínicos	-	10 (9 h; 1 m)	-	-	-	-
Adiestramiento en el control de las enfermedades venéreas para oficiales médicos sanitarios	-	-	7 (4 h; 3 m)	-	-	-
Adiestramiento en el control de las enfermedades venéreas	-	-	12 h	-	-	-
Práctico sobre enfermedades tropicales	-	-	11 (8 h; 3 m)	-	-	-
Profilaxis de tuberculosis	-	-	18 h	-	-	-
Cancerología ginecológica	-	-	27 (24 h; 3 m)	-	-	-
Dietética normal	-	-	14 (2 h; 12 m)	28 m	-	-
Trabajo social especializado en campaña antivenérea	-	-	37 m	-	-	-
Adiestramiento de laboratorio clínico y sanitario	-	-	8 (5 h; 3 m)	-	-	-
Trabajo médico social	-	-	17 m	-	-	-
Tisiología y neumología	-	-	-	33 (31 h; 2 m)	-	-
Prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas para médicos	-	-	-	135 (89 h; 46 m)	-	-
Regular de enfermería sanitaria	-	-	-	8 m	-	-
Laboratorio clínico	-	-	-	9 (4 h; 5 m)	-	-
Diagnóstico de rabia	-	-	-	32 (23 h; 9 m)	-	-
Trabajo social médico y asistencial	-	-	-	12 m	12 m	7 h
Capacitación en trabajo social	-	-	-	28 m	-	-
Capacitación en trabajo social especializado en campañas antivenéreas	-	-	-	8 m	-	-
Especialización de nutriólogo	-	-	-	-	2 m	-
Nutricionista	-	-	-	-	38 (2 h; 36 m)	-
Dietética normal y dietoterapéutica	-	-	-	-	8 m	-
Capacitación de enfermería	-	-	-	-	14 m	-
Prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas	-	-	-	-	195 (132 h; 63 m)	-
Control de enfermedades venéreas para parteras tituladas	-	-	-	-	24 m	-
Dietistas auxiliares	-	-	-	-	10 m	-
Estadística elemental	-	-	-	-	13 (11 h; 2 m)	-
Saneamiento del medio ambiente	-	-	-	-	-	12 h
Total	109	130	186	307	350	47

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 2.

Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales

En el siguiente periodo presidencial, el de Adolfo Ruiz Cortines, quien gobernó del 1 de diciembre de 1952 al 30 de noviembre de 1958, el secretario de Salubridad y Asistencia fue el doctor Ignacio Morones Prieto. Desde el primero de enero de 1953, acatando una disposición expresa de la Superioridad, el Instituto y la Escuela fueron considerados una sola institución denominada Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, con dirección y administración única. Esta medida dio mucha fuerza a la institución, que fungió oficialmente, a partir de ese momento, como consultor técnico de la SSA y como órgano directivo de la Secretaría en materia de educación, adiestramiento e investigación en salud pública.⁷⁵ El secretario de Salubridad nombró al doctor Manuel Martínez Báez director de la institución.

Martínez Báez obtuvo el título de médico cirujano en 1916, y ese año fue designado jefe de la Sección Sanitaria de la Brigada “Alfredo Elizondo” del Ejército Revolucionario y fundador del Hospital Militar en Morelia. En 1920 ya era catedrático de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, y cinco años más tarde, rector de la institución. De 1933 a 1934 estuvo comisionado por el Departamento de Salubridad Pública para realizar estudios de Parasitología y Enfermedades Tropicales, en el Instituto de Parasitología de la Universidad de París y en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo. También fue becario de la Fundación Rockefeller en la Escuela de Malariología en Navalmoral de la Mata, en Extremadura, España. A su regreso a México, fue nombrado profesor de parasitología médica en la Escuela de Medicina de la UNAM y jefe de la Oficina de Intercambio en el Departamento de Salubridad Pública. Ese mismo año se integró al Comité Organizador del ISET. En 1938 fue director de Salubridad del Distrito Federal. Luego se desempeñó como director del ISET, cargo que ocupó hasta 1941. Entre 1940 y 1941 fue director general de Epidemiología del Departamento de Salubridad Pública, y en 1943, Oficial Mayor. Al año siguiente, ocupó por primera vez el cargo de subsecretario de Salubridad y Asistencia. Fue embajador de México en la representación permanente del país ante la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y participó en la Conferencia Preparatoria de la OMS; en 1948 renunció a ese puesto, y reingresó como investigador del ISET. Presidió la Sociedad Mexicana de Higiene. Recibió numerosos reconocimientos: en dos ocasiones la condecoración Eduardo Liceaga; la Medalla Generalísimo Morelos, del estado de Michoacán; la condecoración de la Orden Finlay, del gobierno de Cuba, y la condecoración de Comendador de la Orden de Salud Pública, de Francia.⁷⁶

Foto: A.H.S.S.

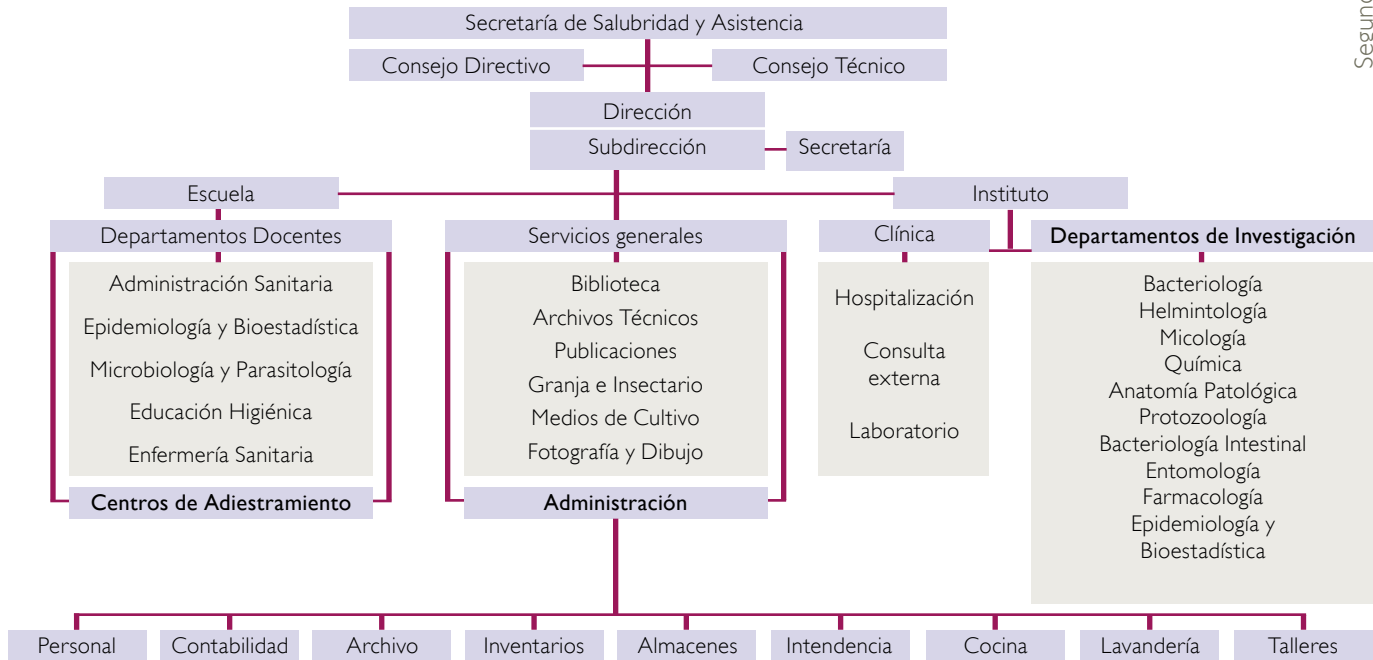


Dedetización de viviendas y de zonas pantanosas. Campaña contra el paludismo, cuenca del río Papaloapan, 1950.

La intención de unir la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales no era nueva pues, desde 1948, se había presentado un proyecto de fusión de los servicios administrativos de ambas instituciones. La justificación para ello era que la Escuela y el Instituto estaban instalados en el mismo edificio y tenían duplicados varios de sus servicios –tales como biblioteca o administración–; y lo más importante: aunque la primera estaba básicamente destinada a la enseñanza y a la educación del personal, y el segundo, a la investigación, en ambos se llevaban a cabo labores de una y otra índole, ya que no era posible separar esas dos actividades. Una razón adicional era que en instituciones similares de otros lugares del mundo, la enseñanza y la investigación de la salud pública se hallaban unidas y relacionadas; y que en México, en múltiples ocasiones, se habían perdido la cooperación y la ayuda de organismos nacionales y extranjeros por la falta de unificación de esas dos instituciones.^{11,77}

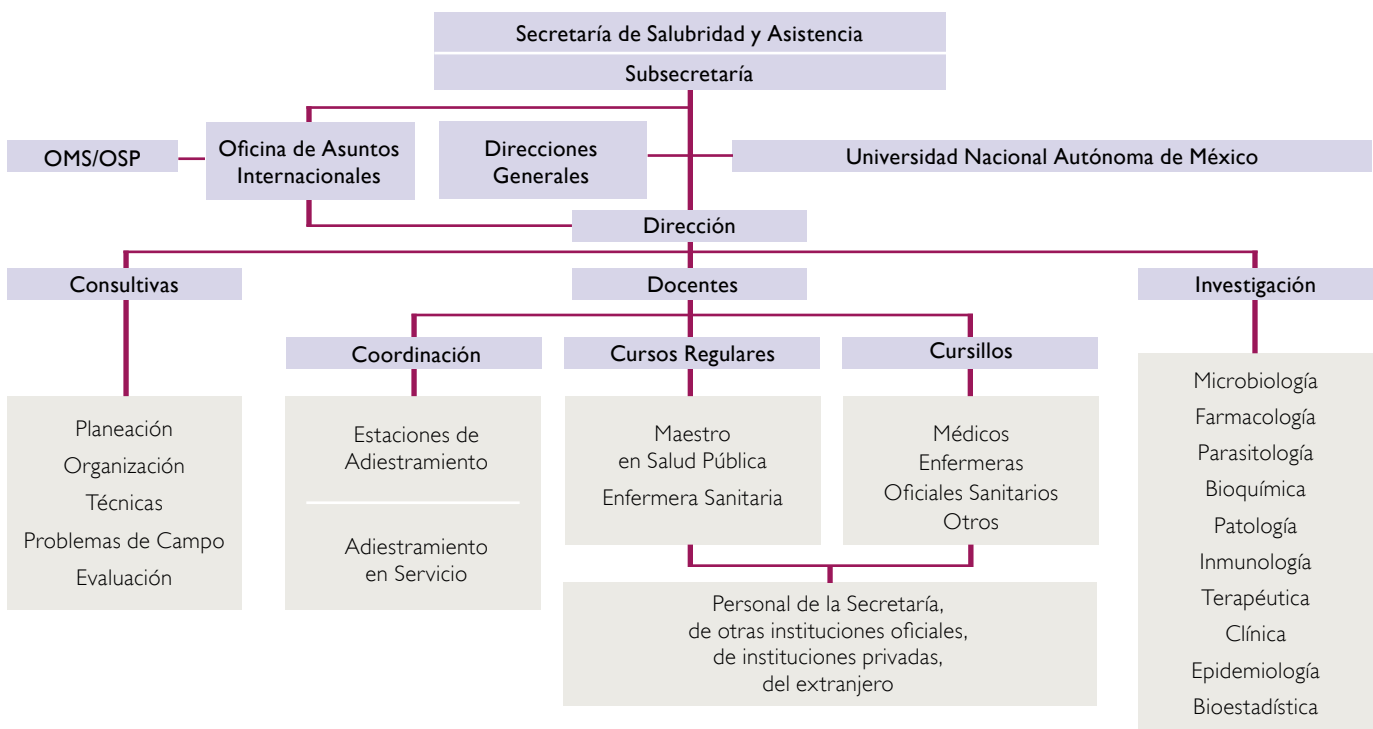
Aunque la fusión formal se dio en 1953, se trató de un proceso. La institución logró tener en este tiempo presupuesto propio y autonomía en sus programas docentes, y quedó formada por cuatro sectores. El primero, el docente propiamente dicho, integrado por cuatro departamentos: Administración Sanitaria; Microbiología; Bioestadística y Epidemiología, y Enfermería Sanitaria, que estaban al cuidado de ocho profesores asociados, retribuidos con los mejores salarios establecidos en México, muchos de los cuales enseñaban acerca de los programas que tenían a su cargo en la SSA. El segundo sector lo constituía el Instituto de Investigación, que disponía de nueve departamentos: Anatomía Patológica; Bacteriología; Protozoología; Helminología; Ecología; Entomología; Química Biológica; Farmacología y Fisiología, y Terapéutica Experimental y Virus, cada uno a cargo de un investigador de tiempo completo. El tercer sector era el Clínico, que contaba con servicio de consulta externa y 40 camas de hospitalización, y estaba dedicado exclusivamente a enfermos atacados de padecimientos que ofrecían interés para la investigación o para la enseñanza (los que no cumplían ese requisito eran enviados a otras instituciones de salud). El cuarto sector lo formaban el Centro de Salud de Boca del Río, Veracruz, planeado y organizado especialmente para la enseñanza y la investigación de campo, y todos los centros de salud, hospitales e instituciones dependientes de la SSA que habían sido seleccionados por el Consejo de la Escuela para la instrucción de los alumnos (figuras 1 y 2).⁴⁹

Figura 1. Organización de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México, 1956



Fuente: referencia 76.

Figura 2. Funciones de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México, 1956



OMS: Organización Mundial de la Salud; OSP: Oficina Sanitaria Panamericana
Fuente: referencia 76

Foto: FCBV



Colecta de larvas de anofelinos, s/f.

La fusión de las actividades docentes y de investigación científica en una sola institución tenía el propósito de incrementar los recursos científicos y técnicos que se empleaban en pro de la salud colectiva, lograr una mayor eficacia en la preparación de todo el personal que había de trabajar en labores relacionadas con la salud pública y la investigación científica en ese campo, así como establecer relaciones eficaces con las demás dependencias de la SSA, las cuales estaban interesadas tanto en la labor docente como en la de investigación que realizaban Escuela e Instituto.

De acuerdo con el Reglamento de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, todo el personal docente y de investigación estaba obligado a participar, dentro del horario de sus labores, en el estudio de los problemas de salud pública que les planteara la SSA; mientras que todas las instituciones dependientes de esa Secretaría debían prestar su colaboración en el desarrollo de los programas docentes y de investigación de la Escuela e Instituto. Por ejemplo, durante el gobierno de Ruiz Cortines, se expidió un reglamento de profilaxis de la lepra, que estableció que la Oficina Técnica Central del Servicio, encargada de coordinar los centros de salud, sanatorios y preventorios, debía mantener una estrecha relación con la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.⁷⁸

Investigación para combatir los problemas colectivos de salud

Como primer instituto mexicano dedicado a la investigación en salud pública, el propósito del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales fue siempre abordar los problemas sanitarios mediante la práctica científica.⁷⁹ A pesar de su nombre, sus investigaciones no se ocupaban exclusivamente de los llamados padecimientos tropicales, sino que se extendían a muchos otros problemas de salud colectiva que tenían importancia social.

Los científicos del ISET investigaron y publicaron sobre accidentes, amibiasis intestinal, balantidiasis, brucelosis, cáncer cutáneo, cisticercosis, coccidiosis, dengue, difteria, enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana, escorpionismo, leptospirosis, listeriosis, fiebre de malta, fiebre tifoidea, filariasis, helmintiasis intestinales, hepatitis infecciosa, homicidio, leishmaniasis, mal del pinto, micosis, nematodiasis, oncocercosis, parasitosis intestinales, poliomielitis, salmonelosis, shigelosis, tétanos, tifo clásico y murino, tosferina, toxoplasmosis y triquinosis.^{9,55}

Foto: AHSS (Dr. Cliserio García I.)



Foto: AHSS (McKenna)

Muestras de cultivos de *Notonectidae glauca*, en descanso y alimentándose. Culiacán, Sinaloa.Muestra de Chalaco, *Dominator latrifrons*. Pez seleccionado por su voracidad para consumir larvas de mosquito en pequeños contenedores. Mazatlán, Sin., 1922

Desde su creación en 1921, y durante casi dos décadas, además de producir sueros y vacunas, el Instituto de Higiene había llevado a cabo investigación básica. Cuando el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales fue establecido, el Instituto de Higiene siguió produciendo biológicos, e incluso amplió sus laboratorios para satisfacer la demanda creciente de esos productos, pero sus trabajos de investigación cesaron, pues esas labores se le encargaron al ISET.⁸⁰ Fueron varias las vacunas con las que los investigadores del Instituto experimentaron.^{9,55}

En sus estudios de epidemiología de las enfermedades tropicales, los directores de los laboratorios del ISET y sus colaboradores realizaban una amplia exploración en toda la República mexicana, incluyendo las regiones apartadas. Así descubrieron padecimientos que habían pasado inadvertidos en el país, como la histoplasmosis y la fiebre manchada americana. Investigaron sobre brotes epidémicos y focos endémicos y contribuyeron a su combate. Elaboraron cartas geográficas que mostraban la distribución de las enfermedades y sus vectores en la República. A partir de estos estudios, los servicios sanitarios coordinados de los estados y la Dirección General de Epidemiología y Endemiología pudieron intensificar sus actividades en las zonas afectadas.⁵⁶

Al ISET se le consideró un espacio abierto, ya que permitió la participación de diversas instituciones mexicanas, como la Academia Nacional de Medicina o la UNAM y el IPN, y de muchos científicos extranjeros, además de haber sido un modelo por la calidad de sus estudios regionales.⁸¹ Sus investigadores realizaron contribuciones originales en el campo de las enfermedades transmisibles, que recibieron reconocimiento internacional. Como señalan Frenk, Urrusti y Rodríguez Romo, se trató de “una generación excepcional”.⁸²

Estos investigadores, jefes de los laboratorios, tomaban parte activa en las labores de la Escuela, bien fuera dirigiendo demostraciones prácticas, bien preparando material para la enseñanza o dando clases sobre temas selectos. Por otro lado, la cercanía de Escuela e Instituto favoreció que desde 1939 se prestara en aquella más atención a la investigación, ya que el ISET estaba interesado en desarrollar un programa de adiestramiento a médicos jóvenes, y ofrecía a los alumnos la oportunidad de estudiar e indagar en sus laboratorios acerca de enfermedades infecciosas y parasitarias. En sus instalaciones, además, los estudiantes o futuros especialistas podían cumplir con el servicio social o preparar su tesis profesional bajo la dirección y con la ayuda del personal del Instituto, y se daban cursos piloto a pasantes de medicina.⁵⁶



Foto: AHSS

Criaderos experimentales de peces. Mazatlán, Sinaloa, 1922.

Educación al servicio de la salud pública

Para el doctor Pedro Daniel Martínez –pediatra, sanitarista y entonces subdirector de la Escuela de Salubridad e Higiene–, con la fusión de la Escuela y el ISET se buscaba fomentar la reflexión y la actitud de los alumnos a partir del conocimiento de los problemas sanitarios, económicos, políticos y culturales de México; inspirar su inclinación a la investigación científica por medio del programa del Instituto; favorecer entre ellos el estudio y la práctica de la medicina preventiva, e integrar las actividades de la Escuela a los programas de la SSA, y los programas de salud pública a los demás programas de gobierno.⁸³

Todavía en 1953 la institución impartió la maestría en ciencias sanitarias pero, a partir del año siguiente, se le llamó maestría en salud pública, y se dio de forma ininterrumpida. Estaba dirigida a médicos cirujanos, médicos veterinarios, cirujanos dentistas e ingenieros que aspiraban al grado de maestro en salubridad. Incluía materias básicas, pero tenía adaptabilidad para fomentar la especialización en administración sanitaria, epidemiología, higiene maternoinfantil, educación higiénica e higiene del trabajo. Ofrecía, además, facilidades para orientar a los alumnos que lo desearan en los principios y los métodos de la investigación científica en salud pública a través de los departamentos del Instituto.

Otro curso fundamental fue el de enfermería sanitaria –también impartido ininterrumpidamente–, que certificaba a enfermeras y parteras legalmente tituladas. Buscaba capacitarlas para realizar el adiestramiento del personal profesional y auxiliar de enfermería de salud pública, así como inspirarles el estudio especializado de alguna de las disciplinas que formaban parte de su campo profesional. El curso formaba dos tipos de enfermeras: las instructoras y las administradoras.

Tanto la maestría en salud pública como el curso de enfermería sanitaria tenían por meta crear líderes que fueran los responsables del mejoramiento de la salud pública en México.² Duraban un año escolar, y se realizaban con la participación activa de los alumnos en el laboratorio, el campo, el aula y la biblioteca. A diferencia de lo que ocurría en años anteriores, cuando hasta las salas de descanso para médicos y enfermeras estaban separadas, los planes de enseñanza de la maestría en salud pública y el curso de enfermería sanitaria compartían materias básicas de administración sanitaria, antropología social, educación higiénica y psicología, con la intención de fomentar la colaboración entre estos profesionales de la salud.

Foto: AHSS



Instrucción de enfermeras en un Centro de Salud. Ciudad de México, ca. 1954.

En 1955, volvió a llegarse a un acuerdo entre las autoridades de la SSA y las de la UNAM para obtener la afiliación de la Escuela a esta última; tal afiliación tuvo vigencia a partir del año siguiente, y, por lo mismo, los diplomas que recibieron los médicos y enfermeras graduados volvieron a ser expedidos tanto por la Universidad como por la Secretaría.⁴⁹ Se buscaba prestigiar el estudio y la práctica de la medicina preventiva entre los estudiantes y profesionales de la medicina, y pareció haberse logrado, pues las autoridades reportaron que, si en años anteriores la asistencia a los cursos era escasa, en esa época se veían en la necesidad de rechazar solicitudes de ingreso.

La Escuela siguió extendiendo su acción a profesionales de otros países latinoamericanos, especialmente de Centroamérica, norte de Sudamérica y el Caribe. Por mediación de la Oficina de Asuntos Internacionales de la SSA, la institución celebró un nuevo convenio con la OSP para recibir alumnos de varios países hispanoamericanos en los cursos regulares de maestría en salud pública y enfermería sanitaria. Obtuvo, a cambio, ayuda tanto en implementos educativos como en visitas de profesores de otras escuelas de salud pública de América Latina, que enseñaban temporalmente en la de México. Una forma adicional de ayuda que recibió la institución fue una bolsa de viaje, para que algunos de los profesores mexicanos visitaran las escuelas y las instituciones sanitarias de los países que solían enviar alumnos a la Escuela.⁴⁹

Además de los cursos regulares, en que los diplomas de los alumnos eran también expedidos por la UNAM, en este periodo la Escuela impartió, como lo había hecho siempre, cursos eventuales. El subsecretario de Salubridad y Asistencia, el director de Salubridad en el Distrito Federal, el director de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos y el jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales e Intersecretariales formaban parte del Consejo Directivo de la Escuela, y la institución colaboraba con todos ellos en labores de preparación técnica de personal.

El gobierno de Ruiz Cortines volvió a establecer la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil –de la que dependían establecimientos de asistencia social, tales como la Maternidad, la Casa de Cuna y los albergues temporales para hijos de enfermos de tuberculosis, entre otros–, y a fin de habilitarla con el personal técnico indispensable para comenzar esa nueva etapa, la Escuela organizó cursos relacionados con la educación higiénica.

También en colaboración con la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil organizó el curso de orientación en salud pública para médicos pediatras, cuyo objetivo inmediato era capacitar a miembros de su personal para ser designados supervisores de zona, dentro del Programa del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México. Igualmente para médicos pediatras fueron los

Cuadro 6.

Número de egresados de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, por curso, año y sexo. México, 1953-1958

Cursos	Número de egresados, por año y sexo					
	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Maestría en ciencias sanitarias	19 (16 h; 3 m)	-	-	-	-	-
Enfermería sanitaria	21 m	17 m	16 m	16 m	14 (1 h; 13 m)	13 m
Trabajo social médico y asistencial	15 m	-	-	-	-	-
Saneamiento del ambiente	7 h	-	-	-	-	-
Maestría en salud pública	-	29 (28 h; 1 m)	18 h	12 (11 h; 1 m)	42 (40 h; 2 m)	22 (20 h; 2 m)
Orientación en salud pública para médicos pediatras	-	6 h	-	-	-	-
Orientación en salud pública para trabajadores sociales	-	12 m	-	-	-	-
Higiene industrial	-	1 m	-	-	-	-
Seminario de educación e higiene	-	-	5 h	-	-	-
Estadística aplicada a la salud pública	-	-	12 (9 h; 3 m)	12 (8 h; 4 m)	-	-
Organización y administración de hospitales	-	-	-	14 h	-	-
Laboratorista de salud pública	-	-	-	13 (6 h; 7 m)	10 (6 h; 4 m)	5 (2 h; 3 m)
Auxiliares de educación higiénica	-	-	-	11 h	-	-
Estadística	-	-	-	-	8 (3 h; 5 m)	7 (6 h; 1 m)
Orientación en salud pública para enfermeras	-	-	-	-	15 m	-
Jefe de sección administrativa	-	-	-	-	-	4 (3 h; 1 m)
Técnico de saneamiento	-	-	-	-	-	13 h
Orientación en salud pública para auxiliares de enfermería	-	-	-	-	-	10 m
Total	62	65	51	78	89	74

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 2.

cursos de revisión pediátrica y de higiene infantil, impartidos por esa Dirección, en colaboración con la Sociedad Mexicana de Pediatría, y bajo los auspicios de la Escuela de Salubridad e Higiene.

Hubo cursos de organización y administración de hospitales rurales, en acuerdo con la Coordinación del Programa de Bienestar Social Rural, establecida en 1953; así como cursos de trabajo social médico y asistencial, y de orientación en salud pública para trabajadores sociales, para enfermeras y para auxiliares de enfermería, organizados con la Dirección de Servicios Rurales Cooperativos.

También se dieron los cursos para jefe de sección administrativa y para laboratorista de salud pública; de saneamiento del ambiente y de higiene industrial. Los cursos para prácticos en saneamiento buscaban preparar técnicos, tanto médicos como enfermeras, para que la SSA contara con personal preparado para sus distintos servicios. El curso de estadística aplicada a la salud pública comenzó a impartirse de acuerdo con una resolución de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.^{11,49,75,84,85} La Escuela recibía el apoyo de la Dirección de Estudios Experimentales de Salubridad Pública de la SSA, y de la Oficina Sanitaria Panamericana para sus programas académicos.⁴⁹ En el sexenio, egresaron de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales 419 alumnos, de los que 186 eran mujeres, mientras que de la maestría en salud pública egresaron 123 alumnos, de los cuales seis eran mujeres (cuadro 6).²

En este periodo, todos los encargados de materias básicas eran profesores de planta, y había la intención de que se dedicaran exclusivamente a actividades docentes y de investigación. Se promovía que participaran en la enseñanza de las disciplinas científicas de la salud pública en otras escuelas de medicina, enfermería, ingeniería sanitaria, antropología, normales, y otras de interés para la salud humana, y realizaban visitas de estudio a otros países: Puerto Rico, Venezuela, Chile, Brasil y Estados Unidos de América, entre otros. Pedro Daniel Martínez, subdirector de la institución, hizo un viaje a la URSS bajo los auspicios de la OMS, con el objeto de conocer los sistemas de trabajo que se seguían allá en materia de salubridad.

Además, aumentó grandemente el número de profesores asociados; en general, la Escuela logró contar con la colaboración de los más capacitados, no sólo respecto de los médicos, enfermeras o ingenieros que trabajaban directamente en relación con actividades sanitarias, sino también por lo que tocaba a intelectuales destacados en el campo de la sociología, la economía, la antropología o la ciencia de la educación.⁴⁹

La Escuela estaba interesada en mantener una relación con los exalumnos, tanto para ofrecerles asesoramiento técnico en el desarrollo de sus actividades, si lo necesitaban, como porque ellos aconsejaban sobre los cambios óptimos en beneficio de la institución y los programas de la SSA.⁸³

Enseñanza y participación comunitaria

aunque era el director de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Manuel Martínez Báez opinaba que las denominadas enfermedades tropicales –como la uncinariasis, el paludismo, la oncocercosis, la leishmaniasis o la lepra– no estaban determinadas por las condiciones geográficas de los trópicos, sino por la mala situación de la salud pública que tenían los países subdesarrollados, a causa de factores económicos, sociales y culturales como el colonialismo, la injusta distribución de la riqueza y el menoscabo de la libertad.^{86,87}

Por eso, durante el tiempo que él estuvo al frente de la institución, los cursos de la Escuela buscaron inspirar la reflexión y la actitud crítica de los alumnos, a partir de la identificación de los problemas sanitarios, económicos, políticos y culturales del país. De acuerdo con Martínez Báez, la enseñanza y los trabajos de

investigación de Escuela e Instituto debían estar al servicio de las necesidades de salud de los mexicanos, como las percibían quienes estaban en contacto directo con las actividades sanitarias. Al preparar especialistas en salud pública, debía darse énfasis al conocimiento real del pueblo a cuyo servicio habrían de trabajar aquéllos, y hacerles comprender que los problemas de salud no se podrían resolver hasta que fueran atendidos todos los problemas sociales relacionados con ella, y cuando en esa labor participara el propio pueblo.⁸⁸

Se enfatizó entonces el ideal social de la salud pública: los alumnos debían cumplir con el estudio de la salud pública sin interés material o económico, e incrementar la integración de los programas de salud pública con las comunidades. Era tarea de Escuela e Instituto estudiar científicamente los problemas de salud pública de una comunidad, con miras a la organización y utilización adecuadas de los medios necesarios para que la propia comunidad resolviera tales problemas.

Martínez Báez propuso, frente a los textos de salud pública elaborados en Europa y EUA, escribir otros que respondieran a la cultura y las necesidades de México. Así –aseguraba– ya no habría “la copia servil de métodos aplicados en otros países, sino la investigación correcta de nuestra propia situación, de nuestras necesidades particulares y de nuestros recursos”.⁸⁸

Los centros de higiene y estaciones de adiestramiento, como los de Tacuba, Tacubaya, Cuernavaca, Monterrey y Boca del Río –que mantenían su labor de saneamiento del medio, higiene maternoinfantil, lucha contra las enfermedades transmisibles y educación higiénica en poblaciones– siguieron desempeñando un importante papel en la enseñanza de la salud pública.

Terminada la parte académica de los cursos para maestro en salud pública y para enfermera en salud pública, los médicos y enfermeras salían a hacer sus observaciones y prácticas de campo. Para su trabajo en la comunidad debían considerar al individuo, la familia y el ambiente, y apoyarse en la antropología y otras disciplinas.⁸⁹ Para obtener su título, los futuros especialistas de la Escuela debían realizar cuatro visitas de estudio de 15 días cada una: la primera, a algún centro de salud en ambiente tropical; la segunda, a una zona donde se realizara un servicio integral; la tercera, a un centro de salud o servicio especializado de la capital del país, y la última, a un poblado carente de todo servicio sanitario. Martínez Báez proponía a los futuros profesionales sanitarios, observar con cuidado, juzgar con criterio y exponer con libertad el resultado de sus observaciones.⁸⁸

También con el propósito de fomentar el espíritu de equipo entre médicos y enfermeras, durante las 10 semanas finales de la práctica de campo, un médico y una enfermera alumnos visitaban alguna zona. Sólo que más tarde se decidió enviar

Foto: FCBV



Plática sobre aprovechamiento y abasto de agua potable en el estado de Oaxaca.

Foto: AHSS



Arriba: explicación sobre el uso del biberón, años 60; centro: filmación de películas sobre el uso del agua, 1955; abajo: exhibición de películas, San Andrés Tuxtla, Veracruz.

Foto: AHSS



Foto: FCBV



Flotilla e interiores de las unidades audiovisuales.

Foto: AHSS



Foto: AHSS





Foto: AHSS

Cursillo para parteras, 1953.

Conferencia a la sociedad médica de Tampico, Tamps., 1953.

Pláticas de educación antivenérea, 1953.



Foto: AHSS



Foto: AHSS



Foto: AHSS

Exposición en la feria de Toluca, Estado de México, 1955.



Foto: AHSS

Asistentes al Museo Nacional de Higiene y exposición en Ciudad Universitaria, 1955.

estudiantes únicamente a tres zonas del país, en las que un profesor de tiempo completo radicaba durante el lapso del adiestramiento, preparaba lo necesario para la estancia en el lugar y acompañaba a los alumnos a todas las visitas colectivas. Una vez terminadas sus prácticas, cada grupo formulaba un informe de sus actividades, y todos los informes eran presentados y discutidos en una mesa redonda de profesores y alumnos; tales informes, además, eran enviados a las autoridades sanitarias correspondientes. Finalmente, los alumnos hacían los trabajos personales que, como tesis, se requerían reglamentariamente.⁹⁰

En 1953, la Academia de Capacitación Administrativa para empleados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia dejó de depender técnicamente de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y quedó bajo la dirección del secretario general de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado.⁹¹ Pero la Escuela siguió interviniendo en la revisión y realización de cursillos de entrenamiento en varios lugares del país, organizados por la Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, como los impartidos a maestros y prácticos agronomopecuarios del Servicio de Bienestar Social Rural, los cursos para parteras que darían instrucción a parteras tradicionales, o aquéllos para trabajadoras sociales que darían instrucción a enfermeras y trabajadoras sociales sin título.⁹²

Durante el periodo 1939-1958, el número total de alumnos egresados de la Escuela fue de 2 091, de los que 1 073 eran mujeres. Dentro de ellos, terminaron con éxito sus estudios de médico sanitario o maestro en ciencias médicas o en salud pública 309 alumnos, de los que 14 eran mujeres.

Martínez Báez dirigió la Escuela hasta 1958. Después de eso, el ISET y la Escuela de Salubridad e Higiene fueron separados nuevamente, y cada institución tuvo su director. La última vez que las actividades de la Escuela fueron mencionadas en un informe del ISET, ocurrió en diciembre de 1958.⁹³ A partir de 1959, los informes sobre las actividades del Instituto no incluyeron ningún reporte sobre la Escuela, sino sólo acerca de las labores de su clínica y laboratorios.⁹⁴ Aunque siguieron compartiendo instalaciones hasta 1969, y algunos investigadores continuaron impartiendo cátedra, puede hablarse de una nueva etapa a partir de 1959.

Nuevos horizontes

En 1939, una reorganización de la Escuela de Salubridad, que cambió entonces su nombre por Escuela de Salubridad e Higiene, coincidió con la creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. La Escuela se incorporó entonces al edificio del Instituto, y esa unión física pasó a ser estructural en 1953, cuando ambas instituciones se fusionaron con el nombre de Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

Sin embargo, desde 1939 habían sostenido relaciones estrechas entre ellos. De acuerdo con científicos del ISET, en sus actividades de investigación había una buena parte que podía tomarse también como docencia, ya que en los varios laboratorios del Instituto había siempre un regular número de personas externas (muchas de ellas de la Escuela de Salubridad) que trabajaban, bien fuera con propósitos concretos de cubrir requisitos reglamentarios para alcanzar diplomas universitarios o escolares, ya por el interés preciso que tenían en la resolución de determinados problemas, o bien para mejorar su preparación técnica, de modo que adquirieran una mayor eficiencia en los trabajos que les serían encomendados al momento de practicar la profesión para la que se preparaban.

Al menos cinco años antes de la unificación del ISET y la Escuela de Salubridad e Higiene, ya se hablaba de la conveniencia de unirlas, y las dos décadas de esa colaboración pueden considerarse como un segundo periodo de la Escuela, en el que se buscó hacer participar de la enseñanza a los investigadores del Instituto y fomentar, entre los profesores de la Escuela, el interés por realizar investigación, con miras a complementar y enriquecer sus actividades docentes.

Se trató de un periodo de gran desarrollo. Como órgano de investigación, primero del Departamento de Salubridad Pública, y luego de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales investigó sobre muchísimas enfermedades y colaboró en programas aplicativos; mientras que la Escuela de Salubridad e Higiene fue la principal formadora de recursos humanos para la salud pública, y en ella se cuidaba esmeradamente la puesta al día de la educación que se impartía.

Como han hecho ver Valdespino y Sepúlveda, los alumnos, investigadores y profesores de la Escuela y el Instituto contribuyeron a la eliminación de la viruela en 1951^{95,96} (incluso a la erradicación mundial de la enfermedad) y a muchas otras campañas sanitarias. Sus egresados fundaron los programas de atención preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social, los de salud pública en los Servicios

Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, y cátedras de medicina preventiva y salud pública en escuelas y facultades de medicina.²

De manera independiente primero, y como una institución integrada después, Escuela e Instituto desarrollaron tareas de investigación, enseñanza, difusión y divulgación, de los problemas de salud pública que más atañían a México; problemas, por otro lado, cambiantes, pues, por ejemplo, poco después de declararse la eliminación de la viruela del territorio nacional, los especialistas en salud pública debieron enfrentar las epidemias de poliomielitis.

Hubo una red de relaciones entre la institución y dependencias de la SSA, universidades, institutos de investigación, hospitales, e instituciones y organismos internacionales. Aunque muchos de sus profesores-investigadores habían estudiado en el extranjero, defendían la soberanía del país en asuntos sanitarios. En este periodo, la Escuela recibió alumnos de varios países latinoamericanos –becados por los gobiernos de sus países, por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública o por la Oficina Sanitaria Panamericana–, para cursar estudios regulares de maestría en salud pública y enfermería sanitaria, y a través de ellos, la institución mexicana tuvo una influencia sobre los sistemas de salud pública de América Latina.

Referencias

1. Gobierno General. Decreto que fija las bases para la organización de la Escuela de Salubridad e Higiene. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, México, D.F.: 1938 oct 21:1.
2. Valdespino JL, Sepúlveda J, eds. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.
3. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de las actividades docentes que desarrollará la Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1952.
4. Departamento de Salubridad Pública. Memoria del Departamento de Salubridad Pública, septiembre 1938-agosto 1939. México: Ediciones del Departamento de Salubridad Pública, 1939.
5. Vargas-Olvera R. Introducción. En: Trejo-Arrona Y, Vargas-Olvera R, Molina-Alamilla D, Sanfilippo-Borrás J, Alonso-Gutiérrez JF, eds. Guía del Fondo del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1993: i-xii.
6. El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y sus funciones. Rev Inst Salubr Enferm Trop. 1939;1(1):5-37.
7. Bustamante ME. La vida y la obra del Dr. Eliseo Ramírez. Salud Publica Mex. 1961;3(3):441-6. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4275/4156>
8. Bustamante ME. Hechos sobresalientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Salud Publica Mex. 1983;25(5):465-82. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/579/567>
9. Carrillo AM. El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de México: 1939-1965. Inclusiones. 2018;5(núm. esp.):192-228.
10. Birn AE. Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico. Rochester: University of Rochester Press, 2006.
11. Programas y planes de la Escuela de Salubridad. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 13, exp. 2, 370 fs, 1946-1957.
12. Se terminó ya el edificio destinado a enfermedades tropicales. El Informador: Diario Independiente. Guadalajara: 1938 nov 5:2.
13. Pruneda A. Reseña de los trabajos realizados por la Academia Nacional de Medicina en su LXXVII año social (1940-1941). Gac Med Mex. 1941;71(6):756-71.
14. Departamento de Salubridad Pública. Plan Sexenal del Departamento de Salubridad Pública de México. Bol Oficina Sanit Panam. 1940;19(10):955-61.
15. Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;65:238-40.
16. Fernández-Manero V, León AP. Algunos datos importantes sobre la salubridad en la República Mexicana. Bol Oficina Sanit Panam. 1941;20(12):1247-50.
17. Pruneda A. Algunos aspectos de la medicina en México. Gac Med Mex. 1943;73(2):167-75.
18. Poder Ejecutivo Federal. Memoria Anual del Departamento de Salubridad Pública. México: Departamento de Salubridad Pública, 1943.
19. Departamento de Salubridad Pública. Reglamento Interior de la Dirección Nacional de Aguas Potables. Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Territorio Norte de Baja California. Mexicali: 1940 oct 20:1.
20. De la Garza-Brito A. La enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene, factor en la asistencia médico social. Bol Oficina Sanit Panam. 1944;23(7):607-18.
21. Carrillo AM. Salud pública y poder en México durante el cardenismo: 1934-1940. Dynamis. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 2005;25:145-78.
22. Ávila-Camacho M. La sanidad en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1943;22(4):289-97.
23. Jiménez-Castañeda C. Análisis institucional de la Escuela de Salud Pública (tesis de maestría en Medicina Social). México: UAM-X, 1980.
24. Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud Publica Mex. 2019;61(2):202-11.
25. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de la República. Periódico Oficial. Órgano del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Morelos. Cuernavaca: 1944 ene 23:3-4.
26. Gudiño-Cejudo MR. Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960. México: El Colegio de México, 2016.
27. Baz G. La salubridad y la asistencia en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1945;24(11):961-72.
28. Magaña-Valladares L, Gudiño-Cejudo MR. Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

29. Programa de labores 1948-1952. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 14, 144 fs., 1948.
30. Informes de las labores desarrolladas y los cursos impartidos por la Escuela. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, salubridad pública, establecimientos dependientes, Escuela de Salubridad, caja 1, exp. 2, 34 fs., 1923-1926.
31. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e Higiene durante el año académico 1945. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1945.
32. Sociedad Mexicana de Higiene. *Gac Med Mex.* 1946;76(5):389.
33. Hernández-Álvarez M, Obregón-Torres D, Miranda-Canal N, García CM, Eslava JC, Vega-Romero R. *et al.* La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia: 1902-2002. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
34. Gudiño MR. Salud para las Américas y Walt Disney. Cine y campañas de Salud en México. 1943-1946. En: Azuela A, Palacios G, coords. *La mirada mirada. Transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945.* México: Centro de Estudios Históricos-El Colegio de México, 2009:179-203.
35. Alfaro-Guerra PG. Panamericanismo y salud pública, cooperación Estados Unidos y América Latina (tesis de maestría en estudios latinoamericanos). México: FFyL-UNAM, 2010.
36. Malo-Jivera F, Barriga-Lomelí M. Programa de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1948;27(8):763-4.
37. Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L. La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982. *Salud Publica Mex.* 2013;55(4):433-41.
38. La Escuela de Salubridad e Higiene de México. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1948;27(12):1165-69.
39. Acuerdos Escuela-SSA. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 10, exp. 8, 80 fs., 1946-1951.
40. Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 18, 7 fs., 1949.
41. Cueto M. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
42. Aboites L, Loyo E. La construcción del nuevo Estado, 1920-1945. En: Nueva historia general de México. México: El Colegio de México, 2010: 357-86.
43. México en estado de guerra. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública.* 1942;5(2):162-5.
44. González-Rivera M. Adiestramiento de trabajadores de salubridad en tiempo de guerra. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1944;23(1):13-7.
45. Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, adaptaciones, reparaciones, construcciones. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 24, exp. 9, 44 fs., 1947-1959.
46. Generalidades sobre cursos impartidos por la Escuela de Salubridad e Higiene. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 30, exp. 1, 262 fs., 1948-1954.
47. Carta de Ángel de la Garza Brito a Francis Montanare, de 15 de julio de 1951. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 6, exp. 6, 62 fs., 1945-1952.
48. Cursos especiales. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 17, exp. 3, 67 fs., 1947-1949.
49. Memorias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 51, exp. 2, 498 f., 498 fs, 1955.
50. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de actividades de la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (afiliados a la Escuela de Graduados y División de Medicina Preventiva e Higiene-UNAM), durante el año académico 1949. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1949.
51. Convenios celebrados entre la SSA y la UNAM, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 11, exp. 10, 46 fs., 1946-1953.
52. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e Higiene (afiliada a la Escuela de Graduados-División de Medicina Preventiva e Higiene-Universidad Nacional Autónoma de México) durante el año académico 1948. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1948.
53. Zozaya J. Organización de la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Gac Med Mex.* 1947;77(1):9-15.
54. Asuntos generales relacionados con los cursos que imparte la Escuela de Graduados. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 16, exp. 1, 37 fs., 1947-48.

55. González-Rivera M. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de México: diez años de trabajo. Bol Oficina Sanit Panam. 1949;28(7):702-13.
56. Informes de las labores realizadas en la Escuela de Salubridad y del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 2, exp. 11, 147 fs., 1953-1959.
57. Corona E, Cerisola G, Villegas A. Cursos post-básicos de enfermería en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1953;35(3):271-8.
58. Calvo J. Instituto Nacional de Nutriología de México, D.F. Bol Oficina Sanit Panam. 1949;28(12):1247-52.
59. Programa de labores para 1948. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 10, 3 f., 1948.
60. Vargas-Domínguez J. El auge y declive del Instituto Nacional de Nutriología de México y su proyecto de nutrición social de 1943 a 1956. H Mex. 2019;69(2):511-49.
61. Vargas-Domínguez J. Comunicación personal.
62. Vargas-Domínguez J. La construcción del Instituto Nacional de Nutriología en México: conexiones locales y globales. En: Suárez-Díaz EM, Mateos G, eds. Aproximaciones a lo local y lo global: América Latina en la historia de la ciencia contemporánea. Eslabones en el desarrollo de la ciencia. México: Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano, 2016:155-82.
63. Programa de labores del Departamento de Nutriología para 1948, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 12, 15 f., 1948.
64. Carta de José Calvo de la Torre a Gerardo Varela, director de ISET, de 1 de junio de 1948. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 3, 31 f., 1941-1951.
65. Correspondencia particular del doctor Gerardo Varela, director del Instituto. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 23, 169 fs, 1950-1951.
66. Zubirán S. Contribuciones del Instituto Nacional de la Nutrición a la medicina mexicana. Gac Med Mex. 1968;98(2):131-8.
67. Martínez-Báez M. Cooperación internacional en salubridad. Bol Oficina Sanit Panam. 1952;33(6):532-7.
68. La Oficina Sanitaria Panamericana. Gac Med Mex. 1950;80(1):129-30.
69. De la Garza-Brito A. Datos adicionales sobre la Escuela de Salubridad (mecanoscrito), 4 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
70. Departamento de Gobierno. Aviso al público en general. Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán. Mérida: 1951 ago 11:1.
71. Expediente general relativo al Código Sanitario. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 22, 86 fs., 1950.
72. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de las actividades que desarrollarán la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (afiliados a la Escuela de Graduados-División de Medicina Preventiva e Higiene-Universidad Nacional Autónoma de México) durante el año académico de 1950. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1950.
73. Cursos especiales. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 33, exp. 3, 155 fs., 1949-1950.
74. De la Garza-Brito Á. Datos históricos sobre la Escuela de Salubridad (mecanoscrito), 6 p. Archivo Particular Alfonso Pruneda [sin clasificar].
75. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Anuario de la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales 1956. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia/Universidad Nacional Autónoma de México; 1956.
76. Valdespino-Gómez JL, ed. Una institución académica mexicana y 16 investigadores distinguidos. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, 1994.
77. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 1, exp. 13, 1 fs., 1948.
78. Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. Reglamento de Profilaxis de la Lepra. El Estado de Colima. Periódico Oficial del Gobierno Constitucional. Colima: 1955 sept 24::170-1.
79. Fernández-Manero V. La sanidad en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1944;23(4):303-11.
80. Carrillo AM. Vaccine production, national security anxieties and the unstable state in nineteenth and twentieth century Mexico. En: Holmberg C, Blume S, Greenough P, eds. The politics of vaccination. A global history. Manchester: Manchester University Press, 2017:121-47.
81. Patiño-Camargo L. Discurso leído en la sesión de la Academia dedicada a la Primera Reunión Interamericana del Tifo. Gac Med Mex. 1946;76(1):52-4.

82. Frenk-Mora J, Urrusti-Sanz J, Rodríguez-Romo AC. La salud pública. En: Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas al conocimiento médico. México: Fondo de Cultura Económica, 1993:563-96.
83. Martínez PD. La enseñanza profesional en salud pública de médicos y enfermeras en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1954;37(1):23-6.
84. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Anuario 1957. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia/Universidad Nacional Autónoma de México, 1957.
85. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Anuario 1958. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia/Universidad Nacional Autónoma de México, 1958.
86. Martínez-Báez M. Factores económicos, culturales y sociales de la génesis de las llamadas enfermedades tropicales. México: El Colegio Nacional, 1969.
87. Rodríguez- Romo AC. Manuel Martínez Báez. En: Ciencia y tecnología en México en el siglo XX. Biografías de personajes ilustres. México: Academia Mexicana de Ciencias, 2001; vol. II:127-40.
88. Carrillo AM. Enseñanza y divulgación de la salud pública en el México posrevolucionario. En: Ruiz R, Argueta A, Zamudio G, eds. Otras armas para la Independencia y la Revolución, Historia de las ciencias y las humanidades en México. México: Fondo de Cultura Económica, 2010: 261-80.
89. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 2, exp. 13, 315 fs. [s/nf], 1957-1958.
90. Expediente de la Escuela de Salubridad y del Instituto. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 2, exp. 12, 20 fs, 1956-1962.
91. Informe presidencial. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 46, exp. 5, 90 fs., 1953.
92. Datos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la formulación del informe presidencial. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 46, exp. 2, 71 fs., 1952-1954.
93. Informes de las labores realizadas en la Escuela de Salubridad y del Instituto. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 2, exp. 11, 147 fs., 1955-1959.
94. Informes de las labores realizadas en el ISET. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 3, exp. 5, 278 fs., 1959.
95. Aguirre-Bolaños N. La alineación de los planetas: La campaña de erradicación de la viruela en México: 1943-1970 (tesis de licenciatura en historia) [internet]. México: UNAM, FES-A, 2015 [citado abr 14, 2021]. Disponible en: https://repositorio.unam.mx/contenidos/la-alineacion-de-los-planetes-erradicacion-de-la-viruela-en-mexico-1941-1977-266549?c=eaGmgm&d=true&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0
96. Agostoni C. Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870-1952. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas, 2016.



e

ENTRE 1959 Y 1982 LA Escuela transitó un camino hacia la autonomía, que comenzó con su separación administrativa del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. En ese lapso también empezaron a presentarse cambios en el perfil epidemiológico de México y en las políticas públicas, lo que dejó una impronta en los programas académicos y los proyectos comunitarios de la Escuela, así como en el perfil de sus egresados. Los estudiantes que se graduaron durante ese periodo llegaron a ocupar cargos importantes, tanto públicos como en instituciones académicas y de salud.

Tercera etapa de la Escuela:



Foto: AHSS

el camino hacia la autonomía (1959-1982)



Ana María Carrillo¹

María Guadalupe Muro Hidalgo²

Página anterior: enfermera vacunando a niña en un consultorio, 1959.

Arriba: Laboratorio de Anatomía Patológica, 1964.

Capítulo elaborado con la colaboración de Andrea Vicente García.

(1) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

(2) Universidad Nacional Autónoma de México.

1 Escuela de Salud Pública

La separación de la Escuela de Salubridad e Higiene del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales fue decidida a inicios del gobierno de Adolfo López Mateos (1 de diciembre de 1958-30 de noviembre de 1964). Hasta 1970, Instituto y Escuela siguieron compartiendo el edificio, pero quedaron totalmente desligados administrativamente: los archivos y bibliotecas, que habían llegado a estar unificados, volvieron a ser independientes cuando apenas se estaba logrando la incorporación de los catálogos.^{1,2}

Tal apartamiento debió de haber limitado el acceso de los estudiantes a los laboratorios del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET); sin embargo, no implicó el cese de la transmisión del saber. Al menos hasta 1970, los grandes investigadores del Instituto, como Manuel Martínez Báez, Gerardo Varela Mariscal, Antonio González Ochoa, Alberto P. León, Luis Vargas y Miguel E. Bustamante siguieron impartiendo lecciones de infectología, bacteriología, parasitología, epidemiología y estadística; dando exposiciones pedagógicas, y discutiendo casos en sesiones clínicas en la maestría de salud pública de la Escuela. Continuaron también asesorando tesis profesionales o de grado, y no sólo de la Escuela de Salubridad, sino de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras instituciones.^{1,3,4}

En el sexenio, el secretario de Salubridad y Asistencia fue el doctor José Álvarez Amézquita, y en 1959 y 1960, Pedro Daniel Martínez García ocupó la Dirección de la Escuela, que por su iniciativa fue denominada Escuela de Salud Pública. Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, el doctor Martínez García había sido jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el estado de Michoacán. Posteriormente, realizó la maestría en salud pública en la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública, y estudios de pediatría en el Children's Memorial Hospital, de Chicago, Illinois. Fungió como secretario de organización del Primer Congreso Nacional de Asistencia, y en 1946 fue organizador del Primer Congreso Nacional de Salubridad. Dirigió el Hospital Infantil de México, y también fue director de Higiene Materno Infantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Fue subsecretario de Salubridad, y en el ámbito internacional, representante de México en la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, miembro y vicepresidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, representante de México en el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, vicepresidente de la American Public Health Association y presidente de la Federación Mundial de Asociaciones de la Salud, con

sede en Ginebra. Se hizo acreedor a gran número de distinciones: su nombre fue puesto a una escuela y un hospital; la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública le hizo entrega de una medalla de reconocimiento a su labor en favor de la salud pública internacional, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) le otorgó la Medalla Salud para Todos. Propugnó ante el Colegio de Profesionistas por que los maestros en salud pública fueran reconocidos como especialistas en la rama de higiene y salubridad. Austero hasta el fanatismo, acumuló una fortuna en dinero que dejó a la filantropía de sus fideicomisarios para premiar a los sanitaristas que marcaran su huella en la salud pública.⁵

Como en épocas anteriores, todo el personal docente de la Escuela estaba obligado a participar, dentro del horario de sus labores, en el estudio de los problemas de salud pública que le designara la Secretaría. Pero, al mismo tiempo, esta última entidad consideraba como instituciones asociadas a la Escuela a todas las que dependían de su propia estructura organizativa, lo mismo que a las instituciones descentralizadas y las subsidiadas de la Secretaría, las cuales debían prestar su colaboración en el desarrollo de los programas de la institución académica.³

En su reglamento, la Escuela de Salud Pública fue considerada órgano técnico-consultivo de la SSA, y órgano directivo de la Secretaría en materia de educación y de adiestramiento; lo anterior quería decir que la instrucción del personal de la SSA, en cualquier campo relacionado con la salud pública, debía realizarse con la intervención de la Escuela. Quizá por eso, el control de la SSA sobre la institución fue mayor. A inicios del gobierno de López Mateos, se establecieron separadamente la Subsecretaría de Asistencia y la Subsecretaría de Salubridad, y tanto el secretario como los subsecretarios y el Oficial Mayor pasaron a formar parte del Consejo Directivo de la Escuela de Salud Pública; el único otro miembro del Consejo era el Director. El Consejo establecía qué departamentos docentes debía tener la Escuela, y designaba a los jefes de éstos. El subsecretario de Salubridad nombraba a tres de los siete miembros del Consejo Técnico de la institución académica; mientras que el secretario de Salubridad y Asistencia designaba al director de la Escuela, y disponía cuáles instituciones debían funcionar como unidades o centros de adiestramiento.⁶

Los departamentos docentes estaban integrados por profesores titulares (que orientaban individualmente a los alumnos y vigilaban su labor científica y de campo), profesores asociados (que daban conferencias o demostraciones y participaban en simposios y sesiones de mesa redonda), instructores (que eran funcionarios de la SSA y de las instituciones descentralizadas, cuyas funciones consistían en demostrar y explicar a los alumnos las labores que tenían encomendadas oficialmente) y ayudantes (que auxiliaban a los profesores en los cursos).⁶

La Escuela de Salud Pública siguió organizando cursos regulares y eventuales. Los primeros eran los de maestría en salud pública, especialización de enfermería en salud pública, saneamiento y estadística aplicada a la salud pública. En el curso para maestro en salud pública se estimulaba a los médicos cirujanos, dentistas, médicos veterinarios e ingenieros participantes al estudio especializado de alguna de las disciplinas científicas esenciales para el mejoramiento de la salud pública; y se les preparaba para buscar siempre el apoyo de las comunidades, así como para orientar, como alumnos incorporados, a personas cuyas actividades eran de trascendencia para la salud, tales como estudiantes de medicina y ciencias afines, ingeniería, arquitectura, agronomía o maestros normalistas.³

En el curso de la especialización de enfermería en salud pública también se buscaba inspirar a las alumnas en el estudio particular de alguna disciplina, de modo que ellas cooperaran en la identificación de los problemas de una comunidad, y en la organización y utilización adecuadas de los medios necesarios para que la comunidad resolviera tales problemas; pero, además, se les formaba para que capacitaran, a su vez, a enfermeras y parteras legalmente tituladas, y al personal auxiliar de enfermería en salud pública.³ La especialidad de enfermera sanitaria conservó ese nombre hasta 1959, cuando cambió al de enfermera en salud pública,⁷ a diferencia de la maestría en ciencias sanitarias, que se había transformado con anterioridad en maestría en salud pública.

El curso para técnicos en saneamiento tenía por objeto preparar debidamente a los funcionarios que eran jefes de grupos de inspectores o agentes, a fin de lograr que la labor que éstos desempeñaban estuviera basada en un conocimiento más completo de las funciones de salubridad, y pudiera ser mejor acogida por el público, al que debían educar para que acatará por convencimiento las disposiciones sanitarias y tomara parte en el mejoramiento de sus comunidades. El objetivo del curso de estadística aplicada a la salud pública era capacitar a los alumnos para efectuar las actividades correspondientes a los estadígrafos del nivel medio.³

Los cursos eventuales se programaban de acuerdo con las necesidades de la salud pública y las facilidades de que dispusiera la Escuela. Para cada curso, las Direcciones interesadas de la SSA debían comunicar a la Escuela los objetivos perseguidos y las actividades que realizarían los alumnos después de sus estudios; y la Escuela organizaba y realizaba los programas, por medio de conferencias, seminarios, mesas redondas, adiestramiento en servicio o cualquier otro procedimiento educativo.³

En 1959, la Escuela de Salud Pública decidió, a propuesta de su director y de acuerdo con la SSA, otorgar el grado de maestro en salud pública *honoris causa* a un cuerpo de profesionales “que trabaja[ba]n con planes y programas vivos, modificables y

modificados conforme a las necesidades y el avance que la ciencia experimenta[ba]”, y que no tenían diploma de maestros, aunque lo eran, por sus actividades y sus conocimientos.⁸ Durante una ceremonia realizada el 18 de julio de ese año, en la que la presentación de los académicos honrados estuvo a cargo de Miguel E. Bustamante, recibieron el grado honorario Rosendo Amor –miembro del Consejo de Salubridad General–, José Castro Villagrana –que había laborado en la Cruz Blanca Neutral y la Subsecretaría de Asistencia–, Bernardo G. Gastélum –exjefe del Departamento de Salubridad Pública, de quien la Escuela de Salubridad había recibido total respaldo–, Manuel F. Madrazo –también exjefe del Departamento de Salubridad, e impulsor en todo el país de la coordinación de los servicios federales, estatales y municipales de salud pública–, Gustavo Viniegra –quien había recorrido la República para luchar contra las enfermedades transmisibles, y luego ocupado diversos cargos y escrito sobre una amplia variedad de asuntos sanitarios– y Manuel Martínez Báez –investigador y director del ISET, así como maestro de la Escuela, y quien había ocupado puestos destacados en la administración sanitaria, incluyendo los de director general de Epidemiología en el Departamento de Salubridad Pública y subsecretario de Salubridad y Asistencia en la SSA.⁹

Emplear el vocablo “salud pública”, y no “salubridad”, fue una tendencia en los años cincuenta. No sólo la Escuela cambió su nombre en 1959. En septiembre de ese año, nació la revista *Salud Pública de México* –como publicación oficial de la SSA, a cargo de la Dirección de Educación Higiénica–, la cual desde el editorial de su primer número fue ligada a la Escuela de Salud Pública.^{*10} Al año siguiente, para conmemorar el 150 aniversario de la Independencia y el 50 de la Revolución, y con el tema “Relación entre pasado, presente y porvenir”, la SSA organizó el Primer Congreso de Salud Pública, al que asistieron más de 1 400 médicos, enfermeras, estadígrafos y otro personal interesado en ese campo, para revisar las experiencias en la prevención y lucha contra las enfermedades y el mejoramiento del medio; considerar la necesidad de reforzar o suprimir programas, y aquilatar el trabajo realizado por médicos mexicanos en salud pública.¹¹ También la Sociedad Mexicana de Higiene fue transformada en 1963, casi 20 años después de su creación, en Sociedad Mexicana de Salud Pública, pues sus socios consideraron que ese nombre se ajustaba mejor a sus objetivos; la Sociedad contaba entonces con 854 socios, entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales, ingenieros y otros trabajadores de la salud, muchos de los cuales eran profesores o exalumnos de la Escuela.^{12,13} En 1966, la *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, que había sido publicada desde 1939, sería renombrada *Revista de Investigación en Salud Pública*, y en 1977, incorporada a la revista *Salud Pública de México*.¹⁴

* Ahí pueden ser consultados los nombres de las publicaciones del máximo organismo sanitario de cada época, desde el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad en el Distrito Federal*, de 1881, hasta *Salubridad y Asistencia. Órgano de la SSA*, publicado hasta junio de 1948, y que –como señaló Álvarez Amézquita–, mostraban la historia de la salud pública de México.

Unificación de la enseñanza de la salud pública regional

En este cambio había influencia del exterior. En la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en La Habana, Cuba, en 1954, la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) había tomado la decisión de cambiar su nombre por Oficina Panamericana de Salud Pública, “ya que el vocablo sanitario no abarca[ba] completamente en su significado, las verdaderas funciones, fines y propósitos de la Organización [...] y a fin de ponerla a tono con el organismo mundial del que [era] rama regional”.¹⁵ Por esta última razón, después cambió a Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ese año, la Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales cambió el nombre de su maestría en ciencias sanitarias por maestría en salud pública.

La Escuela intensificó en este periodo sus relaciones con otras escuelas de salud pública del continente, lo cual tenía como antecedente el intercambio entre escuelas de medicina. En su estudio sobre la educación médica en América Latina, Juan César García –uno de los referentes del movimiento por la medicina social latinoamericana– señalaba que, desde inicios de la década de los cincuenta, las escuelas de medicina de los países americanos habían revisado sus programas de educación médica, y discutido –en la Conferencia de Enseñanza de la Medicina Preventiva, realizada en Colorado Spring, Estados Unidos de América, en 1952, y en el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica, que tuvo lugar en Lima, Perú, en 1951–, la conveniencia de desarrollar o mejorar la enseñanza de la medicina preventiva y social. Con los auspicios de la OMS y la OSP, hubo también dos seminarios: el de Viña del Mar, Chile, en 1955, y el de Tehuacán, México, en 1956, durante los cuales se concluyó que había que formar médicos versados tanto en el arte de curar las enfermedades como en el de prevenirlas, y que era conveniente establecer cátedras, o incluso departamentos, de medicina preventiva y social en las escuelas de medicina.¹⁶

A partir de estas resoluciones, la SSA, a través de la Dirección de Estudios Experimentales en Salubridad Pública, planteó un programa de ayuda económica y técnica a las escuelas de medicina en México para que establecieran tales departamentos.¹⁷ Miguel E. Bustamante –quien, en diferentes épocas, había enseñado higiene y medicina preventiva en la Escuela Nacional de Medicina, higiene para maestros en la Secretaría de Educación Pública (SEP), ingeniería sanitaria en la Escuela de Ingenieros Constructores, y administración sanitaria y profilaxis de las enfermedades transmisibles en la Escuela de Salubridad– propuso la creación de tal departamento en la Facultad de

Foto: AHSS



Personal de la Dirección de Servicios Coordinados en campaña de salud. Guadalajara, Jal., 1966.

Medicina de la UNAM, y, en efecto, en mayo de 1956, a un mes de realizada la reunión de Tehuacán, fue creado, y comenzó a funcionar el Departamento de Sociología Médica y Medicina Preventiva, antecedente del actual Departamento de Salud Pública.¹⁸ Esto se reprodujo en otras universidades. En 1959, la mayoría de las 20 escuelas de medicina que había en el país, contaban con un departamento de medicina preventiva.¹⁷

En 1959, la Organización Panamericana de la Salud –entonces dirigida por Abraham Horwitz– tuvo la iniciativa de organizar Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. El objetivo de tales conferencias era llegar a acuerdos sobre los requerimientos mínimos de la enseñanza de la salud pública en la región. La primera se llevó a cabo en México, en San Miguel Regla, Hidalgo, en 1959, y estuvieron representadas en ella escuelas de nueve países: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, México, Venezuela, Perú y Puerto Rico.¹⁹

A la primera conferencia, convocada con el tema “Escuelas de salud pública, objetivos y funciones”, acudieron 33 educadores y funcionarios públicos de Argentina, Brasil, Chile, Estados Unidos de América, México, Perú y Venezuela. Por México, participaron el responsable de la Dirección de Estudios Experimentales de la SSA, Carlos Díaz Coller, y, en representación de la Escuela de Salud Pública, el director Pedro Daniel Martínez, así como Daniel López Ferrer y Rolando Neri, respectivamente profesores de administración sanitaria y de epidemiología.²⁰

El objetivo de la reunión fue discutir cuál era la mejor forma de educar al personal sanitario, enfatizando en los objetivos de las escuelas de salud pública. Los asistentes concluyeron que el propósito de tales escuelas era mejorar la salud de la población, mediante la capacitación de los miembros del equipo de salud pública en las diferentes disciplinas de esta actividad (docencia, investigación, servicio en colaboración y difusión), así como ayudando a los alumnos a adquirir conocimientos, principios, doctrinas, métodos y técnicas que les permitieran planear, ejecutar y evaluar los diferentes programas de salud y los problemas más frecuentes en la práctica; además de lograr que los estudiantes aprendieran a servir a su comunidad.²⁰

Los alumnos debían cumplir con ciertas características, de acuerdo con el cargo que ocuparían en un futuro: edad, experiencia previa, capacidad física e intelectual y madurez emocional, motivación, vocación y conciencia social. Todo curso para maestro en salud pública debía incluir las materias de administración sanitaria, epidemiología, saneamiento y bioestadística; y agregar ciencias sociales, nutrición, educación sanitaria, higiene maternoinfantil, microbiología y parasitología, e inclusive, de acuerdo con las condiciones propias de cada país, administración de hospitales, atención médica, higiene del trabajo e higiene mental.²⁰

La metodología aplicada debía basarse en seminarios, prácticas de laboratorio, estudios bibliográficos, trabajo de campo y discusiones organizadas en grupos, además de visitas de observación, periodos de práctica, ensayos de técnicas, estudios de programas e investigaciones en progreso, prestación de asesoría y servicios directos a la comunidad. Los requisitos para graduarse consistían en realizar un estudio individual o colectivo de situaciones concretas que pudiera equipararse a la importancia de una tesis académica. Respecto de los egresados, las escuelas podían mantener una comunicación continua con ellos para conocer de qué forma influía la preparación de la institución en los puestos de trabajo y qué cosas debían modificar.²⁰ La Escuela de Salud Pública cumplía desde hacía tiempo con todo lo ahí planteado.

En total, hubo 20 Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Si bien en todas se trataban aspectos generales, como las ventajas y desventajas de depender de una universidad o del ministerio de salud, cada una de ellas tuvo un tema específico. El de la segunda fue la enseñanza de la bioestadística (Venezuela, 1962), herramienta de trabajo de especial aplicación en salud pública, que se ocupa de fenómenos colectivos, y cuya ausencia en los planes de estudio era causa de deficiencias en las estadísticas de salud de los países; y el de la tercera, la enseñanza de la administración de salud pública (Brasil, 1963), para la cual eran convenientes las relaciones entre las escuelas y los servicios de salud, o que al menos algunos profesionales de los servicios estuvieran adscritos al cuerpo docente.²¹

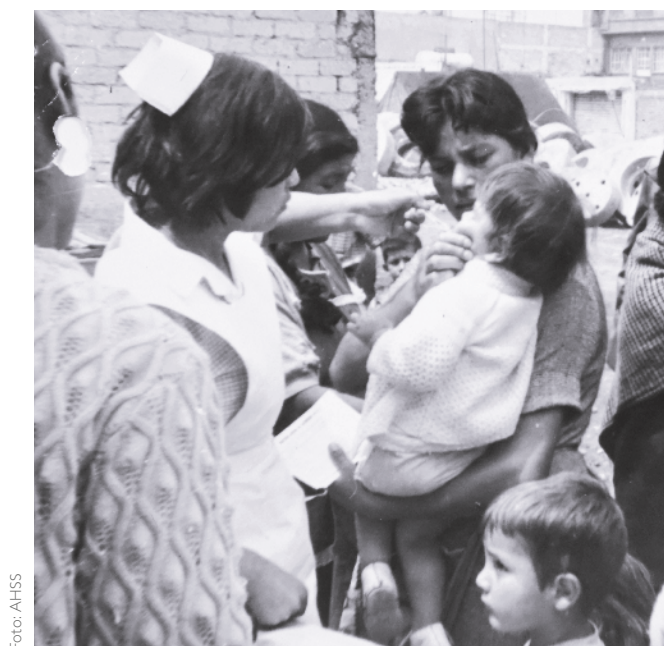


Foto: AHSS

Inmunización de niños, años sesenta.

Foto: AHIS



Sala de espera en Centro de Salud. Celaya, Gto., 1959.

La Escuela y el derecho a la salud

En 1960, Pedro Daniel Martínez fue nombrado director general de Educación Profesional en Salud Pública, y el nuevo director de la Escuela fue el doctor Agustín Díaz Esparza, quien permaneció en el puesto entre 1961 y 1965, ya iniciado el gobierno de Díaz Ordaz; si bien, desde su nuevo cargo, Martínez siguió teniendo influencia sobre la Escuela.

Agustín Díaz Esparza nació en Zacatecas, pero se formó como médico cirujano en la UNAM. Volvió a Zacatecas, donde fue profesor y director en el Instituto de Ciencias, hoy Universidad Autónoma de Zacatecas. También, se desempeñó como subjefe del Departamento de Salubridad, atendió a la consulta infantil del Comité de Protección a la Infancia y fue médico del Centro de Higiene del Departamento de Salubridad y, en diferentes épocas, ocupó los puestos de director del Sanatorio del Estado, médico municipal y médico de la Compañía de Luz. Fungió como jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, fundó la Unidad Sanitaria de Valparaíso, Zacatecas, y desarrolló un amplio programa contra el tifo, la difteria y la viruela. En 1955, se trasladó a la ciudad de México, donde se le nombró director del Centro de Salud y Estación de Adiestramiento de Tacuba y de la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal. En la Escuela de Salud Pública fue, además de director, profesor de administración sanitaria. Al dejar la Dirección de la Escuela, fue miembro del Consejo Técnico de la Escuela de Nutrición. Perteneció a las sociedades Mexicana de Geografía y Estadística, y Mexicana de Higiene. La Sociedad Mexicana de Salud Pública le otorgó la Medalla al Mérito Sanitario.⁵

Cuando el año 1962 comenzaba, el secretario Álvarez Amézquita anunció que el siguiente 7 de abril, Día Mundial de la Salud, México honraría a los trabajadores de la salud pública. Escribió: “La urgente tarea de garantizar a todos la igualdad en el derecho a la salud exige, quizás como en ninguna otra actividad humana, una adecuada y constante preparación de los hombres y mujeres que han de realizar tan compleja y noble misión”. Llamó a los trabajadores de la salud a conservar todo aquello estimable y útil que los mexicanos habían heredado de culturas anteriores, e incorporar con liberalidad las nuevas ideas sociales y las nuevas conquistas científicas.²²

Aseguró que la SSA había puesto especial empeño en desarrollar, a través de la Escuela de Salud Pública, un programa cada vez más amplio y eficaz. El programa académico más exitoso de la Escuela seguiría siendo el de maestro en salud pública, pero iba a llevar el nombre de maestro en salud pública y administración médica, con el objeto de enfatizar la responsabilidad en el campo de la administración sanitaria de estos profesionales posgra-



Foto: AHSS

Vacunación contra la polio, 1966.

duados. Anunció, además que, a partir de ese año, el curso contaría con un segundo periodo, de un año de duración como el primero, el cual sería experimental, y quizá en el futuro, obligatorio. Este segundo año aceptaría a los alumnos que hubieran realizado brillantemente su primer año de estudios y quisieran complementar sus conocimientos y llevar a cabo un programa de trabajo experimental en el campo. La aspiración a futuro era tener doctores en salud pública, que fueran los encargados de dirigir los trabajos de salubridad y asistencia.²²

El otro curso de graduados era el dedicado a enfermeras tituladas, a fin de que se especializasen en enfermería de salud pública. Este curso, de un año académico, tenía como objetivo completar la preparación de las enfermeras graduadas a fin de capacitarlas, no solamente en las técnicas que se utilizaban en la salud pública aplicada, sino muy especialmente en la organización y supervisión de enfermería.²²

Por primera vez la Escuela iba a ser responsable, además, de un curso profesional. En 1960, la SSA había estimado conveniente la creación de una Escuela de Enfermería, que dependía de la propia Secretaría, y que tenía un programa de tres años, inspirado en el modelo de la UNAM;²³ pero dos años más tarde decidió que ésta pasara a formar parte de la Escuela de Salud Pública. Esperaba que hubiera beneficios de la convivencia de un alumnado compuesto por profesionales y técnicos de distintas categorías, además de la disponibilidad de mayores recursos intelectuales y materiales.²² Ese año se estableció también la carrera de nutricionista, igualmente de tres años, y también dependiente de la Escuela de Salud Pública.²⁴

El tercer nivel educativo era el técnico. Prácticamente no había actividad en el campo de la salud pública que no requiriera, además de comprensión y afecto humano, una adecuada capacidad técnica. Por ello, la Escuela de Salud Pública había establecido cuatro cursos tecnológicos, los cuales se ofrecían a alumnos que poseían certificado de estudios secundarios: técnica en nutrición, técnica de enfermería, técnico en saneamiento y técnico en estadística de salud pública. Los tres primeros duraban un año, y el último, siete meses. Este personal auxiliar de salud pública era seleccionado dentro de las mismas zonas rurales donde prestaba sus servicios y contaba con el apoyo del pueblo; su preparación estaba inspirada en la realidad nacional y contemplaba la ejecución de los programas sanitarios que realizaba el gobierno.²²

Las técnicas en nutrición podían auxiliar al personal sanitario y educativo de las zonas rurales y semirurales en sus actividades de educación en materia de nutrición; realizar por sí mismas programas educativos en este campo de la salud, y organizar los servicios dietéticos de hospitales, escuelas y otras instituciones en esas zonas; aquéllas que tenían estudios preparatorios y aprobaran ese año podían continuar sus estudios durante dos años más para obtener el título profesional de nutricionista de salud pública. La técnica

Foto: AHSS



Campaña antipolio, 1961.

de enfermería auxiliaba en los campos de la enfermería médica, quirúrgica y sanitaria; las alumnas que lo aprobaban y lo deseaban podían continuar sus estudios durante dos años más para obtener el título de enfermera profesional. El técnico en saneamiento desempeñaba funciones de auxiliar de ingeniería sanitaria, para resolver los problemas básicos de ingeniería sanitaria rural, así como para organizar a las comunidades a fin de mejorar el saneamiento del ambiente y para efectuar educación higiénica en este campo de la salud pública. El técnico en estadística de salud pública era un estadístico de nivel intermedio, con preparación en estadística general y archivos hospitalarios. Además de los cursos regulares había otros, de menor duración, como auxiliares de higiene dental y auxiliares de educación higiénica.²²

Es de destacar de ese discurso del secretario de Salubridad y Asistencia –además, desde luego, de la importancia dada a la formación del personal especializado en salud pública de todos los niveles–, el reconocimiento del derecho de todos a la salud, en consonancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), de las Naciones Unidas; la ampliación de las responsabilidades que esperaba darse a los maestros en salud pública; que se hablara de la necesidad de comprensión y afecto humano al realizar actividades sanitarias, así como la búsqueda de participación comunitaria en las actividades relacionadas con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La inauguración de los cursos de 1962, presidida por Díaz Esparza, coincidió con el cuadragésimo aniversario de la Escuela de Salud Pública, y fue un acontecimiento al que asistió el secretario de Salubridad y Asistencia, decenas de funcionarios de la Secretaría y de otras instancias gubernamentales, y un representante de la OPS, además de los alumnos de nuevo ingreso y sus familias.²⁵

Ese año, hubo 148 alumnos de nuevo ingreso, lo que representaba una inscripción más numerosa que la de años anteriores. Los alumnos mexicanos provenían de los Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pero también de otras Secretarías de Estado y de instituciones descentralizadas: Subsecretaría de Salubridad; Dirección de Salubridad en el Distrito Federal; Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios; Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia; Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos; Dirección General de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural; Dirección General de Educación en Salud Pública; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto Nacional de la Nutrición, y Hospital Juárez. Por su parte, los alumnos extranjeros eran enviados y becados por organismos internacionales: la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de Estados Americanos, y en pocas ocasiones, los gobiernos de sus países. Es imposible valorar la extensión de la influencia nacional y regional que ha tenido la Escuela, pero el cuadro 1 da una idea de ella.

Cuadro 1.

Alumnos de nuevo ingreso en la Escuela de Salud Pública, por curso, institución que otorgó la beca, lugar de origen y sexo. México, 1962

Curso de maestro en salud pública y administración médica	Organización Panamericana de la Salud	República Dominicana (6: 5 h, 1 m), Ecuador (2 h), Haití (1 h), Paraguay (2 h), Perú (2: 1 h, 1 m), Colombia (1 h), Cuba (3: 2 h, 1 m), Guatemala (1 h).
	Organización de los Estados Americanos	Ecuador (1 h), Colombia (1 h)
	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos	Colima (2 h), Vicam, Son. (1 h), México, D.F. (2 h)
	Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	Morelos (1 h), Palizada, Camp. (1 h), Villa Azueta, Ver. (1 h), Querétaro, Qro. (1 h), Zacatepec, Mor. (1 h), Chiapas (1 h), Michoacán (1 h), Perote, Ver. (1 h), Molango, Hgo. (1 h), Villa Cardel, Ver. (1 h), Tlapacoyan, Ver. (1 h), Tlaxcala, Tlax. (1 h), Acapulco, Gro. (1 m)
	Subsecretaría de Salubridad	México, D.F. (2 h)
	Dirección de Higiene Industrial	México, D.F. (2 h)
	Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. Dirección de Rehabilitación	México, D.F. (1 h)
	Escuela de Salud Pública	Navojoa, Son. (1 h)
	Dirección de Salubridad en el Distrito Federal	México, D.F. (12: 7 h, 5 m)
	Instituto Mexicano del Seguro Social	Chiapas (1 h)
Segundo año de salud pública y administración médica	Organización Panamericana de la Salud	Guatemala (1 h)
	Dirección de Saneamiento del Medio y Desarrollo de la Comunidad	México, D.F. (1 h)
	Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación	México, D.F. (1 h)
	Dirección de Salubridad en el Distrito Federal	México, D.F. (2: 1 h, 1 m)
	Dirección General de Educación en Salud Pública	México, D.F. (4 h)
Curso de enfermería en salud pública	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	Gómez Palacio, Dgo. (1 m), San Cristóbal de las Casas, Chis. (1 m), Escuintla, Chis. (1 m), Ciudad Victoria, Tamps. (1 m), Tamaulipas (1 m), Los Tuxtlas, Ver. (2 m), Morelia, Mich. (3 m), Nuevo Laredo, Tamps. (1 m), Valles, SLP (1 m), Villahermosa, Tab. (1 m), Chihuahua, Chih. (1 m), Santiago Ixcuintla, Nay. (2 m), Veracruz (1 m), Toluca, Edomex (1 m), Pachuca, Hgo. (1 m), Puebla, Pue. (1 m), Iguala, Gro. (1 m)
	Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos	México, D.F. (4 m)
	Dirección de Salubridad en el Distrito Federal	México, D.F. (3 m)
Cursos de técnicas en enfermería	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	El Oro, Edomex (2 m), Toluca, Edomex (1 m), Chalco, Edomex (1 m), Texcoco, Edomex (1 m), Chetumal, QR (1 m)
	Libres	México D.F. (7 m), Zacatecas, Zac. (2 m)
Curso de técnicas en nutrición en salud pública	Organización Panamericana de la Salud	La Paz, Bolivia (2 m)
	Organización de los Estados Americanos	Lima, Perú (1 m)
	Ministerio de Salud Pública de la República de Panamá	Panamá, Panamá (1 m)
	Dirección de Salubridad en el Distrito Federal	México, D.F. (1 m)
	Instituto Nacional de la Nutrición	México, D.F. (1 m)
	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	Poza Rica, Ver. (1 m), Querétaro, Qro. (1 m), Chihuahua, Chih. (1 m), Guadalajara, Jal. (1 m), Matamoros, Tamps. (1 m), Puebla, Pue. (1 m)
	Dirección General de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural	Salvatierra, Gto. (1 m), Puebla, Pue. (1 m)
	Hospital Juárez	México, D.F. (1 m)
Libres	Lima, Perú (1 m), México, D.F. (1 m)	
Curso de técnico en saneamiento	Organización Panamericana de la Salud	Haití (1 h), República Dominicana (2 h)
	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	Mexicali, BC (1 h), San Andrés Tuxtla, Ver. (1 h), Tlaxcala, Tlax. (2 h), La Huerta, Jal. (1 h), Toluca, Edomex (1 h), Ixtlán del Río, Nay. (1 h), Morelia, Mich. (1 h), Tlaxiaco, Oax. (1 h), Chetumal, QR (1 h)
	Dirección de Salubridad en el D.F.	México, D.F. (3 h)
	Dirección General de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural	México, D.F. (1 h)
Curso de estadística aplicada a la salud pública	Organización Panamericana de la Salud	Guatemala (1 m), Nicaragua (1 m), República Dominicana (1 h), República de El Salvador (1 h)
	Dirección de Salubridad en el D.F.	México, D.F. (2 h)
	Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios. Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia	Centro de Salud, Nayarit, Nay. (1 m), Centro de Salud, Iguala, Gro. (1 m), Tamaulipas (1 h), Centro de Salud, San Andrés Tuxtla, Ver. (1 h), Servicios Coordinados, Chihuahua, Chih. (1 m), Centro de Salud, Morelia, Mich. (1 m), Centro de Salud, Chihuahua, Chih. (1 h), Centro de Salud, Guaymas, Son. (1 h), México, D.F. (1 h), Chetumal, QR (1 h)
	Instituto Nacional de la Nutrición	México, D.F. (1 h)
	Hospital Infantil de México	México, D.F. (1 h)
	Hospital Central de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes	México, D.F. (1 h)
	Libres	México, D.F. (2: 1 h, 1 m), Querétaro, Qro. (1 h)

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 25.

Escuela de Salubridad y Asistencia

En su discurso de inauguración de los cursos de la Escuela del año 1962, que tuvo lugar el 22 de febrero, Álvarez Amézquita señaló que apenas hacía dos días, en las Jornadas de la Academia Nacional de Medicina, había hecho notar que las autoridades sanitarias habían transformado la Escuela de Salubridad e Higiene en Escuela de Salud Pública, porque el concepto de salud era mucho más amplio que el de salubridad.²⁵

Pero, un mes más tarde, el 29 de marzo de 1962, el presidente López Mateos promulgó un decreto, por medio del cual derogó el publicado en el *Diario Oficial* el 20 de octubre de 1938 –el cual había fijado las bases para la organización de la Escuela de Salubridad e Higiene– y dio a la institución académica la denominación de Escuela de Salubridad y Asistencia. Justificó la decisión de este cambio de nombre con base en el acuerdo presidencial del 30 de enero de 1960, que responsabilizaba a la Escuela de la enseñanza técnica, profesional y de posgraduados en todos los campos relativos a la salud humana.²⁶

Si se toman en cuenta la tendencia que había entonces de hablar de salud pública y no de salubridad y el reciente discurso del secretario Álvarez Amézquita, puede sospecharse que se trataba de una decisión presidencial y no de la Secretaría. También es posible que, con el nuevo nombre de la Escuela, se tuviera la intención de identificarla con el principal organismo sanitario y sus funciones. Por otro lado, llama la atención que el nombre oficial de la institución académica fuera, antes del decreto, Escuela de Salubridad e Higiene, lo que indica que los nombres de Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y el mencionado por Álvarez Amézquita, Escuela de Salud Pública, no habían sido establecidos por un procedimiento legal, aunque hubieran sido empleados en publicaciones oficiales, como los anuarios de la Escuela o los informes de la Secretaría.

El reconocimiento, por parte de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, de los diplomas de maestro en salud pública y administración médica, de enfermería en salud pública y de profesoras de la Escuela de Enfermería, otorgados por la Escuela de Salubridad y Asistencia, se obtuvo el 31 de agosto de 1962.²⁷ Es decir que los grados expedidos por la Escuela, alguna vez reconocidos por la UNAM, tuvieron reconocimiento de validez oficial otorgado por la SEP.



Foto: AHSS

Distribución de sal yodada, 1961.



Foto: AHSS

Vacunación de niños.
Yucatán, 1961.

La Escuela de Salubridad y Asistencia se proponía formar a los estudiantes de modo que, después de estudiar los problemas de salud y las causas que los originaban, dirigieran las labores que habían de modificar el ambiente y la conducta humana.²⁸ Durante la tercera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, realizada en São Paulo, Brasil, en 1963, el médico Pedro Daniel Martínez, en su calidad de director general de Educación en Salud Pública de la SSA, dio un informe sobre la importancia de las ciencias de la conducta (y quizá debió de haber agregado, de las sociales) y sobre cómo éstas se desarrollaban en la enseñanza de la administración sanitaria dentro de la Escuela de Salud Pública de México (insistía en darle este nombre), a través de discusiones sobre sus bases científicas, prácticas de campo y ensayos académicos. La metodología de tales discusiones se aplicaba de la siguiente forma:

Profesores de la UNAM y de la Escuela analizaban los problemas económicos nacionales y su relación con la salud pública; se recurría a la antropología social para analizar los conceptos de enfermedad, sociedad y salud; a la psicología evolutiva para conocer el desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas; a la psicología social para comprender las bases biológicas y culturales de la personalidad; a la sociología para contar con el método y las técnicas de la investigación social. Las discusiones se complementaban con debates sobre la familia como unidad de trabajo sanitario, los grupos humanos, los patrones de conducta y la motivación de éstos; las clases sociales en México y su relación con los programas sanitarios, y la economía y la salud pública. Los alumnos observaban luego situaciones sociales para poder dar su opinión y ofrecer una solución (por ejemplo: realizaban una vigilancia longitudinal de la conducta y dinámicas de las familias con situaciones médicas anormales, como la presencia de enfermos crónicos).²⁹

A diferencia de épocas anteriores, la Escuela no contó en estos años con un distrito sanitario o una institución especial de enseñanza, sino que se le proporcionaban las facilidades necesarias para ponerse en contacto con la vida urbana y rural de cualquier lugar de la República; de acuerdo con la Secretaría, todo el país se volvía así un laboratorio de enseñanza para los profesionales.²⁸ En efecto, al final del ciclo escolar, los alumnos de los diferentes cursos realizaban sus prácticas en tres decenas de comunidades; al terminar la práctica de campo, los alumnos del segundo año experimental del curso de maestro en salud pública y administración médica procedían a la elaboración de las tesis respectivas.³⁰

En el curso de maestro en salud pública y administración médica, el trabajo de campo duraba siete semanas. Cada grupo de médicos, conformado también por enfermeras y técnicos en saneamiento, estudiaba un programa regional de salud pública (paludismo, mal del pinto, oncocercosis u otro) y un programa general de salud pública en una zona tropical. Además, realizaba el estudio de una población rural carente de servicios de salubridad y llevaba a cabo un programa sanitario de una semana. El objeto del trabajo de campo era ofrecer a los alumnos la oportunidad de conocer programas especiales de salud pública y la dinámica de las comunidades rurales. En general, se buscaba educar para desarrollar una actitud favorable para la salud pública en todos los trabajadores del área. Para entonces, el curso de maestro en salud pública empezó a recibir también antropólogos y psicólogos. Los graduados seguían cursos de administración sanitaria, ingeniería sanitaria, nutriología y salud de trabajo.³¹

Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales

Por decreto presidencial del 4 de junio de 1964, fue creada la Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales, que quedó establecida el 15 de agosto de ese año. Su objetivo era preparar y graduar a profesionales en diversas ramas. Había tres niveles de preparación: el primero correspondía a los cursos técnicos; el segundo, a lo que llamaban profesional superior, y por último, el dirigido a graduados.

En el segundo nivel, la Facultad contaba con tres escuelas profesionales: la de Enfermería, la de Trabajo Social y la de Nutrición.³⁰ Y en el tercer nivel, es decir el de graduados, la Facultad contaba con las escuelas de Salubridad y Asistencia, la de Administración Médica y las especializaciones médico-sanitarias.²⁸

La SSA estableció, como tareas de la Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales, promover la educación, la investigación, la administración, la prevención y la rehabilitación, además de preparar y graduar a profesionales en diversas ramas como saneamiento, nutrición, control de enfermedades transmisibles agudas, salud materno-infantil, salud del trabajador y salud dental.

De su incorporación a la Facultad, se esperaba que la Escuela de Salubridad y Asistencia de México integrara sus tareas a todas las instituciones que intervenían en el mejoramiento de la salud del pueblo mexicano. También, que elevara el nivel científico y técnico de sus estudios. En ese momento, el segundo año del curso de maestro en salud pública seguía siendo experimental.

El cuerpo de gobierno de la Facultad estaba conformado por el secretario de Educación Pública, el Subsecretario General y el subsecretario de Enseñanza Técnica y Superior de la misma dependencia; el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los subsecretarios de Salubridad y de Asistencia, el director del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y el director de la Facultad.²⁸ Pero esta última tendría sólo unos meses de vida.

En 1964, la población de la Escuela era de 262 alumnos; terminaron sus estudios 85 estudiantes nacionales y 16 del extranjero, procedentes de Guatemala, Honduras, Costa Rica, Nicaragua, República Dominicana, Colombia, Ecuador y Paraguay.³⁰ En total, entre 1959 y 1964, egresaron de la Escuela de Salud Pública y la Escuela de Salubridad y Asistencia 1 034 alumnos, de los que 624 eran mujeres. Entre ellos, 121 alumnos, de los cuales 5 eran mujeres, egresaron de la maestría en salud pública; y 151, de los que 9 eran mujeres, lo hicieron de la maestría en salud pública y administración médica (cuadro 2).

Durante el gobierno de López Mateos, la Escuela se desarrolló manteniendo su prestigio dentro del mundo médico mexicano y en el extranjero, como lo muestra el hecho de que preparó a 57 profesionales de distintos países de América Latina, desde Paraguay hasta Guatemala. Asimismo, otras escuelas buscaban su asesoría; en septiembre de 1964, los doctores Avelino López Martínez y Jorge Vilchis Villaseñor, profesores de la Escuela, proporcionaron asesoría a la Escuela de Salud Pública de Cuba.

En el periodo 1959-1964, la medicina estatal estuvo ligada a una orientación social, que no separaba la medicina curativa de la preventiva. La salud pública era considerada como una sola unidad de servicio para prevenir, tratar, rehabilitar, investigar y educar, cuya intención era proteger y promocionar la vida humana. Para implementar los beneficios de la medicina social, la SSA estableció los Servicios Médicos Rurales y, en 1964, en coordinación con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), impulsó el Programa Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural, que buscaba elevar el nivel integral de vida de las comunidades, a través del desarrollo de diferentes servicios de atención, como los centros de salud materno-infantiles y el mejoramiento de la habitación.³²

En estos años, la labor de los trabajadores de salud pública se enfocó en ser promotores del desarrollo común y comunitario, el cual consistía en la preparación de enfermeras auxiliares, que salían de las pequeñas comunidades y volvían a ellas una vez entrenadas.³² En general, la formación de recursos humanos estuvo relacionada con los programas de la SSA, los cuales respondían al perfil epidemiológico del país; a inicios del sexenio, las enfermedades infectocontagiosas seguían siendo las principales causas de mortalidad general, y las enfermedades propias de la primera infancia ocupaban el primer lugar, seguidas de la gastroenteritis, así como de la gripe y la neumonía, y de otras enfermedades transmisibles. Pero el paludismo había pasado al décimo lugar (cuadro 3).³³

Cuadro 2.

Número de egresados de la Escuela de Salud Pública-Escuela de Salubridad y Asistencia, por programa académico, año y sexo. México, 1959-1964

Programa académico	Número de egresados, por año y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Maestría en salud pública	1959: 34 (33 h, 1 m); 1960: 43 (42 h, 1 m); 1961: 44 (41 h, 3 m)	121 (116 h, 5 m)
Enfermería en salud pública	1959: 11 m; 1960: 21 m; 1961: 15 m; 1962: 24 m; 1963: 14 m; 1964: 12 m	97 m
Trabajo social médico	1959: 8 m	8 m
Técnico en saneamiento	1959: 12 h; 1960: 15 h; 1961: 11 h; 1962: 10 h; 1963: 7 h; 1964: 7 h	62 h
Estadística	1959: 10 (7 h, 3 m)	10 (7 h, 3 m)
Profesora de enfermería	1960: 25 m; 1961: 6 m; 1962: 1 m	32 m
Nutricionista en salud pública	1960: 10 m	10 m
Supervisión de trabajo social	1960: 15 m	15 m
Auxiliar de enfermería	1960: 82 m	82 m
Administración de hospitales	1960: 1 h	1 h
Nutrición en salud pública	1961: 7 m	7 m
Trabajo social psiquiátrico	1961: 13 (2 h, 11 m)	13 (2 h, 11 m)
Capacitación en trabajo social	1961: 32 (1 h, 31 m)	32 (1 h, 31 m)
Estadística aplicada a la salud pública	1961: 23 (15 h, 8 m)	23 (15 h, 8 m)
Orientación en salud pública	1961: 20 (19 h, 1 m)	20 (19 h, 1 m)
Maestro en salud pública y administración médica	1962: 42 (36 h, 6 m); 1963: 56 (54 h, 2 m); 1964: 53 (52 h, 1 m)	151 (142 h, 9 m)
Técnicos en estadística aplicada a la salud pública	1962: 15 (9 h, 6 m); 1963: 14 (10 h, 4 m); 1964: 12 (8 h, 4 m)	41 (27 h, 14 m)
Técnico en nutrición	1962: 14 m; 1964: 18 m	32 m
Técnica en enfermería	1962: 30 m; 1963: 51 m; 1964: 53 m	134 m
Auxiliares en educación higiénica	1962: 15 (13 h, 2 m)	15 (13 h, 2 m)
Auxiliares en higiene dental	1962: 27 m; 1963: 27 m; 1964: 43 m	97 m
Técnicos de nutrición en salud pública	1963: 18 m	18 m
Administradores de centros de salud	1963: 13 (5 h, 8 m)	13 (5 h, 8 m)

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 5.

Cuadro 3.

Principales causas de mortalidad general en México, 1960

Posición	Causas de mortalidad general
1	Enfermedades propias de la primera infancia
2	Gastroenteritis
3	Gripe y neumonía
4	Bronquitis
5	Malformación congénita
6	Tétanos
7	Tosferina
8	Sarampión
9	Disentería
10	Paludismo

Fuente: referencia 33.

Los académicos de la Escuela investigaban y divulgaban trabajos científicos y administrativos relacionados con la salud pública. Por ejemplo, el Departamento Docente de Epidemiología y Estadística elaboraba cuadros epidemiológicos sobre diarreas, lepra, poliomielitis, meningococcias, rickettsiasis, hepatitis infecciosa, carbunco, diabetes, paludismo y mortalidad en general.⁴

En el ámbito internacional hubo entonces avances que tuvieron impacto en las intervenciones en salud pública, como el uso de antibióticos e insecticidas y el desarrollo de nuevas vacunas, los cuales se incorporan a las campañas sanitarias.⁵ En 1959, al comenzar el sexenio de López Mateos, había ya 14 campañas sanitarias en marcha (contra tuberculosis, poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, oncocercosis, fiebre amarilla, viruela, tifo, sarampión, paludismo, enfermedades venéreas y lepra –que fue transformada en programa nacional contra las enfermedades de la piel– y programa de nutrición).³² La vacunación contra la polio, e incluso la producción de vacuna antipoliomielítica, comenzó en México en los años cincuenta.³⁴ En 1962, se logró la erradicación del *Aedes aegypti*; no hubo registros de defunciones a causa de la fiebre amarilla, la viruela y el paludismo, debido a que estuvieron controladas sanitariamente. La lucha contra el paludismo, en particular, había generado interés internacional, como lo muestra el hecho de que 272 personas de 49 países viajaron a México para tomar cursos de adiestramiento en el combate a la enfermedad.³⁵



Foto: AHSS

ISET, Laboratorio de Rabia, 1987.

Entre 1959 y 1964 se agregaron cinco nuevas campañas: contra las diarreas, las neumonías, la prevención de la fiebre reumática, los accidentes y el mal del pinto.³² En esta última, la penicilina permitió tratar a 489 962 personas, las cuales representaban 98% de los 500 000 casos que había en el país.^{28,36} En estas campañas, había participación de la Escuela de Salud Pública (después, de Salubridad y Asistencia). Ésta participó, por ejemplo, en la planeación del programa nacional de prevención de accidentes (en el hogar, en el trabajo y en el tránsito), los cuales mostraban entonces un aumento que se consideraba alarmante. Este programa, encabezado por la SSA, contemplaba la psicosis traumática y la rehabilitación de los accidentados, y contribuyeron a él –además del sector académico– representantes del sector privado industrial y de los trabajadores.³⁷

El 1 de enero de 1960, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inició oficialmente sus servicios, que incluían beneficios amplios e integrales: apoyo familiar, educación, cultura y deporte; desde luego, servicios médicos prestados en instalaciones propias, y seguridad económica, con pensiones por edad y por riesgos de trabajo. Dos días antes, el *Diario Oficial de la Federación* había publicado la Ley del ISSSTE. En 1961, nació también el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI). Por otro lado, los nuevos edificios

Foto: AHSS



Vehículo de Campaña Nacional contra la Tuberculosis, 1966.

Foto: AHSS



Orientación a la comunidad, 1967.

que la SSA construyó durante el gobierno de López Mateos para la población no asegurada, incorporaron a los hospitales y los centros de salud en un mismo espacio, y sus directores –a los que se consideraba responsables de la salud de toda la comunidad– debían ser graduados en salud pública, con un curso adicional en administración de hospitales.³² Esto debió de haber influido para que la Escuela de Salubridad impartiera en 1960 el curso de administración de hospitales, y en 1963, el de administradores de centros de salud.

Entre 1959 y 1964, fueron creadas nuevas direcciones generales. Algunas de ellas fueron la Dirección General de Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios –para planear y dirigir los programas sanitarios y asistenciales–; la Dirección de Higiene Industrial –enfocada en el cuidado de la salud y la vida de los trabajadores, en la que maestros en salud pública participaban, junto con otros profesionales de la salud, dando cursos sobre higiene del trabajo a médicos e ingenieros en la Escuela de Salud Pública–; también la Sección de Enfermería adquirió el rango de Dirección General.²⁸

Se seguían debatiendo, en el ámbito nacional y en el internacional, las normas recomendables para las escuelas de salud pública de América Latina. Un grupo de estudio, reunido en Buenos Aires en 1964, consideró que estas últimas necesitaban tener fondos; contar con personalidad jurídica, con atribuciones y responsabilidades precisas; nombrar un consejo para dirigir y orientar la política general, además de un cuerpo técnico; tener una estructura que incluyera funciones de docencia, investigación y servicio a la colectividad, y, de ser posible, estar organizadas por departamentos: Administración Sanitaria, Epidemiología, Bioestadística, Saneamiento del Medio, Ciencias Sociales, Atención Médica y Administración de Hospitales. Adicionalmente, las escuelas debían poseer autoridad administrativa, y tener aseguradas autoridad científica y libertad de pensamiento.³⁸

Vuelta a la Escuela de Salud Pública

Por disposición superior, el 9 de febrero de 1965, la Escuela de Salubridad y Asistencia cambió su denominación por la de Escuela de Salud Pública.³⁰ Esto ocurrió durante el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz (1 de diciembre de 1964-30 de noviembre de 1970). Sin embargo, cabe aclarar que, en algunas de las publicaciones oficiales de esos años, se empleaba en ocasiones el nombre “Escuela de Salud Pública de México”, denominación que esta institución de enseñanza adoptaría formalmente tiempo después. Hubo, durante ese sexenio, dos secretarios de Salubridad y Asistencia, el doctor Rafael Moreno Valle (1964-1968) y el doctor Salvador Aceves Parra (1968-1970). El 18 de marzo de 1965, el doctor Avelino López Martínez fue nombrado director de la Escuela de Salud Pública, y lo siguió siendo hasta finales del sexenio.

Avelino López Martínez fue médico cirujano por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y maestro en salud pública. En 1963, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, realizó estudios sobre administración de salud pública en Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana, Colombia, Haití y Cuba. En la SSA, ocupó numerosos puestos: fue jefe de los Servicios Médicos de la Comisión del Papaloapan (en Oaxaca), director de los hospitales de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, jefe de la Dirección de Higiene Industrial, director general de Educación Profesional en Salud Pública, director de Supervisión en la Subsecretaría de Planeación, director de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, subdirector de Supervisión de los Servicios de Salud de la Dirección General de Regulación, director de Programas de la Dirección de Rehabilitación, y de Evaluación de la Dirección General de Planificación, Información y Evaluación. Fue, asimismo, coordinador médico del Departamento de Prestaciones Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dio clases en la UNAM y cursos de especialidad en salud pública en el ISSSTE. Presidió la Sociedad Mexicana de Salud Pública.⁵

Hasta 1965, la Escuela de Salud Pública siguió teniendo bajo su dependencia a la Escuela de Enfermería y la Escuela de Nutrición en Salud Pública, cuyos propósitos eran preparar especialistas a través de programas de tres años para grados profesionales y de un año para cuestiones técnicas; pero ese año se constató que los centros educativos no estaban realmente coordinados entre sí, y no existía la capacidad para realizar el adiestramiento de un número creciente de personal sanitario. A la Dirección General de

Foto: AHSS



Brigadas
odontológicas
universitarias en
Monterrey, NL, 1971.

Educación en Salud Pública se le encomendó investigar las necesidades de adiestramiento de personal, planear y desarrollar los programas correspondientes, y supervisar la enseñanza de la salud pública en sus diferentes campos a nivel nacional. La Dirección adquirió, así, la responsabilidad de la escuelas de Trabajo Social, de Nutrición y de Enfermería, el curso de administración de hospitales para graduados y los cursos de adiestramiento regional.

A partir de esos cambios, la Escuela de Salud Pública pudo reorganizarse para atender las necesidades de sus estudiantes. Incorporó el Departamento de Microbiología y Parasitología al Departamento de Epidemiología y Estadística, y estableció el Departamento de Ciencias de la Conducta. Los programas de los cursos quedaron conformados de la siguiente manera: cursos de maestro en salud pública y administración médica, y de administración de hospitales; cursos de especialización en administración, infectología y nutrición en salud pública; cursos técnicos en estadística y saneamiento, con un año de duración, y cursos breves en distintos campos de la salud pública que duraban entre uno y seis meses (administración de centros de salud, auxiliares de laboratorio, auxiliar de higiene dental y técnico en desarrollo de la comunidad). Estos cambios se hicieron con el apoyo de la SSA y el aumento del presupuesto federal, así como con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, que otorgó becas para los profesores.²¹

La Escuela quedó como órgano desconcentrado, y su Consejo Directivo siguió estando integrado por el secretario de Salubridad y Asistencia, los subsecretarios de Salubridad y de Asistencia y el director de la propia Escuela; pero también por los titulares de las dependencias ejecutivas en estados y territorios y en el Distrito Federal, así como el de Educación Profesional en Salud Pública. Ellos tenían la función de establecer la política de enseñanza, autorizar los programas de los cursos, señalar las asignaciones presupuestales y nombrar al personal técnico.³⁹

Pedro Daniel Martínez fue nombrado subsecretario de Salubridad, y desde ese puesto invitó a tres de los jefes de departamento de la Escuela a hacerse cargo de sendas direcciones generales: Epidemiología y Campañas Sanitarias (doctor Jorge Vilchis Villaseñor), Educación Higiénica (doctor Jorge Gage Barragán) y Educación Profesional en Salud Pública (doctor Agustín Díaz Esparza). Los académicos de la Escuela no fueron entonces sólo los encargados de la educación en salud pública, sino que se transformaron en los funcionarios responsables de los programas de salud pública nacionales.⁵

La organización institucional de la Escuela radicó en tres pilares: administración de salud pública, epidemiología y estadística, y ciencias sociales y de la conducta; mientras que su estructura docente quedó conformada por 19 profesores de tiempo completo y 80 profesores titulares de secciones, quienes a la par laboraban en la SSA, el IMSS, el ISSSTE y otras instituciones descentralizadas.⁴⁰



Foto: AHSS

Lavaderos públicos
en Nuevo Laredo,
Tamps., 1967.

La Escuela capacitaba al personal de instituciones médicas, centros de investigación y otros servicios de salud. Su oferta académica en el nivel de posgrado incluía maestría en salud pública y administración médica, cursos de administración de hospitales, y de especialización en infectología, administración y nutrición de salud pública. En estos años, a la maestría en salud pública (que duraba un año) se le agregó un curso sobre demografía y otro curso sobre organización y administración de la atención médica.³⁹

En el campo de la administración y dirección de hospitales, la Escuela de Salud Pública tenía un curso para profesionales no médicos, con el propósito de preparar superintendentes; un curso de administración y dirección de hospitales para profesionales médicos y directivos de instituciones médicas (que duraba un año); y un curso de especialización en organización y administración de la atención médica para profesionales médicos que hubieran realizado su preparación básica en administración y dirección de hospitales (con una duración de dos años). En el segundo año, los alumnos hacían una residencia hospitalaria.³⁹

En 1965, la Escuela inició cursos formales de especialización. Aunque planeaba y después establecería también especializaciones en nutrición y administración de hospitales, la primera que impartió fue la especialización en infectología de salud pública (que duraba tres años). En el primero, se cursaba la maestría en salud pública y administración médica (1 559 horas). En el segundo, se llevaba la enseñanza teórico-práctica: adiestramiento de laboratorio, de gabinete, clínico y epidemiológico; comprendía materias académicas, residencia hospitalaria de cuatro meses y trabajos de investigación (1 716 horas). El tercer año implicaba 12 meses de dedicación exclusiva, incorporados a la organización sanitaria como personal especializado en adiestramiento.⁴¹ En septiembre de 1967, en el Auditorio de la Escuela, tuvo lugar el examen de grado de Jorge Fernández de Castro, quien recibió el primer diploma de especialización en infectología. El título de su tesis fue “La campaña contra la oncocercosis en el estado de Chiapas”.⁴²

Para el personal no profesional, seguía habiendo cursos de técnico en saneamiento y técnico en estadística de nivel intermedio (con duración de un año). En el caso de los cursos breves, se impartían los de epidemiología y control de la tuberculosis; odontología sanitaria; administración de servicios de salud; técnico de laboratorio de salud pública; microscopía en tuberculosis; auxiliar de higiene dental, y un curso sobre codificación de defunciones y enfermedades, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Clasificación de Enfermedades. Por otro lado, la Escuela colaboraba en cursos de las escuelas de Enfermería y Nutrición, así como en el de enfermería

Foto: AHSS



Equipo de salud en el leprocomio de Zoquiapan, Estado de México, años setenta.

pediátrica del Hospital Infantil de México.³⁹ Todos los alumnos eran considerados como parte del “ejército de profesionistas, técnicos y auxiliares que en sus esferas de acción trataban de materializar los objetivos de la salud pública”.⁴³

La Escuela de Salud Pública tenía vínculos estrechos con universidades del país para ajustar la enseñanza a las necesidades de la realidad nacional y las demandas sociales. Los tenía, igualmente, con instituciones hospitalarias; en 1968 dijo Zubirán que, desde su creación en 1946, el Instituto Nacional de la Nutrición había servido para atender las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población del país, pero también para estudiar, y que –además de sus propios alumnos– se habían instruido ahí los de las escuelas de Administración de Hospitales y de Salud Pública.⁴⁴ Ante el creciente interés que tenían los países latinoamericanos por resolver los problemas de nutrición de su población, por sus repercusiones en la salud, la economía y el desarrollo, el Instituto Nacional de la Nutrición planteó el establecimiento de un seminario latinoamericano de adiestramiento de personal para programas de nutrición aplicada, en sus instalaciones.⁴⁵

En la clausura de cursos de la Escuela de Salud Pública, correspondientes al año 1966, Díaz Esparza –entonces director de Educación Profesional en Salud Pública de la Secretaría–, señaló que los cursos pretendían “alcanzar una síntesis armónica entre el creador intelectual y el constructor material”.⁴⁶

La Escuela y sus egresados

Una parte de la formación especializada de la maestría en salud pública y administración médica consistía en hacer visitas a algún estado para realizar un informe sobre el manejo médico y administrativo de un distrito sanitario: el funcionamiento de los centros de salud, de las campañas de vacunación y de las obras de introducción de agua potable; para, finalmente, sugerir qué acciones podrían emprenderse con el fin de mejorar la salubridad en la comunidad.⁴⁷ En ocasiones, la práctica de posgraduados era más amplia, pues supervisaban la organización y el funcionamiento de los Servicios Coordinados de Salud Pública de una región. Evaluaban el funcionamiento de los departamentos de la Jefatura Central de los Coordinados: Medicina Preventiva, Administración Médica, Saneamiento, Obras Rurales por Cooperación y Administrativo, y visitaban también las

distintas jurisdicciones sanitarias de la región.⁴⁸ Los estudiantes de los cursos de enfermería, nutriología y saneamiento hacían también prácticas comunitarias.⁴⁹

Muchos de los alumnos provenían de distintas partes del país, y eran enviados a la Escuela de Salud Pública en la ciudad de México para recibir una preparación especializada, y volver después a laborar en sus estados.⁴⁸ Los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en los estados buscaban que su personal obtuviera becas para capacitarse como promotores de saneamiento, auxiliares de laboratorio, auxiliares de nutrición o en construcción de obras por cooperación; también como maestros o especialistas en salud pública o epidemiología.^{50,51}

La conciencia de la necesidad de contar con buenas estadísticas, como elemento base para la planeación de los programas de salud pública, llevaba también a promover la capacitación del personal como técnicos en estadística, fuera en la jefatura de los Servicios Coordinados o en cursos formales dentro de la Escuela de Salud Pública.⁵² Con frecuencia cada vez mayor, los puestos de Servicios Coordinados de Salud Pública fueron asignados a los egresados de la Escuela.⁵³

La jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública advirtió que, para mejorar los servicios dentales en los centros de salud, en ellos se debía seleccionar a una empleada del personal de enfermería para cumplir con las labores correspondientes. Sin embargo, exhortó a los responsables de estos establecimientos a considerar la creación de la plaza de auxiliar de higienista dental, el cual debería contar con el curso de adiestramiento de la Escuela de Salud Pública.⁵⁴

Hacia finales de los sesenta, en el Distrito Federal –donde había cerca de 500 colonias populares con aproximadamente dos millones de habitantes– empezaron a realizarse jornadas dominicales para demostrar servicios y su correcta utilización: aplicación de vacunas en campamento y a domicilio, consultas médicas y odontológicas, catastro torácico a población mayor de 15 años y estudio serológico a embarazadas, reparto de desayunos a preescolares, aplicación de insecticidas dentro de los domicilios, incineración de basuras y servicios de peluquería a niños. Para crear conciencia en pro de la salud, se organizaban pláticas, entrevistas y mensajes por unidades móviles. No pretendían solucionar en un día los problemas de la comunidad, sino tener avances. Las jornadas estaban a cargo de un médico, maestro en salud pública, que contaba con diversos apoyos: SSA, Departamento del Distrito Federal, Instituto Nacional de la Juventud Mexicana, INPI, IMSS, ISSSTE, CONASUPO, SEP, UNAM y Federación de Organizaciones Populares en el D.F.⁵⁵

Foto: AHSS

Niños en Escuela Mi Hogar.
Ciudad de México, 1961.

En una Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, José Figueroa Ortiz, uno de los congresistas, sostuvo que el paciente del sanitarista era la comunidad, y que al médico no se le capacitaba para enfrentar problemas de patología social. Por ello, para dedicarse a actividades de salud pública, fueran de administración, docencia, investigación o promoción, se requerían estudios particulares. Llamó a “no encargar a improvisados lo que demanda[ba] personal especializado”, y censuró que, desde hacía tiempo, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, existieran actitudes despectivas por parte de médicos liberales hacia quienes se dedicaban a tareas de salud pública.⁴³

Lo mismo hizo notar Martínez Báez en una Jornada Médica Nacional de la Academia Nacional de Medicina. Destacó, a través de un recuento histórico, la trascendencia de la medicina preventiva en el cuidado y la prevención de la salud pública de los individuos y las colectividades, y dijo que las disputas entre los médicos clínicos y los sanitaristas deberían terminar porque la labor de cada uno era esencial. Su trabajo en conjunto podía garantizar una mejor calidad de vida y salud a la población.⁵⁶

La orientación que la Escuela daba a sus alumnos no terminaba una vez que éstos recibían sus diplomas o grados, sino que, por intermedio de la Asociación de Egresados de la Escuela de Salud Pública, la institución mantenía –como había hecho siempre– una comunicación constante con sus antiguos estudiantes, para ofrecerles asesoría y educación continua. Esta Asociación de Egresados organizaba cada año las Jornadas de Salud Pública, donde participaban quienes ya eran técnicos y especialistas de la SSA, del IMSS, el ISSSTE, el INPI y de otras instituciones de asistencia médica y seguridad social encargadas de desarrollar los programas de salud pública de México. En tales jornadas se debatía sobre todo lo relacionado con la salud pública, pero el análisis sociológico de los trabajadores de la salud y la enseñanza continua eran temas preferentes.⁵⁷ En otras reuniones de salud pública, se presentaban trabajos a nombre de la Asociación; por ejemplo, sobre avances de vacunas.

Fue durante la inauguración de unas Jornadas de Salud Pública organizadas por la Asociación de Egresados, en la que estaban presentes más de 600 de sus exalumnos, cuando el secretario de Salubridad y Asistencia, Moreno Valle, informó que el presidente Díaz Ordaz había aprobado la erogación de varios millones de pesos para construir la Escuela de Salud Pública.⁵⁸

1 Intercambios con el exterior

La Escuela de Salud Pública siguió manteniendo relaciones con organismos nacionales e internacionales y realizando ajustes en sus programas de enseñanza, con la idea de armonizar el conocimiento científico universal a las características de la realidad nacional y latinoamericana. Su presupuesto para 1969 fue de 2 452 804 pesos, del cual 94.3% provino de fondos del gobierno federal, y recibió el 5.7% restante como aportación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). De este presupuesto, utilizaba 27% para el otorgamiento de becas a alumnos de distintos cursos.³⁹

Profesores de la Escuela fueron comisionados, en 1965, para asistir a un seminario sobre adiestramiento de personal auxiliar para los servicios sanitarios, en la República Federal Alemana. Dos años después, la OMS y la OPS promovieron la visita, auspiciada por la SSA, de 12 directores de escuelas similares, de las universidades Johns Hopkins, y de Yale, Carolina del Norte, Michigan, Harvard, Toronto, California, Berkeley, Minnesota, Montreal y Puerto Rico, para que conocieran el desarrollo de los programas académicos.⁴⁰ La Escuela también recibió múltiples visitas de funcionarios de salud pública, procedentes de Estados Unidos de América, Guatemala, Ecuador, Argentina, Checoslovaquia y Alemania occidental.³⁰

Profesionistas extranjeros llegaban cada año al país para estudiar en la Escuela de Salud Pública de la SSA, becados por la OPS, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y los gobiernos correspondientes a sus países (Guatemala, Ecuador, República Dominicana, Colombia, Panamá, Cuba y Paraguay). Había entre ellos médicos, técnicos en nutrición, técnicos en saneamiento, cirujanos dentistas y enfermeras, los cuales por lo general cursaban la carrera de maestro en salud pública a lo largo de dos años.⁵⁹ Por otro lado, la OPS y la OMS daban oportunidades para que mexicanos tomaran cursos breves en el exterior.

En este sexenio, tuvieron lugar otras cuatro Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. La IV (Puerto Rico, 1965) trató sobre la enseñanza de la epidemiología, disciplina con la que se buscaba aplicar la metodología científica a los problemas de salud de la población latinoamericana; tener un conocimiento más exacto de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles, que cada día adquirían mayor peso; realizar vigilancia epidemiológica; establecer las bases científicas para la prevención y el control de las enfermedades y para la ejecución de los otros programas de salud; programar, organizar, ejecutar y evaluar programas de salud, a fin de utilizar los recursos con la mayor eficiencia, así como servir de enlace entre los profesores de medicina preventiva y los profesores clínicos.²¹

La V (Argentina, 1967) versó sobre la enseñanza en la administración de la atención médica, la cual estaba íntimamente ligada a la legislación de cada país, pero tenía también principios comunes aplicables a cualquiera, y debía formar parte de los programas de todo curso regular de maestría; y la VI (Colombia, 1969), que tuvo como tema las funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socioeconómicos de América Latina, se ocupó de la responsabilidad de las escuelas de salud pública para formar profesionales con un sentido integral de la salud y sus problemas, ante tales cambios. También se realizó una conferencia especial sobre salud y población (Chile, 1970), que definió, tanto la vinculación entre una y otra, como la diversidad de profesionales que debían participar en ese campo, y sugirió establecer programas de salud y población en las escuelas de salud pública.²¹ Sin embargo, ningún representante de México asistió a las dos últimas conferencias.¹⁹

El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS publicó los resultados de un estudio comparativo titulado *Las escuelas de salud pública de América Latina* (1968), que incluyó 10 instituciones de enseñanza de las siguientes ciudades: Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo.¹⁹ Sobre México, el estudio informó que, en 1922, el Departamento, en conjunto con los médicos formados en Johns Hopkins, habían fundado la Escuela de Salud Pública. (Esto no se ajustaba a la realidad, pues el creador y los primeros maestros de la Escuela –que en ese momento se llamaba de Salubridad– no habían tenido contacto con esa Universidad, y la mayoría de ellos se habían formado en Europa. Sólo unos años después, en la Escuela habría influencia de los becados por la Rockefeller.) Para el año 1968, la Escuela estaba constituida por departamentos organizados por cátedras, y sus unidades docentes eran: administración en salud pública; administración de hospitales y atención médica; ciencias sociales; enfermería en salud pública; epidemiología y estadística, y saneamiento ambiental. El perfil del personal docente era de médicos, estadísticos, matemáticos, enfermeras, ingenieros, científicos sociales, dentistas, químicos farmacéuticos, técnicos en saneamiento y administradores. En cuestiones de servicios y facilidades para el alumnado, la Escuela contaba con aulas y salas de seminarios, atención médica, correo, vehículos para alumnos, servicios técnicos generales (fotografía y material gráfico), espacios para estudiar y una biblioteca con 15 000 libros. Además, los alumnos disponían de facilidades para la práctica en terreno fuera de la Escuela, de forma permanente y periódica en el ámbito nacional, el regional-zonal y el local.⁶⁰

El contenido del curso básico de maestría en salud pública y administración médica incluía aspectos de administración general, administración de salud pública, administración de centros de salud, administración de hospitales, planificación en salud, epidemiología, estadística, saneamiento del medio, ciencias sociales, higiene materno-infantil, educación higiénica, nutrición en salud pública, higiene del trabajo, organización de la atención médica y trabajo de campo interdisciplinario.⁶⁰

De 1966 a 1968, entre los alumnos hubo 237 médicos, 91 enfermeras, 45 dentistas, 3 ingenieros, 19 educadores sanitarios y 8 veterinarios. Entre 1960 y 1968 fueron admitidos 402 alumnos y se graduaron del curso básico 353 y, entre 1964 y 1968, hubo 75 alumnos del extranjero (8 de Bolivia, 4 de Colombia, 6 de Costa Rica, 16 de Cuba, 8 de Ecuador, 2 de El Salvador, 10 de Guatemala, 6 de Honduras, 3 de Nicaragua, 1 de Panamá, 6 de República Dominicana, 1 de Venezuela y 4 de Paraguay). De acuerdo con las cifras proporcionadas por la Escuela, el total de graduados hasta 1968 fue de 4 910.⁶⁰

Nuevos rumbos

En el sexenio, egresaron de la Escuela de Salud Pública 3 042 alumnos, de los que 2 198 eran mujeres. Entre ellos, de la maestría en salud pública y administración médica egresaron 269 alumnos, de los cuales 20 eran mujeres (cuadro 4).

Las enfermedades no transmisibles empezaban a cobrar mayor importancia, pero en 1970, las primeras causas de muerte seguían siendo las enfermedades transmisibles. (cuadro 5).³³ El paludismo, eso sí, dejó de aparecer entre las 10 primeras causas de mortalidad general; de hecho, México pasó en ese momento de 25 000 muertes anuales por paludismo a sólo 2 800 enfermos registrados. En 1968, los representantes mexicanos decidieron participar en la XXI Asamblea Mundial de la Salud, de Ginebra, para exponer su experiencia y su estrategia en la lucha contra el paludismo, que consideraban relevante para el mundo médico.⁶¹

Para Bustamante y colaboradores, en este periodo no se efectuaron cambios radicales; sólo se solidificaron los sistemas operantes, el establecimiento de reglamentos y la mejora de competencias profesionales. La Secretaría continuó con las campañas contra viruela, difteria, tosferina, tétanos, sarampión y poliomielitis, en las cuales fue fundamental que el Instituto Nacional de Higiene produjera los 35 productos biológicos que se utilizaban en los servicios sanitarios, incluyendo desde entonces la vacuna liofilizada contra el sarampión. Se estableció también el Sistema Cartilla Nacional de Vacunación.³²

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia dio origen a la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), creada en agosto de 1968, con el objetivo de proporcionar a los niños raciones alimentarias diarias. En sus tareas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, entre 1965 y 1970, el Estado buscó la cooperación de las dependencias gubernamentales y las instituciones descentralizadas, los organismos privados y la población. Tenía el propósito de lograr el óptimo aprovechamiento de los recursos de la SSA, el IMSS y el ISSSTE, y coordinó su acción por medio de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, creada por decreto presidencial del 6 de agosto de 1965.³²

Cuadro 4.

Número de egresados de la Escuela de Salud Pública, por programa académico, año y sexo. México, 1965-1970

Programa académico	Número de egresados, por año y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Maestría en salud pública y administración médica	1965: 30 (27 h, 3 m); 1966: 42 (41 h, 1 m); 1967: 44 (39 h, 5 m); 1968: 47 (44 h, 3 m); 1969: 57 (53 h, 4 m); 1970: 49 (45 h, 4 m)	269 (249 h, 20 m)
Enfermería en salud pública	1965: 14 m; 1966: 14 m; 1967: 16 m; 1968: 21 m; 1969: 18 m	83 m
Técnico en estadística aplicada a la salud pública	1965: 18 (11 h, 7 m); 1966: 17 (9 h, 8 m); 1967: 23 (9 h, 14 m); 1969: 25 (14 h, 11 m); 1970: 28 (17 h, 11 m)	111 (60 h, 51 m)
Administración de centros de salud	1965: 18 (9 h, 9 m); 1966: 18 (12 h, 6 m); 1967: 24 (12 h, 12 m); 1968: 26 (17 h, 9 m); 1969: 25 (9 h, 16 m)	111 (59 h, 52 m)
Trabajo social	1965: 18 m	18 m
Promotores sociales	1965: 19 (18 h, 1 m)	19 (18 h, 1 m)
Orientación sanitaria para médicos generales	1965: 54 (52 h, 2 m)	54 (52 h, 2 m)
Orientación sanitaria para enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería	1965: 32 m	32 m
Técnico en saneamiento	1965: 10 h; 1966: 10 h; 1967: 13 h; 1968: 10 h; 1969: 9 h; 1970: 17 h	69 h
Técnicas en enfermería	1965: 77 m; 1966: 110 m; 1967: 62 m	249 m
Técnico en nutrición	1965: 22 m; 1966: 21 m; 1967: 16 m; 1968: 37 m; 1969: 32 m; 1970: 21 m	149 m
Prácticos de saneamiento	1965: 30 h; 1966: 15 h	45 h
Técnicas en trabajo social	1965: 48 m; 1969: 36 m	84 h
Auxiliares en (de) higiene dental	1965: 23 m; 1966: 31 m; 1967: 35 (2 h, 33 m); 1968: 26 m; 1969: 23 m; 1970: 19 m	157 (2 h, 155 m)
Auxiliares de laboratorio en salud pública	1965: 13 m; 1966: 13 (4 h, 9 m)	26 (4 h, 22 m)
Auxiliares de enfermería	1965: 352 m; 1966: 355 m; 1970: 173 m	880 m
Auxiliares de nutrición	1965: 66 m; 1966: 46 m	112 m
Especialización en infectología	1966: 1 h; 1967: 2 h; 1968: 2 (1 h, 1 m)	5 (4 h, 1 m)
Licenciado en nutrición	1966: 14 m; 1967: 8 m; 1968: 7 m; 1969: 6 m; 1970: 18 m	53 m
Profesora en enfermería	1966: 10 m; 1967: 7 m	17 m
Técnico en desarrollo de la comunidad	1966: 16 h; 1967: 18 h	34 h
Técnicas en trabajo social rural	1966: 30 m; 1967: 31 m; 1968: 24 m	85 m
Orientación administrativa en salud pública	1966: 29 (15 h, 14 m)	29 (15 h, 14 m)
Especialización en nutrición	1967: 1 m; 1968: 1 h	2 (1 h, 1 m)
Carrera de trabajo social	1967: 11 m	11 m
Odontología sanitaria	1967: 35 (15 h, 20 m)	35 (15 h, 20 m)
Epidemiología y control de la tuberculosis	1967: 55 (49 h, 6 m)	55 (49 h, 6 m)
Administración de hospitales	1967: 1 h; 1968: 7 h	8 h
Organización y administración de laboratorio clínico	1967: 1 h	1 h
Auxiliares de laboratorio	1967: 21 (5 h, 16 m); 1968: 19 (3 h, 16 m); 1969: 23 (4 h, 19 m); 1970: 18 (3 h, 15 m)	81 (15 h, 66 m)
Epidemiología y control de enfermedades transmisibles	1968: 29 h	29 h
Ciencias sociales en salud pública	1968: 1 m	1 m
Estadística aplicada a la salud pública	1968: 16 (10 h, 6 m)	16 (10 h, 6 m)
Especialización en superintendente de hospital	1968: 1 h	1 h
Administración de servicios de enfermería	1969: 27 m	27 m
Organización de servicios de laboratorios de salud pública	1969: 22 (10 h, 12 m)	22 (10 h, 12 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1970: 27 m	27 m
Curso de administración en centros de salud	1970: 16 (10 h, 6 m)	16 (10 h, 6 m)
Técnico en trabajo social rural	1970: 19 m	19 m

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 5.

Testimonio

La visión colectiva de la enfermedad humana*
Silvestre Frenk

Estando en el Hospital Infantil nació esta convicción mía de adoptar una visión colectiva de la enfermedad humana; decidí realmente darle sentido y cimientos sólidos de orden salubrista a mi profesión, puesto que yo estaba involucrado en el estudio de niños con desnutrición avanzada, y lo que en realidad importaba era precisamente el abordaje de la desnutrición.

Entré en la Escuela de Salud Pública cuando el director era don Pedro Daniel Martínez García, quien había sido director del Hospital Infantil y con quien yo había tenido mucho contacto. Ingresé junto con puros epidemiólogos de centros de salud y dos o tres personas pensantes en materia de colectividades y medicina, como era el caso del doctor Manzano, con quien hice la tesina sobre la creación de un instituto de salud pública. Tuve una pléyade de profesores, tanto los de planta de la Escuela como los que daban materias precisas. La Escuela estaba en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (el actual INDRE), cuyo fundador fue Manuel Martínez Báez, quien me había dado dos materias siendo yo estudiante y de quien yo era un fanático total, así que él fue uno de los motivadores. El doctor Rolando Neri Calvo fue con quien hice la parte de población al final del curso de salud pública; también estaba el doctor Díaz Esparza, quien fue después director de la Escuela, y había varios otros, unos estadísticos, pero en realidad se creó allí una colectividad que no era únicamente de médicos; había ingenieros que aspiraban a ser ingenieros de salud pública y había también bastantes enfermeras que se habían unido al curso, cada quien con su motivación especial, ya fuera porque ya estaban trabajando en centros de salud o porque querían saber más de lo que se conoce como salud pública. Además yo aprovechaba los pocos ratos libres que me quedaban para ir a los laboratorios del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, porque yo mismo había sido un hombre de laboratorio. Por ejemplo, diseñé una técnica para el estudio de la toxoplasmosis, que era un problema de salud pública. Es decir que en la Escuela no solamente fui alumno, con lo cual corroboré que ver bien asimismo las entrañas de la salud pública es la forma de evaluarla, no sólo lo estrictamente epidemiológico, que era, digamos, el corazón del curso.

Realmente disfruté muchísimo el curso, a pesar de que era una quebradora; en ese año, si dormí tres horas corri-

das en una noche, es mucho. Durante el viaje de fin de año —al cual se unió como profesor el doctor Rolando Neri Calvo—, me tocó estudiar toda la ciudad de Oaxaca. Después de ahí fuimos al Istmo de Tehuantepec; luego, a estudiar la campaña antipalúdica —porque todavía había mucha malaria—, y después fui a dar, junto con el doctor Gonzalo Gutiérrez y el doctor Manzano, a una comunidad, arriba de los cerros, de trabajadores del café; era una finca cafetalera que estaba arriba de Huixtla, Chiapas, llamada La Esperanza. Sin embargo, los que no tenían ninguna esperanza eran los que estaban remontados en pequeños grupos como de 150 personas, porque todos, excepto los menores de seis meses de edad, tenían la misma enfermedad: oncocercosis, que ya no existe gracias a todos los medicamentos, pero que, entre otras cosas, causaba ceguera. Entonces, el grupo fue dirigido por agentes sanitarios, quienes eran las personas más maravillosas en el terreno de la salud pública, porque debían desde ensillar los caballos, llevar todos los bastimentos y sacar nódulos, hasta echar insecticidas en los arroyos del Soconusco (cada 500 metros hay un arroyo tormentoso que baja al río grande, que es donde se cría precisamente el insecto que transmite esa enfermedad).

Todos los alumnos debíamos hacer ese viaje antes de graduarnos, y a mí me tocó precisamente esa zona, donde supe del paludismo, de la oncocercosis y de toda la problemática del lugar. De verdad solamente alguien con atrofía emocional no se vuelve salubrista, independientemente de los motivos o actividades anteriores; por ejemplo, parte de mis compañeros eran directores de centros de salud, pero yo diría que ese tipo de experiencias, después de las religiones, es el motivador principal para modular el carácter, la forma de pensar, la forma de sentir de una persona; es vivirlo. Después regresé al Hospital Infantil y seguí dando el servicio de nutrición y endocrinología, pero definitivamente ya no era yo el mismo.

Entre las herramientas que adquirí en la Escuela, estaba, primero, saber justipreciar lo que estaba viendo, porque yo sabía algo de estadística (la había aprendido precisamente en esos prolegómenos de antropología física que recibí del profesor Gómez Robledo), pero de allí en fuera todo lo demás fue absolutamente novedoso para mí. En ese sentido, yo



era muy diferente a la mayor parte de la gente que estaba tomando el curso de la Escuela, porque ya algunos habían estado trabajando en materia de salud pública, aunque de alguna manera yo también, porque había trabajado con niños gravemente desnutridos, viendo cuál era la forma más eficiente que podía haber para tratarlos.

Aunque después volví a la vida hospitalaria, seguí en contacto con los mejores amigos y colegas, es decir, con los que leen y sienten igual que yo después del curso en salud pública, y con quienes hice realmente amistad. Por ejemplo, estaba el doctor Candelas, un médico salubrista práctico, y quien en serio sabía de la salud pública; sus bases teóricas y, además —diría yo—, filosóficas y hasta sentimentales estaban en la salud pública. También, Rolando Neri Calvo, quien fue mi profesor; el doctor Manzano, quien fue un genio pero que murió muy joven; otro compañero pediatra, también infectólogo, y que se unió a mí cuando entré a la Escuela: el doctor Gonzalo Gutiérrez Trujillo. Y así podría seguir mencionando a muchísimos. Algunos ya habían sido distinguidos desde antes; otros se distinguieron a consecuencia del curso de salud pública. Había de todo allí, de todas las ramas: unos, más generalistas —podemos decir—, y otros, más subespecializados.

En relación con los aportes de la Escuela a la salud pública de nuestro país, yo diría que en primer lugar está el hecho de su existencia; es decir que en aquellas épocas turbulentas de la historia de México, donde hubo hasta el asesinato de un presidente electo (Álvaro Obregón), se llega al reconocimiento de que había que hacer algo por la salud colectiva, que no podían seguir siendo asuntos de curar al que ya estaba enfermo —y a veces sin tener ni con qué curarlo—. Así surgió el sentimiento de la salud pública, tal como nació también la pintura mural, las diferentes variantes de la literatura y la poesía mexicana. Plutarco Elías Calles, por ejemplo, fue uno de los mayores promotores de eso, y de igual forma Álvaro Obregón, pues fue en su tiempo cuando se fundó la Escuela. En otras palabras, si uno se pone a enumerar a todos los personajes de esa época, sin importar si eran militares o no, literatos, pintores, muralistas, etcétera, se conforma el espíritu de una nación, sin dejar de reconocer al presidente Cárdenas, quien fue decisivo para mantener vivo ese espíritu. Lo anterior se completa con la inmigración española, que terminó

por consolidar las etapas para hacer madurar a los grandes profesionales, sociólogos, historiadores, a tono con lo que se estilaba en Europa. Esa inmigración española fue un don que le cayó como del cielo a México, porque los grupos que llegaron con ella creaban un cuerpo de pensamiento que tradujeron al establecerse aquí, y junto con lo que ya existía, junto con ese movimiento que venía de antes en nuestro territorio, conformaron el México de hoy.

Como ciudadano uno no percibe todo lo que se avanzó en materia de salud pública con la creación, primero, del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en épocas en las que una nación sobrevive a la violencia y que en muy pocos años cambia totalmente de forma de pensar y de actuar; pero la salud pública, con todo lo que se tiene ahora de organización, empezando desde luego con el Instituto, es uno de los tantos testimonios de eso. Y creo que eso fue lo que me llevó a convencer a mis dos colegas, el doctor Manzano y el doctor Rivadeneyra, de escribir y proponer la creación de un instituto nacional de salud pública, sin saber muy bien sobre los detalles, es decir, los detalles que según nosotros desarrollamos en la tesis.

Cabe señalar que previamente a la creación del Instituto Nacional de Salud Pública, un tiempo di clases en la Escuela sobre aspectos infectológicos, y después ya no tuve contacto, excepto por capítulos concretos que de repente se atravesaban y para los que el doctor Gutiérrez y yo éramos realmente los expertos; aunque nos desempeñábamos en la vida hospitalaria, siempre tratamos de darle un aspecto colectivo a nuestra práctica.

En cuanto a mi visión sobre el papel de la Escuela de Salud Pública de México en el futuro, yo diría que hay que estar preparado en la actividad que va uno a ejercer; es decir, la época de aprender haciendo, la época de las improvisaciones pasó hace mucho. Yo mismo pasé por esa etapa y después viví otra un poco más avanzada; es decir, la salud pública es una ciencia con todos los requisitos que se necesitan, y que no puede ya estar regida por improvisaciones. Creo que ahora es el momento de realmente convencer a quienes haya que convencer sobre la necesidad de entrenar, a quien sea responsable de la salud de México, precisamente en el ámbito de la Escuela, en el seno del Instituto Nacional de Salud Pública.

Cuadro 5.
Principales causas de mortalidad general en México, 1970

Posición	Causas de mortalidad general
1	Neumonía, influenza
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas
3	Ciertas causas de mortalidad perinatal
4	Infecciones respiratorias agudas
5	Anomalías congénitas
6	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales
7	Sarampión
8	Bronquitis, enfisema y asma, senilidad
9	Tosferina
10	Tétanos

Fuente: referencia 33.

El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales vio en estos años afectadas sus actividades por la reducción del presupuesto. Durante una sesión realizada en la Academia Nacional de Medicina, Miguel E. Bustamante habló de paludismo, salmonelosis, tifo, oncocercosis, mal del pinto, micosis, fiebre manchada y fiebre amarilla, todas integradas en el cuadro de patologías nacionales por su importancia en la salud pública. Explicó que el ISET abordaba cada una de estas enfermedades por sus manifestaciones en la salud; pero también sus aspectos epidemiológicos, para conocer su distribución geográfica, y los socioeconómicos y ecológicos de las zonas rurales mexicanas. En opinión de este especialista en salud pública, el ISET era reconocido como parte medular en la investigación científica epidemiológica y, por tanto, debía seguir recibiendo recursos económicos y apoyo gubernamental.⁶²

Al tiempo que el ISET iba perdiendo el apoyo que había recibido en el pasado, la Escuela lo obtenía. En 1966, el presupuesto de la Escuela, expresado en dólares, era de 114 575; en 1976 subió a 195 787, y en 1968, descendió ligeramente a 191 315 (además de otros aportes difíciles de cuantificar).⁶⁰ En 1970, Aceves Parra declaró que la Secretaría de Salubridad y Asistencia había concluido, entre otras obras, la nueva sede de la Escuela de Salud Pública. Ésta dejó los terrenos del ISET y se trasladó a un nuevo edificio, localizado en la calle de Francisco de P. Miranda, en la colonia Lomas de Plateros del Distrito Federal, que iba a ser su sede por 20 años. Compartiría el edificio, primero, con las Direcciones Generales de Epidemiología, Educación para la Salud y Bioestadística de la SSA y, posteriormente, con el Instituto Nacional de Salud Pública.⁵

Las políticas públicas y los cursos de la Escuela

durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1 de diciembre de 1970-30 de noviembre de 1976), fueron titulares de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Jorge Jiménez Cantú (1 de diciembre de 1970-4 de marzo de 1975) y Ginés Navarro Díaz de León (4 de marzo de 1975-30 de noviembre de 1976). El doctor Luis Peregrina Pellón fue nombrado director de la Escuela, y ocuparía ese puesto durante 12 años.

Luis Peregrina Pellón era médico cirujano egresado de la UNAM; hizo su especialidad en el Hospital Infantil de México y obtuvo la maestría en salud pública. Antes de ser director de la Escuela de Salud Pública, fue jefe del Departamento de Epidemiología y Estadística y subdirector de esa institución académica. Más tarde, fue director general de Educación Profesional en Salud Pública, director de Servicios Médicos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y director de Programas Especiales en la Procuraduría General de la República. En los últimos años de su vida, laboró en la Facultad de Medicina de la UNAM. Fue miembro del Comité Consultivo del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa, asesor en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, presidente del Comité de Evaluación de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo y del Comité para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis en el D.F.; consultor temporal de la VII Conferencia de Escuelas de Salud Pública en La Habana, Cuba, y de la VIII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de la OPS; miembro del Comité de Expertos en Educación Médica y Salud Pública en la OMS y de la delegación mexicana a la III Reunión Especial de Ministros de Salud Pública de las Américas, en Santiago de Chile, así como asistente a la Reunión de Expertos en Farmacodependencia de la OEA. Actuó como consultor de la SSA en materia de legislación sanitaria e investigación epidemiológica, y como árbitro para el reconocimiento de estudios en salud pública en otras escuelas nacionales y extranjeras. Perteneció a la Academia Nacional de Medicina, y la Sociedad Mexicana de Salud Pública le otorgó la medalla y diploma de honor al Mérito en Salud Pública.⁵

En la Primera Reunión Nacional de Salud Pública, organizada por la SSA en 1971, el director de Educación Profesional en Salud Pública señaló que el sector salud requería de 30 a 40 tipos distintos de personal, desde los dedicados a tareas de servicio y auxiliares; pasando por los técnicos de nivel intermedio en administración de centros de salud y tareas de higiene dental, laboratorio y



Foto: AHSS

Vacunación antipoliomielítica. Oaxaca, Oax., 1987.

enfermería en salud pública; hasta el profesional de alto nivel. La Dirección de Educación Profesional tenía programas destinados a la preparación de cada uno de ellos. Unos se impartían en alguna de las 17 unidades distribuidas en distintas entidades federativas; un grupo de tales unidades operaba mediante convenios de asistencia técnica y económica con universidades, y el resto, en estrecha colaboración con los Servicios Coordinados de Salud Pública. Otros de los programas se ofrecían en las escuelas de Nutrición y Trabajo Social de la Secretaría. Pero la Escuela de Salud Pública era la institución líder en la formación y especialización de los cuadros que requería la SSA.⁶³

La Dirección General de Educación Profesional en Salud Pública tenía la competencia para dirigir y coordinar las actividades de estas tres escuelas; auspiciar convenios tripartitos entre la SSA, la OPS y las universidades del país; promover relaciones con las escuelas de salud pública de Latinoamérica, así como difundir el conocimiento de los problemas de salud, programas en operación y resultados de la acción sanitaria de la SSA, a través de la revista *Salud Pública de México*.⁶⁴

Los especialistas Augusto Fijigasky Lechuga y Gregorio Martínez Narváez hicieron notar durante las VI Jornadas de la Asociación de Egresados de la Escuela de Salud Pública que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos, los homicidios y los accidentes empezaban a tener mayor peso en el panorama epidemiológico nacional. Esta situación generaba pérdidas económicas, reflejadas en los gastos por medicinas, camas de hospital y días de labores.⁶⁵

Para enfrentar los accidentes laborales, y en cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, la SSA decidió que la Escuela de Salud Pública impartiera la maestría en higiene y seguridad industrial a partir de 1973. Para el doctor Peregrina, la carencia de expertos en el área de higiene y seguridad industrial repercutía en el incremento de accidentes, con lesiones graves y fallecimientos, los cuales eran reflejo de la falta de conocimientos básicos sobre medidas preventivas dentro de las zonas de trabajo.⁶⁶ También representantes del Consejo Nacional de Prevención de Accidentes sostenían que el incremento de trabajadores exigía mayores medidas de seguridad en las industrias, y que contar con personal especializado en el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene dentro los centros industriales contribuiría a disminuir las tasas de accidentes entre los trabajadores, al tiempo que permitiría aumentar la productividad de las empresas.⁶⁷

La maestría estaba dirigida a ingenieros mecánicos, electricistas, civiles, industriales o químicos, y comprendía un total de 1 560 horas, distribuidas en 10 meses; su objetivo era formar personal capacitado para determinar los problemas y las necesidades del área de trabajo. Esta maestría, enfocada en los posgraduados

Foto: AHIS



Preparación de mamilas en banco de leche del Hospital Regional de León, Gto., 1969.

del ramo de higiene y seguridad laboral, fue la primera en su tipo en el país. La Escuela de Salud Pública también impartió el curso de técnico en higiene y seguridad industrial, dirigido a trabajadores con estudios de secundaria, propuestos por las empresas, que debían estudiar y controlar los factores que influían en la salud física y mental de los trabajadores; tenía una duración de 11 meses y sumaba 1 816 horas de clase.⁶⁸

Durante la dirección de Peregrina Pellón, bajo el auspicio de la OPS y la OMS la Escuela de Salud Pública fue sede de varios cursos regionales. En 1973, comenzó a impartir, al lado de una amplia oferta académica, el curso básico internacional de planificación de la salud, y a partir de 1976, ofreció la maestría en salud pública con énfasis en paludismo.

En 1968, la Organización de las Naciones Unidas celebró en Teherán la Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, en la que se proclamó por primera vez la planificación familiar como derecho humano. Durante la inauguración del tercer curso de capacitación de atención maternoinfantil, Peregrina afirmó que la mortalidad infantil era alta, ya que cada año morían 66 niños de cada 1 000 nacimientos a causa de las enfermedades del aparato respiratorio, las diarreas, el sarampión, los accidentes y la desnutrición. Señaló que estos problemas derivaban de la falta de recursos económicos, los malos hábitos higiénicos, la baja disponibilidad de los servicios médicos, y la ausencia de una planificación familiar y del uso de anticonceptivos.⁶⁹

En México, en 1974 se publicó la Ley General de Población, se anunció la creación del Consejo Nacional de Población (Conapo) y se añadió al artículo cuarto de la Constitución el párrafo: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. La política pronatalista cambió por otra dirigida a disminuir los niveles de fecundidad, y el Programa Nacional de Planificación Familiar tuvo desde entonces un importante impacto en el abatimiento de las tasas de natalidad y fecundidad, con lo que modificó el perfil demográfico de México.⁷⁰ Ese mismo año, la Escuela de Salud Pública comenzó a impartir el curso de administración de planificación familiar, que a partir de 1976 se dio para la región latinoamericana.

A Luis Peregrina le tocó la celebración de los primeros 50 años de la Escuela de Salud Pública. Destacó que en esas cinco décadas habían sido preparados cerca de 8 000 profesionales, técnicos y auxiliares, mexicanos y de otros países, y que a través de esa capacitación se había contribuido a mejorar la salud de sus poblaciones. Reconoció que esos resultados no eran sólo de la Escuela, sino de un esfuerzo coordinado de quienes integraban la estructura de salud del país.⁷¹ Por primera vez se impartieron el curso de vigilancia epidemiológica y la especialización en epidemiología avanzada.

En 1971, se elaboró el Plan Nacional de Inmunizaciones, y la Secretaría reforzó las labores de vacunación contra diversas enfermedades como la difteria, la tosferina y el tétanos. También se modificó el artículo 73 constitucional para que el Consejo de Salubridad General dictara disposiciones para combatir la contaminación del ambiente, y en ese mismo año, las autoridades sanitarias expedieron la ley federal para prevenir y controlar la contaminación ambiental. A finales de 1975, la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, en conjunto con la SSA, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y el Departamento del Distrito Federal, realizó una campaña; su objetivo era abatir la contaminación del ambiente por humos, gases y ruidos procedentes de los vehículos,³² lo que unos años después se vería también reflejado en los nuevos cursos de la Escuela.

La Escuela de Salud Pública formaba médicos, enfermeras, odontólogos y científicos sociales. La preparación de profesionales y técnicos incluía también las maestrías en salud pública y administración de hospitales; las especializaciones en administración de salud pública, administración de la atención médica, nutrición en salud pública y enfermería en salud pública; y los cursos de administración de centros de salud, de técnicos en saneamiento, de técnicos en promoción de la salud, de técnicos en estadísticas de salud pública y de auxiliares de laboratorio. Había, asimismo, cursos breves de adiestramiento para personal no profesional, con preparación mínima de secundaria y al servicio de instituciones públicas y privadas. Otras actividades docentes, como el seminario sobre administración de programas de control de tuberculosis y el seminario de investigación epidemiológica, habían sido abiertas atendiendo las peticiones de los organismos del exterior.⁷²

Foto: AHSS



Foto: AHSS



Inmunización en escuela y entrevista educativa en Celaya, Gto., 1959.

Para Peregrina Pellón, el propósito de la Escuela era el desarrollo de recursos humanos para los programas de salud pública. Por ello, el contenido de los programas docentes y educativos se iba modificando, a la par que lo hacían las políticas sanitarias, y sus profesores eran responsables de las acciones de salud en la SSA. Ellos proporcionaban a los alumnos bases teóricas para enfrentarse a los cambios tecnológicos y administrativos, y las comunidades de los pueblos eran sus laboratorios de enseñanza. La Escuela no se limitaba a transmitir conocimientos, sino que desarrollaba en sus estudiantes una doctrina de trabajo que implicaba la decisión de cumplir con sus labores empeñando su esfuerzo y superando las adversidades.⁷²

La investigación no era un campo descuidado en sus programas, ya que se realizaba a la par de la docencia. Los trabajos y los resultados obtenidos permitían mejorar los procedimientos de enseñanza, y contribuían a resolver problemas sanitarios. Por ejemplo, entre otras investigaciones, en los tres primeros años de los setenta, los miembros de la Escuela habían analizado los problemas de salud de múltiples comunidades; con la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, habían participado en la investigación epidemiológica sobre la encefalitis equina de Venezuela; con las universidades de Veracruz y de Zacatecas, en el estudio de la leptospirosis; con la Facultad de Medicina de la UNAM, en la valoración de procedimientos de serodiagnóstico en cisticercosis animal y humana, y con el Instituto Nacional de Virología y la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, en la valoración de una vacuna antisarampionosa. Por otra parte, todos los años se realizaban diversos ensayos, empleando las técnicas más adelantadas de investigación epidemiológica y de análisis administrativo.⁷²

La influencia de la Escuela de Salud Pública, a través del servicio a la comunidad, se mantenía en forma indirecta por medio de la colaboración con otras instituciones a fin de evitar la duplicidad de acciones. Asesoraba sobre problemas específicos a las dependencias de la SSA, realizaba estudios especiales solicitados por organismos del sector salud y gobiernos de las entidades federativas, y colaboraba en actividades docentes y otras actividades científicas en diversas instituciones.⁷²

Sus egresados, en resumen, habían conseguido ubicarse como asesores, docentes e investigadores, y tener cargos directivos en el ámbito nacional y el local, dentro de las organizaciones de salud pública del país o de empresas privadas. Todos ellos se mantenían comunicados por medio de la Sociedad de Egresados de la Escuela de Salud Pública, la Sociedad Mexicana de Salud Pública y la Escuela misma.⁷²

Extensión de cobertura y formación de recursos humanos

En julio de 1973 se realizó la Primera Convención Nacional de Salud con el propósito de definir las bases para la formulación del Plan Nacional de Salud. En ella participaron instituciones del área médica asistencial y de seguridad social, y especialistas de las diferentes ciencias de la salud, sociedades y academias, e instituciones de investigación y de docencia. El Plan respondía a las necesidades de promover el mejoramiento del ambiente, preservar y restaurar las capacidades físicas y mentales de la población, mejorar la nutrición, y ampliar los beneficios de la asistencia médica y de la seguridad social; es decir, extender la cobertura de servicios sanitarios y asistenciales, y al hacerlo, incorporar a las personas para que participaran en los programas de salud. Tendría vigencia hasta 1983, y comprendería dos etapas de desarrollo (1974 a 1976 y 1977 a 1983).^{73,74}

El Plan Nacional de Salud previó el incremento en la preparación de recursos humanos, para que los programas pudieran llegar al área rural con personal capacitado, que influyera decisivamente en los patrones de vida y salud de la población. Se trataba de médicos generales destinados a servir a la comunidad: los médicos comunitarios. Ellos deberían ocuparse principalmente de la educación higiénica y la promoción de la salud, de la vigilancia epidemiológica y la atención primaria de la salud; participarían en la organización y supervisión del servicio social obligatorio, y estarían apoyados por las instalaciones de la SSA, del IMSS y del ISSSTE.⁷⁴

Entre las metas proyectadas para 1983, en el apartado de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, se esperaba: preparar a 800 profesionales especializados en salud pública y alcanzar un índice de uno por 50 000 habitantes; formar a médicos generales, para alcanzar la cifra de 10 000 médicos comunitarios en 1983; disponer de 25 000 enfermeras, así como de otro personal profesional técnico de nivel medio, de conformidad con los programas establecidos; instruir a técnicas y auxiliares de enfermería, y tener escuelas de salud pública en las comunidades rurales para preparar a 20 000 auxiliares de salud y voluntarios. El Plan interpretaba el servicio social como componente y carácter de la población para realizar tareas de beneficio comunitario basadas en su espíritu de solidaridad social, e incluía políticas para captar, organizar y controlar a los empíricos en la

práctica de la medicina, y para convertirlos en auxiliares del personal médico y paramédico.⁷⁴ En 1975, la Escuela ya estaba impartiendo el curso de capacitación docente para adiestradores de médicos comunitarios.

Durante las VII Jornadas de Salud Pública en el Centro Médico Nacional, el doctor Reynaldo Guzmán Orozco, subsecretario de Salubridad y Asistencia, sostuvo que el Estado debía tener entre sus compromisos garantizar la salud a todos los grupos sociales, y que la cooperación popular permitiría mejorar las acciones sanitarias.⁷⁵ También, para la Dirección de la Escuela, la población debía participar en los programas de salud y la administración de los recursos disponibles.⁷⁶

En sintonía con los objetivos del Plan Nacional de Salud, además de impartir gran número de cursos en los diferentes campos de la salud pública,⁷⁷ la Escuela preparaba a profesionales técnicos y auxiliares, que participaban en programas de salud pública de México y países latinoamericanos. Por ejemplo, en 1973, la Escuela participó en la preparación de 1 200 promotoras de salud, en coordinación con la Confederación Nacional Campesina y la Dirección General de Atención Médico Materna Infantil, para reforzar las acciones que en el campo de la protección a la madre y al niño realizaba el gobierno de México.⁷³ Y sólo en los años 1974 y 1975, preparó a 827 trabajadores, desde los maestros en salud pública hasta los técnicos, de acuerdo con las necesidades de la organización sanitaria nacional.⁷⁸

La SSA daba gran valor a cada uno de los cursos impartidos. A la clausura de un curso de auxiliares de higiene dental, por ejemplo, asistían el director de la Escuela –que exhortaba a los participantes a colaborar en los estudios sobre los efectos de la caries dental en la salud individual y colectiva de la población– y el director de Odontología de la Secretaría, especialistas de las direcciones de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, de Salubridad en el Distrito Federal, y de la Dirección de Asistencia Social y de Odontología.⁷⁹

La Escuela de Salud Pública funcionaba como un centro coordinador y de reunión. En 1971, la Secretaría de Salubridad y Asistencia decidió organizar el Centro Nacional de Información; con ese fin, en la Escuela, además de su propio acervo, se concentraron los libros que formaban las bibliotecas de la SSA, del Departamento de Administración de Hospitales y de la Escuela de Trabajo Social de Tlaxcala. Se estimó que el proceso de clasificación, organización y elaboración de fichas iba a requerir tiempo y financiamiento.⁸⁰ El 13 de noviembre de 1975, se publicó en el *Diario Oficial* el acuerdo por el que se creó el Centro de Documentación e Información sobre Salud, cuya función era satisfacer la necesidad que tenían los profesionales de contar con información y documentación científica.⁸¹ La I Reunión Nacional de Jefes de Personal de Servicios Coordinados, de 1972, se llevó a cabo en el auditorio de la Escuela de Salud Pública.⁸²

Foto: AHSS



Enseñanza en los hogares en Mineral de Pozos, Guanajuato, 1973.

Los académicos de la Escuela eran consultados continuamente para asesorar proyectos sanitarios y educativos de diferentes estados, como la ampliación de un hospital en Hidalgo, que los enviados de la Escuela propusieron transformar en hospital-escuela, para beneficio de los habitantes de Zacatecas, Aguascalientes y Jalisco. Los Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados aspiraban a que su personal fuera capacitado en la Escuela de la capital. La SSA realizaba, con el apoyo de estudiantes de posgrado de la Escuela de Salud Pública (médicos, enfermeras, veterinarios, nutricionistas, trabajadores sociales, odontólogos y administradores sanitarios y de hospital), diagnósticos sobre el estado de salud de determinadas poblaciones. Estudiantes de la maestría evaluaban los servicios que brindaban en alguna región lo mismo las unidades móviles (medicina preventiva, saneamiento ambiental, mejoramiento de la vivienda, medicina sanitaria asistencial y odontología), que casas, centros de salud y hospitales. Y miembros de la Escuela colaboraban en seminarios-taller para dar elementos a las comunidades, de modo que éstas participaran en la solución de sus problemas de salud.

Reformulación de políticas y objetivos

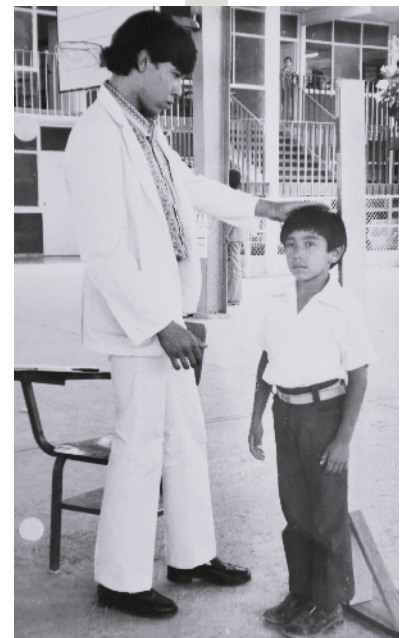
La Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe (Caracas, 1976) –promovida por la OPS y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina–, incluyó entre sus resoluciones la referente a que los países de la región debían formar más médicos generales y menos especialistas.⁸³ Peregrina Pellón fue más allá al criticar que se persistiera en la tradición de formar médicos especialistas y superespecialistas, mientras millares de mexicanos morían a causa de enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias; cuestionó que en los centros de salud de zonas alejadas no hubiera sábanas, mientras se construían “palacios hospitalarios para atender males raros”; llamó a enfocarse en la educación higiénica para la prevención, y formar más enfermeras y técnicos en medicina o promotores de la salud.⁸⁴ Sobre estas declaraciones, el doctor Guillermo Soberón –entonces rector de la UNAM– opinó que era necesario que instituciones educativas y grandes empleadores del Estado llegaran a una resolución que pudiera beneficiar a todos.⁸⁵

A finales de este sexenio, Miguel E. Bustamante –en su calidad de secretario del Consejo de Salubridad General– seguía lamentando los escasos recursos que recibía el ISET, lo que ponía en riesgo la investigación científica y la vigilancia epidemiológica realizada en ese centro.⁸⁶ Por entonces, el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia formaba parte del Instituto, estudiaba numerosas enfermedades, realizaba vigilancia epidemiológica y evaluaba vacunas.⁸⁷

Las Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina que se realizaron en estos años fueron: la VII, sobre las escuelas de salud pública en el proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud (Cuba, 1971), que planteó que la enseñanza, la investigación y el trabajo en los servicios de salud debían estar presentes en todas las escuelas de salud pública, si bien el peso relativo asignado a cada una de esas funciones dependería de las circunstancias de cada escuela; la VIII, acerca de la evaluación de las escuelas de salud pública (Perú, 1974), de acuerdo con la cual en América Latina tal evaluación debía orientarse hacia una reformulación de las políticas y los objetivos de las escuelas, para convertirse en agentes de cambio dentro de los contextos sociales, políticos y culturales de cada país; y la IX, sobre la atención de la salud en el nivel primario (Brasil, 1976), como dinamizador de la reforma de los servicios de salud y donde la participación de la comunidad en las actividades de los servicios que se le proporcionaban debía considerarse un postulado ideológico.²¹

En la reunión de 1974, en Perú, se tomó la decisión de crear la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (Alaesp). Después, con la incorporación creciente de programas de posgrado académico, se consideró necesario un cambio del nombre de la Asociación, la cual pasó a llamarse Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, pero mantuvo el acrónimo de Alaesp.⁸⁸

Fue ésta una época en la que la mayor parte de los profesores de la Escuela de Salud Pública eran egresados de esa misma institución, lo que daba validez a los estudios que ahí se impartían. Pero eso no quiere decir que estuvieran aislados. Por un lado, a pesar de contar con los recursos necesarios para ser un centro docente autosuficiente, la Escuela prefirió mantener una estrecha coordinación con las dependencias de la SSA y otras del sector oficial, como el IMSS, el ISSSTE, la UNAM y el IPN. De esta forma, logró multiplicar los recursos y ampliar el panorama de enseñanza.⁷² Por otro lado, sus profesores seguían aprendiendo del exterior; entre 1973 y 1974, la Dirección General de Asuntos Internacionales obtuvo 101 becas para funcionarios de la SSA, IMSS e ISSSTE, de las cuales 97 fueron otorgadas por la OPS y cuatro por otras fuentes internacionales.⁸⁹



Fotos: AHSS

Brigadas odontológicas en las escuelas; pesaje y medidas de niños. Monterrey, 1971.

En el sexenio de Echeverría, egresaron de la Escuela de Salud Pública 2 371 alumnos, de los que 1 280 eran mujeres; entre ellos, se graduaron de la maestría en salud pública 344 alumnos, de los cuales 57 eran mujeres (cuadro 6).

Ciento sesenta y uno de esos alumnos procedían de Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. La Escuela de Salud Pública fue reconocida en esos años por los organismos internacionales de la salud, por sus servicios de bienestar en la población.⁹⁰

La Declaración de Alma-Ata y la enseñanza de la salud pública

En el gobierno de José López Portillo (1 de diciembre de 1976-30 de noviembre de 1982) hubo dos secretarios de la SSA, el doctor Emilio Martínez Manatou (1 de diciembre de 1975-5 de junio de 1980) y el político Mario Calles López Negrete (5 de junio de 1980-30 de noviembre de 1982). Durante esos seis años, el doctor Luis Peregrina Pellón siguió al frente de la Escuela.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud propuso la meta denominada “Salud para todos en el año 2000”, y al año siguiente, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS, reunida entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, adoptó la Declaración de Alma-Ata, que sostiene los principios de que la salud es un derecho inalienable, y que su promoción y su cuidado contribuyen a la paz del mundo. Propuso la estrategia de atención primaria de salud (APS), como función central del sistema nacional de salud, como parte integrante del desarrollo social y económico, y como la clave para alcanzar la meta de salud para todos. La Declaración tuvo impacto en las políticas públicas y, hasta cierto punto, influyó sobre la formación profesional en América Latina y el Caribe.⁹¹ Desde 1978, la Escuela de Salud Pública de México impartió materias relacionadas con la atención primaria de salud.

En esos años, había en algunas escuelas de medicina del país proyectos enfocados en la medicina familiar, comunitaria o social: el Programa A-36, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP) y el programa de posgrado en medicina general y familiar de la UNAM;⁹² proyectos en la Universidad Au-

Cuadro 6.

Número de egresados de la Escuela de Salud Pública, por programa académico, año y sexo. México, 1971-1976

Programa académico	Número de egresados, por año y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Maestría en salud pública y administración médica	1971: 55 (49 h, 6 m)	55 (49 h, 6 m)
Licenciado en nutrición	1971: 5 m; 1972: 2 m; 1973: 11 m; 1974: 11 m; 1975: 6 m; 1976: 26 (7 h, 19 m)	61 (7 h, 54 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1971: 19 m; 1972: 20 (1 h, 19 m); 1973: 33 m; 1974: 29 m; 1975: 22 m; 1976: 29 m	152 (1 h, 151 m)
Curso de administración de centros de salud	1971: 18 (8 h, 10 m); 1972: 9 m; 1974: 5 (2 h, 3 m)	32 (10 h, 22 m)
Técnico en estadística aplicada a la salud pública	1971: 26 (12 h, 14 m); 1972: 21 (11 h, 10 m); 1973: 35 (18 h, 17 m); 1974: 34 (14 h, 20 m)	116 (55 h, 61 m)
Técnico en trabajo social	1971: 20 m; 1972: 18 m; 1973: 30 (7 h, 23 m); 1974: 33 (25 h, 8 m); 1975: 29 (7 h, 22 m); 1976: 26 (8 h, 18 m)	156 (47 h, 109 m)
Técnico en nutrición	1971: 28 m; 1972: 17 m; 1973: 52 (14 h, 38 m); 1974: 54 (17 h, 37 m); 1975: 63 (12 h, 51 m); 1976: 49 (6 h, 43 m)	263 (49 h, 214 m)
Técnico en saneamiento	1971: 20 h; 1972: 22 h; 1973: 26 (25 h, 1 m); 1974: 13 h; 1975: 9 h; 1976: 10 h	100 (99 h, 1 m)
Curso de auxiliares de laboratorio	1971: 9 (3 h, 6 m); 1973: 13 (4 h, 9 m); 1974: 24 (8 h, 16 m)	46 (15 h, 31 m)
Curso de auxiliares de higiene dental	1971: 25 m; 1972: 36 m	61 m
Curso de auxiliares de enfermería	1971: 200 m; 1972: 140 m	340 m
Maestría en salud pública	1972: 52 (45 h, 7 m); 1973: 55 (50 h, 5 m); 1974: 76 (61 h, 15 m); 1975: 84 (67 h, 17 m); 1976: 77 (64 h, 13 m)	344 (287 h, 57 m)
Curso de maestría en administración de hospitales	1972: 10 (9 h, 1 m); 1973: 11 h	21 (20 h, 1 m)
Maestría en higiene y seguridad industrial	1973: 10 (8 h, 2 m); 1974: 4 h; 1976: 1 h	15 (13 h, 2 m)
Técnico en higiene y seguridad industrial	1973: 13 h; 1974: 9 h; 1975: 12 (10 h, 2 m); 1976: 8 h	42 (40 h, 2 m)
Técnico en promoción de la salud	1973: 21 (20 h, 1 m); 1974: 8 h; 1975: 25 (21 h, 4 m); 1976: 11 (10 h, 1 m)	65 (59 h, 6 m)
Curso básico internacional de planificación de la salud	1973: 24 (9 h, 15 m); 1974: 24 (14 h, 10 m); 1975: 27 (13 h, 14 m); 1976: 22 (13 h, 9 m)	97 (49 h, 48 m)
Curso de adiestramiento de centros de salud	1973: 9 (4 h, 5 m)	9 (4 h, 5 m)
Maestría en administración de hospitales	1974: 10 (9 h, 1 m); 1975: 9 (8 h, 1 m); 1976: 14 (13 h, 1 m)	33 (30 h, 3 m)
Curso básico de administración de hospitales	1974: 2 h	2 h
Curso de administración de servicios de salud	1974: 16 (9 h, 7 m)	16 (9 h, 7 m)
Curso de administración de programas de planificación familiar	1974: 28 (19 h, 9 m)	28 (19 h, 9 m)
Técnico en estadística en salud pública	1975: 33 (17 h, 16 m)	33 (17 h, 16 m)
Curso de adiestramiento en servicios de salud	1975: 36 (31 h, 5 m); 1976: 37 (22 h, 15 m)	73 (53 h, 20 m)
Curso de capacitación docente para adiestradores de médicos comunitarios	1975: 19 (18 h, 1 m)	19 (18 h, 1 m)
Curso regional de administración de programas de planificación familiar	1975: 36 (26 h, 10 m); 1976: 30 (20 h, 10 m)	66 (46 h, 20 m)
Curso breve de administración de hospitales	1975: 4 h	4 h
Curso de vigilancia epidemiológica	1975: 37 (32 h, 5 m)	37 (32 h, 5 m)
Maestría en salud pública con énfasis en paludismo	1976: 11 h	11 h
Curso de adiestramiento de programas de planificación familiar	1976: 37 (27 h, 10 m)	37 (27 h, 10 m)
Estadístico en salud pública	1976: 19 (11 h, 8 m)	19 (11 h, 8 m)
Técnico en estadística básica en salud pública	1976: 17 (7 h, 10 m)	17 (7 h, 10 m)
Curso de especialización en epidemiología avanzada	1976: 1 h	1 h

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 5.

tónoma de Nuevo León y la Universidad de Guadalajara, y la maestría en medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, establecida con apoyo de la OPS, entre otros.

La XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública realizada en 1980, que tuvo carácter internacional, fue convocada con el tema “Salud para todos en el año 2000”. El director de la Escuela de Salud Pública presentó su visión sobre el año 2000 en México. Consideró que la fecundidad y la mortalidad irían en descenso, y que las enfermedades transmisibles prevenibles por vacuna veían su ocaso; mientras que el envejecimiento demográfico traería el aumento de enfermedades metabólicas, degenerativas y neoplásicas, y aumentarían los problemas de salud mental, “consecuencia inevitable –en su opinión– de las grandes concentraciones urbanas y del uso y abuso de la tecnología”. Rescató las ideas de la Conferencia de Alma-Ata de 1978, de acuerdo con las cuales “los gobiernos tienen la obligación de cuidar a sus pueblos”, y “la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta”. Señaló que la población debía educarse para tener una buena nutrición, realizar planificación familiar y en general tomar decisiones sobre su salud. En el año 2000 se requerirían recursos humanos especializados de todo tipo (en algunos países se habían enumerado hasta 500 categorías de ellos). También debían formarse investigadores, tanto en disciplinas médicas como del ambiente y la administración de programas.⁹³

Otros pensaban que en el año 2000 la tierra mexicana no sería suficiente para alimentar a toda la población, el agua escasearía, y los problemas de contaminación del agua y el ambiente serían graves. Coincidían en que para entonces estarían erradicados la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tosferina, el tétanos y el paludismo; pero aumentarían la neurosis y la psicosis, y el problema de la drogadicción sólo sería comparable con la desnutrición.⁹⁴

Unos más concluían que, para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, era indispensable abrir maestrías en salud pública y cursos de promotores de comunidad (que podían comunicar los conocimientos preventivos a todos los niveles dentro de la población), y, en general, ampliar las áreas de medicina preventiva, enfermería de campo y epidemiología, revirtiendo la tendencia de los años anteriores, en que había aumentado la demanda para las universidades en la formación de recursos humanos dentro del área biomédica.⁹⁵

Ante la importancia de la salud comunitaria y la falta de personal en ese ámbito, había propuestas para ampliar el espectro conceptual del currículum de las escuelas de enfermería, de modo que se incluyeran muchos más conocimientos, experiencias y vivencias de salud comunitaria, además de integrar la docencia con

Cuadro 7.
Principales causas de mortalidad general en México, 1980

Posición	Causas de mortalidad general
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
2	Enfermedad infecciosa intestinal
3	Neumonía, influenza
4	Anomalía congénita
5	Bronquitis, enfisema y asma, senilidad
6	Septicemia
7	Infecciones respiratorias agudas
8	Accidentes
9	Deficiencias de la nutrición
10	Tosferina

Fuente: referencia 33.

el servicio.⁹⁶ También el director de la Escuela opinaba que la atención primaria de salud demandaba una enfermera mejor preparada, que no fuera sólo auxiliar médico, sino que tuviera aptitud promotora, y habilidad diagnóstica y terapéutica.⁹³

En estos años, personal procedente de la Escuela (médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales y técnicos) siguió evaluando servicios de salud en los estados, y reproduciendo allá cursos que se daban en la Escuela. Igualmente, se ponían en marcha planes de salud urbana y rural, en los que, para poder dar atención a los problemas de salud, se buscaba conocer antes las enfermedades más comunes de una región, lo que se hacía por medio de un muestreo (siguiendo los métodos establecidos por la Escuela de Salud Pública de México).

En 1980, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ocupaban el primer lugar entre las principales causas de mortalidad en México, a las que les seguían la enfermedad infecciosa intestinal, así como la neumonía y la influenza; destacaban también los accidentes, las deficiencias de la nutrición y las enfermedades prevenibles por vacunación (cuadro 7).³³ El periodo 1976-1982 se caracterizó por el crecimiento demográfico, con la consecuente demanda de servicios de salud, empleo y educación. En las zonas rurales siguió habiendo dispersión poblacional; pero se vivió un desplazamiento del campo a la ciudad, que fue causa del crecimiento de los cinturones de miseria en las principales ciudades del país. Este perfil epidemiológico influyó para que el área de salud cambiara sustancialmente, en el contexto de una reforma administrativa del sector público en general.³²

Al inicio de la administración fue difundido un documento denominado Plan de Gobierno, que en su capítulo “Salud, nutrición y seguridad social” planteó las directrices de la administración lopezportillista. Dentro del Plan, se buscó extender la cobertura de los servicios de atención a la salud, dar prioridad a los programas que comprendían la atención de la población rural y de la marginal de las grandes urbes; reforzar tanto los programas de atención materno-infantil, como los de planificación familiar; establecer programas de higiene y seguridad para fomentar la salud; promover el mejoramiento del ambiente, y fomentar la investigación para la salud.³²

En 1977, la SSA inició un Programa de Salud Rural con la estrategia de ofrecer servicios de salud maternoinfantil y planificación familiar a comunidades sin servicios institucionales de salud. Ese año, el IMSS-Coplamar puso en marcha el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. La Secretaría de Salubridad y Asistencia dio inicio, también, al Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada de las Grandes Urbes, mediante la estrategia de la atención primaria de salud. Para conformar esa infraestructura, el proyecto inició en las cuatro principales zonas metropolitanas (ciudad de México y zona metropolitana, Monterrey, Guadalajara y León); en total, se construyeron 260 centros de salud.³²

El acuerdo presidencial de sectorización del 17 de enero de 1977 incluyó organismos descentralizados a cargo del sector salubridad y asistencia. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) fue creado en 1977, bajo ese carácter de organismo público descentralizado, y fue fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.⁹⁷ Su objetivo fue promover la salud, la educación y el desarrollo cultural de la población infantil y su entorno familiar. Tuvo cinco programas: medicina preventiva y nutrición, educación, promoción social, desarrollo de la comunidad y alimentación familiar.³²

En 1977, la Secretaría decidió impulsar programas permanentes para las inmunizaciones. En consecuencia, se proyectó establecer, con carácter de obligatoria, la Cartilla Nacional de Vacunación, para proteger a la niñez; esta acción anticipaba la demanda y evitaba el desperdicio de biológico. En 1979, la Secretaría inició el Programa Nacional de Alimentación Familiar para combatir el problema de desnutrición en México, vendiendo a bajo costo alimentos de consumo popular.³²

Pero, si la niñez fue prioridad de este gobierno, también se pensó en los mayores. Durante el II Congreso Nacional de Geriátría y Gerontología, los médicos Héctor Munguía y Mario Ávalos, miembros de la Sociedad Mexicana de Geriátría y Gerontología, aseguraron que los ancianos se encontraban marginados de los servicios médicos y de seguridad social. Propusieron la impartición de la especialidad de geriatría dentro de la carrera de medicina de todas las universidades del país, ya que, hasta este momento, las necesidades de ese grupo de población sólo se trataban en los cursos de la Escuela de Salud Pública de la SSA, y llamaron también al establecimiento de normativas para protegerlos.⁹⁸ Así, fue creado el Instituto Nacional de la Senectud, también como organismo descentralizado.³²

En 1982 las diferentes campañas de salud pública se integraron a la Dirección General de Epidemiología. Y, durante la primera reunión científica anual del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el subsecretario de Salubridad, Mario Calles López Negrete, señaló la necesidad de establecer políticas de investigación médica y el incremento de laboratorios de diagnósticos.⁹⁹

Órgano desconcentrado con recursos propios

Entre el 1 de septiembre de 1976 y el 31 de agosto de 1977, la Escuela de Salud Pública formó a 774 personas. Era entonces una entidad relevante para la enseñanza de la salud pública en el país, y funcionaba como Centro Regional de Adiestramiento para América Latina en el campo de la administración y de la epidemiología avanzada. Era, asimismo, un órgano asesor en el campo de la enseñanza, del diagnóstico y de la programación de la salud pública, tanto en el ámbito nacional como en el internacional,¹⁰⁰ y se le ubicaba como uno de los centros de excelencia para América Latina en la enseñanza de la salud pública.³²

Durante la administración presidencial de 1976-1982, se llevaron a cabo varios cambios en la estructura orgánica y administrativa del gobierno federal, con el propósito de adecuarla a los grandes objetivos nacionales. En ese contexto, y dentro de las primeras transformaciones, la Escuela adquirió formalmente la denominación “Escuela de Salud Pública de México”, según consta en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dado a conocer en el *Diario Oficial* el 31 de agosto de 1977, aunque en algunas publicaciones periódicas de la época seguía apareciendo todavía el antiguo nombre. Al igual que la Dirección General de Educación para la Salud y la Dirección General de Epidemiología e Investigación en Salud Pública, la Escuela quedó adscrita a la Subsecretaría de Salubridad. Se decretó en ese mismo reglamento que la Escuela podría expedir constancias, diplomas, grados y otros créditos académicos relacionados con los cursos que impartía, y que las constancias expedidas por la anteriormente denominada “Escuela de Salubridad”, posteriormente llamada “Escuela de Salud Pública”, tendrían la misma validez que las constancias que expediera la “Escuela de Salud Pública de México”.¹⁰¹

Dentro del reglamento, la Escuela de Salud Pública de México quedó como una unidad administrativa con las siguientes funciones: promover la enseñanza de la salud pública en instituciones de enseñanza media y en universidades; planear programas de enseñanza a nivel técnico, profesional, de especialidad y de posgrado; proponer normas para el adiestramiento en salud pública en las unidades de la SSA; realizar investigaciones en la enseñanza de la salud pública; dar asesorías y prestar servicios en coordinación con otras instituciones, y promover convenios con organizaciones nacionales o internacionales.¹⁰¹

El objetivo de la Escuela de Salud Pública de México sería también analizar y establecer las metas y estrategias para la formación de personal en salud pública,

de acuerdo con las características y necesidades de las diversas regiones del país. Para ello, la institución contaría con los siguientes departamentos: de Administración en Salud Pública, de Epidemiología, de Ciencias Sociales, de Estadística, de Saneamiento, de Nutrición en Salud Pública, de Enfermería en Salud Pública, de Asuntos Escolares, de Tecnología Educativa y el Administrativo.¹⁰²

En 1982, a partir de un acuerdo presidencial publicado en el *Diario Oficial* el 21 de enero, se delegó a la Escuela de Salud Pública de México la facultad para el ejercicio administrativo de sus propios recursos, es decir que quedó como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Así, la ESPM podría tramitar y ejercer las órdenes de pago correspondientes a su presupuesto anual aprobado; tramitar administrativamente la creación de plazas, contratación y movimiento de personal; pagar directamente los servicios eventuales o de carácter extraordinario, así como instrumentar el catálogo de puestos y tabuladores de sueldos, en consonancia con las instituciones de educación superior. Además, podría concertar convenios o contratar servicios con instituciones nacionales y extranjeras, para el mejor desempeño de sus funciones de competencia.¹⁰³ Sin embargo, la ESPM seguiría jerárquicamente subordinada a la SSA, de tal modo que esta última podría confirmar, modificar, revocar, revisar y nulificar, en su caso, los actos dictados por la Escuela, y el titular del ramo presidiría el Consejo de esta institución de enseñanza.¹⁰⁴

Ese mismo año, el Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud se incorporó a la Escuela.¹⁰⁴ Éste ya tenía competencia para: obtener, sistematizar y proporcionar documentación e información bibliográfica de carácter científico en materia de salud; promover convenios de cooperación relacionados con la información bibliográfica de salud con particulares y organismos nacionales y extranjeros, y establecer normas para la organización y el funcionamiento de centros de información, bibliohemerotecas y acervos especializados en las dependencias de la SSA.¹⁰⁵

A raíz de las transformaciones orgánicas mencionadas, la Escuela tomaría una nueva dirección, pues dejaría de poner su foco principal en la formación de los cuadros que en todos los niveles necesitaba la SSA, como lo había hecho hasta entonces.

Fin de una etapa

En este sexenio hubo dos nuevas Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. La X, sobre la investigación aplicada a los servicios de salud (Venezuela, 1979), concluyó que tales investigaciones debían ser objeto básico de las instituciones de salud y, en particular, de las escuelas de salud pública, ya que tenían finalidades generales, como mejorar los servicios de salud, y finalidades formativas, es decir de producción de recursos humanos;²¹ y en la XI, acerca de la regionalización de la enseñanza de salud pública (Jamaica, 1981), también se tocaron los temas de coordinación con otras instituciones para la enseñanza de la salud pública, y de cooperación entre países para el mismo fin, con la mira de que las naciones del área latinoamericana alcanzaran la meta de salud para todos en el año 2000.¹⁰⁶

El largo periodo en que Luis Peregrina Pellón estuvo al frente de la Escuela fue en el que se impartieron más maestrías y cursos en general, y también en que hubo un mayor número de egresados. Durante la última etapa de su gestión, la Escuela siguió impartiendo las maestrías que venía dando: en salud pública, en salud pública con énfasis en paludismo, en administración de hospitales y en higiene y seguridad industrial; también la especialidad en enfermería en salud pública, la licenciatura en nutrición y numerosos cursos: básico internacional de planificación de la salud, regional de administración de programas de planificación familiar, de adiestramiento de servicios de salud, de administración en servicios de salud, de administración de hospitales, de auxiliares de laboratorio, técnico en saneamiento, técnico en estadística básica de salud pública, técnico en nutrición, técnico en higiene y seguridad industrial y técnico en promoción de la salud.⁵

Pero agregó a su oferta académica muchos más programas: las maestrías en salud pública con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias; en epidemiología con énfasis en malaria y parasitología, y en ciencias con área de concentración en epidemiología. Asimismo, añadió las especialidades en medicina familiar comunitaria, en epidemiología avanzada y en epidemiología de enfermedades transmisibles, y la formación de pasantes de licenciatura de trabajo social. También incorporó los cursos internacionales de desarrollo de sistemas de servicios de salud y de planificación del desarrollo de tales sistemas, en colaboración con la OPS y la OMS.⁵

Junto con los anteriores programas, en la Escuela se ofrecieron otros cursos más: de orientación docente para promotores de saneamiento ambiental; de adiestramiento de promotores de saneamiento ambiental; de técnicas en promoción del



Foto: AHSS

Vacunación antipolio de niños pequeños, 1961.

saneamiento ambiental; de orientación docente para responsables del programa de centros comunitarios de salud; de orientación docente para enfermeras; de orientación en salud pública para trabajadoras sociales; de epidemiología básica; de epidemiología básica para médicos generales; de adiestramiento para coordinadores de enseñanza a nivel estatal; de administración de servicios de salud para personal médico; de administración de servicios de salud para personal de enfermería; de administración de servicios de salud para personal no médico; de adiestramiento para la atención primaria de la salud; sobre atención primaria de la salud para profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM; de adiestramiento para supervisores de nivel medio; sobre tópicos de valoración biológica; de capacitación para inspectores sanitarios de la Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos; de auxiliar de mantenimiento y conservación de equipo e instalaciones, y de técnico en educación para la salud. Finalmente, también se impartieron los talleres de actualización para epidemiólogos; de administración de programas de estomatología, y de administración para la integración de las unidades sanitarias.⁵

En el sexenio, egresaron de la Escuela 3 743 alumnos, de los cuales 1 685 eran mujeres; en particular, de la maestría en salud pública egresaron 556 alumnos, de los que 136 eran mujeres, y de la maestría en salud pública con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias, 60 alumnos, de los que seis eran mujeres. Llama la atención el salto cuantitativo que hubo entonces en la proporción de mujeres que obtenían diplomas y grados, el cual ya no se detendría (cuadro 8).

Entre 1959 y 1982, el número total de alumnos egresados fue 10 190, de los que 5 792 eran mujeres. Entre ellos, el total de egresados de las maestrías en salud pública; administración de hospitales; salud pública con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias; ciencias con área de concentración en epidemiología; epidemiología con énfasis en malaria y parasitología; seguridad pública y seguridad social; higiene y seguridad industrial; salud pública y administración médica, y salud pública con énfasis en paludismo fue de 1 708, de los que 270 eran mujeres.⁵

Dicen Valdespino y Sepúlveda que los egresados de la Escuela en esta etapa llegaron a ocupar cargos importantes, tanto públicos como en instituciones académicas y de salud: fueron gobernadores y legisladores; también, funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud y de universidades, directores generales de la SSA, secretarios de salud estatales, directivos de instituciones nacionales de salud o de los servicios de medicina preventiva del IMSS, así como funcionarios del ISSSTE. Sin embargo, los egresados de la Escuela ocuparon principalmente cargos intermedios en instituciones de salud y académicas, en los ámbitos nacional, estatal y local.⁵

Con fines prácticos, es posible dividir la historia de la Escuela en distintos periodos; pero, en realidad, se trata de un continuo. Por eso, a veces es difícil precisar dónde termina una etapa e inicia otra; a partir de qué acontecimiento. Entre 1959 y 1982, la Escuela transitó un camino hacia su autonomía, que comenzó con su separación administrativa del ISET; si bien otro hecho significativo fue el abandono que hizo la Escuela, en 1970, del edificio que la había albergado durante poco más de 20 años.

En el tiempo que abarcaron los gobiernos de López Mateos, Díaz Ordaz, Echeverría Álvarez y López Portillo, empezó a haber cambios en el perfil epidemiológico del país, y los hubo también en las políticas públicas; todo ello dejó su impronta en los programas académicos y los proyectos comunitarios de la Escuela, así como en el perfil de sus egresados.

Sólo durante el sexenio de López Mateos, la Escuela tuvo tres denominaciones: comenzó como Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; luego fue llamada Escuela de Salud Pública; más tarde, Escuela de Salubridad y Asistencia, y al final del sexenio, se le integró a la Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales, para volver a ser denominada Escuela de Salud Pública en 1965, y Escuela de Salud Pública de México en 1977, aunque este último nombre aparecía ocasionalmente en publicaciones oficiales desde los años sesenta. Estos cambios de nombre no obedecían a un capricho, sino que detrás de ellos había definiciones y redefiniciones sobre la manera de hacer frente a los problemas colectivos de salud.

El año 1982 puede considerarse como el fin de una etapa de la Escuela de Salud Pública de México, pues marcó el momento en que ésta dejó de ser la formadora de los cuadros, en todos los niveles, que requería la Secretaría de Salubridad y Asistencia, objetivo con el que la institución académica había sido creada 60 años antes. A partir de ese momento, esta institución tomaría nuevos rumbos.

Cuadro 8.

Número de egresados de la Escuela de Salud Pública de México, por programa académico, año y sexo. México, 1977-1982

Programa académico	Número de egresados, por año y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Maestría en salud pública	1977: 86 (64 h, 22 m); 1978: 129 (104 h, 25 m); 1979: 51 (42 h, 9 m); 1980: 119 (79 h, 40 m); 1981: 90 (70 h, 20 m); 1982: 81 (61 h, 20 m)	556 (420 h, 136 m)
Maestría en salud pública con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias	1977: 13 h; 1978: 10 (9 h, 1 m); 1979: 14 h; 1980: 7 (5 h, 2 m); 1981: 6 (5 h, 1 m); 1982: 10 (8 h, 2 m)	60 (54 h, 6 m)
Maestría en administración de hospitales	1977: 16 (14 h, 2 m); 1979: 20 h; 1980: 9 (6 h, 3 m); 1981: 14 h; 1982: 15 (13 h, 2 m)	74 (67 h, 7 m)
Maestría en higiene y seguridad industrial	1977: 3 (2 h, 1 m); 1978: 14 (13 h, 1 m); 1979: 5 h; 1980: 10 (9 h, 1 m)	32 (29 h, 3 m)
Licenciado en nutrición	1977: 20 (8 h, 12 m); 1978: 31 (8 h, 23 m); 1979: 22 (6 h, 16 m)	73 (22 h, 51 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1977: 21 m; 1978: 13 m; 1979: 15 m; 1980: 16 m; 1981: 27 (1 h, 26 m); 1982: 25 m	117 (1 h, 116 m)
Técnico en saneamiento	1977: 9 h; 1978: 16 (15 h, 1 m)	25 (24 h, 1 m)
Técnico en promoción de la salud	1977: 22 (16 h, 6 m)	22 (16 h, 6 m)
Técnico en estadística básica de salud pública	1977: 12 (4 h, 8 m); 1978: 30 (13 h, 17 m); 1980: 18 (11 h, 7 m); 1981: 22 (15 h, 7 m); 1982: 20 (5 h, 15 m)	102 (48 h, 54 m)
Técnico en nutrición	1977: 27 (9 h, 18 m); 1978: 20 (1 h, 19 m); 1979: 18 (2 h, 16 m)	65 (12 h, 53 m)
Curso de orientación docente para enfermeras	1977: 29 (1 h, 28 m); 1978: 14 (1 h, 13 m)	43 (2 h, 41 m)
Curso de orientación docente para promotores de saneamiento ambiental	1977: 30 (29 h, 1 m)	30 (29 h, 1 m)
Curso de administración de servicios de enfermería	1977: 31 m; 1978: 28 (1 h, 27 m)	59 (1 h, 58 m)
Curso de adiestramiento sobre administración de servicios de enfermería	1977: 23 (1 h, 22 m)	23 (1 h, 22 m)
Curso de adiestramiento de servicios de salud	1977: 42 (30 h, 12 m)	42 (30 h, 12 m)
Curso básico internacional de planificación de la salud	1977: 22 (14 h, 8 m)	22 (14 h, 8 m)
Estadística en salud pública	1977: 21 (14 h, 7 m)	21 (14 h, 7 m)
Curso de adiestramiento para promotores de saneamiento ambiental	1977: 26 (18 h, 8 m); 1979: 26 (18 h, 8 m); 1981: 13 (8 h, 5 m)	65 (44 h, 21 m)
Curso regional de administración de programas de planificación familiar	1977: 26 (16 h, 10 m)	26 (16 h, 10 m)
Curso de auxiliares de laboratorio	1977: 32 (15 h, 17 m); 1978: 17 (7 h, 10 m)	49 (22 h, 27 m)
Maestría en seguridad pública y seguridad social	1978: 11 (10 h, 1 m)	11 (10 h, 1 m)
Maestría en epidemiología con énfasis en malaria y parasitología	1978: 5 (4 h, 1 m)	5 (4 h, 1 m)
Curso de maestría en administración de hospitales	1978: 24 h	24 h
Curso de epidemiología básica para médicos generales	1978: 31 (26 h, 5 m)	31 (26 h, 5 m)
Curso de administración en servicios de salud	1978: 43 (23 h, 20 m); 1979: 39 (34 h, 5 m)	82 (57 h, 25 m)
Especialidad en medicina familiar comunitaria	1978: 71 (51 h, 20 m); 1979: 135 (100 h, 35 m); 1980: 63 (47 h, 16 m)	269 (198 h, 71 m)
Curso de adiestramiento para coordinadores de enseñanza a nivel estatal	1978: 22 (20 h, 2 m)	22 (20 h, 2 m)
Curso internacional de desarrollo de sistemas de servicios de salud	1978: 34 (25 h, 9 m)	34 (25 h, 9 m)
Curso de administración de servicios de salud para personal médico	1978: 34 (31 h, 3 m); 1980: 25 (19 h, 6 m); 1981: 37 (30 h, 7 m)	96 (80 h, 16 m)
Técnico en estadística básica	1978: 11 (3 h, 8 m)	11 (3 h, 8 m)
Curso de administración de hospitales	1978: 9 h	9 h
Técnico en estadística en salud pública	1978: 2 (1 h, 1 m); 1979: 9 (6 h, 3 m); 1980: 18 (11 h, 7 m)	29 (18 h, 11 m)
Curso de adiestramiento para la atención primaria de la salud	1978: 101 (23 h, 78 m); 1979: 250 (63 h, 187 m); 1980: 94 (21 h, 73 m)	445 (107 h, 338 m)
Taller de actualización para epidemiólogos	1978: 19 (10 h, 9 m)	19 (10 h, 9 m)
Técnico en higiene y seguridad industrial	1978: 8 h; 1980: 9 h	17 h

/ ... sigue

/ ... sigue Cuadro 8.

Programa académico	Número de egresados, por año y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Técnico en educación para la salud	1978: 18 (16 h, 2 m); 1979: 2 h	20 (18 h, 2 m)
Curso de estadístico en salud pública	1978: 14 (7 h, 7 m)	14 (7 h, 7 m)
Curso regional de administración en programas de planeación familiar	1978: 22 (14 h, 8 m)	22 (14 h, 8 m)
Curso de auxiliar de mantenimiento y conservación de equipo e instalaciones	1978: 16 h	16 h
Técnico en saneamiento con énfasis en seguridad industrial	1978: 8 h	8 h
Curso técnico de estadística básica en salud pública	1978: 25 (11 h, 14 m)	25 (11 h, 14 m)
Curso de especialización en epidemiología avanzada	1978: 1 h	1 h
Pasantes de la licenciatura de trabajo social	1978: 40 (1 h, 39 m)	40 (1 h, 39 m)
Curso de técnicos en estadística básica en salud pública	1979: 11 (9 h, 2 m)	11 (9 h, 2 m)
Curso de técnico en saneamiento	1979: 12 h	12 h
Curso de técnico en higiene y seguridad industrial	1979: 8 (6 h, 2 m)	8 (6 h, 2 m)
Taller de administración de programas de estomatología	1979: 30 (17 h, 13 m)	30 (17 h, 13 m)
Curso de epidemiología básica	1979: 38 (31 h, 7 m); 1980: 55 (40 h, 15 m); 1981: 38 (23 h, 15 m); 1982: 37 (27 h, 10 m)	168 (121 h, 47 m)
Curso de administración de servicios de salud para personal no médico	1979: 21 (17 h, 4 m)	21 (17 h, 4 m)
Cursos sobre tópicos de valoración biológica	1979: 3 m	3 m
Curso internacional de planificación de desarrollo de sistemas de servicios de salud	1979: 33 (26 h, 7 m)	33 (26 h, 7 m)
Técnicos en nutrición en salud pública	1980: 20 m; 1982: 23 (7 h, 16 m)	43 (7 h, 36 m)
Técnicos en promoción del saneamiento ambiental	1980: 31 (28 h, 3 m)	31 (28 h, 3 m)
Curso de administradores de servicios de salud para personal no médico	1980: 17 (9 h, 8 m)	17 (9 h, 8 m)
Curso sobre atención primaria de la salud para profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM	1980: 27 (1 h, 26 m)	27 (1 h, 26 m)
Curso de adiestramiento para supervisores de nivel medio	1980: 22 (15 h, 7 m)	22 (15 h, 7 m)
Curso de orientación en salud pública para trabajadoras sociales	1980: 48 m; 1981: 44 (2 h, 42 m)	92 (2 h, 90 m)
Curso internacional de planificación del desarrollo de sistemas de servicios de salud en colaboración con la OPS/OMS	1980: 24 (18 h, 6 m)	24 (18 h, 6 m)
Curso de administración de servicios de salud para personal de enfermería	1980: 34 m; 1981: 40 m	74 m
Taller de administración para la integración de las unidades	1980: 28 (19 h, 9 m)	28 (19 h, 9 m)
Curso de adiestramiento para inspectores sanitarios en el área de alimentos y bebidas	1980: 34 (30 h, 4 m)	34 (30 h, 4 m)
Curso de adiestramiento en atención primaria de la salud	1980: 87 (15 h, 72 m)	87 (15 h, 72 m)
Curso de orientación docente para responsables del programa de centros comunitarios de salud	1980: 56 (25 h, 31 m)	56 (25 h, 31 m)
Curso técnico en nutrición	1981: 21 (1 h, 20 m)	21 (1 h, 20 m)
Especialidad en epidemiología de enfermedades transmisibles	1981: 17 (15 h, 2 m)	17 (15 h, 2 m)
Técnico estadístico en salud pública	1981: 6 (5 h, 1 m)	6 (5 h, 1 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en epidemiología	1982: 1 h	1 h
Especialización en epidemiología	1982: 20 (15 h, 5 m)	20 (15 h, 5 m)
Técnicas en promoción del saneamiento ambiental	1981: 29 h; 1982: 29 h	58 h
Curso de administración de servicios de salud para profesional de médico	1982: 23 (19 h, 4 m)	23 (19 h, 4 m)
Curso de capacitación para inspectores sanitarios de la Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos	1982: 20 h	20 h

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 5.

Referencias

1. Informes de las labores realizadas en el ISET, del 1 de sept de 1957 al 31 de ago de 1958, del 1 de sept de 1959 al 31 de ago de 1961, del 1 de sept de 1962 al 31 de ago de 1963 y del 1 de sept 1964 al 31 de ago de 1966. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 3, exp. 4, 276 fs., 1957-1966.
2. Carta de Gerardo Varela al director general de Correspondencia y Archivos de la Secretaría, de 18 de enero de 1961. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, administración, caja 1, exp. 9, 123 f., abr de 1952-ene de 1965.
3. Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Escuela de Salud Pública. Anuario 1959 y 1960. México: Fournier; 1960.
4. Programas de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública 1970. Salud Publica Mex. 1969;11(4):510-58.
5. Valdespino JL, Sepúlveda J, eds. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México, de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.
6. Reglamento de la Escuela de Salud Pública. Salud Publica Mex. 1959;1(1):231-7.
7. Pérez-Loredo-Díaz L. Relato de acontecimientos sobresalientes en la enfermería sanitaria y asistencial, 1943 a 1983. Salud Publica Mex. 1983;25(5):509-12.
8. Crónica. Salud Publica Mex. 1959;1(2):219-20.
9. Bustamante ME. Discurso pronunciado en la ceremonia de entrega de diplomas de Maestros en Salud Pública *Honoris Causa*. Salud Publica Mex. 1959;1(2):221-6.
10. Álvarez-Amézquita J. A manera de editorial. Salud Publica Mex. 1959;1(1):8.
11. Álvarez-Amézquita J. Palabras de clausura del Primer Congreso Mexicano de Salud Pública. Salud Publica Mex. 1961;3(1):99-100.
12. Habrá delegados de siete entidades en la III Reunión de Salud Pública. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1961 dic 3; tercera sección: 3C.
13. Sección de la Sociedad Mexicana de Higiene. Salud Publica Mex. 1964;6(4):751-2.
14. Marcial LD. Las publicaciones oficiales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Salud Publica Mex. 1983;25(5):489-97.
15. Organización Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud. Revisión de la constitución de la Organización Sanitaria Panamericana [internet]. XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. VI Reunión Comité Regional; 1954 oct 3; Santiago de Chile [citado mayo 15, 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/47187/CSPI4_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Carrillo AM. Saúde e educação: a formação profissional entre principios do século XX e do XXI. En: Bertucci LM, Mota A, Schraiber L, eds. Saúde e educação, um encontro plural. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017:19-33.
17. Díaz-Coller C. Colaboración de la SSA a la enseñanza de la medicina preventiva y la salud pública en las escuelas de medicina. Salud Publica Mex. 1959;1(1):104-5.
18. Carrillo AM, Miguel E, Bustamante. En: Ciencia y tecnología en México en el siglo XX. Biografías de personajes ilustres. México: Academia Mexicana de Ciencias, 2003:143-58.
19. Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L. La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982. Salud Publica Mex. 2013;55(4):433-41.
20. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública: Informe final. Bol Oficina Sanit Panam. 1960;48(4):1-15.
21. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la salud pública: 20 años de experiencia latinoamericana. s/l: Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, 1981.
22. Álvarez-Amézquita J. 7 de abril: Día Mundial de la Salud. Salud Publica Mex. 1962;4(1):7-10.
23. Hernández-De Sandoval MG, González-Elizarrarás M, Frausto-Pérez MG, Tinoco-Lemus G. La enfermería y su proyección dentro de los programas de salud pública en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En: Memoria de la XVIII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Higiene. México: Sociedad Mexicana de Higiene, 1964:178-94.
24. Programas de la Escuela de Salubridad y Asistencia y del curso de la carrera de administración de hospitales para el año de 1963. Salud Publica Mex. 1962;4(5):769-832.
25. Inauguración de los cursos de la Escuela de Salud Pública. Salud Publica Mex. 1962;4(1): 126-39.
26. Nueva denominación de la Escuela de Salubridad e Higiene. Salud Publica Mex. 1962;4(3):481.
27. Reconocimiento de la Escuela de Salubridad y Asistencia como plantel de enseñanza superior para postgraduados. Salud Publica Mex. 1963;5(2):307.
28. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1958-1964. México: Dirección General de Relaciones Públicas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1964.
29. Martínez PD. La enseñanza de las ciencias de la conducta en la Escuela de Salud Pública de México. En: Organización Panamericana de la Salud. Tercera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Enseñanza de la Administración de Salud Pública; 1963 sep 22-28; São Paulo, Brasil. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1963:31-45.
30. Informe de las actividades realizadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia del 1 de septiembre de 1964 al 31 de agosto de 1965. Salud Publica Mex. 1965;7(6):855-1083.

31. Escuela de Salubridad y Asistencia. Programas de la Escuela de Salubridad y Asistencia. México: Escuela de Salubridad y Asistencia, 1964.
32. Bustamante ME, Viesca-Treviño C, Villaseñor F, Vargas-Flores A, Castañón R, Martínez X. La salud pública en México 1959-1982. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.
33. Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008;65:238-40.
34. Informes de las labores realizadas en el ISET, de diciembre de 1958 a julio de 1959, e informes de los laboratorios de medios de cultivos y anatomía patológica, correspondiente a agosto de 1959 (1959). Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dirección, caja 3, exp. 5, 278 fs., 1958-1959.
35. Gómez-Dantés H, Birn AE. Malaria and social movements in Mexico: The last 60 years. *Parassitologia*. 2000;42:69-85.
36. Carrillo AM. From badge of pride to cause of stigma: Combatting mal del pinto in Mexico. *Endeavour*. 2013;37(1):13-20.
37. Planeación de un programa nacional contra accidentes. *El Espíritu Público*. Periódico Oficial del Estado de Campeche. Campeche: 1961 abr 17:1-5.
38. Normas recomendables para las escuelas de salud pública de América Latina. *Salud Publica Mex*. 1965;7(2):307-12.
39. López-Martínez A. Escuela de Salud Pública de México. En: Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Enseñanza de la atención médica; 1967 nov 19-24; Buenos Aires, Argentina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1968: 81-6.
40. Asociación de Editores de los Estados. Hicieron una visita a la Escuela de Salud Pública en México, D.F. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1967 abr 4: 1-2 A.
41. Curso de especialización en infectología en salud pública. *Salud Publica Mex*. 1969;11(4):545-6.
42. La Escuela de Salud Pública de México entregó el primer diploma de especialización. *Salud Publica Mex*. 1968;10(1):101-2.
43. Figueroa-Ortiz J. El sanitarista en la administración pública. Memoria de la XXII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. *Higiene*. 1968;21(6):441-4.
44. Zubirán S. Contribuciones del Instituto Nacional de la Nutrición a la medicina mexicana. *Gac Med Mex*. 1968;98(2):131-8.
45. Seminario Latinoamericano sobre Adiestramiento de Personal para Servicios de Nutrición Aplicada y Alimentación Infantil. México: Instituto Nacional de Protección a la Infancia/Agencia para el Desarrollo Internacional/Instituto Nacional de la Nutrición, 1968.
46. Asociación de Editores de los Estados. Los cursos de salud pública se clausuraron. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1966 dic 16: 23 A.
47. Maestros graduados en Salud Pública hacen prácticas en Lagos de Moreno. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1967 oct 5; tercera sección: 1-7 C.
48. Alumnos de salud pública analizan funciones de salubridad en Jalisco. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1970 oct 20; tercera sección: 3 C.
49. Estudio de la comunidad. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1969 nov 4; tercera sección: 1 C.
50. El Corresponsal. Salubridad busca mejorar sus servicios. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1965 may 19; segunda sección: 9 B.
51. Piden candidatos para los cursos de salubridad acerca de salud pública. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1969 jul 24: 2.
52. Reorganizan sistemas estadísticos en los servicios de salud pública. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1969 feb 8; tercera sección: 1-2 C.
53. Están designando personal graduado para los distritos de Salud Pública. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1970 ene 9; tercera sección: 2 C.
54. Recomendaciones de salud para el mejoramiento de servicios dentales. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara, 1969 sep 3; tercera sección: 1-2 C.
55. Campos-Salas A, Sánchez-Rosado M, Verduzco-Peñañiel A. Resultados de las jornadas sanitarias dominicales en el D.F. Memoria de la XXII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. *Higiene*. 1968;19(6):535-46.
56. Martínez-Báez M. La medicina preventiva del médico clínico. *Gac Med Mex*. 1970; 100(2):89-97.
57. V Jornadas de la Asociación de Egresados de la Escuela de Salud Pública. *Salud Publica Mex*. 1970;12(3):409-10.
58. Asociación de Editores de los Estados. Jornadas médicas acerca de salud pública en el D.F. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1968 abr 05; segunda sección: 5 B.
59. Asociación de Editores de los Estados. Latinoamericanos de visita con el Dr. Moreno Valle. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1967 feb 22: 6 A.
60. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. Las escuelas de salud pública en la América Latina. *Educ Med Salud*. 1969;3(3):167-216.
61. Asociación de Editores de los Estados. Temas tocados en las III Jornadas de Salud Pública. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 1968 abr 6; segunda sección: 9 B.
62. Bustamante M E. Estudios epidemiológicos. *Gac Med Mex*. 1970;100(2):128-35.

63. López-Martínez A. Adiestramiento del personal de salud pública. En: Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reunión Nacional de Salud Pública. México: SSA, 1971: 211-5.
64. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. México: Departamento de Imprenta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.
65. Excélsior. Graves pérdidas para el país son quienes mueren en edad productiva. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1971 jul 11: 17 A.
66. Asociación de Editores de los Estados. Sensible falta de expertos en higiene y seguridad industrial. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 nov 25: 12 A.
67. Ya no debe improvisarse la higiene y seguridad laboral. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 dic 11: 1 A.
68. Impartirán cursos de maestría en higiene a partir del año próximo. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 nov 10; tercera sección: 3 C.
69. Asociación de Editores de los Estados. La mortalidad infantil aún es alta en México. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 jul 25: 1 A.
70. Ordorica-Mellado M. 1974: momento crucial de la política de población. Papeles de Población. 2014;20(81):9-23.
71. Peregrina L. Cincuenta años de enseñanza de la salud pública en México. Salud Publica Mex. 1972;14(2):165-7.
72. Peregrina Pellón L. La influencia de la Escuela de Salud Pública en la salud pública de México. En: Memoria de la I Convención Nacional de Salud, 16 al 20 de julio de 1973. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974: 127-40.
73. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informes de la SSA, 1973. México: SSA, 1974.
74. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud, 1974-1976, 1977-1983. México: Oficina de Coordinación de Ediciones de la SSA, 1974.
75. El avance nacional debe ir unido a la salud de todos los mexicanos. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 jul 29: 9 A.
76. El pueblo debe tomar parte en planes de salud. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1971 dic 22: 2 A.
77. Escuela de Salud Pública. Salud Publica Mex. 1970;12(4):497.
78. López-Martínez A. IV Reunión Nacional de Salud Pública. Formación de personal en salud pública. Formación de personal en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1975.
79. Asociación de Editores de los Estados. Urge comprender el problema de la caries dental. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 sep 3: 8 A.
80. Organizar el Centro de Información llevará 7 años y \$10 millones. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1971 abr 12: 1-2 A.
81. Excélsior. Una reunión personal de la SSA, clausurada. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 mar 5: 12 A.
82. Acuerdo por el que se crea un Centro de Información y Documentación sobre Salud. Salud Publica Mex. 1976;18(1):263-4.
83. Primera reunión sobre: Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. Informe final. Educ Med Salud. 1976;10(2):1-30.
84. El recurso mínimo de salud no llega a los marginados. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1976 oct 16: 1 A.
85. Que es moral el poder de rectores de universidades. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1976 oct 18: 8 A.
86. Faltará dinero a la SSA para las obras planeadas. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1976 ene 8; segunda sección: 15 B.
87. Ramírez-Hernández JA, Guzmán-Bracho MC, Rodríguez-Pérez ME, Viesca-Treviño C, Díaz-Quiñones JA. Desde el ISET al INDRE III. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales: crisis y renovación, 1965-1989. Gac Med Mex. 2019;155:641-6.
88. Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, Alaesp [sitio de internet]. s/l: Grupo de Informática Escuela de Salud Pública de Cuba; 2003 [citado mayo 15, 2021]. Disponible en: <http://www.alaesp.sld.cu/html/historico.htm>
89. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informes de la SSA, 1973-1974. México: SSA, 1975.
90. Reconocimiento al prestigio de la Escuela de Salud. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1972 mar 22: 3 A.
91. Pan American Health Organization. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [internet]. s/l: PAHO, 2012 [citado mayo 15, 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
92. Soberón G. Formación de recursos humanos para la salud en México. Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, del 10 al 14 de noviembre de 1980. México: Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1980: 413-22.

93. Peregrina P L. Consideraciones sobre la formación para el año 2000 de personal profesional y técnico relacionado con la salud pública. Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, del 10 al 14 de noviembre de 1980. México: Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1980: 771-801.
94. Erosa-Barbachano A. El mexicano del año 2000. Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, del 10 al 14 de noviembre de 1980. México: Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1980: 597-607.
95. Flores G E, García-Viveros M. Necesidades de recursos humanos para alcanzar la salud para todos. Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, del 10 al 14 de noviembre de 1980. México: Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1980: 341-4.
96. Nuño-Flores MI. Formación de recursos humanos de enfermería, su influencia en los programas de salud comunitarios. Memoria XXXV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Organización de los servicios de salud en México. México: Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1982: 159-64.
97. Presidencia de la República. Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Diario Oficial [internet]. México: 1977 ene 13 [citado nov 26, 2021]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4600445&fecha=13/01/1977
98. Marginan al anciano del servicio médico. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1980 nov 15: 8 A.
99. Salubridad requiere mejores laboratorios. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1979 mar 20: 8 A.
100. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informe de labores de la SSA, 1977-1978. México: Dirección General de Asuntos Jurídicos/Talleres de Artes Gráficas de la SSA, 1978.
101. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación. México: 1997 ago 31: 18-32.
102. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Manual de organización general, julio 1979. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.
103. Acuerdo por el que se delega en la Escuela de Salud Pública de México la facultad para el ejercicio administrativo de sus propios recursos. Salud Publica Mex 1982;24(2):210-1.
104. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y acuerdo de adscripción orgánica de las unidades administrativas. México: Departamento de Imprenta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1981.
105. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. México: Dirección General de Asuntos Jurídicos, 1978.
106. XI Conferencia de Programas de Salud Pública de América Latina y el Caribe. Educación Médica y Salud. 1982;16(1):5-18.



LA INTEGRACIÓN DE LA Escuela de Salud Pública de México al Instituto Nacional de Salud Pública cuando éste se fundó en 1987 dio la pauta para que, con el pasar del tiempo, los centros de investigación se involucraran cada vez más con las actividades docentes y, a su vez, los programas académicos mantuvieran una creciente concordancia con las líneas institucionales de investigación. Sin duda, esta fértil alianza entre la producción de conocimiento y la enseñanza en salud pública ha tenido un impacto positivo en las políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

Cuarta etapa de la Escuela:



Foto: INSP (Benitez)

integración de la enseñanza y la investigación en salud pública (1982-2022)



Ana María Carrillo¹

María Guadalupe Muro Hidalgo²

Marisol Hernández Rivas²

Página anterior: edificio del CISEI, INSP Cuernavaca.

Arriba: edificio principal, detalle del patio interior.

(1) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

(2) Universidad Nacional Autónoma de México.

1 Descentralización y modernización administrativa

La que puede considerarse cuarta etapa de la Escuela de Salud Pública de México (ESPM) está ligada al Instituto Nacional de Salud Pública, creado en 1987, durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado (1 de diciembre de 1982-30 de noviembre de 1988). En esos años, el doctor Guillermo Soberón Acevedo fue titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (que durante su gestión se transformaría en Secretaría de Salud), y, entre 1982 y 1986, al frente de la Escuela de Salud Pública de México estuvo el doctor José Rodríguez Domínguez, cuya dirección fue la antesala de la reforma que tendría lugar en 1987.

Rodríguez Domínguez obtuvo el título de médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizó especialidades en cirugía general e infectología en salud pública; obtuvo el grado de maestro en salud pública y administración sanitaria, y el diploma en epidemiología y control de enfermedades transmisibles, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que cursó en el Instituto Médico de Posgraduados de Praga y el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles de Delhi. A su regreso a México inició una carrera académica en la Facultad de Medicina, donde transitó por el puesto de secretario de Enseñanza Clínica y fue el primer director del Departamento de Medicina General/Familiar. En la SSA, fue jefe interino de los Servicios Coordinados de Salud Pública de Guerrero y primer director general de Evaluación. Después de ocupar el puesto de director de la Escuela de Salud Pública de México, fue jefe de los Servicios Coordinados en el estado de Veracruz. De vuelta al Distrito Federal, fue director general de Medicina Preventiva y coordinador del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud para la Formación de Recursos Humanos en la Facultad de Medicina de la UNAM.¹

En esta administración federal, hubo reformas profundas al sector salud; a partir de diciembre de 1982, éstas se definieron de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo. Las reformas tuvieron como uno de sus ejes el inicio de la descentralización de los servicios. Desde finales del siglo XIX, había habido un proceso creciente de federalización de los servicios de salud; en cambio, las reformas iniciadas a principios de los ochenta, y profundizadas en las siguientes cuatro décadas, caminarían en el sentido contrario. El programa de descentralización contemplaba la transferencia de facultades a los gobiernos estatales y la transformación de los servicios coordinados de salud pública en órganos administrativos desconcentrados con autonomía técnica. Otro de sus ejes fue un programa de modernización, cuyas bases se establecieron en 1983, y que incluía el uso intensivo de la computación electrónica.²

Reformas y adiciones hechas al Código Sanitario establecieron que la SSA tenía la responsabilidad de que las dependencias y entidades coordinaran sus actividades en materia de salubridad general, con miras a establecer el Sistema Nacional de Salud. Se organizaron grupos con representantes de la SSA, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los cuales debían proporcionar elementos para la definición de políticas, objetivos, metas y estrategias de programas interinstitucionales, a fin de abordar los problemas prioritarios de salud pública, evitando la duplicidad de funciones y fortaleciendo el apoyo de unas instituciones con otras.² En 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambiaría de nombre por el de Secretaría de Salud (SS), que expresaría esa búsqueda de un Sistema Nacional de Salud y actuaría guiada por el Programa Nacional de Salud.

El 3 de febrero de 1983 se hizo una importante modificación a la Constitución mexicana, la cual incorporó el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos. El artículo cuarto estipula: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. Quedó como tarea de los legisladores definir esas bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, al igual que el papel de los distintos niveles de gobierno sobre la materia; se reconocía que tal definición era aún “una representación de futuro”.³ Un año más tarde se promulgó la Ley General de Salud, que sustituyó al Código Sanitario.

En este sexenio, el gobierno se enfrentó a problemas de consideración. En los últimos meses de 1982 y primeros de 1983, la falta de disponibilidad de divisas y el impacto de la crisis económica, tanto en la actividad productiva como en los niveles del empleo, generaron graves problemas de oferta y disponibilidad de insumos, en particular de los medicamentos y del material de curación que requería el sector salud.² Los terremotos de 1985 causaron graves daños en hospitales, los cuales debieron ser reconstruidos.⁴

Las autoridades sanitarias también tuvieron que hacer frente a enfermedades emergentes como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/sida). En 1986 el gobierno de México creó el Comité Nacional de Prevención del Sida, para evaluar la situación de este padecimiento, y en 1988, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), con la función de ser una instancia de coordinación de esfuerzos de los sectores público, social y privado en la prevención y el control del sida.^{5,6}

Entre los objetivos de la todavía SSA a mediano plazo estaba reforzar la enseñanza y la investigación en salud. En el sexenio, las subsecretarías de Salubridad y Asistencia desaparecieron. En reemplazo, se crearon varias áreas, entre ellas, la de Investigación y Desarrollo, formada por las direcciones generales de Educación para la Salud, Enseñanza en Salud, Investigación en Salud, Investigación de los efectos del Ambiente para la Salud y la Escuela de Salud Pública de México. Esta área estaba encargada de formar al profesional de la salud.⁷

La SSA realizaba investigación aplicada y de desarrollo experimental en atención a la salud, asistencia y seguridad social. Estas investigaciones estaban orientadas a obtener nuevos conocimientos científicos en el campo de la medicina y la salud pública, que ayudaran a disminuir la dependencia tecnológica hacia el extranjero.² A finales de los años ochenta, el Estado mexicano producía todas las vacunas del programa ampliado de inmunizaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) (tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y sarampión), además de vacunas contra la fiebre tifoidea y la rabia humana y canina, y otras en el campo de la medicina veterinaria (un total de 25 productos); también sueros. La vacuna contra el sarampión, por ejemplo, se producía en el Instituto Nacional de Virología, con metodología desarrollada primero de manera parcial y luego total en esa institución. Esta producción de vacunas y sueros no sólo cubría las necesidades nacionales, sino que México exportaba a otros países del área latinoamericana.⁸

La importancia que la SSA dio a la investigación llevó a la creación del Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas el 29 de junio de 1984. El objeto de este centro era desarrollar e impulsar una investigación integral y formar recursos en el campo de los padecimientos infectocontagiosos, que seguían constituyendo los principales problemas de salud del país. Incluía investigación biomédica y clínica, así como ensayos de campo de nuevos procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. También fue creado el Centro de Investigaciones en Salud Pública, el 20 de agosto de ese año, para estudiar los sistemas de salud, y para desarrollar investigación epidemiológica que contribuyera al conocimiento y control de problemas de salud prioritarios.^{7,9}

La reforma sanitaria y la Escuela de Salud Pública de México

Los cambios en la Escuela de Salud Pública de México eran fundamentales para la reforma soberonista, y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal facultaba a la Secretaría para la administración y control de las escuelas e institutos de higiene.¹⁰ En un seminario sobre la historia de la SSA realizado a inicios de su gestión, el director Rodríguez Domínguez insistió en la necesidad de formar personal especializado en salud pública, y en que la Escuela contase con recursos económicos para fomentar el ejercicio de la investigación.¹¹

La dirección de Rodríguez Domínguez se caracterizó por la orientación casi exclusiva hacia la formación de posgrado. En los primeros dos años de los cuatro que estuvo al frente de la Escuela, aún hubo –al lado de las maestrías– algunos cursos: uno, que no se había dado antes, de evaluación de impacto ambiental y salud, y los de epidemiología básica, técnico en estadística básica de salud pública, técnicas en promoción del saneamiento ambiental y técnicos en nutrición.¹ En 1983, los Servicios Coordinados de Salud Pública del estado de Colima anunciaron que impulsarían programas de apoyo nutricional y alimentario en siete zonas urbanas y rurales de toda la entidad, gracias a la participación de 15 alumnos de nutrición de la Escuela de Salud Pública de México de la SSA, y la colaboración de grupos organizados de la población, autoridades y personal de los centros de salud.¹²

Pero durante los dos últimos años en que Rodríguez Domínguez fue director, ya sólo se impartieron tres maestrías: en salud pública, administración de hospitales y ciencias con área de concentración en epidemiología, y la especialidad de enfermería en salud pública. Algunos de los cursos de nivel técnico fueron transferidos al Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) y otros fueron cancelados.^{1,10}

El Programa de Educación en Administración de Servicios de Salud (PROASA) fue planeado en 1984 por la Escuela de Salud Pública de México, con apoyo de la Fundación W. K. Kellogg, con sede en Michigan, Estados Unidos de América (EUA), y la intermediación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su objetivo explícito era capacitar recursos humanos de alto nivel en el área de la administración de servicios de salud, a través de la investigación y la educación avanzada, con cursos regulares, cursos de educación continua y capacitación para los profesionales y administradores. En este proceso, la Escuela contó con la cooperación del Centro de Investigaciones en Salud Pública, estableció contacto con los empleadores potenciales



Foto: AHSS

Campaña
antipoliomielítica.
Ciudad de Oaxaca,
1987.

para definir el perfil de los profesionales, y decidió la integración de los alumnos a la investigación y el servicio, a través de su incorporación a proyectos de investigación y a residencias en las instituciones del sector salud.¹⁰

A corto plazo, la Escuela de Salud Pública de México se proponía enfocarse en determinar las necesidades de personal para las actividades de salud pública y precisar los objetivos del desarrollo académico. A mediano plazo, buscaría sentar las bases para la descentralización territorial de la Escuela, desarrollar mecanismos de educación continua, así como crear centros de capacitación regionales y estatales para la enseñanza e investigación en salud pública. En tanto, a largo plazo, y para sustentar su carácter como órgano rector de la educación en salud pública, debía transformar su estructura orgánica y establecerse como Escuela Nacional de Salud Pública.¹⁰

Al año siguiente, la Escuela obtuvo 548 365 dólares provenientes de la Fundación W.K. Kellogg para la realización del PROASA. Para la conducción del referido programa, la ESPM estableció un consorcio con el Centro de Investigaciones en Salud Pública, que debía funcionar como centro especializado para llevar a cabo las investigaciones que consideraban necesarias para la enseñanza de posgrado. La OPS proveería de servicios de asesoría durante la implementación del proyecto y participaría en la evaluación periódica. Asimismo, para garantizar la integración docencia-servicio-investigación de los programas de estudio, se contaría con un comité consultivo, formado por directivos de organismos y dependencias de los sectores salud y educación relacionados con la materia, quienes harían recomendaciones específicas sobre el número y tipo de los profesionales a formar, los contenidos académicos y las estrategias de instrumentación del Programa. Los currículos estarían configurados por una estructura matricial en la cual se encontrarían, por un lado, los módulos sustantivos, cuyo enfoque de análisis sería la productividad, el acceso a los servicios de salud, su distribución y utilización, el uso de tecnología y la identificación de las necesidades sanitarias; y, por el otro, las áreas teórico-metodológicas, representadas por las disciplinas del conocimiento administrativo, social y epidemiológico.¹³



Foto: AHSS

Laboratorios de Entomología y de Leptospirosis. ISET, 1987.



Foto: AHSS

En el sexenio, la SS decidió desaparecer las jefaturas de Enfermería de los estados, y se puso en su lugar a médicos, lo que propició que se enfatizara el enfoque clínico y curativo de las enfermedades frente al preventivo.¹⁴ En 1986, el Departamento de Enfermería de la Escuela de Salud Pública de México coordinó el II Encuentro Nacional de Enfermería, que tuvo el patrocinio de la OPS; participaron en él enfermeras procedentes de múltiples instituciones y organismos de enfermería del país. Rodríguez Domínguez reconoció en este Encuentro que se habían reducido los espacios y la actividad de intervención de las enfermeras en salud pública, por lo que consideraba primordial la consulta de los diferentes profesionistas del área, con la intención de revalorar el papel de estas profesionales, a las cuales se les formaba con un enfoque epidemiológico y de servicios de salud. Para el director de la Escuela, era importante mantener actualizada y fortalecida la rama de la enfermería en el sector de la salud pública, debido al constante contacto que estas especialistas tenían con la población, y su capacidad para participar en la administración, la investigación y la formación de recursos humanos para la salud pública.¹⁵

A raíz del Encuentro, las asistentes propusieron organizar un grupo de enfermería, integrado con personal profesional de enfermería capaz de atender los asuntos concernientes a las áreas de servicios, investigación y educación, y que incluyera representantes de los servicios de enfermería existentes en los diferentes niveles de las instituciones que conformaban el sector salud, las instituciones de educación superior, las asociaciones civiles y los colegios de enfermería.¹⁵

De los inscritos en la Escuela de Salud Pública de México en los primeros cuatro años del sexenio de De la Madrid, egresaron 1 045 alumnos, de los que 414 eran mujeres. La mayoría de ellos se concentró en la maestría en salud pública, la especialidad de enfermería en salud pública y el curso de epidemiología básica (cuadro 1).

Cuadro I.

Número de egresados de la Escuela de Salud Pública de México, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 1983-1988

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados en el periodo, por sexo
Maestría en salud pública	1983: 93 (69 h, 24 m); 1984: 103 (74 h, 29 m); 1985: 129 (93 h, 36 m); 1986: 79 (58 h, 21 m); 1987: 77 (46 h, 31 m); 1988: 48 (38 h, 10 m)	529 (378 h, 151 m)
Maestría en administración de hospitales	1983: 20 h; 1984: 32 (24 h, 8 m); 1985: 22 (18 h, 4 m); 1986: 23 (17 h, 6 m)	97 (79 h, 18 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1983: 29 m; 1984: 31 m; 1985: 27 (1 h, 26 m); 1986: 25 (1 h, 24 m)	112 (2 h, 110 m)
Técnico en estadística básica de salud pública	1983: 16 (9 h, 7 m)	16 (9 h, 7 m)
Técnicas en promoción del saneamiento ambiental	1983: 21 h	21 h
Técnicos en nutrición	1983: 17 (2 h, 15 m)	17 (2 h, 15 m)
Curso de epidemiología básica	1983: 41 (29 h, 12 m); 1984: 63 (37 h, 26 m)	104 (66 h, 38 m)
Curso internacional para médicos e ingenieros	1983: 6 h	6 h
Maestría en salud pública con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias	1984: 9 (8 h, 1 m)	9 (8 h, 1 m)
Curso de evaluación de impacto ambiental y salud	1984: 33 (21 h, 12 m)	33 (21 h, 12 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en epidemiología	1985: 1 m; 1986: 6 (3 h, 3 m); 1987: 1 h; 1988: 3 (1 h, 2 m)	11 (5 h, 6 m)
Maestría en ciencias en organización y dirección de sistemas de atención a la salud	1987: 11 (10 h, 1 m)	11 (10 h, 1 m)
Maestría con área de concentración en epidemiología	1987: 4 (2 h, 2 m)	4 (2 h, 2 m)
Especialización en administración de hospitales	1987: 14 (10 h, 4 m); 1988: 18 (7 h, 11 m)	32 (17 h, 15 m)
Especialización de enfermería en salud pública	1987: 19 m; 1988: 16 m	35 m
Especialización en salud ambiental	1988: 8 (5 h, 3 m)	8 (5 h, 3 m)

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 1.

Nacimiento del Instituto Nacional de Salud Pública

El 26 de enero de 1987 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, y al día siguiente, esta entidad comenzó su vida. El Instituto fue resultado de la fusión de la Escuela de Salud Pública de México, creada en 1922; el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas (a partir de ese momento, Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas) y el Centro de Investigaciones en Salud Pública, ambos creados en 1984. Es decir, la SS propuso la formación del INSP a través de la integración de tres órganos ya existentes. Quedó establecido que cada uno de los establecimientos preservaría su identidad y conservaría las funciones sustantivas que le eran propias, y los tres compartirían una serie de funciones de apoyo, elementos de infraestructura y áreas como la de informática, la biblioteca y la de publicaciones. Uno de los objetivos era reforzarse mutuamente en los ámbitos de la enseñanza y la investigación, para formar nuevas generaciones de directivos, maestros e investigadores.¹⁶ El Instituto pasó a formar parte del sector salud, dentro del subsector de los Institutos Nacionales de Salud, y era misión del INSP promover la perspectiva poblacional en el trabajo que éstos desarrollaban. El doctor Julio Frenk Mora fue nombrado primer director del Instituto.

Julio Frenk se graduó como médico cirujano por la UNAM, y en la Universidad de Michigan obtuvo los grados de maestro en salud pública, maestro en sociología y doctor en organización de la atención médica y en sociología. En el INSP, además de primer director, fue investigador titular. En diferentes épocas ha sido profesor de la asignatura de salud pública en la Facultad de Medicina de la UNAM, la Universidad de Harvard (de cuya Facultad de Salud Pública fue profesor titular y director) y de la Universidad de Miami (de la que es presidente). Entre 2000 y 2006, fue secretario de Salud de México. Ha ocupado posiciones directivas en la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Mexicana para la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates, y el Instituto Carso de la Salud. Tiene una amplia producción escrita; entre sus libros se cuentan cuatro novelas para niños y jóvenes, las cuales explican el funcionamiento del cuerpo humano. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos de América, de la Academia Americana de Artes y Ciencias, y de El Colegio Nacional. Entre otros reconocimientos, ha recibido grados *honoris causa* por 10 universidades de México, Estados Unidos de América, Canadá y Europa, y el Premio Clinton al Ciudadano Global.^{1,17}

El primer director general de la Escuela de Salud Pública de México después de que ésta se integrara al Instituto Nacional de Salud Pública fue el doctor Enrique Ruelas Barajas, quien se tituló como médico cirujano por la Universidad La Salle, y obtuvo los grados de maestro en administración pública, por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), y maestro en administración de salud, por la Universidad de Toronto. Fue secretario del Consejo de Salubridad General y presidente de la Academia Nacional de Medicina de México. Se ha desempeñado como director de Fomento Institucional de la Fundación Mexicana para la Salud y director de Programas para América Latina y el Caribe de la Fundación W.K. Kellogg. Fue presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales y de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud. En la SS fue subsecretario de Innovación y Calidad. Posteriormente, fue nombrado director del Instituto Internacional de Futuros de la Salud, del Consorcio Internacional de Calidad y Liderazgo de Organizaciones de Salud, y funge como profesor titular de la Dirección de Sistemas de Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana.¹⁸

Cuando el INSP inició sus actividades, el Centro de Investigaciones en Salud Pública estaba integrado por departamentos; contaba con 36 investigadores y ayudantes de investigación, a los que pronto se unieron otros académicos, y tenía 26 proyectos activos de investigación, entre ellos los relativos a la transición epidemiológica de México, la sobrevivencia en la infancia, la calidad de la atención médica, el impacto de la atención primaria de salud, el problema del empleo médico y el desarrollo de métodos y modelos cuantitativos. Eran financiadoras de esos proyectos: la OPS, The Population Council, las Fundaciones Kellogg y Carnegie, y el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID.¹⁹

Por lo que toca a la formación de recursos humanos, quedó establecido que el INSP la realizaría a través de la Escuela de Salud Pública de México, la cual preservaría su nombre y la tradición asociada a éste; el Instituto fue inaugurado cuando la Escuela, “de la que habían salido los constructores de la teoría y la acción sanitaria [...] desde 1922”,¹⁹ cumplía 65 años de haber sido fundada. La Dirección del INSP distinguió entre educación superior y capacitación, a las que consideraba tan complejas que un solo organismo no podía llevarlas a cabo con eficiencia. La segunda no daba grados formales, y el organismo idóneo para llevarla a cabo era un centro de capacitación ubicado en la SS y organizado a base de establecimientos regionales; mientras que la educación superior en salud pública debía ser impartida por un organismo público descentralizado, que permaneciera dentro del sector salud, pero que tuviera una afiliación universitaria para asegurar la calidad y el reconocimiento académicos. Se determinó así que, al integrarse al INSP, la Escuela se responsabilizaría sólo de programas de educación superior: especialización, maestría, doctorado y educación continua; es decir, que actuaría como una institución que privilegiaría la formación de cuadros de investigadores y tomadores de decisiones.²⁰

La reforma de la enseñanza fue paralela a la reforma sanitaria. La integración de la Escuela de Salud Pública de México al INSP implicó cambios en su constitución. En su primera etapa, de 1987 a 1988, se elaboró un “Plan de Desarrollo” para lograr una modernización académica y administrativa.¹⁹ Se acordó reducir la matrícula de estudiantes, y también el número de cursos de educación continua se redujo de 42 a 16. Una de las intenciones de estas medidas era disminuir la carga docente y dejar espacio para la investigación; algunos de los proyectos de investigación recibían financiamiento internacional. La Escuela contaba con cinco departamentos: Ciencias de la Administración, Ciencias Sociales, Epidemiología, Métodos Cuantitativos y Salud Ambiental; coordinaba a través de ellos los diferentes programas, y siguió impartiendo la especialidad en enfermería en salud pública; también la maestría en salud pública, pero emprendió su reestructuración curricular y extendió su duración de uno a dos años; convirtió el grado de maestro en administración de hospitales en especialidad, y también diseñó (en conjunto con el Centro de Ecología Humana y Salud de la OPS y con varios Institutos Nacionales de Salud) los programas académicos de la especialidad en salud ambiental, primera en su género en América Latina.²⁰

A fin de sistematizar las actividades futuras de la Escuela, se inició un proceso de planeación estratégica que permitiera orientar los programas académicos. En concordancia con ello, se integraron comités de expertos que agrupaban a cerca de 220 personas (las cuales representaban a diversas instituciones de salud y educación), así como a profesores y exprofesores de la Escuela, investigadores y alumnos destacados.¹⁹

Un investigador del Centro de Investigaciones en Salud Pública fue nombrado coordinador del área de epidemiología de la maestría en ciencias sociomédicas de la Facultad de Medicina de la UNAM, que originalmente había sido creada por iniciativa de profesores del Departamento de Salud Pública de esta universidad. La maestría fue impartida por las dos instituciones, y la ESPM logró así el reconocimiento universitario a sus programas y exploró la posible creación conjunta de programas de doctorado.²⁰

Los cambios tecnológicos en el área de informática posibilitaron la popularización de los análisis estadísticos fundamentales para la inferencia epidemiológica. La disponibilidad de calculadoras y microcomputadoras permitió el desarrollo de bases de datos y análisis estadísticos que revolucionaron la enseñanza-aprendizaje de la epidemiología y de la estadística.¹

La Escuela de Salud Pública de México siguió teniendo relaciones con el exterior y las acrecentó. El área de Desarrollo Académico tenía como función principal proyectar los productos del Instituto hacia el exterior, a través del intercambio académico, asesorías y publicaciones. La Escuela recibió a visitantes de instituciones extranjeras, y en 1987 fue anfitriona de la XIV Conferencia Bianual de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. En diciembre de ese mismo año fue sede de una reunión sobre los proyectos de PROASA en América Latina.²¹

En 1988, la Escuela asesoró una investigación de la OPS sobre el papel de la enfermera en el tratamiento de la lepra, y dio igualmente asesoramiento a programas educativos de posgrado de diversas universidades e institutos del centro y sur de los EUA, a través de la Fundación W.K. Kellogg. También estableció un convenio de colaboración con la Universidad La Salle para impartir la materia de administración de la atención médica a alumnos de pregrado de la Escuela Mexicana de Medicina.²² Por lo que toca a las publicaciones, la revista *Salud Pública de México*, que entre 1985 y 1987 había sido editada por la Escuela, continuó desempeñando su labor, pero ya bajo la conducción del Instituto Nacional de Salud Pública; asimismo, en 1987, y como parte de sus actividades, el INSP coeditó cuatro tomos de la *Biblioteca de la Salud*, junto con la Secretaría de Salud y el Fondo de Cultura Económica.²¹

El contacto de la Escuela con sus exalumnos había sido una tradición por décadas, fuera a través de las reuniones de la Asociación de Egresados, a las que asistían centenas de ellos; de cursos de educación continua, impartidos por la institución, o del seguimiento de las carreras profesionales.²³ A partir de la creación del INSP, la Dirección decidió retomar ese seguimiento y hacer de él una investigación sistemática; proponía desarrollar instrumentos de concertación para una programación tal que permitiera armonizar la oferta con la demanda.²⁴

En el sexenio, hubo tres nuevas Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina: la XII, sobre la enseñanza en desarrollo de servicios de salud (EUA, 1983); la XIII, acerca de la enseñanza en administración de salud (Colombia, 1985), y la XIV, sobre el entrenamiento en epidemiología para servicios de salud (México, 1987).²⁵

De los inscritos en la Escuela de Salud Pública de México en los primeros dos años de vida del INSP, egresaron 219 alumnos, de los que 99 eran mujeres. Entre ellos, 122 alumnos, de los que 44 eran mujeres, se inscribieron en la maestría en salud pública, y 7, de los cuales 4 eran mujeres, lo hicieron en la maestría con área de concentración en epidemiología. De los alumnos inscritos en el sexenio en la Escuela de Salud Pública de México, egresaron 1 045, de los que 414 eran mujeres; de ellos, 655, de los cuales 176 eran mujeres, se inscribieron en maestría (cuadro 1).

Desde 1982, las autoridades sanitarias buscaron descentralizar las actividades del Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud (CENIDS), que había sido incorporado a la Escuela de Salud Pública de México a finales de la administración de José López Portillo. Se crearon entonces 10 Centros Regionales de Información y Documentación en Salud (CRIDS), que más tarde fueron sustituidos por la Red Nacional de Colaboración en Información y Documentación sobre Salud (Rencis).²⁶

* El trabajo de Neri C y Fernández de Hoyos, publicado en 1961, mostró ese seguimiento de los estudiantes, entre 1944 y 1960, y también del destino de los exalumnos. Entre 1954 y 1959, por ejemplo, 12.6% de los egresados, que provenían del extranjero, habían vuelto a su país de origen; 87.5% trabajaban en el ámbito de la salud pública en México, y del 1.7% restante se sabía que había fallecido o se ignoraba su destino. De las enfermeras en salud pública egresadas en ese mismo periodo, 33.8% eran jefas de enfermeras en la SSA, 18.9% eran instructoras o supervisoras en la SSA o el IMSS, 12.6% eran enfermeras de salud pública en hospital, 12.6% ocupaban otros cargos de importancia en la SSA, 8.4% habían abandonado la profesión, y del 13.7% restante se ignoraba el destino.

Testimonio

La modernización del sector salud y la ESPM*

Guillermo Soberón

La hoy Escuela de Salud Pública de México, en su primera etapa, se dedicaba completamente a la docencia de alto nivel y logró formar cuadros muy importantes, no solamente en México sino en toda Latinoamérica; muchos alumnos venían de otros países a hacer sus estudios a la Escuela. Posteriormente hubo una especie de insatisfacción respecto a la institución. Yo sentía que la Escuela no estaba acorde con los tiempos que se vivían en México, y que debía actualizarse y modernizarse. Una de sus grandes carencias era que no estaba haciendo investigación en salud pública; había enseñanza de alto nivel, pero no era una costumbre tomar en cuenta la investigación, y necesitábamos remediar esa situación. La fusión entre la enseñanza y la investigación es un detonante importantísimo porque son campos que se mueven muy rápidamente.

Para llevar a cabo esta fusión, concurrieron las oportunidades y se fueron acomodando las cosas, pero uno de los detonantes de esta fusión fue el cambio estructural en la salud. Ello implicó una serie de cambios que se introdujeron para dar modernidad a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, misma que surgió de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública. Pero la Escuela sí requería una actualización largamente esperada. Esta modernización fue parte de lo que el doctor Julio Frenk denominó como las estrategias macro: descentralización de los servicios de salud, sectorización de los servicios de salud y modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. También fue parte de las estrategias micro, que comprendieron la formación de los recursos humanos necesarios para el cambio, nuevas estrategias de investigación en salud, manejo de información y acción comunitaria. Para formar al personal de alto nivel que era necesario para lograr este gran cambio en la salud, los Institutos Nacionales de Salud eran, en palabras del doctor Kumate, la pieza clave.



El entorno de aquel tiempo permitió que se fueran acomodando algunos aspectos y ocurrieran las oportunidades. Contamos con la ayuda de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y de grandes actores de la investigación en salud, lo que nos ayudó a que se fueran acomodando las cosas: surgió el Instituto Nacional de Salud Pública al unirse la Escuela de Salud Pública de México y dos centros de investigación en salud, de tal modo que ésta pudo incorporar la investigación y coadyuvar a lograr un cambio estructural en la salud.

En cuanto al futuro, es necesario que la Escuela se involucre en la investigación; esta última avanza muy rápido y surgen nuevos paradigmas, porque se hacen intervenciones sanitarias que deben llegar rápidamente a las instituciones de salud y a los grupos poblacionales que las necesitan. Esto nos dará mucha más calidad en la salud. Necesitamos gente capaz, entregada y moderna en cuanto a sus conocimientos y aptitudes.

Siento una gran satisfacción y me conmueve mucho ver cómo estas instituciones se consolidan y tienen resultados tan sólidos.

* Adaptación de la entrevista realizada al doctor Guillermo Soberón, el 31 de julio de 2019, con motivo del centenario de la ESPM.

Como parte de la estrategia de descentralización que se puso en marcha durante toda la administración de Miguel de la Madrid, el Instituto Nacional de Salud Pública sería establecido fuera de la ciudad de México, y se empezaron a construir modernos edificios y laboratorios, en Cuernavaca, Morelos. Hacia finales del sexenio, las obras de la sede del Instituto tenían 80% de avance.²⁷

En noviembre de 1988 la Escuela de Salud Pública de México fue premiada por la Organización Mundial de la Salud con la medalla y el diploma Salud para Todos, por sus 66 años de labores docentes. Las distinciones se entregaron en Acapulco, Guerrero, durante la reunión La Atención Primaria de Salud, en conmemoración del XL aniversario de la OMS, y el X de Alma-Ata.²²

Nueva sede para el Instituto Nacional de Salud Pública y su Escuela

La modernización de la Escuela avanzó con el proceso de transformaciones políticas ocurridas durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1 de diciembre de 1988-30 de noviembre de 1994). El secretario de Salud del periodo fue el doctor Jesús Kumate Rodríguez, y hasta 1992, el doctor Julio Frenk siguió siendo director del Instituto Nacional de Salud Pública.

Como parte de las medidas de modernización y reforma del Estado, se llevó a cabo la privatización de empresas estatales: la banca mexicana, Teléfonos de México, Altos Hornos de México, Siderúrgica Nacional, Mexicana de Aviación y Mexcobre, entre otras, así como la reducción del gasto público en materia de salud.²⁸ En el Simposio Internacional Evaluación y Revolución de Salud, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en 1990, Guillermo Soberón, exsecretario y en ese momento director de la Fundación Mexicana para la Salud, señaló que la crisis económica y el peso de la deuda externa habían abrumado a los mexicanos en la última década, lo que había provocado una disminución en los recursos otorgados a los programas de salud.²⁹

Más tarde, en su *Balance sectorial de salud: cinco años de gobierno*, Kumate señalaría que, durante la administración salinista, con la guía del Programa Nacional de Salud 1990-1994, el proyecto de reforma del sector salud había seguido en marcha mediante la organización de sus instituciones para evitar la duplicidad de funciones, y que había buscado, asimismo, fomentar una mayor participación de las instancias locales en salud.³⁰ Una de las estrategias de la reforma sanitaria de ese periodo en el país continuó siendo posicionar a la Secretaría de Salud como núcleo integrador del Sistema Nacional de Salud; la Secretaría debía asumir así las funciones de planeación estratégica y emisión de normas.²²

En ese marco se dio continuidad a los programas que estaban en marcha para atender problemas emergentes; entre otros, los relacionados con el medio ambiente y la contaminación, el control natal y el tratamiento del VIH/sida. El aumento en la incidencia de crisis asmáticas y de afecciones respiratorias en escolares se correlacionó con altos niveles de contaminación atmosférica, por lo cual se recurrió al monitoreo atmosférico, se instaló una red en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y se desarrolló un plan de contingencia.³¹

Foto: INSP (Benítez)



Foto: Luis Arias



Aspectos de la sede Cuernavaca del INSP.

A raíz del incremento de epidemias y en respuesta a los compromisos de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia convocada por el UNICEF en 1990, fue creado el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), que tuvo desde entonces la responsabilidad del Programa de Vacunación Universal, al que se sumaron las Semanas Nacionales de Salud en 1993. Desde 1990, no hubo casos reportados de poliomielitis salvaje, y desde 1991, tampoco casos de difteria, mientras que el número de casos notificados de otras enfermedades prevenibles por vacunación se redujo.^{1,8}

También se amplió la cobertura de la atención médica con el Programa Solidaridad-Secretaría de Salud, en especial en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, y zonas marginales del Distrito Federal. Entre 1991 y 1993, se rehabilitaron y equiparon 743 unidades del primer nivel y 17 hospitales, y en 1993, se pusieron en función 92 unidades del primer nivel de atención.³¹

Durante la administración de Salinas, un importante problema de salud al que se enfrentó México fue la emergencia del cólera a partir de 1991 y especialmente en 1993, año en el que se presentó la mayor tasa de incidencia: 12 por cada 100 habitantes.³² En un simposio sobre cólera en 1994, Jesús Kumate reconoció que la epidemia evidenciaba la insuficiencia de la infraestructura sanitaria del país y la urgencia de extender los servicios de drenaje, agua potable y cloración del agua para consumo humano, así como la importancia de fortalecer la educación sobre higiene personal y del hogar en las escuelas y los medios de comunicación.³³

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública realizó investigaciones cuyos resultados confirmaron que los factores que contribuían al desarrollo del cólera eran la pobreza, la marginación de poblaciones y los hábitos higiénicos y dietéticos deficientes.³⁴ En el sexenio, se prestó atención a la lucha contra las enfermedades diarreicas, por medio de la creación del Consejo Directivo del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas, con la participación de representantes del IMSS, del ISSSTE y del DIF, y con 32 consejos estatales.³¹

Juan Manuel Sotelo, representante de la OPS en México, disertó ante la Sociedad Mexicana de Salud Pública sobre el conflicto global del sector salud. Señaló que en los últimos años éste se había agravado, y que médicos y enfermeras habían hecho huelgas en más de 10 países. Habló de la aparición de un nuevo paradigma; dijo que en el contexto sociopolítico de entonces podría ser insostenible el papel del Estado como administrador y financiador de la atención médica. Según Sotelo, las dimensiones estratégicas que debían trabajarse para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000 eran la planificación de recursos humanos, la investigación y la formación.³⁵ Desde EUA, Osmenn, profesor y decano de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad de Washington, veía como principales obstáculos para lograr la meta de Alma-Ata “las dificultades económicas, la conmoción política, el crecimiento demográfico y el deterioro ambiental”.³⁶

Cuadro 2.
Principales causas de mortalidad general en México, 1990

Posición	Causas de mortalidad general
1	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos
3	Accidentes
4	Diabetes mellitus
5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
6	Neumonía e influenza
7	Enfermedades infecciosas intestinales
8	Enfermedades cerebrovasculares
9	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
10	Homicidios y lesiones

Fuente: referencia 37.

En 1990, las principales causas de mortalidad general en México habían cambiado. Aunque la neumonía y la influenza y las enfermedades infecciosas intestinales seguían estando entre las 10 primeras causas, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes y la diabetes ocupaban ya los primeros lugares (cuadro 2).³⁷

La llamada “transición demográfica” fue una preocupación gubernamental y también académica. En 1991, la Sociedad Mexicana de Demografía y el Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México llevaron a cabo una reunión para discutir el Programa Nacional de Salud y los problemas relativos a la interacción entre población y salud. A la reunión acudieron también representantes del Instituto Nacional de Perinatología, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto Nacional de Salud Pública.³⁸

Había un envejecimiento acelerado de la población y una tendencia a padecimientos característicos de la vida en las ciudades; por ello se hablaba de una evolución hacia las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre. Para Soberón, la salud en México estaba pasando por una profunda transformación que había iniciado varios años atrás, y que tenía relación con la transición demográfica, epidemiológica, cultural, educativa, económica, social y política de ese momento: habían disminuido la mortalidad infantil y la escolar, y la esperanza de vida rebasaba ya los 69 años de edad, por lo que la pirámide poblacional había alterado su forma de base ensanchada. Sin embargo, todavía se presentaban problemas de salud correspondientes al conjunto de padecimientos prevenibles como el paludismo, el dengue o la tuberculosis. Además, se hacía evidente la desigualdad social, ya que las infecciones y la desnutrición aquejaban a los más pobres, que geográficamente se ubicaban especialmente en el sureste del país; mientras que aquéllos con mayores recursos, localizados sobre todo en el norte, se veían afectados por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, los padecimientos cardiovasculares, los tumores malignos y los padecimientos nerviosos.²⁹

A inicios del sexenio, el Plan de Desarrollo de la Escuela de Salud Pública de México 1988-1989 fue el marco de referencia para las labores educativas de esa institución. En el ejercicio de modernización, la Dirección de Programas Académicos de la Escuela asumió la supervisión del desarrollo de los programas de maestría en salud pública, especialidad en administración de hospitales y especialidad en enfermería en salud pública, que fueron los ofertados en 1989. En tanto, la Dirección de Contenidos Académicos tuvo dos funciones: en la docencia, se enfocó en diseñar aquellos contenidos que conformaban las asignaturas de los programas de maestría, especialidad y cursos de educación continua (incluida la que se daba vía satélite), y en investigación, coordinó la evaluación de proyectos.²²

Foto: INSP (Benítez)



Clase en la sede Cuernavaca.

Se instrumentó la evaluación de la práctica de campo y de la práctica hospitalaria, se establecieron los lineamientos para la calificación y acreditación de los alumnos, se elaboró un reglamento escolar para ellos, y se estableció un programa de desarrollo para docentes cuya finalidad era contribuir a la calidad de la educación y la investigación, mediante la capacitación didáctica y la actualización profesional.²²

El doctor Enrique Ruelas dejó la dirección de la Escuela en 1989, y a partir de entonces, y hasta 1995, desempeñaría esa función el doctor Carlos Santos-Burgoa, quien obtuvo el título de médico cirujano por la UNAM, y los grados de maestro en salud pública y doctor en epidemiología ambiental y ocupacional por la Universidad Johns Hopkins. Fue director general de la Secretaría de Salud, donde contribuyó a la creación del organismo regulador COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), y coordinó la respuesta no farmacológica a la epidemia de influenza A(H1N1) en México. En el campo ocupacional, realizó estudios epidemiológicos entre mineros, bomberos, artesanos de cerámica vidriada, trabajadores petroquímicos, trabajadores de fundición del níquel y de procesamiento de cemento. Fue oficial de la OPS en sus áreas de Salud y Seguridad Humana, de Salud Ambiental, y en el Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Sus trabajos han sido distinguidos con los Premios de la Fundación Glaxo, la Sociedad Internacional de Epidemiología Ambiental y la Sociedad Internacional de Análisis de Exposición. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel II. Actualmente es profesor titular y director del Programa de Políticas de Salud Global en la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington.^{1,18}

Con Santos-Burgoa comenzó una segunda etapa de la Escuela, a la que se le denominó “de profundización de la modernización académica”. Con ella, se buscó dar mayor estructura y consolidación a la enseñanza, mediante la integración de la epidemiología, la bioestadística, las ciencias sociales y la administración. Durante el primer trimestre de 1989, se integró la Comisión de Docencia del INSP, cuyas funciones generales fueron la coordinación y la integración armónica de la educación superior en los tres establecimientos del Instituto, es decir, el Centro de Investigaciones en Salud Pública, el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas y la Escuela de Salud Pública de México.³⁹

Ese año, como parte de la Escuela, iniciaron labores dos unidades especiales de servicio: el Laboratorio de Cómputo, para uso exclusivo de los alumnos, y la Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública, producto de un convenio con la Dirección de Asuntos Internacionales de la SS, la UNAM y la representación de la OPS en México.⁴⁰

También en 1989 egresó la primera generación de especialistas en salud ambiental, mientras que el programa de educación continua impartió 25 cursos.³⁹ En 1989, la Fundación Kellogg reanudó su apoyo para la segunda fase del Programa de Educación Avanzada en Organización y Dirección de Servicios de Salud (PROASA).⁴¹

La investigación en sistemas de salud tenía antecedentes en México desde 1977, con la creación de la Subsecretaría de Planeación de la SSA. Después de eso hubo varios avances, en los que participaron el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la UNAM y la propia Secretaría. En 1984, se llevó a cabo un encuentro en Cocoyoc, Morelos, para contribuir a indagar el estado de la investigación en sistemas de salud en Latinoamérica y El Caribe, y fue la Escuela de Salud Pública de México la que organizó la reunión con el auspicio de la OPS. En los años ochenta se habían creado posgrados que contribuían a la investigación sobre sistemas de salud en México: la maestría en investigación de servicios de salud, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, unidad Iztacala; la maestría en ciencias sociomédicas, en la Facultad de Medicina de la UNAM; la maestría en medicina social, en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco; la maestría en investigación en salud pública, en la UAM Iztapalapa, y, desde 1986, la maestría en ciencias en organización y dirección de servicios de salud, como producto de un programa conjunto del Centro de Investigaciones en Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de México. Pero no había ningún programa de doctorado, hasta que en 1991 se inició en México el primer doctorado en ciencias en sistemas de salud dentro de la ESPM.⁴²

Aunque en el pasado, la Escuela había impartido el curso internacional de desarrollo de sistemas de servicios de salud, tampoco existía la maestría en sistemas de salud. Aprovechando el apoyo de la Fundación Kellogg, comenzó, igualmente en 1991, la que se denominó maestría en ciencias en sistemas de salud,⁴⁰ lo mismo que una nueva área de concentración de la maestría en ciencias, la de salud reproductiva, que originalmente contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud.

La Escuela de Salud Pública de México dio asesorías a las universidades mexicanas de Sonora, Zacatecas y Juárez de Durango, y mantuvo intercambio con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan y la International Society of Environmental Epidemiology.⁴¹

El 24 de enero de 1991 se inauguró formalmente la actual sede del INSP, localizada en Avenida Universidad 655, en Cuernavaca, Morelos, y a partir de entonces los esfuerzos que anteriormente se habían enfocado en la mudanza y en la transición institucional, dieron pie a una fase de consolidación. El IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública se llevó a cabo ese año, ya en Cuernavaca.⁴³

Los sistemas locales de salud y la enseñanza

En 1992 asumió el cargo de director del INSP el doctor Francisco Javier López Espino y de Antuñano, quien lo dirigió hasta 1993. López Espino y de Antuñano se graduó como médico cirujano por la UNAM y como maestro en salud pública por la Universidad Johns Hopkins. Además de director durante un breve tiempo, en el INSP fue investigador titular del Centro de Investigación en Salud Poblacional. Como oficial médico de la OPS/OMS, participó como asesor/instructor en los centros internacionales de adiestramiento en técnicas de programación para el control/erradicación de endemias de Brasil, Jamaica, México y Venezuela, capacitando a personal ejecutivo de los programas de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, de 28 países de América Latina, el Caribe, Asia, África y Europa. Como director del área para el desarrollo de programas de salud de la OPS/OMS, orientó la cooperación técnica de los gobiernos miembros diseñando y evaluando seis programas (enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, salud ambiental y de los trabajadores, salud pública veterinaria y salud de la madre y el niño) en siete centros panamericanos. En la Secretaría de Salud mexicana realizó el inventario de actividades de desarrollo, producción y control de calidad de biológicos. Fue miembro fundador del Consejo Nacional de Salud Pública.¹

El informe del Institute of Medicine, *The future of public health*, señalaba que en esa época había una gran distancia entre la salud pública académica y su práctica.³⁶ En ese mismo sentido, el doctor en salud pública, Jairnilson Silva, sostenía que en las universidades de EUA había una tendencia a aislarse de la realidad de la práctica de la salud pública, lo que también se observaba en otros países de América porque muchos profesores se formaban en aquel país; afirmaba que era imperativo que la OPS acelerara el proceso de creación de escuelas de salud pública en todo el continente americano, ya que –en su opinión– sólo una escuela de salud pública proporcionaría el núcleo intelectual necesario para los servicios de salud pública estatales. Una institución académica de ese tipo, argumentaba, podría trabajar en la docencia y en la investigación desde nuevas perspectivas epidemiológicas, para lograr la prevención y el control de las principales enfermedades que afectaran a cada país, los riesgos ocupacionales y ambientales, y la organización y administración de servicios de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, proponía desarrollar un sistema mediante el cual los miembros de los ministerios de salud participaran en la enseñanza y en los programas de investigación de las escuelas, y los profesores universitarios tomaran parte del desarrollo y evaluación de los programas de los ministerios de salud.⁴⁴

A partir de 1992, la demanda de estudios de posgrado aumentó para la Escuela de Salud Pública de México, y además CONACYT reconoció, dentro de su padrón de posgrados de excelencia, la maestría en salud pública, la maestría en ciencias en sistemas de salud y la maestría en ciencias en epidemiología.⁴⁵ El ciclo escolar 1992-1993 fue iniciado con dos programas de nueva creación: la maestría en administración de servicios de salud y el programa de maestría en ciencias en salud pública con área de concentración en salud mental, dada en conjunto con el Instituto Mexicano de Psiquiatría. La Escuela impartió 15 cursos de educación continua, algunos en coordinación con otras instituciones. Cada línea de investigación del Centro de Investigaciones en Salud Pública colaboraba con programas docentes.^{1,46}

Después de la estrategia de descentralización promovida por el gobierno federal anterior, durante el gobierno de Salinas se impulsó otra estrategia basada en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Se estableció el programa denominado Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuyo objetivo era robustecer las jurisdicciones sanitarias, es decir los 128 organismos técnico-administrativos sanitarios periféricos en los que se dividía el país, y que eran responsables de la atención de primer nivel y de las tareas de salud pública en general. Desde la perspectiva del gobierno federal, la capacidad de las jurisdicciones era limitada, por lo que se buscaba aumentar sus competencias técnicas y administrativas, mejorar la calidad de sus servicios y ampliar la cobertura.⁴⁷

La Escuela de Salud Pública de México preparó un curso para desarrollar elementos teóricos, metodológicos y técnicos de administración de los SILOS. Éste fue impartido en cuatro lugares: la ESPM, Tlaxcala, Estado de México y Guerrero, y tuvo diferencias de acuerdo con el lugar donde se dio. En Ecatepec participaron los encargados de las 17 coordinaciones municipales que conformaban la jurisdicción, además de personal de mandos medios de ésta; en Guerrero, lo tomaron personal de mandos medios jurisdiccionales y directivos hospitalarios, representativos de los servicios estatales de salud, y en Tlaxcala, personal representativo de todo el sector salud. Hubo 104 asistentes en total. La intención de tales cursos era establecer y desarrollar sistemas locales de salud en México a través de la formación de recursos humanos, la investigación y la asesoría técnica en la determinación de las necesidades de salud de la población y su respuesta programática. En su impartición hubo una estrecha colaboración entre el INSP y las Direcciones Generales de Enseñanza y Planeación, Información, y Evaluación de la SS.⁴⁸

En 1992 se inauguró en Nuevo León la primera maestría semipresencial en salud pública del país; fue impartida en el Hospital Metropolitano y tutorada por la Escuela de Salud Pública de México, y tenía la finalidad de capacitar a los jefes de las jurisdicciones de los estados del norte. La intención, de acuerdo con Santos-Burgoa, era extender este programa a todos los responsables jurisdiccionales de la Secretaría de Salud del país.

Noventa y tres alumnos lograrían graduarse.⁴⁹ Esta maestría semipresencial recibió la acreditación favorable del comité de evaluación externa solicitado por la Junta de Gobierno del INSP.⁵⁰ Hacia el final del sexenio salinista, 84% de los jefes jurisdiccionales se encontraban formados como maestros en salud pública; por ese avance, el gobierno federal otorgó el Premio Nacional de Administración Pública al doctor Francisco Hernández Torres, profesor-investigador del Departamento de Ciencias de la Administración de la Escuela de Salud Pública de México.^{47,51}

De 1993 y hasta el final del sexenio el director del Instituto Nacional de Salud Pública fue el doctor José Gómez de León Cruces, demógrafo que publicó ampliamente sobre las tendencias sociodemográficas de la población en México: fecundidad, mortalidad general e infantil, pobreza, desnutrición, amamantamiento y anticoncepción. En su trayectoria como demógrafo, se le reconoce el papel que desempeñó tanto en el ámbito académico como en el del servicio público. Falleció en 2000; en ese momento se desempeñaba como coordinador nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Recibió, de manera póstuma, el Premio Nacional de Demografía; su viuda decidió destinar el monto correspondiente al fortalecimiento de la Oficina Demográfica, un proyecto para dar formación sólida a especialistas en asuntos de población.⁵²

La estrategia de desarrollar un programa académico conjunto entre la UNAM y el INSP finalizó abruptamente en 1993, y este hecho condicionó al Instituto a adoptar su propia identidad académica y dar inicio a un incremento exponencial de sus programas académicos en ciencias, en colaboración con agencias internacionales y mediante acuerdos interinstitucionales colaborativos. Ese año, comenzó el doctorado en ciencias en epidemiología, y la maestría en ciencias en salud ambiental fue incorporada a la Red Latinoamericana de Formación de Recursos Humanos del Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente.⁵³

La estructura organizacional de la ESPM estaba orientada a tres áreas básicas que constituían las tres direcciones dependientes directamente de la Dirección del establecimiento y de la Subdirección de Planeación y Administración: la Dirección de Epidemiología y Bioestadística, con los departamentos de Ciencias de la Salud Ambiental, Epidemiología, Higiene Ocupacional y Bioestadística; la Dirección de Ciencias Sociales, conformada por los departamentos de Economía de la Salud, Promoción de la Salud y Sociología de la Salud, y la Dirección de Ciencias de la Administración, con los departamentos de Ciencias de la Administración, Salud Internacional y Análisis de Sistemas. En 1994, se diseñaron dos nuevas áreas de concentración de la maestría en ciencias: higiene ocupacional y economía de la salud, que impartirían 27 cursos de educación continua extramuros. Asimismo, el programa de maestría en salud pública en servicio fue evaluado por grupos de expertos nacionales e internacionales, y se reestructuró para las nuevas generaciones.⁵⁴



Foto: INSP

Detalle arquitectónico de la fachada poniente. INSP Cuernavaca.

El financiamiento que el INSP recibía para su desarrollo institucional, actividades académicas e investigación científica provenía del gobierno federal, así como de fundaciones locales e internacionales.²² El CONACYT apoyaba a la Escuela mediante diferentes programas; entre ellos, el Programa de Fortalecimiento del Posgrado Nacional, que se había creado en 1983, así como el Fondo de Cátedras Patrimoniales, creado en 1991. Además, como medidas para la incorporación de los posgraduados al mercado laboral, el CONACYT contaba con diversos mecanismos: bolsa de trabajo, que difundía en un boletín bimestral y contenía ofertas del sector productivo y de los centros de formación científica y tecnológica; asimismo, contratos hasta por un año a exbecarios sin trabajo, en instituciones de investigación y posgrado, siempre que éstas se comprometieran a crear la plaza correspondiente al término del contrato.⁵⁵

Carlos Rodríguez Ajenjo, investigador del INSP, señalaba que el sistema de salud en México estaba dirigido a la población urbana, que era un conjunto híbrido de instituciones y programas inconexos; asimismo, sostenía que las condiciones laborales, los salarios y las funciones de los trabajadores eran disímiles, y todo ello impedía ofrecer servicios eficientes a la población.⁵⁶ Otros estudios mostraban que, si bien en los últimos años había aumentado el número de médicos, éstos no estaban distribuidos equitativamente en todo el territorio mexicano, pues tres cuartas partes de los 130 000 existentes se encontraban en zonas urbanas, donde el mercado laboral estaba saturado, mientras que en las zonas rurales y periurbanas la población carecía de atención médica. El director del INSP propuso “el fortalecimiento de acciones entre los distintos organismos que formaban y empleaban médicos [y] desarrollar instrumentos de concertación para una programación que permitiera armonizar la oferta con la demanda”.⁵⁷

El anuncio de la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos de América y Canadá despertó interrogantes sobre su influencia en la salud pública de México. El secretario de Desarrollo Social, Luis Donaldo Colosio, señaló, durante la inauguración del IV Congreso de las Sociedades Internacionales de Epidemiología Ambiental (ISEE, por sus siglas en inglés) y de Análisis de Exposición (ISEA, por sus siglas en inglés), en las instalaciones del INSP, que la búsqueda del desarrollo económico no debía dejar de lado los aspectos ambientales, y que México no aceptaría la imposición de leyes supranacionales en materia de ecología, sino que buscaría el diálogo y la cooperación, así como el intercambio de información para definir los términos del denominado “lenguaje verde” en el marco del acuerdo comercial trilateral. Indicó que se requería de la promoción de un desarrollo sustentable, que obligara a realizar acciones eficientes ante el problema de la pobreza extrema, y que limitara la depredación y el uso irracional de los recursos.⁵⁸

Por su parte, Fernando Chacón Sosa, director de Apoyo Académico de la Escuela de Salud Pública de México declaró en la reunión Retos y Estrategias de la Enseñanza en Salud Pública, llevada a cabo en la Facultad de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), que “la salud de los trabajadores de la industria, la problemática del medio ambiente, los servicios de salud, la tecnología médica, la regulación sanitaria y el personal especializado que operaba en los centros de salud, se ver[ía]n afectados cuando iniciara el intercambio comercial del Tratado de Libre Comercio”. Por tales motivos, indicó, era urgente que la Escuela formara egresados acordes a las nuevas necesidades de la población. Por ejemplo, la Facultad de Salud Pública de la UANL estaba mostrando la vinculación entre la industria y la salud pública, ya que realizaba investigaciones sobre control ambiental y el impacto de la contaminación en la salud.⁵⁹

En los años ochenta, se discutió la idea de convertir al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) en Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE). En 1985, se decidió cerrar la clínica del ISET, y en 1989, después de 50 años de vida, se dio ese cambio, y el INDRE tuvo a partir de entonces un programa de gran impacto en la vigilancia epidemiológica del país, si bien nunca volvió a realizar trabajo clínico.⁶⁰

Entre 1988 y 1994, en el Instituto Nacional de Salud Pública se consolidaron varios campos de investigación, sustantivos del quehacer institucional: transición epidemiológica; atención primaria de salud; salud y desarrollo; organización de los sistemas de salud; calidad de la atención; salud de la mujer y el niño; salud ocupacional y ambiental; enfermedades infecciosas; relación huésped-parásito; dinámica de poblaciones de enfermedades infecciosas; enfermedades de transmisión sexual y sida, y recursos humanos para la salud.

Cuando el sexenio salinista estaba por terminar, Kumate aseguró que el presupuesto en salud había aumentado en 75%; sin embargo, precisó que cualquier medida económica aplicada en el sector a su cargo sería insuficiente. A pesar de la inversión en salud pública, aún era necesario que el gobierno federal redoblara esfuerzos para ofrecer servicios de calidad a la población.⁶¹

Con motivo del décimo aniversario de la fundación del Centro de Investigaciones en Salud Pública, se reunieron en el INSP varios especialistas para plantear las líneas de investigación a seguir durante la década siguiente y los mecanismos para vincular la investigación con la práctica en salud pública.⁵¹ Como parte del esfuerzo de vinculación con los servicios de salud, los alumnos de los programas de la maestría en salud pública y de las especializaciones en administración de hospitales y de enfermería en salud pública desarrollaron diagnósticos integrales de salud en jurisdicciones sanitarias de Campeche, Hidalgo, Morelos, Quintana Roo y Sonora.⁵⁴

En el sexenio, hubo dos nuevas Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina: la XV sobre “Investigación de servicios de salud en América Latina” (Cuba, 1991) y la XVI, titulada “Democracia y equidad” (Brasil, 1994).²⁵

Cuadro 3.
Número de egresados de la Escuela de Salud Pública de México, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 1989-1994

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Maestría en salud pública	1989: 45 (26 h, 19 m); 1990: 52 (34 h, 18 m); 1991: 44 (31 h, 13 m); 1992: 45 (24 h, 21 m); 1993: 34 (21 h, 13 m); 1994: 48 (27 h, 21 m)	268 (163 h, 105 m)
Especialización en administración de hospitales	1989: 7 (4 h, 3 m); 1994: 5 (3 h, 2 m)	12 (7 h, 5 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1989: 13 m; 1990: 17 m; 1991: 12 m; 1992: 21 m; 1993: 11 m; 1994: 12 m	86 m
Maestría en ciencias en salud ambiental	1990-1992: 3 m; 1991-1993: 1 m; 1992: 4 (3 h, 1 m); 1993: 4 (2 h, 2 m); 1994: 5 (2 h, 3 m)	17 (7 h, 10 m)
Doctorado en ciencias en sistemas de salud	1991: 1 h; 1992: 1 m; 1993: 1 m	3 (1 h, 2 m)
Maestría en ciencias en salud reproductiva	1991: 4 (1 h, 3 m); 1992: 2 (1 h, 1 m); 1993: 6 (3 h, 3 m); 1994: 2 m	14 (5 h, 9 m)
Maestría en ciencias en sistemas de salud	1991: 3 m; 1992: 12 (5 h, 7 m); 1993: 2 (1 h, 1 m); 1994: 1 m	18 (6 h, 12 m)
Doctorado en ciencias en epidemiología	1992: 4 (2 h, 2 m); 1993: 1 m	5 (2 h, 3 m)
Maestría en administración de servicios de salud	1992: 3 (2 h, 1 m); 1993: 5 (1 h, 4 m); 1994: 5 (2 h, 3 m)	13 (5 h, 8 m)
Maestría en salud mental en poblaciones	1992: 4 m	4 m
Maestría en salud pública a través del sistema semipresencial	1992: 93 (79 h, 14 m)	93 (79 h, 14 m)
Especialidad en administración de hospitales	1993: 3 (1 h, 2 m)	3 (1 h, 2 m)
Maestría en ciencias en epidemiología	1994: 9 (5 h, 4 m)	9 (5 h, 4 m)
Maestría en salud pública en servicio	1994: 144 (106 h, 38 m)	144 (106 h, 38 m)

Fuente: referencia 1.

De los inscritos en esos años en la Escuela de Salud Pública de México, egresaron 689 alumnos, de los que 302 eran mujeres; de ellos, 580, de los que 204 eran mujeres, se inscribieron en maestría, y 8, de los que 5 eran mujeres, en doctorado (cuadro 3). Se había dado espacio en la Escuela a alumnos de Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Cuba, Guatemala, Haití, Perú y Venezuela.⁵⁴

En 1993, la ESPM llevó la Presidencia de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública, y coordinó el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, la Reunión Latinoamericana de Formación de Recursos Humanos para los Sistemas Locales de Salud y la IV Reunión de la Sociedad Internacional de Epidemiología.⁵⁴ Al cumplir su séptimo año, las autoridades del Instituto Nacional de Salud Pública organizaron una ceremonia que fue presidida por el secretario de Salud. El doctor José Gómez de León Cruces, director del INSP, hizo un recuento de los principales logros alcanzados en los últimos años, y fueron inaugurados el V Congreso Nacional de Investigación en Salud y el II Congreso Regional de la Asociación Internacional de Epidemiología.⁶²



Foto: INSP (Benítez)



Foto: INSP (Benítez)

Transferencia de la actividad docente al INSP

Cambios importantes ocurrieron en el INSP en la siguiente administración federal. En el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León (1 de diciembre de 1994-30 de noviembre de 2000), hubo dos secretarios de Salud: el doctor Juan Ramón de la Fuente (1 de diciembre de 1994-17 noviembre de 1999) y el abogado José Antonio González Fernández (18 noviembre de 1999-30 de noviembre de 2000). Desde febrero de 1995, el doctor Jaime Sepúlveda Amor fue nombrado director del Instituto Nacional de Salud Pública, y permanecería en el cargo durante ocho años. Como director la Escuela de Salud Pública de México continuó el doctor Carlos Santos-Burgoa, hasta mayo de 1995.

Jaime Sepúlveda Amor obtuvo el título de médico cirujano por la UNAM, y los grados de maestro en salud pública, maestro en ciencias en medicina tropical y doctor en ciencias de la población por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Fue subsecretario de Salud, director general de Epidemiología y responsable de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Fue fundador del CONASIDA, y como subsecretario de Salud, diseñó el Programa de Vacunación Universal de México. Por más de 15 años, tuvo la distinción de Investigador Nacional nivel III del CONACYT. Fue director de Soluciones Integrales en Salud Global de la Fundación Bill & Melinda Gates. Pertenece a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Americana de Artes y Ciencias de EUA, y también a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Nacional de Ciencias de México. Fue electo al Board of Overseers de la Universidad de Harvard (2001-2007). Es profesor distinguido de salud global y director ejecutivo del Instituto de Ciencias de Salud Global de la Universidad de California-San Francisco.^{1,18}

Durante la administración de Zedillo se vivió el momento más crítico de la recesión económica entre 1994 y 1995. Se recurrió a la deuda con EUA y el Fondo Monetario Internacional para el rescate de la banca.⁶³ El nuevo Plan Nacional de Desarrollo estableció el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que continuó con los proyectos de ampliar la cobertura, evitar la duplicidad de los servicios de salud e incrementar la eficiencia

de la atención a la población abierta mediante la descentralización.⁶⁴ Uno de los instrumentos para la descentralización de los servicios de salud fue el Consejo Nacional de Salud, fundado en 1995. En 1997, fue creada también la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.¹

La reducción del papel del Estado en la salud fue creciente.⁶³ En 1997 entró en vigor la reforma a la Ley del Seguro Social, planteada desde 1995, misma que tuvo un carácter estructural: “se sustituyó el sistema de financiamiento del seguro de retiro, que era de reparto, por otro de capitalización privada en el mercado de riesgos, mediante el establecimiento de cuentas individuales”.⁶⁵

Ante el interés de tener una mayor calidad en los servicios de salud y garantizar el derecho a la protección de la salud, se dio origen a diversos programas: el Programa de Certificación de Hospitales, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables, para estimular un nuevo mercado de medicamentos de alta calidad a un costo más accesible para la población.³¹



Foto: INSP

Fachada poniente,
INSP Cuernavaca.

Los propósitos de reordenamiento se vieron reflejados en el INSP, que continuó con sus procesos de modernización. Como parte de la agenda política del Plan Nacional de Desarrollo, Jaime Sepúlveda Amor realizó en el Instituto una reestructuración integral de sus unidades académicas y administrativas, así como de sus líneas de investigación. La reestructuración consistió en un proceso de integración institucional que comenzó en marzo de 1995, y que Sepúlveda Amor definió como: “la integración de la investigación y la enseñanza; de las ciencias básicas y las aplicadas; las ciencias biológicas y las sociales; la preocupación por la excelencia y por la pertinencia; la vocación académica y la cercanía con el servicio público”. Para él, el INSP debía hacer de esas aparentes contradicciones su fortaleza, y conjugar la diversidad con una visión holística, comprensiva, de los problemas de salud.⁶⁶

A partir de ese momento, desapareció la denominación de “Escuela de Salud Pública de México” y se creó la Secretaría Académica, lo cual se vio reflejado en el estatuto orgánico institucional. El director del INSP confiaba en que se garantizaría la calidad de los programas docentes y el equilibrio entre las funciones de educación y las de investigación, mediante el traslado de las actividades de enseñanza a los centros de investigación. Al frente de la Secretaría Académica (que se encargaría del desarrollo pedagógico y la gestión académica) quedó el doctor el doctor José Luis Valdespino, quien ocupó el cargo entre mayo de 1995 y noviembre de 2004.

José Luis Valdespino cursó la carrera de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM. Recién titulado ingresó en el Departamento de Investigación Científica del Centro Médico Nacional del IMSS y, simultáneamente, estudió la maestría en salud pública en la Escuela de Salud Pública. Posteriormente, se desempeñó como jefe de enseñanza e investigación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y director de investigación epidemiológica en la Di-

rección General de Epidemiología de la SS. A partir de 1990, y durante cinco años, encabezó el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Además de Secretario Académico, fue investigador titular F del INSP. Posteriormente fue nombrado director del Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud; fungió, también, como encargado de la Dirección General de Políticas de Investigación en la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud. Ocupó la Dirección General Adjunta de Control y Aseguramiento de la Calidad en los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (Birmex).¹⁸

La Secretaría Académica quedó conformada por cinco subdirecciones que apoyarían el desarrollo de los programas de posgrado, la difusión, el intercambio académico, la realización de convenios, la biblioteca y las publicaciones académicas. Estas subdirecciones eran las de Gestión de Proyectos; Gestión Educativa; Publicaciones; Documentación e Información, y Descentralización y Evaluación Educativa. El objetivo general de las áreas fue apoyar la descentralización de la enseñanza de la salud pública, establecer convenios de colaboración para el desarrollo de programas docentes, contribuir a los objetivos del INSP y garantizar que los programas educativos se apegaran a la normativa establecida por las instancias coordinadoras en educación superior.⁶⁷ A pesar de los cambios en la estructura orgánica del INSP, el nombre de la Escuela Salud Pública de México seguiría empleándose para ciertas gestiones académicas y apareciendo en muchos informes oficiales, quizá para reivindicar una tradición de enseñanza, si bien adaptada a las nuevas políticas gubernamentales.

En el momento de la reorganización del INSP, en 1995, el Centro de Investigaciones en Salud Pública fue transformado en Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP), y se orientó hacia el estudio de la salud en poblaciones humanas, apoyado en la epidemiología, la nutrición, la demografía y la salud ambiental. Su misión era desarrollar investigación científica para estudiar la distribución de las enfermedades en la población; evaluar los determinantes ambientales, ocupacionales, biológicos y sociales; así como generar y evaluar intervenciones destinadas a disminuir el impacto de las enfermedades sobre la salud de la población.⁶⁷

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) fue creado como parte del proceso de reorganización del Instituto, y para su formación se emplearon unidades previamente adscritas a la Escuela y al Centro de Investigaciones en Salud Pública. Su misión era generar investigación científica en el campo de los sistemas de salud y de la formación de recursos humanos. Sus áreas de investigación eran: políticas de salud y planeación, organización de sistemas de salud, y salud comunitaria y bienestar social.⁶⁷

La misión del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas siguió siendo el estudio integral de los padecimientos infecciosos y la participación activa en la revolución biotecnológica, lo mismo que en la formación de recursos humanos para la realización de investigación biomédica.⁶⁷ Entre 1995 y 1997, se llevaron a cabo las gestiones pertinentes para incorporar en el INSP el Centro de Investigación de Paludismo (CIP; desde 2006, Centro Regional de Investigación en Salud Pública [CRISP]), localizado en Tapachula, Chiapas, y

creado en 1979 por una iniciativa que suscribieron la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁶⁸⁻⁷⁰ Fue incorporado específicamente al Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas y, entre otras actividades, prestaba y aún presta servicios a la comunidad, como diagnóstico de paludismo y evaluación de insecticidas. El entonces CIP se convirtió, así, en la segunda sede del INSP.^{67,71} Una tercera sede sería inaugurada más tarde en la ciudad de México.

En el año 2001, el Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud, que en algún momento debió de haberse separado de la Escuela de Salud Pública de México, se incorporó formalmente a la estructura del INSP, y al hacerlo cambió su nombre por el de Centro de Información para Decisiones en Salud Pública (CENIDSP). Su propósito era apoyar a los investigadores, profesionales, docentes y administrativos del INSP con información científica para la toma de decisiones.²⁶

Se instrumentaron estrategias para promover la integración de las actividades de docencia e investigación en el INSP; por ejemplo, se creó la Comisión Académica Ampliada para evaluar anualmente los programas de posgrado y validar las propuestas de modificación curricular, y se invitó a formar parte de ella a destacados miembros de la comunidad científica y académica del área de la salud, así como a representantes de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES).⁷²

Los miembros de la Comisión se dividían en dos grupos: el interno, integrado por el Secretario Académico, los directores de los centros de Investigación en Salud Poblacional, de Investigación en Sistemas de Salud y de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, además de tres profesores-investigadores de los centros mencionados; mientras que el grupo externo estaba conformado por un representante de cada una de las siguientes instituciones: la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud, la Facultad de Medicina de la UNAM, el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, la Dirección General de Enseñanza en Salud, la ANUIES y el Instituto de Biotecnología.⁷²

En 1995, este órgano colegiado realizó un diagnóstico específico de cada uno de los programas de posgrado y decidió suspender la impartición de la maestría en salud pública en servicios; cerrar la matrícula de nuevo ingreso a los programas de maestría en ciencias con área de concentración en higiene ocupacional, la maestría en salud mental en poblaciones y la de especialización en administración de hospitales; reformular el currículo de la maestría en ciencias con área de concentración en economía de la salud, e impartir un posgrado entre el INSP y el CIDE.¹ Para la SS, la evaluación de los programas de estudio del INSP era el primer paso hacia el reforzamiento del rigor académico de sus cursos.⁷³

La Comisión concluyó, asimismo, que era necesario establecer un sistema jerarquizado de créditos, que permitiera organizar los posgrados en forma piramidal; continuar

con el proceso de aprobación del INSP como institución de altos estudios en posgrado; establecer dos opciones de formación para el doctorado en ciencias en salud pública (una escolarizada para los alumnos con experiencia limitada en el campo de la investigación, y la otra de carácter tutorial), y continuar con la oferta de cursos de actualización para expandir las actividades académicas del INSP y tener más profesionales inscritos.⁷⁴

En el área de estudios de posgrado también se estableció la Comisión Académica Docente, para planear y organizar los programas de formación, desarrollo y actualización de recursos humanos a nivel superior en salud pública, seleccionar a los alumnos a ingresar y evaluar su desempeño académico, y revisar y aprobar la reglamentación académica aplicable a profesores-investigadores y alumnos. Entre los miembros había un coordinador (cuya responsabilidad recaía en el Secretario Académico); un secretario técnico (designado por el director general); cuatro vocales; prosecretarios para encargarse del diseño de programas, selección de alumnos, maestría en ciencias, programas de educación profesional y doctorado, y un representante de los alumnos de cada grado académico. Con el propósito de contar con un cuerpo normativo integral y actualizado que diera legitimidad a tales renovaciones en el INSP, los cambios serían plasmados después en una reglamentación académica y administrativa.⁷²

Los cursos de posgrado que se impartían en el Instituto quedaron definidos, de acuerdo con el tipo de formación, en las categorías de académicos, profesionalizantes y de educación continua. El Instituto contaba con los siguientes programas académicos: un doctorado en ciencias en epidemiología, y maestrías en ciencias con área de concentración en economía de la salud, epidemiología, salud reproductiva, salud ambiental, higiene ocupacional y sistemas de salud, entre otras. Los profesionalizantes comprendían las especialidades en administración de hospitales y en enfermería en salud pública, así como las maestrías en salud pública, salud pública en servicio y administración de servicios de salud (cuadro 4). En tanto, los cursos de educación continua abarcaban las áreas de administración, ciencias sociales, epidemiología y bioestadística, y salud ambiental y toxicología, e incluían los diplomas en salud pública y metodología de investigación operativa; asimismo, se llevaba a cabo el Programa Anual de Verano en Salud Pública y Epidemiología, organizado por el INSP y por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins.⁶⁷

El Programa de Verano se ofertó a partir de 1996, con el propósito de impartir cursos de diversos niveles de complejidad y que permitieran la actualización de los profesionales de la salud pública en México, en especial de los egresados de los programas de posgrado del Instituto. También estaba dirigido a jóvenes interesados en este campo de desarrollo profesional, con el propósito de familiarizarlos con la disciplina y propiciar su posible incorporación a los programas de posgrado del INSP.¹

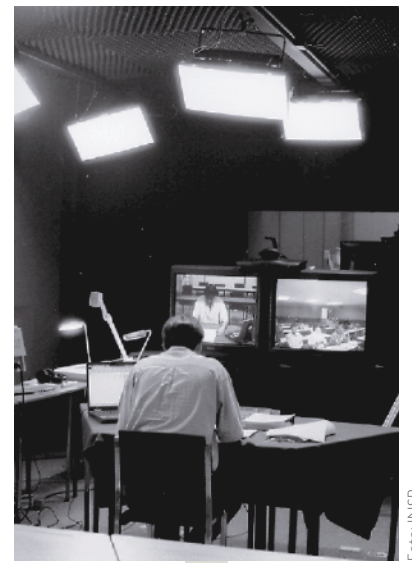


Foto: INSP

Sala de audiovisual,
INSP Cuernavaca

Cuadro 4.
Número de egresados del Instituto Nacional de Salud Pública, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 1995-2000

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Doctorado en ciencias en epidemiología	1995: 1 m; 1997: 1 h	2 (1 h, 1 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en economía de la salud	1995: 2 m	2 m
Maestría en ciencias con área de concentración en epidemiología	1995: 4 (3h, 1m); 1996: 5 (2 h, 3 m); 1998: 11 (6 h, 5 m)	20 (11 h, 9 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en salud reproductiva	1995: 7 (1 h, 6 m); 1996: 1 m; 1998: 7 (2 h, 5 m)	15 (3 h, 12 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en salud ambiental	1995: 3 (2 h, 1 m); 1996: 2 (1 h, 1 m)	5 (3 h, 2 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en higiene ocupacional	1995: 3 (2 h, 1 m)	3 (2 h, 1 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en sistemas de salud	1995: 2 (1 h, 1 m); 1996: 3 (2 h, 1 m)	5 (3 h, 2 m)
Maestría en salud pública	1995: 32 (17 h, 15 m); 1996: 60 (37 h, 23 m); 1997: 34 (15 h, 19 m); 1998: 47 (24 h, 23 m); 1999: 35 (26 h, 9 m)	208 (119 h, 89 m)
Maestría en administración de servicios en salud	1995: 4 (2 h, 2 m); 1996: 2 (1 h, 1 m); 1997: 6 (4 h, 2 m); 1998: 6 (4 h, 2 m); 1999: 6 (5 h, 1 m)	24 (16 h, 8 m)
Especialización en administración de hospitales	1995: 3 (1 h, 2 m)	3 (1 h, 2 m)
Especialidad de enfermería en salud pública	1995: 12 (1 h, 11 m); 1996: 17 m; 1997: 11 m	40 (1 h, 39 m)
Maestría en ciencias con área de concentración en nutrición	1996: 6 (3 h, 3 m); 1998: 2 m; 1999: 11 m	19 (3 h, 16 m)
Doctorado en ciencias en sistemas en salud	1997: 1 m	1 m
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología	1997: 5 (2 h, 3 m); 1999: 7 (2 h, 5 m)	12 (4 h, 8 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud ambiental	1997: 10 (6 h, 4 m); 1999: 8 (4 h, 4 m)	18 (10 h, 8 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud	1997: 2 (1 h, 1m); 1998: 6 (2 h, 4 m); 1999: 9 (4 h, 5 m)	17 (7 h, 10 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud reproductiva	1997: 3 (1 h, 2 m); 1999: 6 (3 h, 3 m)	9 (4 h, 5 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición	1997: 3 m	3 m
Maestría en ciencias con área de concentración en enfermedades infecciosas	1998: 5 (1 h, 4 m)	5 (1 h, 4 m)
Especialización de enfermería en salud pública	1998: 16 (1 h, 15 m); 1999: 15 m; 2000: 15 (3 h, 12 m)	46 (4 h, 42 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas	1999: 8 (6 h, 2 m)	8 (6 h, 2 m)
Maestría en salud pública en administración en salud	1999: 17 (10 h, 7 m)	17 (10 h, 7 m)
Maestría en salud pública en epidemiología	1999: 12 (6 h, 6 m)	12 (6 h, 6 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en economía de la salud	1998: 1 h; 1999: 1 m	2 (1 h, 1 m)
Doctorado en ciencias	1995: 1 m; 1996: 1 m; 1997: 4 (3 h, 1 m); 1998: 5 (1 h, 4 m)	11 (4 h, 7 m)
Doctorado en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología	1998: 1 m	1 m
Doctorado en ciencias de la salud pública con área de concentración en sistemas de salud	1999-2002: 2 m	2 m
Doctorado en ciencias de la salud pública con área de concentración en sistemas de salud	1999-2004: 2 (1 h, 1 m)	2 (1 h, 1 m)
Doctorado en ciencias de la salud pública con área de concentración en epidemiología	1999-2003: 1 m	1 m

/ ... sigue Cuadro 4.

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Doctorado en ciencias de la salud pública con área de concentración en epidemiología	1999-2004: 4 (3 h, 1 m)	4 (3 h, 1 m)
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en epidemiología	2000: 7 m	7 m
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en sistemas de salud	2000: 1 m	1 m
Maestría en administración de servicios de salud	2000: 7 (3 h, 4 m)	7 (3 h, 4 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas	2000: 6 (2 h, 4 m)	6 (2 h, 4 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología	2000: 11 (3 h, 8 m)	11 (3 h, 8 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición	2000: 9 (2 h, 7 m)	9 (2 h, 7 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud ambiental	2000: 5 m	5 m
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud reproductiva	2000: 3 (1 h, 2 m)	3 (1 h, 2 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud	2000: 6 (3 h, 3 m)	6 (3 h, 3 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud	2000: 6 (1 h, 5 m)	6 (1 h, 5 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología	2000: 9 (1 h, 8 m)	9 (1 h, 8 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario	2000: 12 (7 h, 5 m)	12 (7 h, 5 m)

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 18.

Foto: INSP (Benítez)



Foto: INSP (Benítez)

INSP: institución de investigación y enseñanza, y órgano de consulta

En 1993, se había creado en el Instituto la línea de investigación sobre nutrición y salud, dirigida a la prevención de la mala nutrición en todas sus formas. En 1999, investigadores del INSP realizaron, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, la Encuesta Nacional de Nutrición. Ésta mostró una reducción en la prevalencia de la desnutrición en niños, pero también la existencia de una epidemia de obesidad en México. Lo mismo que otras que se realizarían posteriormente (en 2006 y 2012), esta encuesta influiría en la información proporcionada por la SS sobre la importancia de la calidad de la dieta y la actividad física como medios para prevenir la obesidad y sus comorbilidades.⁷⁵

Los académicos del INSP buscaron integrarse a la reforma del sector salud a través de la investigación y la enseñanza superior. Optaron por reestructurar sus líneas de investigación y reformar los programas académicos desde una mirada descentralizada, la cual permitiera que los egresados adquirieran conocimientos para identificar los problemas sanitarios de cada región y brindar las soluciones respectivas.⁷⁶ Para Sepúlveda, las actividades del INSP debían respaldar al sector salud y alimentar la toma de decisiones en política de salud, sin olvidar la perspectiva crítica. Debían, asimismo, mantener las relaciones con otros Institutos Nacionales de Salud y alcanzar los niveles de excelencia de éstos, enfocándose en la formación de recursos humanos y en los servicios de investigación orientada hacia la población.⁶⁷

Los directivos del Instituto Nacional de Salud Pública se plantearon el Programa de Mediano Plazo 1996-2000, en el que definieron metas, políticas y acciones a realizar, para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el Programa Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. En 1996, se enfocaron en fortalecer el equilibrio investigación-enseñanza, incrementar el rigor académico (a través de la acreditación del Instituto como institución de educación superior), planear estratégicamente los programas docentes, fomentar la apertura académica externa, identificar las prioridades de formación de recursos humanos e implementar nuevas estrategias de promoción de los programas. Plantearon la necesidad de modificar para 1998 las primeras tres áreas de concentración de la maestría en salud pública (epidemiología hospitalaria, control de enfermedades no transmisibles, y control de accidentes y violencias), conforme las nuevas demandas

políticas y de salud. De igual forma, con el apoyo de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, prepararon y enviaron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público una propuesta para establecer el Programa de Estímulos al Desempeño Docente, con la intención de fortalecer la figura de profesor-investigador. La transformación fue evidente al pasar, de 5 en 1993, a 10 en 1996 el número de posgrados en el padrón de excelencia del CONACYT.⁷⁴

El establecimiento del PROGRESA –con el que el gobierno federal introdujo un paquete básico de servicios de salud que incluían, entre otras acciones, actividades de saneamiento, y combate a las diarreas y a las infecciones respiratorias en el entorno familiar– buscó combatir la pobreza extrema, mediante la atención de las necesidades mínimas de las familias beneficiadas.⁷⁴ El desarrollo de este programa social tuvo el apoyo del INSP, por intermedio de la maestría en ciencias con área de concentración en nutrición (abierta desde 1996), que contribuyó con el componente de nutrición. Los investigadores del Instituto confirmaron la alta prevalencia de desnutrición crónica, sobre todo en ciertas zonas del país, y señalaron que el monto de la inversión estatal no era proporcional a la prevalencia de la desnutrición en las diferentes regiones.⁷⁷

Tras la aprobación en 1997 del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, cada entidad federativa conformó un organismo público descentralizado para supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos a los estados, y dar cobertura de atención en salud a la población abierta (paquete básico de servicios de salud). Asimismo, se dio continuidad al Programa de Municipio Saludable y al Programa de Promoción de la Salud en Zonas Indígenas, y se consolidaron el Sistema para la Población Abierta y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). En el ámbito de la docencia, el Instituto contribuyó a los procesos de descentralización de los servicios de salud, al fortalecer la capacidad gerencial de las organizaciones locales de atención a la salud, y con el diseño e impartición de diplomados y cursos de educación continua en el área de gerencia de servicios de salud, a cientos de alumnos de muchos estados del país.⁷⁸

El Instituto formaba parte del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la SS. En 1997, por ejemplo, en coordinación con el ISSSTE, en Morelos, impartió ocho cursos para capacitar a 152 trabajadores de base y de confianza operativa de la institución de seguridad social. Impartió, igualmente, un diplomado para capacitar a 240 médicos generales de Petróleos Mexicanos, en las áreas de salud pública, epidemiología y medicina preventiva. Y, en colaboración con los Servicios de Salud en San Luis Potosí, coordinó acciones educativas y de actualización para enfermeras y médicos, con un curso sobre atención primaria de salud.⁷⁹



Foto: Luis Arias

Panorámica sede Cuernavaca.

El INSP tenía dentro de sus propósitos compartir información especializada y dar asesoría sobre salud pública no sólo a las instituciones de salud, sino también a sociedades, profesionales o público en general de diferentes zonas del país. Por ejemplo, los profesores y los investigadores apoyaban el Comité Mexicano para el Estudio de la Osteoporosis (fundado en 1994), mediante la elaboración de programas de investigación y docencia, tanto en el área del diagnóstico e identificación precoz como en la intervención terapéutica. Además, colaboraban en la estructuración de planes de enseñanza dirigidos a los integrantes del equipo multidisciplinario.⁸⁰

Las principales actividades en investigación, docencia y consultoría se relacionaron con el fortalecimiento de las redes de información gerencial y los sistemas de información. El INSP desarrolló tres proyectos de investigación operativa orientados hacia el diseño de sistemas de información gerencial para la operación cotidiana de los servicios: el sistema integral de información en salud, el sistema de información geográfica y el sistema de información binacional de salud migratoria. Estos temas estuvieron relacionados con los programas de las maestrías en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud y en administración de servicios de salud. Los cursos de educación continua incluyeron la impartición de talleres sobre el área de gerencia de servicios de salud en 13 estados del país, y los impartidos en la sede de Cuernavaca impactaron también a docentes, investigadores y gerentes de salud pública en América Latina.⁷⁸

El INSP firmó un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), con la finalidad de colaborar en materia de formación de recursos humanos en el nivel de posgrado, con énfasis en las áreas de salud reproductiva y epidemiología. Representantes de ambas instituciones elaboraron un programa de trabajo que contemplaba el intercambio de profesores, donde los investigadores del INSP reforzarían la plantilla docente de los programas de maestría en ciencias de la salud de la UNAN.⁸¹ Y estableció también un convenio de colaboración en materia de docencia con la Fundación Salvadoreña para la Salud.⁸²



Foto: Luis Arias

Proceso de renovación en los programas de posgrado del INSP

En 1998, continuó la renovación del proceso educativo integral del INSP. El objetivo era modernizar el contenido, la duración y los perfiles de egreso de los posgrados, manteniendo los estándares de excelencia académica. Los cambios en el contenido y la estructura interna de la enseñanza-investigación se hicieron tomando en cuenta:

los retos que representa[ba]n para la salud pública las transiciones demográfica y epidemiológica, la necesidad de desarrollo y uso de tecnología apropiada, y la reforma de los sistemas de salud [...] así como el hecho de que necesariamente la salud pública es un quehacer transdisciplinario que requiere del concurso de múltiples enfoques y abordajes metodológicos para la comprensión integral de problemas multideterminados y cuya solución es necesariamente compleja.⁸³

Se realizó un análisis comparativo, desde el punto de vista pedagógico, entre los programas de posgrado en salud pública ofertados por el Instituto Nacional de Salud Pública y los que impartían las universidades e institutos de prestigio en EUA (como las universidades Johns Hopkins, de Harvard, de Michigan, de Stanford, de Yale y otras) y Brasil (Universidad de São Paulo e Instituto Oswaldo Cruz); se consideraron también las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Evaluación para la Educación Superior y la ANUIES, como instancias normativas en materia de educación superior, y los comentarios de alumnos, egresados y profesores-investigadores.⁸³

Los resultados finales de la evaluación concluyeron que cada posgrado debía contener mínimo dos y máximo siete áreas de concentración. La maestría en salud pública se impartiría en tres semestres; la maestría en ciencias, en cuatro, y el doctorado, en siete. Los egresados podían incorporarse a otro programa de nivel superior para tomar semestres o unidades didácticas intermedias o avanzadas faltantes para complementar el nuevo programa académico, y era necesario redefinir los mapas curriculares y el tronco básico común para todos los programas. La finalidad era formar egresados conocedores del quehacer de la salud pública en el ámbito operativo y en actividades de enseñanza e investigación, para lograr “la formación integral de recursos humanos, con un balance adecuado entre aspectos metodológicos, sociales, éticos y humanistas, que [pudieran] ser líderes en su campo de trabajo”.⁸³

Estos cambios se adscribían a los resultados derivados de la II Conferencia Panamericana sobre Educación en Salud Pública, realizada en 1998 en la ciudad de México. El propósito de la reunión académica fue debatir las reformas en los sistemas de salud en América Latina y analizar las prioridades de la salud pública, con base en la construcción de alianzas, una nueva institucionalidad social, la reforma sectorial y la salud pública basada en evidencias. Estas características debían ser atendidas dentro de las escuelas de salud pública del continente, a través de la producción de conocimientos y el desarrollo de tecnologías y metodologías para la salud pública, la formación de recursos humanos, la cooperación técnica con las organizaciones y la sociedad, la acción política en pro de la salud, la equidad y la justicia social, así como la acción comunitaria directa.⁸⁴

Con el objetivo manifiesto de enfrentar los problemas globales de salud, en el ámbito mundial se siguieron redefiniendo las bases conceptuales de la salud pública. Entre las ideas postuladas, las organizaciones e instituciones de salud mundiales establecieron que la educación en salud pública no debía ser un monopolio de las escuelas de salud pública, sino una actividad de formación que debía expandirse paulatinamente a otro tipo de instituciones.⁸⁵

En el debate participaron la OPS, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, la Asociación de Escuelas de Salud Pública de EUA, instituciones educativas de Canadá, la Secretaría de Salud de México, el Centro Colaborador de la OMS en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la UNAM, la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública y la Sociedad Mexicana de Salud Pública.⁸⁶

En 1998, en el INSP se abrió el área de concentración en enfermedades infecciosas dentro de la maestría en ciencias de la salud. La creación de esta nueva especialidad estuvo fuertemente ligada a los avances en los estudios del sida en México y América Latina, lo que era una muestra de la integración y el fortalecimiento de las líneas de investigación con los programas de posgrado.⁸⁷

Hacia finales de la administración federal 1994-2000, el INSP rediseñó el programa de maestría en salud pública para que se impartiera en 18 meses. También abrió la maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario, en conjunto con la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Este programa académico tuvo énfasis en la formación de personal profesional de alto nivel para los servicios de regulación sanitaria en los niveles local, estatal y federal.⁸²

En el año 2000, las enfermedades crónicas siguieron prevaleciendo entre las principales causas de mortalidad general en México, con la diabetes mellitus



Foto: INSP (Benitez)

Cuadro 5.
Principales causas de mortalidad general en México, 2000

Posición	Causas de mortalidad general
1	Diabetes mellitus
2	Enfermedades del corazón
3	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
4	Enfermedades cerebrovasculares
5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
7	Infecciones respiratorias agudas bajas
8	Accidentes de tránsito de vehículo motor
9	Agresiones y homicidios
10	Nefritis y nefrosis

Fuente: referencia 37.

ocupando el primer lugar, si bien seguían apareciendo entre ellas ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las infecciones respiratorias agudas bajas (cuadro 5).³⁷ Por entonces, las enfermedades transmitidas por vectores estaban implicando un nuevo reto para los sistemas de vigilancia epidemiológica y la salud pública. Como respuesta a ello, y por la existencia previa de una línea de investigación enfocada en ellas, el INSP ofertó la maestría en ciencias con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector.⁸⁸

En el marco de apertura al mundo de la tecnología, se buscó la forma de adaptar la educación continua a la demanda educativa y agilizar su oferta académica; también se creó una página de hipertexto para permitir el acceso nacional e internacional a los trabajos de formación científica y académica producidos por el Instituto, de tal manera que se estableció el primer portal electrónico en el área de la salud pública del país.⁸²

En 1998 se emitió en el INSP la convocatoria para formar los colegios de profesores con el propósito de ampliar la participación de los investigadores, por áreas de interés, en el diseño de los programas de posgrado que impartía el Instituto. Se formaron 12 colegios de profesores (Epidemiología; Nutrición y Salud; Bases Biológicas de la Salud Pública; Bioestadística y Procesamiento de Datos; Economía; Enfermedades Infecciosas; Ciencias Sociales y de la Salud; Metodología, Filosofía y Ética; Salud Ambiental; Salud Reproductiva; Administración y Gerencia, y Enfermería en Salud Pública).¹⁸

De los inscritos durante el sexenio en los programas académicos del INSP, egresaron 600 alumnos, de los que 354 eran mujeres; de ellos, 478, de los que 246 eran mujeres, se inscribieron en maestría, y 31, de los cuales 22 eran mujeres, en doctorado (cuadro 4).

En 1997, el Instituto obtuvo la admisión como miembro activo de la ANUIES y, dentro del proceso de acreditación de los programas de posgrado en salud pública a nivel nacional, realizó actividades con las instituciones miembro de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP).⁷⁹

El INSP fue, desde su creación, centro de reuniones académicas. En sus instalaciones de Cuernavaca se realizaban, por ejemplo, los congresos de investigación en salud pública, que buscaban crear un espacio de comunicación entre investigadores, profesores y trabajadores de la salud pública, y discutir los principales problemas que enfrentaba el país en ese campo: salud ambiental, higiene ocupacional, enfermedades infecciosas, salud maternoinfantil, nutrición humana, salud reproductiva y sistemas de salud.⁸⁹



Foto: INSP (Benitez)

En el VI Congreso, el tema de la formación de recursos humanos tuvo una mesa especial de discusión y fue dividida en dos secciones: la primera, titulada “Producción científica en salud en México”, y la segunda, llamada “Actividades evaluativas en formación de recursos humanos”. En esta última se discutieron los cursos de educación como herramienta de innovación; la evaluación del programa de formación y capacitación de promotores de salud en la atención primaria; la evaluación del sistema de créditos para los programas académicos, y la valoración del instrumento de evaluación educativa de la Secretaría Académica, en el que no obstante se seguía empleando la denominación “Escuela de Salud Pública de México”.⁹⁰

Miembros del INSP asistieron a la decimoprimer reunión ordinaria de trabajo del Consejo de Universidades Públicas e Instituciones Afines, realizada en Campeche en 1998, para compartir experiencias de desarrollo institucional, y discutir y analizar varios documentos relacionados con aspectos de financiamiento y evaluación superior en instituciones públicas.⁸¹

De igual forma, el Instituto participó en las tres Conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina que hubo en ese sexenio: la XVII, titulada “Renovando la estrategia de salud para todos” (Brasil, 1997); la XVIII, sobre “Reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública” (México, 1999), y la XIX, titulada “Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas” (Cuba, 2000).²⁵

También lo hizo en la reunión internacional sobre los asuntos globales en materia de educación en el continente americano, organizada por Educación Continua de la Universidad Autónoma de Guadalajara, en coordinación con universidades asociadas a la University Continuing Education Association (UCEA) y la Asociación Mexicana de Educación Continua (AMEC). De esta forma, el INSP buscó crear nuevos vínculos educativos con EUA y Canadá.⁹¹

La nueva Ley de los Institutos Nacionales de Salud –aprobada por el Congreso de la Unión el 26 de mayo de 2000, para regular la organización y funcionamiento de estos institutos en las áreas de investigación científica sobre salud, formación y capacitación de recursos humanos, y prestación de servicios de atención médica de alta especialidad– reconoció al Instituto Nacional de Salud Pública como una entidad clave en el desarrollo de la investigación y la enseñanza enfocadas en la salud pública. Asimismo, lo consideró órgano de consulta y asesoría en temas de salud pública para la Secretaría de Salud y los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas; señaladamente, en el desarrollo de encuestas en el área de la salud pública y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas.⁹²

Enseñanza, investigación y salud pública

El desarrollo de programas académicos y proyectos de investigación en el Instituto Nacional de Salud Pública se mantuvo ligado a los grandes problemas colectivos de salud durante la gestión de Vicente Fox Quesada (1 de diciembre de 2000-30 de noviembre de 2006). En esa administración, el secretario de Salud fue el doctor Julio Frenk Mora. Hasta 2003, el doctor Jaime Sepúlveda continuó al frente del Instituto Nacional de Salud Pública, y hasta noviembre de 2004, el doctor José Luis Valdespino lo hizo en la Secretaría Académica del INSP.

Dentro de los problemas que la SS tuvo que enfrentar en estos años, siguió estando el VIH/sida. En 2001, la Secretaría decidió fortalecer a CONASIDA como órgano colegiado, tanto en sus atribuciones como en su integración. Creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA), y la denominación de CONASIDA se conservó para grupos de trabajo. Las campañas contra el VIH/sida incluían a instituciones académicas, no gubernamentales, privadas y públicas; también, a científicos de diferentes disciplinas: biólogos moleculares, infectólogos, internistas, epidemiólogos, psicólogos y sociólogos, por lo que en ella confluían enfoques biomédicos, clínicos, epidemiológicos y sociales.^{1,93}

En la XXII Cumbre de la Comunidad del Caribe (CARICOM), realizada ese año en las Bahamas, la delegación mexicana –integrada entre otros por el presidente de la República, el subsecretario de Relaciones Exteriores y el director del Instituto Nacional de Salud Pública, Jaime Sepúlveda– disertó sobre temas sanitarios, en particular sobre las acciones mexicanas contra el sida y las posibilidades de una eventual cooperación conjunta en materia de prevención de la epidemia,⁹⁴ a la que Sepúlveda consideraba un asunto “de seguridad pública”.⁹⁵

Otros fueron los problemas de salud asociados a la nutrición, que habían sido evidenciados en las Encuestas Nacionales de Nutrición, en las que el INSP había desempeñado un papel fundamental. La segunda, de 1999, se había llevado a cabo en 21 000 hogares, tanto de zonas urbanas como rurales, y se había centrado en cuatro regiones: norte, centro, ciudad de México y sur del país; por ser una muestra mayor, sus resultados reflejaban a toda la población mexicana. Por un lado, la Encuesta revelaba que, aun cuando el gobierno mexicano había logrado reducir en 50% la desnutrición en niños, ésta persistía como problema de salud pública en México. Uno de cada cinco niños menores de cinco años tenía un retardo en la estatura, con diferencias regionales importantes: en los estados del sur de México (los más pobres), casi 30%



Foto: INSP (Benitez)

de los preescolares, de un universo de 10 millones de menores, tenía retardo en estatura; en familias indígenas el porcentaje era de 45%, mientras que en las entidades del norte era de 7%. La anemia y las deficiencias de hierro, zinc y vitamina A también constituían un serio problema. Uno de cada cuatro niños tenía anemia, y en los preescolares indígenas este porcentaje era de 36%. Además, un alto porcentaje de las embarazadas sufrían anemia. Por otro lado, la Encuesta había mostrado un incremento de más de 50% de sobrepeso y obesidad entre escolares y mujeres.⁹⁶

El sobrepeso y la obesidad se presentaban también en hombres, pero 70% de las mujeres mexicanas de entre 18 y 49 años de edad los padecían. Éstos representaban un problema de salud pública, pues podían ser causa de diabetes mellitus (entonces primera causa de mortalidad general en México), enfermedades cardiovasculares, angina de pecho, disminución sanguínea cerebral y diferentes tipos de cáncer que se asociaban con el alto consumo de grasas y baja ingesta de alimentos ricos en fibra.⁹⁷ Por ello, durante la presentación en Los Pinos de la campaña Vive Mejor, el director general del INSP aseguró que para el gobierno mexicano la obesidad y la diabetes eran problemas preocupantes.⁹⁸

En México la segunda causa de mortalidad general eran las enfermedades del corazón, las cuales estaban también relacionadas con la obesidad, la diabetes, la falta de actividad física, la presión arterial alta y el tabaquismo.⁹⁹ En 1998 el Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública había llevado a cabo una alianza con el Institute for Global Tobacco Control, de la Johns Hopkins, y en 2001 creó el Departamento de Investigación sobre Tabaco (luego denominado de Prevención y Control del Tabaquismo), que propuso impulsar acciones gobierno-academia-sociedad civil contra la epidemia de tabaquismo; ese año también impartió el curso-taller de verano “Estrategias para el control del tabaquismo en México y en la región de las Américas”.¹⁰⁰

Igualmente dentro del Centro de Investigación en Salud Poblacional, había desde los años noventa un Departamento de Investigación en Nutrición y Salud del Niño. Por la envergadura de sus proyectos, en 2001 la Dirección del Instituto decidió transformar este Departamento en Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS). Este Centro siguió participando, al interior del INSP, en la formación de recursos humanos en disciplinas relacionadas con la nutrición pública, y, al exterior, en la investigación de la nutrición poblacional y la epidemiología de la nutrición,⁷¹ así como en la divulgación de resultados.¹⁰¹

Además de obesidad, sobrepeso y anemia, los niños menores de cinco años eran afectados por muchos otros problemas de salud. De acuerdo con la SS, siete millones de niños menores de cinco años fallecían cada año por infecciones diarreicas; otros morían a causa de tumores malignos o padecían estrés, y casi todos los niños que nacían registraban altas concentraciones de plomo.¹⁰² La situación era más dramática en algunas regiones del país. Un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública mostró que la contaminación del aire en Ciudad Juárez, Chihuahua, había sido la causa directa de 231 muertes de menores de edad de escasos recursos entre 1997 y 2001. Los expertos señalaban que, al respirar más rápido que los adultos, los menores absorbían más contaminantes; el hecho de que su cuerpo y cerebro aún estuvieran en desarrollo los hacía también más vulnerables a las sustancias tóxicas. Se trataba del primer estudio que evaluaba los efectos de la contaminación atmosférica en grupos de niños que vivían en condiciones de pobreza a lo largo de la frontera México-Estados Unidos de América, y –en opinión de los investigadores responsables– era muestra de uno de los aspectos más nocivos, para los pobladores, de la intensificación de los movimientos transfronterizos.¹⁰³

El Patronato del INSP, órgano de asesoría y consulta, colaboraba con campañas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud: combate a las adicciones, práctica del deporte, alimentación saludable y cuidado de la ecología. Una muestra de estas acciones preventivas eran las Semanas Nacionales de Salud, en las que se distribuían millones de sobres de suero oral y se aplicaban millones de dosis de vacunas en todo el país, entre otras acciones realizadas por el gobierno con el apoyo de un gran número de organizaciones de la sociedad civil.⁹⁸ En el sexenio se dieron epidemias de sarampión, por lo que hubo una búsqueda activa de casos mediante la visita casa por casa, y se amplió la cobertura de la vacunación en todo el territorio nacional, incluyendo actividades de inmunización en instituciones educativas del nivel medio y superior, y en centros de trabajo de instituciones públicas y empresas privadas.¹⁰⁴

En los primeros nueve meses de 2002, se habían confirmado en el país 3 429 casos de dengue: 3 005 del tipo clásico y 424 del hemorrágico. El director general del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud federal informó, en la inauguración del “Curso-taller para el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico” –al que asistieron médicos de Colima, Michoacán, Nayarit, Guanajuato y Jalisco–, que institutos de investigación de varios países estaban trabajando en desarrollar una vacuna contra esta enfermedad, proyecto en el que, por parte de México, participaba el INSP.¹⁰⁵

Otro problema de salud pública era la reaparición del cólera, el paludismo y la tuberculosis resistente, que, en palabras del investigador Gustavo Leal Fernández,

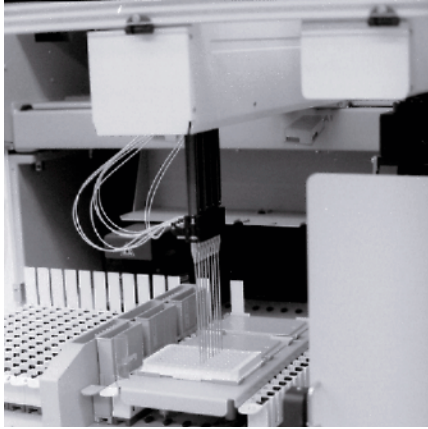


Foto: INSP

de la Universidad Autónoma Metropolitana, eran padecimientos asociados a la marginación. También para el jefe de infectología del Hospital General de México, César Rivera Benítez, mientras 40 millones de pobres no tuvieran acceso a agua potable, vivienda digna y alimentos saludables, serían frecuentes las infecciones y muchas de ellas tendrían terminación fatal.¹⁰⁶

La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2003, mostró que ese tipo de violencia era también un problema de gran magnitud en México. De acuerdo con los resultados de la encuesta, una de cada cinco mujeres mexicanas mayores de 15 años que habían acudido a los servicios de salud, había sufrido en el año previo a la entrevista violencia psicológica, física, económica o sexual por parte de su pareja. Una quinta parte de ellas había sufrido cuando menos tres tipos de violencia, y era notoria la vinculación de los hechos violentos con diversas situaciones como el alcoholismo del varón o la falta de educación de las mujeres.¹⁰⁷

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios fue creada en julio de 2001, y ese mismo año el Instituto Nacional de Salud Pública inició la maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario, en la que se graduaron unos cuantos alumnos. También, la maestría en ciencias de la salud con área de concentración en bioestadística se abrió en 2001.¹

De acuerdo con el INSP y la Secretaría de Salud federal, México era un país que invertía apenas 5% de su producto interno bruto en salud, cuando países como Estados Unidos de América o Canadá llegaban a 13%. En México, la inversión sanitaria tenía dos fuentes: pública y privada, de modo que, con recursos públicos, la salud sólo era nutrida en materia presupuestal con 2.5%. Así, México estaba por debajo de la media latinoamericana, que era de 7.5 por ciento.¹⁰⁸

En el marco de la conmemoración simultánea del primer siglo de existencia de la Organización Panamericana de la Salud, el octogésimo aniversario de la fundación de la Escuela de Salud Pública de México y los primeros 15 años del Instituto Nacional de Salud Pública, Vicente Fox aseguró que, durante los últimos 30 años, los mexicanos habían ido perdiendo poder adquisitivo; añadió que, si no se actuaba a tiempo, la falta de salud seguiría siendo la causa más grave de una sociedad inequitativa que no ofrecía oportunidades suficientes desde el nacimiento y que perpetuaba la pobreza en el país. George Alleyne, director general de la OPS, aseguró en esa misma reunión que, quienes trabajaban en el ámbito de la salud, deploraban lo que consideraban falta de atención por parte de las más altas autoridades políticas en este tema.^{19,109}

Foto: INSP



En 2002 el Consejo Técnico del IMSS aprobó la nueva denominación de IMSS-Oportunidades, para el hasta entonces llamado IMSS-Solidaridad. Por otro lado, la propuesta de la Fundación Mexicana para la Salud, elaborada por Frenk y sus colaboradores, fue la base para el diseño de la política en salud durante la administración de Fox.¹¹⁰ Uno de los ejes de esta propuesta, contemplada dentro del Programa Nacional de Salud, era el seguro nacional de salud (al que se le llamaría Seguro Popular), dirigido a la población que no tenía acceso a servicios institucionales de salud. De acuerdo con Frenk Mora, la intención era fortalecer la seguridad social en la medida en que la economía fuera creciendo. El segundo eje de la propuesta era crear nuevos instrumentos de seguros privados, que en México representaban apenas 2%; y, para estimular la adquisición de tales seguros particulares, en la reforma hacendaria se establecería un marco regulatorio nuevo que permitiera hacer ese gasto deducible de impuestos.¹¹¹

En la inauguración del “Seminario de utilización de la información científica, para la toma de decisiones”, el secretario de Salud señaló que 70% de los hogares mexicanos no contaban con seguro social y gastaban gran parte de los ingresos en necesidades médicas, lo que causaba empobrecimiento. Dijo, también, que los hogares que sí lo tenían, terminaban gastando más en servicios particulares, debido a la “baja calidad de los servicios de seguridad social”. Comentó que, además de afiliar a colectividades al Seguro Popular, se haría una campaña para convencer a los mexicanos del sector informal de que, en vez de pagar de su bolsillo, pagaran por adelantado en un sistema como el del Seguro Popular. Aclaró que, en el modelo ideal, los beneficiarios tendrían que aportar una cuota económica proporcional a su ingreso per cápita, aunque el gobierno federal subsidiaría con mayores recursos a las familias en extrema pobreza. Finalmente, aseguró que, con la puesta en marcha del Seguro Popular, al finalizar la administración foxista todos los mexicanos contarían con servicios de salud. Por entonces, el diseño del programa del Seguro Popular estribaba en dos o tres modelos que serían aplicados de manera experimental a partir de julio de 2001, en algunas comunidades que se encontraban en estudio.¹¹² El 17 de marzo de 2003 se llevó a cabo la reforma de la Ley General de Salud, a partir de la cual se aprobó el Sistema de Protección Social en Salud dirigido a la población no protegida por la seguridad social; se creó así el Seguro Popular.

Generación de conocimiento para la salud poblacional

Desde abril de 2004 hasta finales de la administración federal de Fox, el director del INSP fue el doctor Mauricio Hernández Ávila, quien se formó como médico cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM, y como maestro y doctor en Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Fue director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas y Accidentes de la Dirección General de Epidemiología de la SS. Al INSP se incorporó como director del Centro de Investigación en Salud Poblacional, donde fundó el programa académico de actualización en salud pública y epidemiología (conocido como curso de verano). Desempeñó el cargo de subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la SS, y a la fecha es director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS. Entre sus temas de investigación están: neoplasias malignas, diabetes mellitus, sida, contaminantes ambientales, y prevención y control del tabaquismo. Fue profesor visitante en la Escuela Rollins de Salud Pública de la Universidad de Emory, y ha recibido los premios Miguel Alemán en el área de la salud, al Mérito Académico por la Universidad de Harvard y Nacional de Ciencias en 2014. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III.¹⁸

Con la formación, capacitación y actualización de recursos humanos de alto nivel que requería México en el campo de la salud pública, el Instituto Nacional de Salud Pública buscaba contribuir a la equidad social, innovando en los sistemas de salud y promoviendo la salud plena de la población. El Instituto tenía la capacidad para otorgar directamente sus grados académicos.¹¹³

El INSP atendía, asimismo, la demanda nacional y regional en materia de educación continua. En los cursos realizados entre septiembre de 2003 y agosto de 2004, por ejemplo, aumentó el número de personas acreditadas porque entonces se introdujeron los diplomados en modalidad a distancia, que tuvieron mayor alcance. Dentro de estos cursos, dos muy solicitados eran los de salud en operaciones de socorro y el curso internacional denominado “Líderes”, enfocados en los principales aspectos de la atención a poblaciones en casos de desastre, y que se impartían en colaboración con la Cruz Roja Internacional. En el programa de actualización en salud pública y epidemiología, se llegaban a impartir tres docenas de cursos, además del diplomado en VIH/sida; y cada año se impartían más de medio centenar de cursos extramuros. Durante 2004, el Instituto ofreció programas extramuros en los estados de Guerrero y Oaxaca, en donde se impartió la maestría en salud pública en la modalidad de tiempo parcial; el número de alumnos matriculados fue de 66.¹¹³ En 2004

se abrieron la maestría en gerencia y dirección en salud, y la maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento.¹

En 2005 la doctora Laura Magaña Valladares fue nombrada secretaria académica del INSP; fue así la primera mujer en dirigir los programas de enseñanza, y siguió en el cargo el resto del sexenio de Fox, todo el de Calderón y casi hasta el final del de Peña Nieto. Magaña Valladares se formó en el área de educación: licenciatura en educación especial, maestría en tecnología educativa y doctorado en administración educativa. Ha laborado en universidades públicas y privadas en México, organizaciones educativas en EUA, programas de las Naciones Unidas, y organizaciones no gubernamentales en Centroamérica y Europa, y ha sido profesora y conferencista en instituciones mexicanas y extranjeras. Sus áreas de interés son los ambientes educativos y el uso de la tecnología en la enseñanza. Es la presidenta y directora ejecutiva de la Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública de EUA. Es miembro de comités educativos profesionales o científicos en asociaciones internacionales. Ha publicado más de 100 artículos científicos relacionados con entornos de aprendizaje, el uso de la tecnología en la educación y la educación en salud pública, y es miembro de consejos editoriales de revistas científicas.¹¹⁴

Durante 2005, en el marco del Programa de Educación a Distancia, se impartió el diplomado en gestión en servicios de salud a 29 alumnos que formaban parte del personal del Instituto de Salud del Estado de México. También se realizaron videoconferencias, dentro del tercer curso de medicina basada en evidencia, que tuvo como sedes el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Rehabilitación, la Universidad de la Laguna, la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y la Universidad Autónoma de Tamaulipas, y en el que participaron 109 alumnos.¹¹⁵

Ese mismo año, el INSP realizó el ciclo de videoconferencias interactivas “Salud pública: investigación en México”, que se transmitió mediante el canal de internet de la UNAM, y en el que participaron 597 alumnos de diferentes universidades del país. Se abrió, igualmente, el programa de educación virtual de la maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario, para capacitar al personal de la COFEPRIS.¹¹⁵

La Secretaría Académica comenzó a impartir el diplomado en liderazgo en salud con 39 alumnos. También se puso en marcha la colaboración entre la Secretaría de Salud y el INSP para iniciar la maestría virtual en salud pública a partir de septiembre de 2006.¹¹⁵ Se desarrolló un modelo pedagógico basado en el constructivismo y las competencias, y se rediseñó el programa de maestría en salud pública de acuerdo con él. El modelo colocó al alumno en el centro del proceso educativo, buscó la multidisciplinariedad e integración entre las materias, y favoreció una nueva estructura de prácticas comunitarias, que –se pensó– fomentaría la graduación de los estudiantes,



ya que en cada semestre los alumnos entregarían productos terminados, y al finalizar sus estudios, la integración de tales productos se defendería ante un jurado y tendría la validez de examen de grado.¹¹⁵

Como seguimiento al modelo de competencias se rediseñó el diplomado de formación y actualización docente, al que se agregó un taller para la elaboración de unidades didácticas; asimismo, en septiembre de 2006 dio inicio el programa de maestría en salud pública en modalidad virtual, que permitió a interesados de México y otros países cursarla sin la necesidad de desplazarse a las instalaciones en Cuernavaca, en la que se matricularon 76 alumnos.¹¹⁶ Ese año empezó a impartirse la especialidad en salud pública y medicina preventiva (cuadro 6).

En 2006 ingresó al INSP la primera generación de la residencia médica en salud pública, con seis residentes. En el marco del programa de educación continua se abrió el curso sobre modelo y métodos de atención en el sistema de protección social en salud, que se impartió en 12 ciudades del país. Se realizó un nuevo ciclo de conferencias interactivas: “Investigación en salud pública: salud global”, en el que participaron 1 449 alumnos de diversas universidades del país.¹¹⁶

En el sexenio de Fox, el INSP continuó fortaleciendo y consolidando los grupos de investigadores y especialistas. Se desarrollaron proyectos en los campos de la salud poblacional, la nutrición, los sistemas de salud y las enfermedades infecciosas, para generar conocimientos científicos y apoyar la toma de decisiones. Las líneas prioritarias de investigación eran definidas por la comunidad institucional: cáncer cervicouterino y de mama; diabetes mellitus y riesgo cardiovascular; tabaco; lesiones por causa externa; desnutrición y obesidad; salud y contaminación; tuberculosis; prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector; prevención y atención en VIH/sida; vacunas; equidad, gobernanza y protección financiera en salud, así como uso adecuado de medicamentos. Los investigadores eran evaluados por la Comisión Externa de los Institutos Nacionales de Salud.

Los proyectos tenían la finalidad de aplicarse en el diseño de las políticas, incluyendo la determinación de presupuestos y ejercicio. Se esperaba, por ejemplo, que el proyecto “Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género” proporcionara información relevante para sustentar decisiones que permitieran mejorar la equidad en el financiamiento de los programas, monitorear y dar seguimiento a las reformas del sistema de salud en relación con los programas de salud reproductiva, y ayudar a dar seguimiento a acuerdos de México en el ámbito internacional dentro de este campo (entre otros, el compromiso de asignar mayores recursos a tales programas).¹¹⁵

Cuadro 6.

Número de egresados del Instituto Nacional de Salud Pública, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 2001-2006

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en epidemiología	2001: 5 (2 h, 3 m); 2002: 8 (6 h, 2 m); 2003: 4 (2 h, 2 m); 2004: 3 m; 2005: 4 m; 2006: 3 (2 h, 1 m)	27 (12 h, 15 m)
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en sistemas de salud	2001: 5 (1 h, 4 m); 2002: 3 (1 h, 2 m); 2003: 2 (1 h, 1 m); 2004: 2 m; 2005: 2 (1 h, 1 m); 2006: 3 (1 h, 2 m)	17 (5 h, 12 h)
Especialización de enfermería en salud pública	2001: 6 m; 2002: 33 (4 h, 29 m); 2003: 5 (1 h, 4 m); 2004: 5 (1 h, 4 m); 2005: 7 m	56 (6 h, 50 m)
Maestría en administración de servicios de salud	2001: 7 (2 h, 5 m); 2002: 6 (3 h, 3 m)	13 (5 h, 8 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en bioestadística	2001: 2 h; 2003: 2 (1 h, 1 m); 2004: 4 (2 h, 2 m)	8 (5 h, 3 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas	2001: 7 (4 h, 3 m); 2002: 8 (4 h, 4 m); 2003: 2 m; 2004: 5 (2 h, 3 m); 2005: 6 (1 h, 5 m)	28 (11 h, 17 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector	2001: 2 (1 h, 1 m); 2003: 2 (1 h, 1 m); 2004: 5 (4 h, 1 m)	9 (6 h, 3 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología	2001: 12 (5 h, 7 m); 2002: 10 (5 h, 5 m); 2003: 6 (3 h, 3 m); 2004: 4 (2 h, 2 m); 2005: 5 (4 h, 1 m)	37 (19 h, 18 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición	2001: 3 m; 2002: 11 (6 h, 5 m); 2003: 5 (1 h, 4 m); 2004: 7 (2 h, 5 m); 2005: 9 (1 h, 8 m)	35 (10 h, 25 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud ambiental	2001: 6 (2 h, 4 m); 2002: 1 h; 2004: 7 (2 h, 5 m); 2005: 6 (2 h, 4 m)	20 (7 h, 13 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud reproductiva	2001: 5 (2 h, 3 m); 2002: 3 m; 2003: 7 (1 h, 6 m); 2004: 4 (1 h, 3 m); 2005: 5 (1 h, 4 m)	24 (5 h, 19 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud	2001: 3 h; 2002: 3 (1 h, 2 m); 2003: 4 (2 h, 2 m); 2004: 3 (2 h, 1 m); 2005: 3 m	16 (8 h, 8 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud	2001: 12 (5 h, 7 m); 2002: 30 (13 h, 17 m); 2003: 9 (3 h, 6 m); 2004: 8 (2 h, 6 m); 2005: 23 (8 h, 15 m); 2006: 14 (4 h, 10 m)	96 (35 h, 61 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología	2001: 13 (8 h, 5 m); 2002: 13 (5 h, 8 m); 2003: 3 m; 2004: 9 (3 h, 6 m); 2005: 25 (6 h, 19 m); 2006: 23 (7 h, 16 m)	86 (29 h, 57 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario	2001: 4 (3 h, 1 m)	4 (3 h, 1 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en economía de la salud	2002: 2 m; 2003: 2 (1 h, 1 m); 2005: 5 (3 h, 2 m)	9 (4 h, 5 m)
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas	2003: 4 (1 h, 3 m); 2004: 1 m; 2006: 1 m	6 (1 h, 5 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología clínica	2004: 5 (2 h, 3 m); 2005: 4 (2 h, 2 m)	9 (4 h, 5 m)
Maestría en gerencia y dirección en salud	2004: 3 (1 h, 2 m); 2005: 3 (1 h, 2 m); 2006: 3 h	9 h (5 h, 4 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento	2004: 3 (1 h, 2 m); 2005: 10 (3 h, 7 m); 2006: 13 (2 h, 11 m)	26 (6 h, 20 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en protección contra riesgo sanitario	2005: 11 (2 h, 9 m)	11 (2 h, 9 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística	2005: 4 (2 h, 2 m); 2006: 3 (1 h, 2 m)	7 (3 h, 4 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en salud ambiental	2005: 2 (1 h, 1 m); 2006: 6 (1 h, 5 m)	8 (2 h, 6 m)
Especialidad en salud pública y medicina preventiva	2006: 4 (3 h, 1 m)	4 (3 h, 1 m)
Maestría en salud pública en servicio	2006: 45 (15 h, 30 m)	45 (15 h, 30 m)

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencias 1 y 18.

Durante el foro Sin Maíz no Hay País, realizado en 2004, en el que participaron 20 organizaciones, además de indígenas, ambientalistas, campesinos y académicos, la Coordinación de la Campaña de Ingeniería Genética de Greenpeace México señaló que en nueve estados del país se había detectado maíz contaminado por la introducción del tipo transgénico. Los participantes en el foro hicieron un llamado a las autoridades a rechazar el maíz transgénico y proteger el maíz nativo y criollo. Los especialistas en genómica del Instituto Nacional de Salud Pública sostuvieron que los organismos genéticamente modificados debían evaluarse en tres niveles: clínico, epidemiológico y del sistema de salud. Eso debía hacerse antes de que se permitiera su uso, lo que no había sucedido, por lo que los transgénicos no debían estar en la dieta de los mexicanos.¹¹⁷

La investigación “Epidemiología y factores de riesgo de cáncer de mama en México” mostró que este grave problema de salud entre las mujeres en edad productiva estaba relacionado con su consumo de carbohidratos y de grasas, por lo que era necesario influir en los hábitos alimenticios de la mujer mexicana para que consumiera fibra, y fomentar en ella la realización de ejercicio físico, además de las campañas de detección oportuna de esta enfermedad llevadas a cabo por la SS.¹¹⁸

Como un elemento para combatir la anemia y la desnutrición infantil, el gobierno de México distribuyó desde 2003 en todo el país leche fortificada con hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas C, D, B2 y B12, para las niñas y los niños mexicanos. Los resultados del estudio “Impacto nutricional de la leche fortificada Liconsa”, elaborado en 2004 por el INSP, mostraron que los 370 000 niños observados que habían consumido diariamente esta leche habían reducido de forma importante sus problemas de anemia y desnutrición infantil.¹¹⁹

El Instituto participó, asimismo, en el estudio realizado por acuerdo de los gobiernos de México, EUA y Canadá, y con financiamiento del Banco Mundial, entre 500 madres primerizas (particularmente mexicanas), para determinar si su sangre estaba contaminada con químicos, muchos de los cuales podían ser cancerígenos. Para realizar los análisis se montaron dos laboratorios certificados.¹²⁰

Otro estudio del Instituto Nacional de Salud Pública alertó que para 2005 se necesitarían más de 3 000 millones de pesos para atender los gastos generados por la diabetes en México. Señaló que aún no había un sistema de seguimiento y monitoreo real de los pacientes diabéticos; es decir, no había forma de conocer la evolución médica de los pacientes que se mudaban de estado o cambiaban de institución en la que eran atendidos, y tampoco había una medición de la efectividad en las intervenciones de prevención que se habían realizado. En tanto, el jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas del Instituto llamó a un compromiso institucional y legislativo para regular el consumo de refrescos, dejarlo fuera del medio escolar y eliminar la publicidad dirigida a menores de edad en la televisión.¹²¹

Foto: INSP (Benítez)



En 2005 el INSP trabajó en la evaluación de diversos programas sociales, entre ellos los de IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular de salud. También participó en comités de revisión de normas oficiales relacionadas con el sector salud. En el marco de la colaboración internacional, el INSP participó en la reunión de planeación del área de VIH/sida organizada por el Banco Mundial, y firmó nuevos acuerdos de colaboración con el Institute for Global Tobacco Control y el Fogarty International Center, para generar información sobre políticas del control del tabaquismo en México, así como con el Moffit Cancer Center, para desarrollar una investigación sobre el virus del papiloma humano, con financiamiento de los Institutos Nacionales de Salud de EUA.¹¹⁵ En 2006, la SS y el Instituto realizaron la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006).¹²²

En este sexenio, hubo una última Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina: la XX, sobre el desarrollo de los recursos humanos y la gestión de la calidad de la educación en salud pública (Brasil, 2003).²⁵

De los inscritos durante la administración federal 2000-2006 en los programas académicos del INSP, egresaron 610 alumnos, de los cuales 399 eran mujeres; de ellos, 500, de los que 316 eran mujeres, se inscribieron en maestría, y 50, de los que 32 eran mujeres, en doctorado (cuadro 6).

Los retos ante nuevos y viejos problemas de salud

En el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (1 de diciembre de 2006-30 de noviembre de 2012), los secretarios de Salud fueron el doctor José Ángel Córdova Villalobos (1 de diciembre de 2006-9 de septiembre de 2011) y el economista Salomón Chertorivski Woldenberg (9 de septiembre de 2011-30 de noviembre de 2012). Al frente del Instituto Nacional de Salud Pública estuvo, hasta 2011, el doctor Mario Henry Rodríguez López, y en la Secretaría Académica continuó la doctora Laura Magaña.

Mario Henry Rodríguez López estudió medicina en la Universidad de Yucatán; obtuvo la especialidad en medicina interna por el Instituto Nacional de Nutrición y la UNAM, y los grados de maestro y doctor en parasitología médica por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres. Realizó estudios posdoctorales en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Se ha especializado en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector, particularmente del paludismo y del dengue, así como en el uso de sistemas satelitales para la identificación de áreas endémicas destinadas al control de vectores. Fue miembro del Comité de Investigación de Campo de Malaria de la OMS, y ha participado en el diseño y operación de estrategias gubernamentales para el control focal de vectores en el ámbito nacional e internacional. En México, dirigió el Centro de Investigación de Paludismo. Ha recibido los premios: de Investigación Médica Dr. Jorge Rosenkranz (en cuatro ocasiones), de Investigación Clínica Dr. Eduardo Liceaga, Von Behring-Kitasato a la Investigación Bioética y en Salud Pública de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud (en tres ocasiones). El INSP reconoció su trayectoria con el nombramiento de profesor emérito. Pertenece al SNI nivel III.¹⁸

Durante la administración calderonista, guiada por el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se aprobaron cinco reformas: la fiscal y la del sistema público de pensiones –que impuso el sistema de cuenta individual y aumentó los requisitos para el retiro– en 2007; la energética –que acabó de abrir a la inversión privada las actividades de la industria petrolera– en 2008; la de competencia en 2010, y la laboral en 2012 –que derogó de la Ley Federal del Trabajo las tablas de enfermedades e incapacidades permanentes.

En esos años, 75% de las muertes en el país se debían a padecimientos no transmisibles, como la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares o el cáncer; alrededor de 15%, a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la nutrición, y cerca de 11% tenían como causa las lesiones accidentales o intencionales.¹²²

De 2007 a 2012, el número de personas diagnosticadas con diabetes pasó de 4.3 millones a 6.4 millones; pero se estimaba que al menos otros 6.4 millones de mexicanos también padecían diabetes, aunque todavía no estaban enterados.¹²³ Sin embargo, si desde 2000 y hasta 2008 la diabetes ocupaba el primer lugar entre las causas de mortalidad general en México, a finales del sexenio ese lugar fue ocupado por las enfermedades del corazón.¹²⁴

Entre las enfermedades transmisibles estuvieron presentes el dengue clásico y la tuberculosis pulmonar, de la que, sólo entre enero y julio de 2007 se identificaron 8 871 casos nuevos.¹²⁵ Una situación extraordinaria, que demandó el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, fue la pandemia de influenza por el virus A(H1N1), que afectó al país en 2009, con 1 295 defunciones reportadas, entre 75 538 casos. A partir, también, de 2009, la oncocercosis se mantuvo bajo control tanto en Chiapas como en Oaxaca, y cumplió tres años de vigilancia epidemiológica sin administración de tratamientos específicos.^{36,124} En gran medida debido a la guerra contra el narcotráfico iniciada por el gobierno de Calderón, los homicidios y lesiones, que en 1990 ocupaban el décimo lugar entre las principales causas de muerte, y el noveno en el año 2000, pasaron al séptimo en 2010 (cuadro 7).¹²⁶

Cuadro 7.
Principales causas de mortalidad general en México, 2010

Posición	Causas de mortalidad general
1	Enfermedades del corazón
2	Diabetes mellitus
3	Tumores malignos
4	Accidentes
5	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares
7	Agresiones (homicidios)
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma
9	Neumonía e influenza
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Fuente: referencia 124.

El gobierno estableció el Programa de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, en el marco del cual se firmó el Pacto Nacional para una Alianza por un México Sano. El objetivo del Pacto era establecer mecanismos entre los tres órdenes de gobierno, y los sectores público, privado y social, para desarrollar acciones específicas a favor de la salud; lo suscribieron PrevenIMSS, PrevenISSSTE, diferentes dependencias gubernamentales, hospitales, industrias, institutos, laboratorios, universidades y organismos de educación superior como el Instituto Politécnico Nacional, además de Fuerza Informativa Azteca. El programa tenía seis ejes: aseguramiento universal; prevención y promoción de la salud durante la línea de vida; fortalecimiento de la infraestructura; calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud; abasto de medicamentos, y regulación sanitaria pertinente y dinámica.¹²⁷

Las campañas de prevención de la enfermedad y protección de la salud se enfocaron en diabetes, obesidad, enfermedades del corazón, VIH/sida, influenza y neumococo, y adicciones, así como en vacunación y donación voluntaria de sangre y de órganos y tejidos. Se estableció el proyecto “Adopta un niño de la comunidad”, como prueba piloto para mandar a 40 médicos pediatras a una comunidad con el fin de brindar atención enfocada en la vigilancia del crecimiento, la nutrición y la detección de enfermedades. También se echó a andar el dispositivo preventivo contra la obesidad en farmacias, como apoyo al programa Tomando Medidas, para sensibilizar a los consumidores que asistían a las farmacias, respecto del problema del sobrepeso y la obesidad.¹²⁷

Las acciones de capacitación al personal médico se mantuvieron enfocadas en el manejo de los medicamentos para las patologías más frecuentes en el país y en la formación de expertos para el manejo integral de las inmunizaciones. Para promover estilos de vida saludables, se impartieron conferencias, cursos y seminarios en universidades, y la Universidad de Guadalajara incorporó al Plan de Estudios del Sistema de Educación Media Superior una asignatura de educación para la salud.¹²⁷

Otros programas fueron el de Protección contra Riesgos Sanitarios y el de Comunidades Saludables, para fortalecer la participación municipal y comunitaria en asuntos de alta prioridad como la diabetes, la tuberculosis, el dengue, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, la mortalidad materna y la salud reproductiva. La SS ofreció servicios de salud a través de caravanas de salud y de telemedicina. Impulsó, asimismo, políticas de combate a las adicciones: alcohol, tabaco y drogas, cuyo consumo estaba relacionado con los padecimientos no transmisibles. Organizó semanas nacionales de salud para erradicar el tétanos neonatal y la rabia, y dio gran importancia a la vacunación; además de la cobertura de los esquemas de vacunación de preescolares y menores de un año,¹²⁵ inició la vacunación contra el virus de papiloma humano y la aplicación de vacunas contra rotavirus a menores de seis años.¹²⁴

Los propósitos de crecimiento económico, desarrollo de la industria nacional y promoción de la productividad laboral, planteados en el Plan Nacional de Desarrollo, impulsaron: la respuesta ante desastres, para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional; la prevención y el control de epidemias, riesgos de trabajo y enfermedades incapacitantes, así como la consolidación de la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas. A inicios del sexenio, se lanzó la convocatoria del fondo sectorial de investigación en salud y seguridad social, en la que se especificaban los temas de relevancia para el sector social y la intención de financiar la investigación en las instituciones de salud y académicas hasta por 100 millones de pesos.¹²⁵

El programa del Seguro Popular –que incluía 266 intervenciones– continuó, y se le añadieron nuevas estrategias: seguro médico para una nueva generación, embarazo saludable y renovación del Programa Nacional de Cirugía Extramuros. La Ley General de Salud fue reformada para modificar el mecanismo de financiamiento del Seguro Popular; en lugar de financiarse por familia, pasó a considerarse individualmente. También se efectuaron acciones para acercar los servicios de salud a la población más desprotegida del país, a través del IMSS-Oportunidades.^{124,128}

El Instituto Nacional de Salud Pública y los Objetivos del Milenio

Los tres ejes del Instituto eran: investigación que generara conocimiento y pudiera servir de base a intervenciones efectivas en salud; formación de recursos humanos para la adecuada planeación, organización y gestión de los servicios de salud, y vinculación con otros actores sociales para evaluar programas y asesorar en el diseño de políticas públicas.¹²⁹

Estas actividades estaban relacionadas con las reformas del sistema de salud; había un compromiso institucional con el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y el Programa Intersectorial de Salud, 2007-2012.¹²² Pero las actividades no eran planeadas sólo en función de los programas del Estado mexicano; también, de acuerdo con los problemas emergentes y reemergentes de salud en el país, así como con los Objetivos del Milenio de la OMS, propuestos desde el comienzo del siglo XXI, y entre los que estaban: erradicar la pobreza extrema y el hambre; reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años; mejorar la salud materna; promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de las mujeres; combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.¹³⁰

El INSP tenía 15 líneas de investigación. Algunas de ellas habían iniciado en años anteriores; otras eran nuevas o había nuevos temas dentro de una línea de investigación. Las direcciones de área de los diferentes centros tenían asignada una o varias líneas de investigación, y en el Instituto fue creada la Comisión Académica de Investigación, para monitorearlas. *Salud Pública de México*, ya para entonces plenamente consolidada como revista de investigación con revisión por pares e indización internacional, publicó los resultados de varios de estos estudios. Se puso en operación la RedINSalud, una red de datos que enlazaba a la comunidad de académicos y científicos de los Institutos Nacionales de Salud.¹²²

Investigadores del INSP se ocuparon de determinar la magnitud y distribución de la deficiencia nutricional y de las epidemias de obesidad, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular.¹²² Hubo esfuerzos para promocionar la actividad física y la alimentación saludable en el sistema educativo mexicano, con miras a la prevención de la obesidad infantil. Otros abordaron la prevención y el control de la tuberculosis, relacionando esta enfermedad con la diabetes mellitus.¹²⁹

En el campo de la salud reproductiva, miembros del Instituto investigaron los resultados obstétricos y neonatales de nacimientos atendidos por parteras profesionales,

enfermeras obstetras y médicos generales; mostraron que todos tenían resultados similares, y que el currículo de entrenamiento de las parteras era superior al de los otros profesionales de la salud.¹²² Un equipo interprofesional e interinstitucional, coordinado desde la Dirección de Salud Reproductiva del INSP, diseñó en 2009 el Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal: el Tratamiento Óptimo y Oportuno, con la finalidad de capacitar a personal de salud para salvar la vida de la madre y las personas recién nacidas, en caso de emergencias antes, durante y después del parto, y que se ha impartido a miles de profesionales.¹³¹

El Departamento de Investigación sobre Tabaco realizó una intervención contra el tabaquismo en 10 escuelas secundarias, con contrapublicidad dirigida a combatir la de la industria tabacalera,¹²² y las investigaciones realizadas por este Departamento sirvieron para impulsar y evaluar las leyes locales de ambientes libres de humo de tabaco desde 2008.¹⁰⁰

El interés por desarrollar investigación en el tema de salud y ambiente surgió a la par del INSP en el contexto de la preocupación por la degradación y contaminación ambiental, y desde 2012 amplió sus aportaciones en los temas de contaminación intramuros, cambio climático, manejo de sustancias químicas, exposición a plaguicidas, y sus efectos en la morbilidad y la mortalidad. Asimismo se realizaron investigaciones en zonas mineras, para analizar los impactos de la minería en la salud, así como para proponer intervenciones y evaluarlas; en Molango, Hidalgo, por ejemplo, se intervino desde 2002 y se estudió el efecto del manganeso en el coeficiente intelectual de los niños. El INSP llevó a cabo alianzas con el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud de la OPS/OMS, con otras instituciones como el Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático, y con organizaciones civiles.¹³²

Otro proyecto fue el fortalecimiento de la estrategia nacional de prevención y reducción de daños, dirigido a hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables.¹³³ Y, ante la contingencia epidemiológica por la pandemia de A(H1N1), el Instituto ideó un Sistema de Información Geográfica para la Vigilancia de Influenza, que permitía ver la evolución de ese padecimiento infeccioso en el territorio nacional.¹²⁹ Temas adicionales de investigación fueron: prevención y control del cáncer; promoción de estilos de vida saludables; salud y grupos vulnerables (adultos mayores, migrantes, indígenas, personas con otras orientaciones sexuales o discapacidad); resistencia bacteriana a medicamentos; prevención de lesiones y violencia; recursos humanos en salud, y protección social en salud.¹²²

Miembros del INSP realizaron tareas operativas en desastres naturales, y asesoraron a la Secretaría de Salud en temas como desayunos escolares y control de dengue y paludismo. Evaluaron las estrategias y tratamientos de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS);¹²² el programa de atención de adultos mayores de 70 años y más en zonas rurales, al igual que el programa de guarderías como estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras.¹³⁰

Después de una revisión exhaustiva, investigadores del Instituto clasificaron las bebidas en categorías, de acuerdo con su contenido energético, valor nutricional y riesgos a la salud –como sobrepeso, obesidad y diabetes–, y elaboraron recomendaciones basadas en evidencia científica sobre el consumo de bebidas para la población mexicana. También siguieron evaluando el impacto de la fortificación de la leche LICONSA con hierro, zinc y otros micronutrientes, sobre el rendimiento escolar de la población beneficiaria,¹³⁰ y el Programa de Seguridad Alimentaria del Estado de México.¹³⁴

Otros investigadores participaron en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, en colaboración con el Consejo Nacional contra las Adicciones,¹³⁰ y en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.¹³⁵ Evaluaron, asimismo, la política federal de abasto de medicamentos,¹²⁸ y el Programa de Prevención de la Violencia en el Noviazgo.¹³⁴ Cabe aclarar que, en 2007, se había establecido ya en el INSP el hoy Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE).¹³⁶

Rediseño de los programas de estudio

Las líneas de investigación del INSP estaban ligadas a la enseñanza. A inicios del gobierno de Calderón, las 10 áreas de la maestría en ciencias de la salud se rediseñaron con el modelo por competencias; los cambios en el currículo respondieron a una mayor vinculación entre la formación profesional y las demandas del mercado laboral. Los programas académicos que se impartían en Cuernavaca eran de tiempo completo, los impartidos en la sede de Tlalpan eran de tiempo parcial, y existía también la modalidad virtual; la segunda y la tercera opciones permitían al Instituto llegar a más alumnos de diferentes estados de la República y del extranjero.^{122,137}

Se siguió impartiendo la maestría en salud pública, la de mayor tradición en el Instituto, para formar recursos humanos capaces de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, así como de reducir las desigualdades de acceso a los servicios mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.¹²² La práctica comunitaria que estos estudiantes realizaban durante tres trimestres para diagnosticar un problema de salud pública, llevar a cabo una intervención y evaluarla, tenía un impacto en Morelos, pues había un acercamiento de los programas académicos a la población de ese estado. Durante este aprendizaje basado en la interacción con la comunidad, los alumnos integraban el conocimiento teórico y lo aplicaban.¹³⁰

Para responder a nuevos retos, en 2007 se abrieron la maestría en salud pública con área de concentración en nutrición, y el doctorado en ciencias en salud pública.¹²² Al año siguiente se echó a andar la maestría en nutrición clínica,⁷¹ y en 2009, el doctorado en ciencias en nutrición poblacional.¹²⁹ Con el trabajo conjunto del Instituto Nacional de Geriátrica y del INSP, en 2012 empezó a impartirse la maestría en salud pública con área de concentración en envejecimiento.¹³⁴ Por el contrario, dejó de impartirse una especialización tradicional en la Escuela, la de enfermería en salud pública (cuadro 8).

Se consideró que los egresados eran parte fundamental de la comunidad académica; por ello, se creó un programa de fortalecimiento académico para ellos y se buscó que mantuvieran el contacto con su institución formadora, la cual daría seguimiento a sus necesidades de capacitación. Hubo anualmente reuniones regionales en tres ciudades del país, y se les ofreció el diplomado de actualización en salud pública.¹³⁰

De los egresados de los posgrados profesionalizantes se esperaba que estuvieran capacitados para insertarse con eficacia en sus campos profesionales, y que en su entorno fueran agentes de avance y transformación; era el caso de la maestría en salud pública en servicio, que se siguió impartiendo a jefes jurisdiccionales.¹³⁸ De los egresados de los posgrados en ciencias se esperaba que desempeñaran actividades en los ámbitos de atención, gerencia y planeación estratégica, y tuvieran niveles de responsabilidad en el sector salud.¹³³

En 2011 comenzó a impartirse la especialidad en promoción de la salud.¹ En los cursos de verano, participaban invitados nacionales y extranjeros, y se ofrecía un gran número de diplomados.¹³⁸ En vista de que México transitaba hacia un estado en el que dominaban las enfermedades crónico-degenerativas, el INSP impartió diplomados de prevención y atención de enfermedades crónicas no transmisibles; sólo en 2009 impartió siete de ellos. Sin embargo, el Instituto reconocía que no se había dejado atrás la carga de padecimientos infecciosos, en el contexto de desigualdades sociales no resueltas.¹²⁹

El Instituto ofertó también un gran número de actividades académicas, como el seminario “*Caribbean HIV/AIDS projects implementation and training workshops*”,¹²² un curso en línea sobre el A(H1N1), y otros de capacitación para la operación del Seguro Popular.¹²⁹ Varios de estos cursos se daban en ciudades sedes alternas: Toluca, Distrito Federal, Salamanca, Guanajuato, León, Celaya, Tuxtla Gutiérrez, Molango, Iguala, Chilpancingo, Orizaba y Oaxaca.¹³⁸

Para llegar a sectores más amplios de la población, se llevó a cabo un nuevo ciclo de videoconferencias interactivas: “Investigación en salud pública: nuevas prioridades”, a través de la Red Nacional de Videoconferencias para la Educación, el portal de la UNAM y la plataforma Webex. Igualmente, como parte de una estrategia de acercamiento a la comunidad, se inició la transmisión de un programa de radio para difundir los resultados de las investigaciones del INSP y promover sus programas académicos, a través de Radio UAEM.¹³⁷

Cuadro 8.
Número de egresados del Instituto Nacional de Salud Pública, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 2007-2012

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en epidemiología	2007: 5 (4 h, 1 m); 2008: 4 m; 2009: 6 (1 h, 5 m); 2010: 3 (1 h, 2 m); 2011: 3 (2 h, 1 m); 2012: 6 m	27 (8 h, 19 m)
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en sistemas de salud	2007: 1 m; 2008: 4 (1 h, 3 m); 2009: 3 (2 h, 1 m); 2011: 4 (2 h, 2 m); 2012: 4 m	16 (5 h, 11 m)
Especialidad en salud pública y medicina preventiva	2007: 9 (3 h, 6 m); 2008: 9 (4 h, 5 m); 2009: 8 (3 h, 5 m); 2010: 10 (6 h, 4 m); 2011: 7 (4 h, 3 m); 2012: 7 (2 h, 5 m)	50 (22 h, 28 m)
Especialización de enfermería en salud pública	2007: 3 m; 2008: 5 m; 2010: 21 (2 h, 19 m)	29 (2 h, 27 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en economía de la salud	2007: 5 (3 h, 2 m); 2009: 7 (4 h, 3 m); 2010: 4 (3 h, 1 m); 2012: 6 (3 h, 3 m)	22 (13 h, 9 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas	2007: 7 (4 h, 3 m); 2008: 6 (2 h, 4 m); 2009: 7 (4 h, 3 m); 2010: 11 (4 h, 7 m); 2011: 13 (6 h, 7 m); 2012: 8 (2 h, 6 m)	52 (22 h, 30 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología	2007: 6 (1 h, 5 m); 2008: 7 (2 h, 5 m); 2009: 2 h; 2011: 5 (2 h, 3 m)	20 (7 h, 13 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología clínica	2007: 6 m; 2008: 4 (1 h, 3 m); 2009: 4 (1 h, 3 m); 2010: 4 (1 h, 3 m); 2012: 6 (1 h, 5 m)	24 (4 h, 20 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición	2007: 8 m; 2008: 9 (2 h, 7 m); 2009: 4 (2 h, 2 m); 2010: 12 m; 2011: 6 (1 h, 5 m); 2012: 9 m	48 (5 h, 43 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud ambiental	2007: 5 (1 h, 4 m); 2009: 3 m; 2010: 5 (2 h, 3 m); 2011: 2 h; 2012: 2 m	17 (5 h, 12 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud reproductiva	2007: 5 (1 h, 4 m); 2009: 8 m; 2010: 5 (2 h, 3 m)	18 (3 h, 15 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud	2007: 7 (4 h, 3 m); 2008: 4 (3 h, 1 m); 2009: 11 (1 h, 10 m); 2010: 6 h; 2011: 4 m	32 (14 h, 18 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en promoción para la salud	2007: 15 (3 h, 12 m); 2008: 10 (2 h, 8 m)	25 (5 h, 20 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud	2007: 17 (7 h, 10 m); 2008: 40 (19 h, 21 m); 2009: 19 (6 h, 13 m); 2010: 7 m; 2011: 18 (4 h, 14 m); 2012: 19 (11 h, 8 m)	120 (47 h, 73 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento	2007: 12 (2 h, 10 m); 2008: 16 (5 h, 11 m); 2009: 10 (3 h, 7 m); 2010: 10 (2 h, 8 m); 2011: 12 (7 h, 5 m); 2012: 6 (1 h, 5 m)	66 (20 h, 46 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología	2007: 14 (7 h, 7 m); 2008: 13 (5 h, 8 m); 2009: 18 (4 h, 14 m); 2010: 8 (3 h, 5 m); 2011: 11 (6 h, 5 m); 2012: 16 (6 h, 10 m)	80 (31 h, 49 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en nutrición	2007: 7 (1 h, 6 m); 2008: 2 (1 h, 1 m); 2009: 2 m; 2010: 6 m; 2011: 8 (1 h, 7 m); 2012: 9 m	34 (3 h, 31 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en salud ambiental	2007: 2 m; 2008: 2 m; 2009: 3 (2 h, 1 m); 2010: 1 h; 2011: 5 (3 h, 2 m); 2012: 6 (2 h, 4 m)	19 (8 h, 11 m)
Maestría en salud pública en servicio	2007: 33 (13 h, 20 m); 2008: 46 (18 h, 28 m); 2009: 56 (25 h, 31 m); 2010: 16 (3 h, 13 m); 2011: 14 (5 h, 9 m); 2012: 25 (13 h, 12 m)	190 (77 h, 113 m)
Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas	2008: 1 h; 2009: 2 (1 h, 1 m); 2010: 3 m; 2011: 3 (1 h, 2 m); 2011: 3 (1 h, 2 m); 2012: 2 (1 h, 1 m)	14 (5 h, 9 m)
Doctorado en salud pública	2008: 6 (3 h, 3 m); 2009: 7 (5 h, 2 m); 2010: 7 (4 h, 3 m); 2011: 4 (1 h, 3 m); 2012: 10 (3 h, 7 m)	34 (16 h, 18 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en bioestadística	2008: 3 (1 h, 2 m); 2009: 2 m; 2011: 2 (1 h, 1 m); 2012: 3 m	10 (2 h, 8 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector	2008: 5 (3 h, 2 m); 2009: 3 (2 h, 1 m); 2010: 8 (6 h, 2 m); 2011: 7 (4 h, 3 m); 2012: 4 (3 h, 1 m)	27 (18 h, 9 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en vacunología	2008: 17 (8 h, 9 m)	17 (8 h, 9 m)

/ ... sigue

/ ... sigue Cuadro 8.

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Maestría en nutrición clínica	2008: 6 m; 2010: 8 (1 h, 7 m); 2011: 5 m; 2012: 11 m	30 (1 h, 29 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística	2008: 2 (1 h, 1 m)	2 (1 h, 1 m)
Doctorado en ciencias en nutrición poblacional	2009: 5 m; 2010: 1 h; 2011: 2 m; 2012: 2 m	10 (1 h, 9 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas	2009: 3 (1 h, 2 m); 2010: 6 m; 2011: 2 (1 h, 1 m); 2012: 7 (3 h, 4 m)	18 (5 h, 13 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística y sistemas de información	2010: 7 (3 h, 4 m); 2011: 17 (9 h, 8 m); 2012: 8 (5 h, 3 m)	32 (17 h, 15 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en promoción de la salud	2010: 4 (1 h, 3 m)	4 (1 h, 3 m)
Especialidad en promoción de la salud	2011: 9 (2 h, 7 m); 2012: 7 (1 h, 6 m)	16 (3 h, 13 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector	2011: 4 (3 h, 1 m)	4 (3 h, 1 m)
Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud sexual y reproductiva	2012: 9 (3 h, 6 m)	9 (3 h, 6 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en envejecimiento	2012: 6 (1 h, 5 m)	6 (1 h, 5 m)

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 18.

Certificación de los programas académicos

La Secretaría Académica buscó acreditaciones nacionales e internacionales que garantizaran la excelencia de su programa académico. Los programas de posgrado del INSP estaban registrados ante la Secretaría de Educación Pública e inscritos en el padrón de posgrados de excelencia de CONACYT.

De acuerdo con los resultados de la primera evaluación del Consejo de Educación para la Salud Pública (CEPH, por sus siglas en inglés), agencia estadounidense, dados a conocer en 2006, el INSP cumplía con 15 de los 22 criterios establecidos para las escuelas que integraban ese Consejo. El Instituto llevó a cabo mejoras para cumplir con el resto de los criterios y logró acreditar dos más. Aún quedaba pendiente mejorar los indicadores de seguimiento de los egresados, las tasas de graduación, la apertura de programas en áreas básicas de la salud pública y el servicio a la comunidad.¹³⁷ En el momento en que obtuvo la acreditación del CEPH, el INSP se convirtió en la primera institución fuera de los Estados Unidos de América en conseguirla.¹³⁹ Más tarde, logró su reacreditación ante este Consejo.¹³³

En 2008, se obtuvo también la acreditación ante la Red de Instituciones Europeas de Educación Superior en Salud Internacional (TROPED) –que es un organismo miembro del consorcio de universidades que implementan el programa de maestría en salud internacional, apoyado por Erasmus Mundus–, lo que permitió el intercambio de estudiantes y profesores.^{130,133} Un nuevo logro fue la incorporación del INSP a la Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región

Europea (ASPHER, por sus siglas en inglés) en 2010;¹³⁹ asimismo, el Instituto fue aceptado como miembro de la Red de Centros de Excelencia de la Organización Panamericana de la Salud.¹³⁴

Algunos programas tuvieron alcance regional. En septiembre de 2006 el INSP envió una comisión que viajó a El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Costa Rica, para identificar necesidades y oportunidades de colaboración regional entre México y Centroamérica; participaron representantes de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Sistema de Integración Centroamericana, y se planteó la creación de un “Proyecto mesoamericano de desarrollo de recursos humanos en salud pública”, bajo el liderazgo del Instituto.¹⁴⁰ El Instituto Mesoamericano de Salud Pública fue creado, en efecto, para fortalecer los sistemas nacionales de salud de la región, y para formalizar su creación se realizó en 2009 una reunión de ministros de salud en Quintana Roo. Han participado en él, además de México, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Panamá, Guatemala y República Dominicana.^{129,141}

Entre 2006 y 2012, el Instituto Nacional de Salud Pública firmó convenios con varias instituciones internacionales de educación superior, entre ellas la Universidad Simon Fraser (Canadá); la Universidad de Chicago (EUA); la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido);¹⁴⁰ la Universidad de Hokkaido (Sapporo, Japón);¹²² el Instituto Nacional de Salud y la Universidad Nacional de Asunción (ambos de Paraguay); el Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (Canadá);¹²⁹ la Universidad de Harvard (EUA); la Universidad del Bío-Bío (Chile), y la Universidad de Extremadura (España).¹³³

El INSP también firmó convenios con instituciones mexicanas como la Comisión Nacional de Protección Social en Salud,¹⁴⁰ el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, los Servicios de Salud de Guerrero, el Instituto de Salud del Estado de México, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, el Instituto de Servicios Descentralizados de Salud del Estado de Campeche,¹²² el Programa IMSS-Oportunidades, el Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia,¹²⁹ la Universidad Cristóbal Colón de Veracruz, la Universidad Autónoma de Querétaro y el Instituto Nacional de Perinatología.¹³³

Los convenios de colaboración tenían como finalidad promover y realizar reuniones de carácter científico, formar recursos humanos o llevar a cabo un intercambio institucional. Por ejemplo, con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el INSP firmó un convenio para impartir el curso “Modelo y métodos de atención en el sistema de protección social en salud”, mientras que con el Instituto Nacional de Perinatología operaba la maestría en nutrición clínica.

Entre las numerosas reuniones académicas organizadas por el INSP en estos años, estuvieron la XIX Conferencia de la Sociedad Internacional de Epidemiología Ambiental, de la cual fue anfitrión,¹²² y el Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global,

que el INSP organizó en vista de que había padecimientos –como el tabaquismo– que rebasaban las fronteras porque afectaban a toda la región latinoamericana.¹³⁴

De los inscritos en el sexenio en los programas de posgrado del INSP, egresaron 1 122 alumnos, de los que 737 eran mujeres; de ellos, 926 (602 mujeres), se inscribieron en maestría, y 101, de los que 67 eran mujeres, en doctorado (cuadro 8).

En el primer año del gobierno de Calderón, 2007, el INSP alcanzó sus 20 años de existencia y se cumplieron 85 desde la fundación de la Escuela de Salud Pública de México; en ese marco, se otorgó un doctorado *honoris causa* al exsecretario de Salud Guillermo Soberón.¹²² En 2012, al final de la administración calderonista, se celebraron 25 años del Instituto y 90 de la creación de la Escuela, y se entregó un *honoris causa* al también exsecretario de Salud Jesús Kumate Rodríguez. Para conmemorarlo, se realizó una investigación histórica de la que resultó la obra *Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. 90 años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población*, así como la curaduría y el montaje de la exposición fotográfica “Imágenes de la historia de la enseñanza en salud pública en México, 1922-2012”, y la curaduría y el montaje de una exposición de libros antiguos.¹³³

Generación de políticas públicas en salud

En el gobierno de Enrique Peña Nieto (1 de diciembre de 2012-30 de noviembre de 2018), hubo dos secretarios de Salud; la primera fue la doctora Mercedes Juan López (1 de diciembre de 2012-8 de febrero de 2016) y el segundo fue el doctor José Ramón Narro Robles (8 de febrero de 2016-30 de noviembre de 2018). En 2012, el doctor Mauricio Hernández Ávila regresó como director general del INSP y ocupó este cargo hasta enero de 2017 –fecha en que el INSP celebró 30 años de su fundación–, y la doctora Magaña siguió dirigiendo la Secretaría Académica en ese mismo periodo.

En el sexenio se aprobaron diversas reformas estructurales: la laboral –que incluyó la regulación del llamado *outsourcing*–; la educativa –que creó el Instituto para la Evaluación de la Educación–; la de telecomunicaciones –que estableció acciones y políticas para acercar las tecnologías de la información y la comunicación a la población–; la energética –que modificó la Constitución para que empresarios nacionales y extranjeros pudieran invertir en producción de petróleo, gas y electricidad; la financiera –que incluyó una serie de medidas para fomentar la competencia dentro del sistema de financiero–; la hacendaria –que estableció impuestos especiales para los llamados “alimentos chatarra” y para las bebidas saborizadas–, y la de seguridad social –que aprobó la pensión universal para adultos mayores–.¹⁴² Asimismo,



Foto: Luis Añás

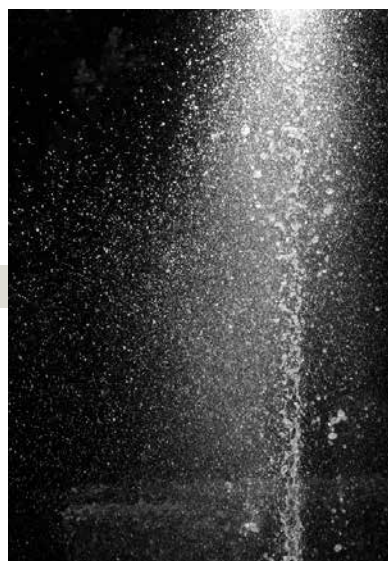


Foto: Luis Añás

Jacaranda en las áreas verdes de la sede Cuernavaca y fuente en el acceso al edificio principal.

mo, se llevó a cabo el Pacto por México, una alianza entre la Presidencia de la República y los principales partidos políticos, y se estableció el programa denominado Cruzada Nacional contra el Hambre.

En 2014, el IMSS-Oportunidades recibió la nueva denominación de IMSS-Prospera. En esos años, se promovió en el Instituto Mexicano del Seguro Social un nuevo modelo de atención que debía pasar de lo curativo a lo preventivo, el cual se enfocó en cuatro enfermedades crónico-degenerativas que afectaban a México: la diabetes (sólo dentro de esta institución cada día se diagnosticaban 311 nuevos pacientes con esa afección crónica), los padecimientos cardiovasculares, el cáncer de mama y el cáncer de próstata.¹⁴³

En relación directa con los principales problemas colectivos de salud en México, se mantuvieron las líneas de investigación anteriormente desarrolladas por los centros del Instituto, pero siempre con nuevos temas y preocupaciones. En la línea de gobernanza y protección social en salud, se investigó “La situación de emigrantes mexicanos en Estados Unidos de América”, mientras que en la línea de salud ambiental, se realizó “La evaluación del impacto en salud por exposición a contaminantes atmosféricos en 26 ciudades de México”;¹⁴⁴ más tarde se investigó “El impacto económico y en salud asociado a la contaminación atmosférica en 12 ciudades del Sistema Urbano Nacional”.¹⁴⁵

En la línea de salud sexual y prevención de sida e ITS, se realizaron las investigaciones “Análisis longitudinal de los determinantes y diseño de una estrategia de prevención integral de la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita en México”, y “Estrategias de detección de VIH para reducir su carga financiera en el país”,¹⁴⁶ y en la de prevención y control de cáncer, “Introducción de la vacunación contra VPH en población que vivía con VIH/sida”.¹⁴⁵

La línea de enfermedades infecciosas por vector desarrolló los proyectos “Ovitrapas letales con sustratos impregnados de hongos entomopatógenos”, “Insecticidas para la vigilancia entomológica y control de *Aedes aegypti*, vector de dengue y chikungunya en México” y “Emergencia del virus de chikungunya: tendencias en patrones epidemiológicos, vectores y filogenia de variantes genéticas en Chiapas, México”. El Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas celebró su 32º aniversario en 2016 con el seminario “El virus del Zika y la epidemia presente en la región de las Américas”.¹⁴⁷

Dentro de la línea de medicamentos en salud pública, se llevó a cabo la investigación “Análisis de calidad de la atención en consultorios médicos anexos a farmacias privadas”,¹⁴⁷ y dentro de la línea de calidad en la atención, “Estrategia integral para la formación de recursos humanos en gestión de la calidad de servicios de salud como respuesta al Programa Sectorial

de Salud 2013-2018”; en la línea de prevención de lesiones y violencia se investigó la “Conducta suicida en adolescentes en México”, y en la de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares se realizó el “Diseño de un Observatorio Epidemiológico Nacional de Factores de Riesgo para Obesidad”.¹⁴⁵

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud colaboraba en el proyecto “*Global health diplomacy, an explanatory multi-case study of the integration of health into foreign policy*”, liderado por la Universidad de Ottawa y el INSP, y a través de un alumno de la maestría en ciencias en epidemiología, el Instituto estaba integrado al proyecto “*Study on global ageing and adult health*”.¹⁴⁷

En el campo de la asesoría y el servicio, el Instituto continuó participando en la generación de políticas públicas en salud: desarrollaba el diseño, análisis, evaluación, ejecución y monitoreo de problemas y condiciones de salud pública de relevancia en el ámbito nacional e internacional, como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, desnutrición, salud reproductiva, salud ambiental, tuberculosis y cáncer, y contribuía a establecer estrategias y herramientas de prevención y control de estos padecimientos.^{144,146}

Por ejemplo, en la línea de prevención y control de la tuberculosis, se evaluó una “Estrategia integral para el manejo conjunto de tuberculosis pulmonar y diabetes tipo 2 en Orizaba, Veracruz”; y en la línea de desnutrición, se hizo una “Evaluación de impacto alimentario y nutricional en municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre 2015” y la “Evaluación externa del esquema de atención Sin Hambre del Programa de Apoyo Alimentario”.¹⁴⁶ Hacia finales de la administración 2012-2018, el Centro de Investigación en Nutrición y Salud realizó un convenio de colaboración con Diconsa (empresa de mayoría estatal, que pertenece al sector de desarrollo social y busca abastecer de productos básicos a localidades rurales de alta y muy alta marginación), para trabajar en programas de orientación alimentaria y nutrición.¹⁴⁵ También llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, como documento intermedio que se empleó por vez primera, entre las encuestas sexenales, ante el acelerado incremento de la obesidad y el sobrepeso.^{147,148}

La influencia del INSP en el campo de la salud pública no se circunscribía a México. En 2016, el Instituto y la École des Hautes Études en Santé Publique de Francia firmaron un acuerdo marco de cooperación para llevar a cabo actividades de colaboración en su ámbito de acción. Ese mismo año, representantes del INSP se reunieron con el Ministerio de Salud de Argentina para compartir los resultados que habían registrado los sistemas de protección social en salud de ambas naciones y definir líneas de trabajo a seguir. Además, el Instituto participó en la primera reunión convocada por la OPS para la elaboración y ejecución de planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos en la región de las Américas, con el objetivo de definir las líneas de acción específicas para hacer frente a este problema que amenazaba la salud mundial.¹⁴⁷



Foto: Luis Arias

Edificio CISEI. INSP Cuernavaca.

Demandas del sector salud y programas de posgrado

En el campo de la enseñanza, el programa académico de posgrado fue actualizándose con base en la reforma y los requerimientos del sector salud, y los avances en la investigación. El modelo educativo buscaba desarrollar en los alumnos habilidades cognitivas que estimularan el pensamiento crítico y creativo, ampliando su formación a competencias que les permitieran dar solución a problemas de salud pública en los diferentes ámbitos de atención y niveles de responsabilidad en el sector salud.¹⁴⁹

En 2016 se ofertaron los siguientes programas con orientación profesionalizante: doctorado en salud pública; maestrías en gestión de la calidad en los servicios de salud, en nutrición clínica, y en salud pública con área de concentración en epidemiología, en bioestadística y sistemas de información en salud, en administración en salud, en salud ambiental, en ciencias sociales y del comportamiento, en nutrición, en enfermedades infecciosas, en envejecimiento, en ciencias sociales y del comportamiento; y especialidades en medicina preventiva y en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social. Mientras que, en el área de investigación, se impartieron doctorados en ciencias en epidemiología, en sistemas de salud, en nutrición poblacional y en salud ambiental, y maestrías en ciencias en investigación en epidemiología (con énfasis en investigación clínica y en salud sexual y reproductiva), en sistemas y políticas de salud, en salud ambiental, en enfermedades infecciosas, en enfermedades transmitidas por vector, y en nutrición poblacional (cuadro 9).¹⁴⁷

Las prácticas comunitarias, las cuales incluían dos salidas exploratorias a municipios asignados, seguían siendo obligatorias para los alumnos de las diversas áreas de concentración de la maestría en salud pública, los cuales participaban en equipos multidisciplinarios, y debían involucrarse en la prevención, promoción y atención de los problemas de salud a nivel poblacional. De Morelos, estas prácticas se extendieron al Distrito Federal y a otros estados (Estado de México, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Jalisco, Michoacán, Sonora y Sinaloa), e incluso a otros países como Colombia y Bolivia. De los diagnósticos se desprendían los proyectos terminales.¹⁴⁴

Cuadro 9.

Número de egresados del Instituto Nacional de Salud Pública, por programa académico, año de ingreso y sexo. México, 2013-2018

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Doctorado en ciencias en enfermedades infecciosas	2013: 4 h; 2015: 1 m	5 (4 h, 1 m)
Doctorado en ciencias en epidemiología	2013: 5 (1 h, 4 m); 2014: 2 m; 2015: 9 m; 2016: 7 (3 h, 4 m); 2017: 6 (2 h, 4 m)	29 (6 h, 23 m)
Doctorado en ciencias en nutrición poblacional	2013: 3 (1 h, 2 m); 2014: 5 m; 2015: 2 (1 h, 1 m); 2016: 6 (1 h, 5 m); 2017: 6 (2 h, 4 m)	22 (5 h, 17 m)
Doctorado en ciencias en salud ambiental	2013: 4 m; 2014: 2 (1 h, 1 m); 2015: 4 (2 h, 2 m); 2016: 2 m	12 (3 h, 9 m)
Doctorado en ciencias en sistemas de salud	2013: 4 (3 h, 1 m); 2014: 3 h; 2015: 6 (1 h, 5 m); 2016: 3 (1 h, 2 m)	16 (8 h, 8 m)
Doctorado en salud pública	2013: 3 (1 h, 2 m); 2014: 3 (1 h, 2 m); 2015: 8 (3 h, 5 m); 2016: 7 (2 h, 5 m); 2017: 5 (1 h, 4 m)	26 (8 h, 18 m)
Especialidad en promoción de la salud	2013: 9 (3 h, 6 m)	9 (3 h, 6 m)
Especialidad en salud pública y medicina preventiva	2013: 9 (5 h, 4 m)	9 (5 h, 4 m)
Maestría en ciencias en economía de la salud	2013: 5 (4 h, 1 m); 2015: 5 (2 h, 3 m); 2017: 5 h	15 (11 h, 4 m)
Maestría en ciencias en enfermedades infecciosas	2013: 3 (1 h, 2 m); 2014: 4 (3 h, 1 m); 2015: 3 m; 2016: 8 (4 h, 4 m); 2017: 6 (2 h, 4 m); 2018: 4 (2 h, 2 m)	28 (12 h, 16 m)
Maestría en ciencias en enfermedades transmitidas por vector	2013: 4 (2 h, 2 m); 2014: 7 (3 h, 4 m); 2015: 1 m; 2016: 7 (4 h, 3 m); 2017: 6 h; 2018: 5 (3 h, 2 m)	30 (18 h, 12 m)
Maestría en ciencias en epidemiología	2013: 3 (1 h, 2 m); 2014: 9 (5 h, 4 m); 2015: 8 (3 h, 5 m); 2016: 8 (2 h, 6 m); 2017: 6 (1 h, 5 m); 2018: 5 (1 h, 4 m)	39 (13 h, 26 m)
Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en investigación clínica	2013: 3 (1 h, 2 m)	3 (1 h, 2 m)
Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en salud ambiental	2013: 1 m	1 m
Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en salud sexual y reproductiva	2013: 2 m	2 m
Maestría en ciencias en nutrición	2013: 10 (2 h, 8 m); 2014: 10 (3 h, 7 m); 2015: 8 (2 h, 6 m)	28 (7 h, 21 m)
Maestría en ciencias en salud ambiental	2013: 4 (2 h, 2 m); 2014: 2 m; 2015: 2 (1 h, 1 m); 2016: 2 (1 h, 1 m); 2018: 3 m	13 (4 h, 9 m)
Maestría en ciencias en sistemas de salud	2013: 8 (5 h, 3 m); 2015: 6 (2 h, 4 m)	14 (7 h, 7 m)
Maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud	2013: 6 (3 h, 3 m); 2014: 10 (3 h, 7 m); 2015: 16 (8 h, 8 m); 2016: 14 (6 h, 8 m); 2017: 11 (6 h, 5 m); 2018: 1 h	58 (27 h, 31 m)
Maestría en nutrición clínica	2013: 12 (4 h, 8 m); 2014: 13 (1 h, 12 m); 2015: 15 (2 h, 13 m); 2016: 12 (1 h, 11 m); 2017: 13 (1 h, 12 m); 2018: 12 (1 h, 11 m)	77 (10 h, 67 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud	2013: 9 (4 h, 5 m); 2014: 21 (14 h, 7 m); 2015: 22 (13 h, 9 m); 2016: 18 (8 h, 10 m); 2017: 16 (8 h, 8 m); 2018: 16 (8 h, 8 m)	102 (55 h, 47 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística y sistemas de información	2013: 3 (2 h, 1 m); 2017: 2 h; 2018: 3 (1 h, 2 m)	8 (5 h, 3 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento	2013: 9 m; 2014: 11 (6 h, 5 m); 2015: 8 (3 h, 5 m); 2016: 11 (3 h, 8 m); 2017: 5 (3 h, 2 m); 2018: 8 (3 h, 5 m)	52 (18 h, 34 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas	2013: 4 (2 h, 2 m); 2014: 12 (3 h, 9 m); 2015: 5 m; 2016: 12 (4 h, 8 m); 2017: 10 (4 h, 6 m); 2018: 7 (3 h, 4 m)	50 (16 h, 34 m)

/ ... sigue

/ ... sigue Cuadro 9.

Programa académico	Número de egresados, por año de ingreso y sexo	Total de egresados, por sexo
Maestría en salud pública con área de concentración en envejecimiento	2013: 3 m; 2014: 5 (2 h, 3 m); 2015: 4 (2 h, 2 m); 2016: 5 (3 h, 2 m); 2017: 6 (1 h, 5 m)	23 (8 h, 15 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología	2013: 12 (5 h, 7 m); 2014: 13 (5 h, 8 m); 2015: 17 (10 h, 7 m); 2016: 13 (4 h, 9 m); 2017: 14 (7 h, 7 m); 2018: 17 (9 h, 8 m)	86 (40 h, 46 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en nutrición	2013: 10 m; 2014: 9 (3 h, 6 m); 2015: 11 (3 h, 8 m); 2016: 8 (2 h, 6 m); 2017: 9 (3 h, 6 m); 2018: 8 (2 h, 6 m)	55 (13 h, 42 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en salud ambiental	2013: 3 (1 h, 2 m); 2014: 4 (3 h, 1 m); 2015: 5 (1 h, 4 m); 2016: 4 (2 h, 2 m); 2017: 3 (1 h, 2 m); 2018: 5 m	24 (8 h, 16 m)
Maestría en salud pública en servicio	2013: 34 (11 h, 23 m); 2014: 13 (6 h, 7 m); 2015: 5 (2 h, 3 m)	52 (19 h, 33 m)
Especialidad en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social	2014: 8 (1 h, 7 m); 2015: 4 (2 h, 2 m); 2016: 3 (1 h, 2 m); 2017: 8 (3 h, 5 m); 2018: 5 (2 h, 3 m)	28 (9 h, 19 m)
Especialidad en medicina preventiva	2014: 5 (3 h, 2 m); 2015: 7 (4 h, 3 m); 2016: 7 (3 h, 4 m); 2017: 10 (4 h, 6 m); 2018: 7 (3 h, 4 m)	36 (17 h, 19 m)
Maestría en ciencias en bioestadística	2014: 3 (1 h, 2 m); 2015: 2 (1 h, 1 m); 2017: 7 (4 h, 3 m)	12 (6 h, 6 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística y sistemas de información en salud	2014: 2 m; 2015: 7 (1 h, 6 m); 2016: 4 (2 h, 2 m)	13 (3 h, 10 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector	2014: 2 h	2 h
Maestría en salud pública	2015: 13 (6 h, 7 m); 2016: 10 (5 h, 5 m); 2017: 20 (3 h, 17 m); 2018: 4 (1 h, 3 m)	47 (15 h, 32 m)
Maestría en ciencias en nutrición poblacional	2016: 7 (1 h, 6 m); 2017: 7 (2 h, 5 m); 2018: 7 (2 h, 5 m)	21 (5 h, 16 m)
Maestría en ciencias en sistemas y políticas de salud	2016: 6 (2 h, 4 m); 2017: 6 (2 h, 4 m); 2018: 8 (4 h, 4 m)	20 (8 h, 12 m)

h: hombres; m: mujeres
Fuente: referencia 18.

Se estableció una modalidad ejecutiva para la formación de profesionales de la salud que tenían un compromiso laboral y no podían acudir al INSP, la cual incluía clases presenciales los viernes y sábados, y actividades realizadas a través de plataformas digitales. En la modalidad virtual fueron incluidos también programas de actualización docente. La ESPM 2.0 era una plataforma que servía de apoyo académico y administrativo para alumnos y docentes.¹⁴⁹

En 2013, se inauguró el doctorado en ciencias en salud ambiental.¹³² También, la maestría en gestión de la calidad de los servicios de salud.¹⁵⁰ La especialidad en promoción de la salud y la especialidad en salud pública y medicina preventiva se dieron por última vez ese año, pero hubo una propuesta de rediseño de la especialidad de medicina preventiva, que se impartió a partir de 2014, y ese año comenzó también la especialidad en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social.¹⁴⁴

El grupo de innovación educativa fue elegido por el comité de contingencia contra el brote de cólera que hubo en México, para coordinar a diferentes instituciones de seguridad social y planear el curso nacional para la contención y el manejo correcto del cólera, en el que se registraron más de 35 000 profesionales.¹⁴⁴

En el campo de la educación continua, además del programa de actualización en salud pública y epidemiología (curso de verano), se ofrecían cursos y diplomados en las modalidades presencial, virtual y mixto. Había sedes alternas en distintos puntos de la República, como Querétaro, Toluca, San Luis Potosí, Zacatecas, Culiacán, Ciudad Victoria, Durango y Puebla,

con lo que se tenía presencia en otras universidades.¹⁴⁹ Algunos de los diplomados iban dirigidos a profesionales de los servicios de salud de los estados, y cubrían a personal de alta dirección con funciones estratégicas, a personal directivo con funciones tácticas y a personal operativo. Varios de los cursos estaban apoyados por plataformas virtuales educativas.¹⁴⁴

Con respecto a la internacionalización del programa académico, se establecieron convenios de colaboración con instituciones de todo el continente americano, con Europa y con Asia: la Universidad de Loja, en Ecuador;¹⁴⁹ la Rollins School of Public Health de la Universidad de Emory, la Universidad Touro de California, la Universidad de Washington, la Universidad de Boston, la Universidad de Harvard, la Universidad de Illinois y el Instituto de Investigación Biomédica de Texas, en EUA; la Universidad de Burdeos Victor Segalen y la École des Hautes Études en Santé Publique, en Francia; la Universidad de Extremadura, la Universidad de Murcia y el Consejo de Sanidad de Murcia, en España;^{144,151} el Sistema Provincial de Salud de Tucumán, en Argentina; la Fundación de Salud Pública de la India; la Universidad de Caldas, la Universidad Javeriana, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la Asociación de Enfermeras, la Universidad de Santo Tomás de Bogotá y la Universidad Mariana, en Colombia; la Universidad Federal Do Río Grande y la Universidad de São Paulo, en Brasil; el Hospital Clínica de la Universidad de la República del Uruguay; el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá; la Universidad de Quebec, en Canadá; la Universidad de Copenhague, en Dinamarca; la Universidad de la Charité, en Alemania, y la Universidad de Sudáfrica.^{147,151}

A través del programa de salud global, el INSP participó en la reunión anual del Consejo Directivo del Minority Health International Research Training Program de la Universidad del Sur de California, y se integró como coordinador (junto con la OPS [Washington, D.C.] , la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [Chile] y la Fundación Osvaldo Cruz [Brasil]) en la organización del tercer taller sobre Salud en Todas las Políticas, llevado a cabo en Santiago de Chile. En el marco del programa de verano, se ofrecía de manera regular el diplomado en salud global. En el ámbito nacional, se firmaron convenios con la Dirección General de Televisión, la Procuraduría Federal del Consumidor, la Universidad México-Americana del Norte de Tamaulipas, El Colegio de Chihuahua y la Universidad de Las Américas, en Puebla. En 2017, el INSP fue sede del curso “*Qualitative methods in evaluation: training and curriculum review meeting agenda*”, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, GEMNet Health y Measure Evaluation.¹⁵¹

Había una gran movilidad académica. Estudiaban en el INSP mexicanos provenientes de prácticamente todo el territorio nacional y extranjeros originarios de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Alemania, España, Francia, Holanda y Portugal; mientras que estudiantes del Instituto hacían estancias académicas externas en instituciones nacionales y extranjeras de Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Paraguay, España y Estados Unidos de América, entre otros países. Algunos de los intercambios se hacían por intermedio de la Organización Panamericana de la Salud.^{147,151}

En 2015 se cumplieron 10 años desde que empezó el programa de educación virtual en el INSP, que continuó en la vanguardia educativa a través de la producción de cursos y diplomados masivos en línea. Parte de los cursos se ofertaban a instituciones y eran, a veces, impartidos con ellas; estaban dirigidos a prestadores de servicios de salud encargados de responder a las necesidades de la población desde las instituciones públicas, pero también a profesionales que ejercían en el sector privado o en el sector salud de otros países.

Entre estos diplomados y cursos estaban el programa de capacitación para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en la atención de la diabetes (impartido con el ISSSTE), el programa de capacitación contra las adicciones (en colaboración con el Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México), el programa de capacitación en prevención y promoción de la salud (en colaboración con los Servicios de Salud del Estado de Puebla), cursos y diplomados del Proyecto Puebla 2015 (como: detección oportuna del cáncer de mamá y cervicouterino, atención y trauma obstétrico), el programa de capacitación en prevención y promoción de la salud (para el Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche) y el programa de actualización en salud pública y epidemiología. El INSP colaboraba, asimismo, con el gobierno de México en la estrategia de México Digital, mediante la implementación de tres cursos masivos en línea y abiertos, sobre enfermedades transmitidas por vector: paludismo, dengue y chikungunya.

Se ofrecían, igualmente, diplomados abiertos sobre: vigilancia epidemiológica; gerencia y liderazgo en salud; enfermedades crónicas no transmisibles; administración y gerencia de sistemas y servicios de salud; multidisciplinario de VIH/sida; enfermedades crónicas no transmisibles, y salud pública. También, cursos abiertos al público en general, dirigidos a la capacitación en temas relevantes de salud pública y los sistemas de salud: prevención del embarazo en adolescentes; mortalidad materna; trastornos de la conducta alimentaria; atención a la diabetes y la hipertensión; responsabilidades administrativas de los servidores públicos; promoción de la salud, el autocuidado y los riesgos cardiometabólicos; epidemiología básica y bioestadística básica, y prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas. Se impartían también otros diplomados en respuesta a problemas emergentes de salud como: dengue y chikungunya; preparación y atención de casos por enfermedad debida al virus del ébola; medidas de contención y manejo correcto del cólera, y manejo de infecciones respiratorias agudas y la enfermedad similar a influenza para médicos de primer contacto, entre muchos más.^{145,147} En tanto, los programas de videoconferencias se enfocaron en la tuberculosis, la categoría de género en la salud pública, lesiones causadas por accidentes de tránsito, poliomielitis, atención obstétrica, enfermedades crónicas prioritarias en México, dengue y enfermedades prevenibles por vacunación, entre otras.¹⁴⁵



Foto: INSP (Benítez)

Biblioteca. INSP Cuernavaca.

En 2016, el INSP consiguió dos financiamientos de la Fundación Gonzalo Río Arronte para hacer dos cursos masivos abiertos en línea: uno sobre la atención a la mujer y al recién nacido basada en evidencia, dirigido a personal de enfermería, y otro sobre los ciclos de mejora de la calidad de la atención médica, para pasantes; se programó la nueva plataforma virtual CLiMA (cursos en línea masivos abiertos), para alojar todos los cursos de ese tipo producidos en el INSP. En este periodo, se logró la reacreditación de CONACYT para todos los programas de maestría y doctorado en ciencias, la recertificación de estudiantes y egresados del INSP ante el Consejo Nacional de Examinadores en Salud Pública, y la reacreditación en la TROPED.^{144,147}

Reorganización de la enseñanza y la investigación

En febrero de 2017, el doctor Juan Rivera Dommarco rindió protesta ante el secretario de Salud, doctor José Narro, como director general del Instituto Nacional de Salud Pública para el periodo 2017-2022. Ese año la doctora María Eugenia Ocampo Granados quedó al frente de la Secretaría Académica, y ocupó el cargo hasta 2019.

Juan Ángel Rivera Dommarco obtuvo los grados de maestro y doctor en Nutrición Internacional por la Universidad de Cornell, Ithaca, Nueva York, y se ha especializado en epidemiología de la mala nutrición (desnutrición y obesidad). Fue director fundador del Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Ha dirigido el componente de alimentación y nutrición de la Encuesta Nacional de Nutrición y de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición. Ha sido miembro del Comité Directivo Mundial de Prevención de la Obesidad e integrante del Panel de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición de Naciones Unidas. Ha recibido los premios: Internacional de Investigación Médica sobre Nutrición Humana Hipócrates; Scopus en la categoría de Ciencias de la Salud; Kellogg's de Investigación Internacional de Nutrición; Nacional de Investigación de la Fundación

GlaxoSmithKline; Fred L. Soper, otorgado por la OPS, y Carlos Slim de Salud 2019, por su trayectoria en investigación. Es miembro nivel III del SNI e investigador en ciencias médicas nivel F de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. También es miembro del Consejo Ejecutivo de la Asociación Internacional de los Institutos Nacionales de Salud Pública, forma parte de la Comisión EAT-Lancet sobre dietas saludables para sistemas alimentarios sostenibles y es integrante de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN), de la que fue presidente.¹⁸

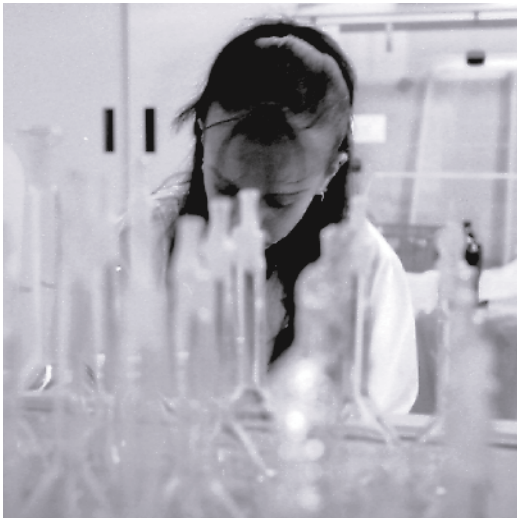
María Eugenia Ocampo Granados obtuvo la licenciatura y la maestría en pedagogía por la Universidad Panamericana, y el doctorado en educación por la Universidad de Navarra. Colaboró como académica de tiempo completo en las áreas de Pedagogía y Educación de la Universidad Panamericana y la Universidad Iberoamericana, y en el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación fue subdirectora del Área de Formación y directora del Área de Certificación. Como consultora independiente ha colaborado con diversas instituciones públicas y privadas. Después de ocupar la Secretaría Académica del Instituto Nacional de Salud Pública, fue nombrada directora ejecutiva de la organización académica Aps en Red.¹⁸

En 2017, en el Instituto se constituyeron cuatro grupos de trabajo para sendas áreas: grupo de mentoría, grupo de evaluación de puestos directivos y criterios de permanencia y rotación, grupo de investigación y grupo de docencia. El primero estaba relacionado con la capacitación y el desarrollo de recursos humanos. La nueva Dirección General se propuso preservar e incrementar la capacidad del INSP en la investigación de excelencia, lo que sería posible mediante la institucionalización de un programa de mentoría, para apoyar el desarrollo profesional de los investigadores en proceso de consolidación y de aquellos que estaban en las etapas tempranas de su carrera.¹⁵¹

El grupo de investigación tenía el objetivo de mejorar la calidad y pertinencia de los estudios elaborados en el INSP. Se esperaba de él que diera recomendaciones para la definición y renovación de las agendas de investigación, así como para la conformación de un Comité Asesor Externo para la investigación y la docencia. Para mejorar la calidad de los proyectos a desarrollar, se pensó que las líneas de investigación vigentes debían ser aquellas que hubieran logrado constituir grupos de investigación consolidados, y éstas debían reorientarse a la formación de trabajo grupal; también debía discutirse la necesidad de construir nuevas líneas de investigación en temas relevantes para la salud pública, que aún no existían en el Instituto.¹⁵¹ Sólo entre enero y diciembre de 2018, el INSP mantuvo en desarrollo 346 proyectos de investigación en salud pública, a través de 20 líneas de investigación.¹⁴⁵

El propósito del grupo de docencia era mejorar la calidad y pertinencia de la enseñanza. Sus acciones estaban encaminadas a: evaluar la carga que para los investigadores implicaba la impartición de los programas docentes; buscar métodos para reducir el núme-

Foto: Luis Arias



ro de tales programas; crear estrategias para mejorar la calidad y asegurar la actualización de las unidades didácticas y de los docentes que las impartían; diseñar instrumentos para evaluar los programas académicos; identificar mecanismos para asegurar que los programas profesionalizantes fueran pertinentes y relevantes para el sistema de salud; proponer recomendaciones para fortalecer la educación a distancia, en términos de su relevancia para la salud pública y su efectividad para generar recursos al Instituto; finalmente, evaluar el funcionamiento de los colegios de profesores y recomendar acciones a todas las estructuras colegiadas.¹⁵¹

En 2017 concluyó la etapa de diagnóstico de la maestría en salud pública presencial, y al año siguiente se fortaleció el proceso de su rediseño, mediante la revisión de sus fundamentos institucionales, jurídico-normativos, conceptuales y pedagógicos. Inició también el proceso de autoestudio para la reacreditación del Instituto Nacional de Salud Pública y sus programas académicos ante el CEPH. Además de que se realizaron esas gestiones, se contribuyó a la actualización en temas de salud relevantes para la población de México con talleres, cursos y diplomados. En un año se impartían casi una centena de programas, distribuidos en varias modalidades, y en ellos participaban miles de personas. A finales de la administración 2012-2018, se publicó el primer número de la *Gaceta INSP*, con el objetivo de transformar los resultados de investigación en información práctica y accesible.¹⁴⁵

También en estos años, el Instituto participó en gran número de reuniones internacionales, como el Encuentro Regional de Escuelas de Salud Pública sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública, en Bogotá, Colombia, y organizó algunas de ellas, como el Congreso de Investigación en Salud Pública. El Centro de Investigación en Sistemas de Salud realizó reuniones de preparación para el Día de la Salud Global 2018, con la temática “Diplomacia para la equidad en salud: una visión global”, y el INSP fue coanfitrión (con el Blum Center on Poverty and Health in Latin America de la Universidad de California y el World Policy Analysis Center) de la Cumbre Equidad en Salud en las Américas 2017, reunión de expertos internacionales en la que se buscó avanzar en la identificación de acciones dirigidas a promover la equidad en salud para la región de las Américas.¹⁵¹

De los inscritos durante el sexenio en los programas académicos del INSP, egresaron 1 067 alumnos, de los que 668 eran mujeres; de ellos, 875, de los que 544 eran mujeres, se inscribieron en maestría, y 110, de los que 76 eran mujeres, en doctorado (cuadro 9).

Investigación y acción ante la pandemia de Covid-19

En el primer trienio de la administración de Andrés Manuel López Obrador (iniciada el 1 de diciembre de 2018), el doctor Jorge Carlos Alcocer Varela ha fungido como secretario de Salud. En la Dirección del Instituto continuó el doctor Juan Rivera Dommarco, y como secretaria académica, hasta 2019, la doctora María Eugenia Ocampo Granados.

El mayor reto sanitario al que se ha enfrentado el sistema de salud ha sido la actual pandemia de Covid-19, causada por el SARS-CoV-2. Como para todos los países del mundo, para México esta pandemia ha significado una crisis sanitaria, agudizada por el hecho de que, desde hacía décadas, el sistema de salud mexicano enfrentaba problemas estructurales como escaso financiamiento, fragmentación, diferencias en la calidad de los servicios, acceso inequitativo a éstos y déficit de recursos humanos.¹⁵²

De acuerdo con especialistas del Instituto Nacional de Salud Pública, la morbilidad y la letalidad por Covid-19 en México son comparables con las de las epidemias de diabetes, obesidad y enfermedades cardiometabólicas.¹⁵³ En 2020, Covid-19 ocupó el segundo lugar entre las principales causas de mortalidad, con lo que desplazó a la diabetes mellitus al tercer lugar. El primer lugar siguió siendo ocupado por las enfermedades del corazón, y el cuarto, por los tumores malignos, seguidos de influenza y neumonía, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, agresiones (homicidios), accidentes y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (cuadro 10).¹⁵⁴

Cuadro 10.
Principales causas de mortalidad general en México, 2020

Posición	Causas de mortalidad general
1	Enfermedades del corazón
2	Covid-19
3	Diabetes mellitus
4	Tumores malignos
5	Influenza y neumonía
6	Enfermedades del hígado
7	Enfermedades cerebrovasculares
8	Agresiones (homicidios)
9	Accidentes
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: referencia 151.

Al 31 de enero de 2022, había 4 942 590 casos confirmados acumulados de Covid-19 en México (51.50% entre mujeres, y el restante 48.50%, en hombres), y las defunciones ascendían a 306 091. Se había identificado que las comorbilidades principales eran, por orden de importancia, hipertensión, diabetes, obesidad y tabaquismo.¹⁵⁵

En enero de 2021 la COFEPRIS aprobó dos vacunas para su uso en México; sin embargo, el acceso a ellas no fue sencillo debido a que los sistemas de producción y distribución no estaban preparados para satisfacer la demanda global, además de que los países con mayor poder económico y político tuvieron prioridad en la adquisición de las vacunas. Con base en tal situación de escasez, el gobierno generó una estrategia de distribución enfocada en asegurar la continuidad de los servicios de salud y en disminuir la mortalidad. Por ello, el grupo seleccionado para ser vacunado en primer lugar fue el del personal de salud, seguido de los mayores de 60 y mayores de 50 años; las personas de estos dos últimos grupos habían sido las más afectadas por la enfermedad, debido a su edad, situación económica y comorbilidades, y muchas de ellas vivían en zonas urbanas y metropolitanas, donde es más difícil mantener el distanciamiento social.¹⁵³

El 31 de enero de 2022, 166 millones de dosis de vacuna contra Covid-19 habían sido administradas en el país, y 77.2 millones de personas (que representaban 59.8% de la población) habían sido totalmente vacunadas.¹⁵⁶ A inicios de la administración, el desarrollo y la producción estatal de vacunas habían sido abandonados, pero el Estado, con la participación del laboratorio mexicano Avimex y la colaboración de científicos nacionales e internacionales, emprendió el desarrollo de la vacuna a la que se ha denominado “Patria”, la cual pasó ya por las pruebas preclínicas,¹⁵⁷ y en enero de 2022 estaba aún en el estudio clínico fase 2 de refuerzo.¹⁵⁸

Para combatir las epidemias de sobrepeso y obesidad y las enfermedades asociadas a ellas (diabetes, cáncer, hipertensión y enfermedades cardiovasculares), la Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS, promovió una reforma al etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de marzo de 2020, con la que, a partir del 1 de octubre de ese año, entraron en vigor las nuevas disposiciones. La finalidad de esta medida es que los consumidores conozcan si estos alimentos rebasan los niveles de sodio, calorías, azúcares o grasas considerados adecuados para la salud; de esa manera, la COFEPRIS busca que las personas tengan una mayor claridad y poder de decisión sobre lo que consumen, y así prevenir la obesidad y los padecimientos asociados a ésta.¹⁵⁹ El director general del INSP participó en la conferencia de prensa con motivo del Día Mundial de la Obesidad de 2020, en la que se pronunció a favor del nuevo etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas,¹⁵² y en realidad, la medida había sido recomendada por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública desde años atrás.⁷⁴

La creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se hizo pública el 28 de noviembre de 2019, mediante un decreto de reforma a la Ley General de Salud y a la



Foto: Luis Arías

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.¹⁶⁰ El INSABI –que sustituyó al Seguro Popular– es un organismo descentralizado de la administración pública federal cuyo objetivo es brindar atención médica, medicamentos e insumos de calidad a las personas que no cuentan con seguridad social. Con base en los criterios de universalidad, igualdad e inclusión, no es necesaria la afiliación para recibir atención médica y medicamentos, sino que basta con tener nacionalidad mexicana y presentar la clave única de población (CURP). El esquema del INSABI consiste en la administración federal de la infraestructura médica de los estados, con la finalidad de lograr ahorros al evitar la duplicidad de plazas médicas y la corrupción en la compra de medicamentos.¹⁶¹

La estructura organizacional del INSABI consiste en cuatro principales unidades administrativas: la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico, la Unidad de Coordinación Nacional Médica, la Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud y la Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas, además de coordinaciones regionales y estatales, así como una coordinación de asuntos jurídicos.¹⁶² El IMSS-Prospera cambió su denominación por la de IMSS-Bienestar. En 2018, éste (llamado originalmente IMSS-COPLAMAR) cumplió 40 años de otorgar atención médica y medicamentos gratuitos a la población no derechohabiente. En la actualidad, ofrece servicios de salud a 11 millones de personas.¹⁶³

En 2020 se modificó el sistema de pensiones en México mediante las reformas a la Ley del Seguro Social y a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La Ley del Seguro Social de 1973 había sido modificada en 1997, cuando, entre otros cambios, se aumentó la edad y el número de semanas laboradas requeridas para obtener una pensión. Las principales modificaciones de la reforma de 2020, con respecto a la de 1997, consisten en una reducción del número de semanas requeridas, que pasó de 1 250 en 1997 a 1 000 en 2021 (la Ley de 1973 establecía 500). Además, esta nueva ley, que entró en vigor el 1 de enero de 2021, plantea tres opciones de retiro: una renta vitalicia, un retiro programado o ambas; se plantea también un aumento gradual de la aportación patronal proporcional al salario base de cotización del trabajador; se considera una modificación del monto de la pensión de acuerdo con la edad y las semanas laboradas, y a partir de 2023 habrá también un aumento de la cuota social otorgada por el gobierno.¹⁶⁴

Actualización de proyectos y programas académicos

a partir de 2020, el doctor Eduardo César Lazcano Ponce fue elegido para encabezar la Secretaría Académica del INSP. Lazcano Ponce es egresado de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y se especializó en medicina familiar por el Instituto Politécnico Nacional. Obtuvo el grado de maestro en epidemiología por la UNAM, y se doctoró en epidemiología por el INSP. Fue investigador visitante en la International Agency for Research on Cancer, en Lyon, Francia, y en el Centre for Mental Health Research de la Australian National University. Es autor de 368 artículos, ha editado 23 libros y ha participado como editor invitado en 15 números monográficos de la revista *Salud Pública de México*, en la que funge como editor del área de epidemiología. Es miembro nivel III del Sistema Nacional de Investigadores, forma parte de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias, de la Academia de Ciencias del Estado de Morelos y de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Además de Secretario Académico del INSP, es investigador en ciencias médicas del mismo instituto.¹⁸

La emergencia sanitaria por Covid-19 en México ha producido y sigue produciendo una de las mayores crisis económicas y sociales de los últimos tiempos, lo que ha despertado el interés de los académicos y especialistas en salud pública para contribuir, desde la ciencia, con recomendaciones para enfrentar la pandemia. Por un lado, han continuado las líneas de investigación de las que los investigadores se habían ocupado en años anteriores: enfermedades crónicas no transmisibles; cáncer; medicamentos y tecnologías sanitarias; salud y nutrición materno-infantil; salud reproductiva; salud del adulto y envejecimiento; equidad en salud; salud ambiental; prevención de lesiones y violencia; uso de sustancias; calidad de la atención; sistemas de información en salud y carga de la enfermedad; sistemas y políticas de salud; enfermedades infecciosas, parasitarias y transmitidas por vector; economía de la salud, además de encuestas de salud y nutrición, y evaluación de políticas y programas. Algunos de los asuntos estudiados, como obesidad, desnutrición y diabetes, no sólo siguen siendo importantes causas de morbilidad y mortalidad, sino que son causa de agravamiento de los casos de Covid-19.¹⁵²

Pero, por otro lado, han surgido nuevos proyectos que se adaptan a la actual situación epidemiológica. El INSP ha volcado su capacidad para apoyar al gobierno a través de proyectos de investigación. Entre ellos están los siguientes: “Los comportamientos relacionados con el movimiento (actividad física, sueño y tiempo sedentario) en la población mexicana durante la pandemia de Covid-19”, “Desarrollo de un experimento para evaluar el impacto de la incertidumbre en mensajes informativos sobre credibilidad y adherencia a medidas preventivas contra Covid-19”, “Seguridad alimentaria y diversidad de la dieta en

adultos mexicanos, ante la Covid-19”, “El impacto de la Covid-19 en la población hispana de los Estados Unidos: una revisión sistemática de la literatura”, “Sistemas de información en salud y carga de la enfermedad”, “Unidad de Inteligencia en Salud Pública para desarrollar tableros de visualización de datos sobre la transmisión del SARS CoV-2 en México” e “Identificación, producción recombinante y caracterización de anticuerpos monoclonales humanos contra SARS-CoV-2”.¹⁵² Los resultados de investigación se encuentran en la ENSANUT 2020 sobre Covid-19,¹⁶⁵ en las páginas de la revista *Salud Pública de México* y en otras publicaciones, nacionales e internacionales.

De manera simultánea a los trabajos de investigación, el Instituto Nacional de Salud Pública ha llevado a cabo actividades de servicio y participado en la generación de políticas públicas en salud. En 2020, convocó a 13 instituciones, incluyendo la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Banco Mundial, la Universidad Nacional Autónoma de México y su Programa Universitario de Salud, la Academia Nacional de Medicina, El Colegio de México, la Fundación Mexicana para la Salud y cinco Institutos Nacionales de Salud (de Ciencias Médicas y Nutrición, de Enfermedades Respiratorias, de Cardiología, de Psiquiatría y de Geriatria), para el desarrollo del seminario “Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de Covid-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos”. Entre las recomendaciones de la reunión estuvieron: desarrollar y difundir por escrito el Plan de Acción de Vacunas (PAV) Covid-19, priorizar el modelo de atención primaria de salud, y promover una cultura de higiene y protección a largo plazo.¹⁶⁶

El INSP también ha brindado asesoría y servicio al sector salud y a otros sectores, con acciones que han incidido en la salud pública. Por ejemplo, ha apoyado a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con una representante permanente en el grupo interdisciplinario de apoyo para la atención a la emergencia por Covid-19; ha dado al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos un representante para apoyar las tareas de vigilancia epidemiológica de Covid-19; ha trabajado en el análisis continuo de los datos derivados del sistema de diagnóstico y seguimiento de casos detectados por el sistema de vigilancia epidemiológica, para identificar factores de riesgo relacionados con diversas variables de contagio, evolución de casos y desenlaces en salud, que puedan ser de utilidad para la toma de decisiones. El Gobierno de la Ciudad de México y el Instituto realizaron encuestas vía SMS sobre Covid-19. El estudio permitió estimar cuánto se apegan los habitantes de la Ciudad a las medidas de distanciamiento físico y aislamiento para la prevención del contagio del coronavirus causante de la enfermedad Covid-19.¹⁵²

Asimismo, el INSP ha participado en el Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19,¹⁶⁷ así como en el Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad, para la promoción de dietas saludables y sostenibles, y ha coordinado

el Grupo Interinstitucional para la Estimación del Exceso de Mortalidad. Ha realizado acciones conjuntas con los gobiernos estatales y municipales, a través de la Secretaría de Salud de Morelos, y ha asesorado al Consejo de Ciencia y Tecnología de ese estado para fomentar el desarrollo de investigación que contribuya a la prevención y control de la epidemia de Covid-19. El Centro Regional de Investigación en Salud Pública participó en la reunión del Comité Regional de Salud para atender la emergencia sanitaria por Covid-19 en la región del Soconusco, Chiapas; mientras que el Centro de Investigación en Sistemas de Salud participó en la asistencia técnica para el diseño del Plan Estratégico de la Iniciativa Conjunta de Salud y Migración, y apoyó a la fundación del Global Sustainable Health Equity Movement para responder a las inequidades en salud que se han acentuado durante la pandemia de Covid-19.¹⁵²

En el campo de la docencia, desde marzo de 2020, con la llegada de la pandemia de Covid-19 se transitó de las clases presenciales a las clases virtuales, lo que representó una experiencia nueva para docentes y estudiantes. La Secretaría Académica realizó un *webinar* titulado “Intercambio de experiencias sobre educación en línea, desde una mirada pedagógica”, en el que participaron especialistas de la UNAM, el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa y la Universidad Iberoamericana. Adicionalmente, estableció una serie de estrategias a corto y mediano plazo para la enseñanza. Éstas fueron la creación de un repositorio de materiales y recursos de apoyo para la comunidad docente, con el objetivo de atender lo más inmediato, como los instrumentos de evaluación y la sistematización de evidencias; el acceso a la iniciativa Coursera for Campus, para incentivar la capacitación en línea durante la contingencia; finalmente, el diseño del diplomado sobre habilidades pedagógicas en las prácticas de desempeño docente virtuales y presenciales, para que los docentes logaran diseñar y operar planeaciones didácticas centradas en el desarrollo de competencias a través de metodologías activas.¹⁵²

El plan estratégico del INSP para la enseñanza, a cargo de la Secretaría Académica, ha focalizado sus acciones en la oferta de programas académicos pertinentes, sólidos, innovadores y actualizados. Ha trabajado en pro del fortalecimiento del modelo educativo, con una propuesta de sistema curricular unificado, cuyos aspectos centrales son: mayor articulación y continuidad entre especialidades, maestrías y doctorados; mayor vinculación con las necesidades de formación del personal de salud; fortalecimiento del perfil de egreso; mayor énfasis en prácticas profesionales, comunitarias y proyectos de investigación como estrategias de alto sentido formativo; programas académicos menos escolarizados y sin excesivas horas teóricas, pero sí con trabajo colectivo y sistémico para evitar la segmentación del conocimiento.¹⁵²

El programa académico ha atendido a estudiantes en 28 programas de posgrado vigentes. Se han impartido cursos en las sedes de Cuernavaca, Tlalpan y Tapachula, y en otros centros como el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Además, se han ofrecido cuatro unidades en modalidad virtual: doctorado en calidad de los sistemas de salud, maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud, especialidad en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social y maestría en salud pública virtual.¹⁵²



Foto: Luis Arias

La colaboración institucional se ha seguido fomentando en el ámbito tanto internacional (con la Universidad de Minnesota; The Global Health Institute, de Australia, o la Universidad Mayor de San Andrés, de Bolivia) como nacional (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo e Instituto Mexicano del Seguro Social, con el que se ha colaborado para la especialidad en calidad de atención). La pandemia tampoco ha detenido la internacionalización del programa académico, por lo que éste ha captado aspirantes extranjeros, provenientes de Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, Mozambique, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela. Sin embargo, la movilidad académica ha sido muy limitada a partir de la pandemia por Covid-19, debido al cierre de fronteras.¹⁵²

La oferta académica incluye también opciones para capacitar a personal de instituciones públicas y privadas, como los cursos autogestivos desarrollados en colaboración con el IMSS para su plataforma educativa (CLIMSS), sobre tabaquismo, cáncer de mama, cáncer de próstata y enfermedades cardiovasculares; el curso “Dislipidemias, hipertensión, diabetes y obesidad”, impartido junto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán, o el curso “Sarampión: detección clínica, diagnóstico, vigilancia epidemiológica y vacunación”, dirigido a médicos y personal de salud del primer nivel de atención, en colaboración con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia y la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de la Secretaría de Salud.^{152,168}

Existe también una oferta académica abierta al público, como los diplomados sobre atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, telesalud, gerencia y liderazgo en salud, y gestión de servicios de atención primaria a la salud integral. Cursos masivos abiertos en línea (CLiMA), muchos de ellos con miles de inscritos y con temas como: lactancia y amamantamiento; manejo de infecciones respiratorias agudas y la enfermedad similar a la influenza; salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes; atención a enfermedades transmitidas por vector; diabetes y otras enfermedades crónicas; atención de casos por enfermedad por virus del ébola; enfermedades diarreicas; atención a pacientes con cólera, y conceptos esenciales de los determinantes sociales de la salud. Por último, se ha llevado a cabo un programa de videoconferencias, entre ellas: “Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus”, “Los pueblos indígenas frente al Covid-19” e “Implicaciones ambientales de Covid-19”.^{152,168} En junio de 2020, a partir de un proceso de autoevaluación, el INSP obtuvo una reacreditación del CEPH, en esta ocasión por un periodo de siete años.¹⁵²

Vuelta a la Escuela de Salud Pública de México

dentro del periodo de gestión del director Juan Ángel Rivera Dommarco, el 16 de abril de 2021, la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Salud Pública aprobó un nuevo estatuto orgánico para la institución, el cual fue formalizado en octubre del mismo año. El estatuto define al INSP como un organismo descentralizado cuyas funciones son la realización de estudios e investigaciones clínicas, la publicación y difusión de los resultados, la promoción de acciones para la protección de la salud y el intercambio científico, así como la formación de recursos humanos especializados a través de programas de estudio y cursos, en los que otorga los reconocimientos relativos. También ofrece asesoría a la Secretaría de Salud, de la que depende, y a otros centros de enseñanza e investigación.¹⁶⁹

En el estatuto se hicieron modificaciones a la estructura administrativa del INSP, de modo que se recuperó la denominación “Escuela de Salud Pública de México”, y el doctor Lazcano Ponce pasó a ser director de ésta. Para el cumplimiento de las atribuciones que le competen, la Escuela mantuvo la estructura de la Secretaría Académica, conformada por una Dirección y cuatro subdirecciones: la de Calidad Académica; la de Desarrollo y Extensión Académica; la de Gestión Académica, y la de Comunicación Científica y Publicaciones.

A la Escuela corresponde: coordinar el diseño curricular; representar al INSP como promotor de los diferentes programas de posgrado y educación continua ante usuarios potenciales del sector público, privado y social, nacional o internacional; establecer métodos innovadores que incorporen las tecnologías de la información aplicada a la educación, para atender los programas de posgrado y la educación no escolarizada; ofrecer un programa de formación y actualización docente; establecer estrategias para mantener actualizados a los profesionales en salud pública; participar en la selección e incorporación de los alumnos y seguir su desempeño hasta la obtención de su grado; consolidar la productividad para mantener las acreditaciones ante el CONACYT; proponer un vínculo estrecho de comunicación y cooperación con los centros de docencia e investigación del Instituto, así como con los órganos colegiados, para garantizar la operación eficiente de los programas académicos, y participar conjuntamente en la evaluación de los logros y en el fomento de la práctica de investigación entre los estudiantes de posgrado.¹⁶⁹

En los centros de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública se desarrolla un trabajo interdisciplinario que se beneficia de la sinergia con otras instituciones. Para Mauricio Hernández Ávila, el INSP ha formado líderes que han revolucionado la

investigación en el campo de las enfermedades infecciosas y las enfermedades transmitidas por vector. Ha tenido, también, logros en otras áreas como la economía de la salud, la migración, la calidad de la atención, la vacunación y el cáncer, lo mismo que en los trabajos relacionados con encuestas nacionales de salud, que proporcionan información valiosa para detectar riesgos y evaluar avances. El Instituto fue también pionero en estudios de carga global de la enfermedad en el ámbito nacional (años perdidos por muerte prematura, años vividos con discapacidad y años de vida saludable perdidos), en información en salud, y en exposición a tóxicos químicos y del ambiente social, entre otros campos.¹⁷⁰

Aunque la historia de la Escuela de Salud Pública de México no es la del Instituto Nacional de Salud Pública, es imposible desvincularlas porque los investigadores son docentes, y los cursos están ligados a las líneas de investigación. Así, el Centro de Investigación en Salud Poblacional participa en la maestría en salud pública con áreas de concentración en epidemiología y en salud ambiental; en la maestría en ciencias en: epidemiología, salud ambiental, epidemiología con énfasis en salud sexual y reproductiva, y epidemiología con énfasis en investigación clínica; en el doctorado en ciencias en epidemiología, en el doctorado en salud pública, y en la especialidad en salud pública y medicina preventiva. También en actividades de educación continua.

El Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas contribuye en la maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas; en el doctorado en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas, y en la maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas.

El Centro Regional de Investigación en Salud Pública colabora en la maestría en ciencias en enfermedades transmitidas por vector y en la maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector. También en el programa de estudiantes de posgrado visitantes, en programas de posdoctorado y en educación continua.

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud interviene en el doctorado en ciencias en sistemas de salud; la maestría en ciencias en sistemas y políticas de salud; la maestría en ciencias en economía de la salud; la maestría en salud pública en administración en salud, y la maestría en salud pública en ciencias sociales y del comportamiento.

El Centro de Investigación en Nutrición y Salud participa en la maestría en ciencias en nutrición; la maestría en salud pública con área de concentración en nutrición; la maestría en nutrición clínica, y el doctorado en ciencias en nutrición poblacional.

Finalmente, el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, responsable de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, forma parte de la maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud; el doctorado en calidad de los sistemas de salud y la especialidad en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social, todos ellos en modalidad virtual; así como de la maestría en ciencias en bioestadística.¹⁷¹

En el primer trienio de la administración de López Obrador, de los alumnos que se inscribieron durante 2019 en los posgrados del INSP, se han graduado 80 de maestría, de los cuales 44 son mujeres, mientras que los estudiantes de doctorado aún continúan cursando los programas académicos correspondientes (cuadro 11).

En el marco de los festejos por el centenario de la Escuela de Salud Pública de México, el Patronato del Instituto Nacional de Salud Pública, entidad auxiliar y de apoyo a sus labores de investigación y docencia, así como en la movilización de recursos de origen externo –nacional e internacional–, ha planteado entre sus tareas la conformación de una sociedad de exalumnos. Ha contratado a una agencia externa que ayude a contactar a los egresados de cada una de las generaciones pertenecientes a los diferentes programas académicos con los que cuenta esta institución educativa, y que podrían llegar a formar parte de la Sociedad de Exalumnos.¹⁵²

Cuadro 11.

Número de egresados del Instituto Nacional de Salud Pública, por programa académico y sexo. México, generación 2019-2021

Programa académico	Número de egresados, por sexo
Maestría en ciencias en bioestadística	2 h
Maestría en ciencias en economía de la salud	6 (2 h, 4 m)
Maestría en ciencias en enfermedades infecciosas	6 (3 h, 3 m)
Maestría en ciencias en nutrición poblacional	10 (6 h, 4 m)
Maestría en ciencias en salud ambiental	4 (2 h, 2 m)
Maestría en ciencias en sistemas y políticas de salud	2 (1 h, 1 m)
Maestría en nutrición clínica	7 m
Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud	6 (3 h, 3 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento	9 (2 h, 7 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas	6 (4 h, 2 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología	11 (8 h, 3 m)
Maestría en salud pública con área de concentración en nutrición	8 m
Maestría en salud pública con área de concentración en salud ambiental	3 (1 h, 2 m)

h: hombres; m: mujeres

Fuente: referencia 18.

Una institución centenaria

Los últimos 36 años de la Escuela de Salud Pública de México han estado ligados al Instituto Nacional de Salud Pública. En este periodo, ha habido reformas profundas en el sector salud, así como logros en las campañas sanitarias: desde 1990, no ha habido casos reportados de poliomielitis salvaje, y desde 1991, tampoco casos de difteria, y los casos notificados de otras enfermedades prevenibles por vacunación han disminuido; asimismo, en 2015, la OMS declaró a México país libre de oncocercosis. Sin embargo, estos avances han coincidido con el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, accidentes, homicidios y lesiones. Al mismo tiempo, han prevalecido la neumonía y la influenza, las enfermedades infecciosas intestinales, el paludismo y la tuberculosis, y las autoridades sanitarias han tenido que hacer frente a enfermedades emergentes, como el VIH/sida, el cólera, el dengue, el chikungunya y la enfermedad por coronavirus (Covid-19), la cual ha sido causa de una crisis económica, social y sanitaria generalizada. Tanto el Instituto como la Escuela han incorporado éstos y otros problemas de salud a sus líneas de investigación y sus programas académicos.

Desde 1982, la Escuela tuvo una orientación casi exclusiva a la formación de posgrado, y a partir de su integración al INSP en 1987, se responsabilizó sólo de programas de educación superior, es decir que actuó como una institución que se concentró en la formación de cuadros de investigadores y tomadores de decisiones. En 1991 se inició, en el INSP, el primer doctorado en ciencias en sistemas de salud que hubo en México; luego se abrieron doctorados en ciencias en epidemiología, en nutrición poblacional, en enfermedades infecciosas y en salud ambiental. También, doctorados en salud pública con área de concentración en epidemiología y en sistemas de salud; doctorados en ciencias en salud pública con áreas de concentración en epidemiología, en sistemas de salud y en enfermedades infecciosas, y el doctorado en salud pública.

Asimismo, se han impartido maestrías en: salud pública; administración de hospitales; administración de servicios de salud; salud mental en poblaciones; salud pública en servicio; gerencia y dirección en salud; nutrición clínica; gestión de la calidad en los servicios de salud, y salud pública (modalidades semipresencial y virtual). En particular la maestría en salud pública ofrece diferentes opciones, como aquélla con énfasis en paludismo y otras enfermedades parasitarias, y como las áreas de concentración en: administración en salud; epidemiología; regulación y fomento sanitario; ciencias sociales y del comportamiento; protección contra riesgo sanitario; bioestadística; salud ambiental; promoción para la salud; nutrición; bioestadística y sistemas de información en salud;

enfermedades infecciosas; enfermedades transmitidas por vector, y envejecimiento. Por su parte, la maestría en ciencias ha incorporado áreas de concentración en: epidemiología; salud ambiental; salud reproductiva; sistemas de salud; economía de la salud; higiene ocupacional; nutrición; enfermedades infecciosas; bioestadística; enfermedades transmitidas por vector; regulación y fomento sanitario; epidemiología con énfasis en investigación clínica; epidemiología con énfasis en salud ambiental; epidemiología con énfasis en salud sexual y reproductiva; nutrición poblacional, y sistemas y políticas de salud. Finalmente, la maestría en ciencias de la salud incluye áreas de concentración en: epidemiología; sistemas de salud; salud reproductiva; nutrición; enfermedades infecciosas; bioestadística; enfermedades transmitidas por vector; salud ambiental; vacunología, y epidemiología clínica.

Adicionalmente, se han ofertado las especialidades de enfermería en salud pública y las de: administración de hospitales; salud ambiental; salud pública y medicina preventiva; promoción de la salud; evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social, y medicina preventiva. También, estudios de técnico en estadística básica de salud pública, en promoción del saneamiento ambiental y en nutrición, y cursos de epidemiología básica, internacional para médicos e ingenieros, y de evaluación de impacto ambiental y salud. Además, se ha organizado el Programa Anual de Verano en Salud Pública y Epidemiología, al igual que un gran número de diplomados y cursos de educación continua. Muchos de los cursos de posgrado se han llevado a cabo en colaboración con otras instituciones. Surgieron en diferentes momentos de este periodo, y varios de ellos han dejado de ser impartidos.

En la historia de la Escuela de Salud Pública de México como parte integrante del Instituto Nacional de Salud Pública, de 1987 a 2021 han egresado 4 387 alumnos, de los cuales 2 602 son mujeres. De éstos, 3 586 alumnos (de los que 2 002 son mujeres), se han graduado de las maestrías, y 300 estudiantes (de los que 202 son mujeres), han egresado del doctorado.^{1,18}

Los programas académicos institucionales han sido reconocidos dentro del padrón de posgrados de excelencia del CONACYT, además de que han recibido otras acreditaciones nacionales e internacionales; igualmente, se han internacionalizado a partir del establecimiento de convenios de colaboración con instituciones de América, Europa y Asia, y también porque alumnos de numerosos países, sobre todo latinoamericanos, han sido formados en las aulas del Instituto. Como la mayoría de estos alumnos han sido becados por organismos internacionales o por sus gobiernos, el INSP ha tenido una influencia sobre las políticas públicas de la región.

El Estado mexicano, que emergió de la revolución iniciada en 1910, consideró la salud de los pobladores como elemento fundamental para la reconstrucción de la nación, y vio por ello la necesidad de profesionalizar la formación en salud pública.

Desde su creación en 1922, la Escuela ha estado ligada a los proyectos sanitarios del Estado mexicano y sus máximas autoridades en materia de salud: el Departamento de Salubridad Pública, de 1922 a 1943; la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre 1943 y 1985, y la Secretaría de Salud, a partir de 1985, y muchos de los responsables de los programas de salud pública han sido profesores de la Escuela. Sin embargo, esta institución académica ha sido cada vez más autónoma, y en ella han convivido diferentes perspectivas.

En las instalaciones de la Escuela se han celebrado reuniones académicas y operativas nacionales e internacionales, y la institución ha formado a los profesionales responsables de muchos de los logros en materia de salud colectiva en el país, los cuales crearon la Sociedad Mexicana de Higiene, luego de Salud Pública. Por sus aulas han pasado médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, odontólogos, ingenieros y científicos sociales, y entre ellos ha habido un número creciente de mujeres.

Si, desde los años veinte del siglo pasado, la Escuela abrió sus puertas a las mujeres para que se formaran (como técnicas en bacteriología, agentes del Servicio de Enfermedades Transmisibles y agentes del Servicio de Desinfección, además de trabajadoras sociales y enfermeras sanitarias, visitadoras y rurales), en 1948 recibió a la primera mujer que se inscribió en la maestría en salud pública; cabe resaltar, asimismo, que, en el último periodo de la Escuela, las doctoras, maestras y especialistas han superado en número a los hombres y han contribuido, sin duda, a la democratización de los servicios de salud pública en México.

El nombre de la institución fue cambiando en consonancia con las concepciones dominantes en cada época: Escuela de Salubridad; Escuela de Salubridad e Higiene; Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; Escuela de Salud Pública; Escuela de Salubridad y Asistencia; de nuevo Escuela de Salud Pública, y finalmente, Escuela de Salud Pública de México. Después de que la ESPM se integrara al Instituto Nacional de Salud Pública cuando éste fue creado (1987), en 1995, a partir de una reestructuración orgánica y administrativa, las actividades docentes se transfirieron a todo el INSP, y tanto la gestión escolar como el desarrollo pedagógico, a la entonces creada Secretaría Académica, de tal modo que desapareció la denominación “Escuela de Salud Pública de México”; no obstante, esta última siguió siendo empleada para algunas gestiones académicas y fue formalmente recuperada en octubre de 2021 mediante una publicación hecha en el *Diario Oficial de la Federación*, después de que en abril de ese mismo año la Junta de Gobierno del Instituto aprobara un nuevo estatuto orgánico.

La Escuela de Salud Pública de México ha colaborado con otras dependencias de la Secretaría de Salud y con muchas otras instituciones. Desde 1939, estuvo relacionada con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, con el que, entre 1953 y 1959 formó un solo organismo. En los años cuarenta, estuvo afiliada a la Escuela de Graduados

de la UNAM, y en los ochenta fue una de las tres entidades que dieron origen al Instituto Nacional de Salud Pública, del que desde entonces ha sido parte.

Aunque la Escuela ha sido siempre una institución pública, financiada fundamentalmente por el Estado mexicano, ha recibido influencias y apoyo de agencias y organismos internacionales: la Fundación Rockefeller, la Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Panamericana de la Salud, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y la Fundación Kellogg, entre otras. Sus programas han sido modificados en relación con las necesidades cambiantes de la salud colectiva, pero también de acuerdo con las políticas internacionales respectivas.

En la actualidad hay cerca de 30 escuelas de salud pública en el país, pero la pionera fue la Escuela de Salud Pública de México, que el 23 de marzo de 2022 cumple 100 años. Como centro educativo sanitario general del país, la ESPM ha estado siempre en consonancia con el saber de su tiempo; ha sido reconocida en el ámbito nacional y el internacional como institución de vanguardia, y ha logrado conjuntar la enseñanza y la investigación en salud pública.

Referencias

1. Valdespino JL, Sepúlveda J, eds. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.
2. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informes de labores, 1982-1983. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983.
3. Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Publica Mex.* 2019;61(2):202-11. <https://doi.org/10.21149/10122>
4. Avanza la reconstrucción de hospitales dañados. *El Informador: Diario Independiente.* Guadalajara: 1985 dic 12: 1 A.
5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. Antecedentes del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida [internet]. México: Gobierno de México, 2015 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/antecedentes-del-consejo-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sida-conasida>
6. Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida (Conasida). Informe de actividades, 1988-1994. *Salud Publica Mex.* 1995;37(6):669-76.
7. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informes de labores, 1983-1984. México: SSA, 1984.
8. Carrillo AM. Vaccine production, national security anxieties and the unstable state in nineteenth and twentieth century Mexico. En: Holmberg C, Blume S, Greenough P, eds. *The politics of vaccination. A global history.* Manchester: Manchester University Press, 2017: 121-47.
9. Síntesis ejecutiva de la tercera sesión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1987, 32 f.
10. Escuela de Salud Pública de México. Informe de labores 1984. Anexos. México: Subsecretaría de Salud/ Subsecretaría de Investigación y Desarrollo/Escuela de Salud Pública de México, 1984.
11. En México abunda todo lo que afecta la salud. *El Informador: Diario Independiente.* Guadalajara: 1983 abr 21: 10 A.
12. Programa de nutrición del estado de Colima. *El Informador: Diario Independiente.* Guadalajara: 1983 sept 26: 23 C.
13. La Escuela de Salud Pública de México inicia el programa de educación avanzada en administración de servicios de salud. *Salud Publica Mex.* 1985;27(4):264-5.
14. Alemán-Escobar M, Salcedo-Álvarez R, Ortega-Altamirano D. La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública en México, 1922-2009. Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México. *Perfiles Educativos.* 2011;33(133):174-96.
15. Memoria. Segundo Encuentro Nacional de Enfermería en Salud Pública. México: Secretaría de Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 1986.
16. Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Salud Pública como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios. *Diario Oficial de la Federación* [internet]. México: 1987 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4636332&fecha=26/01/1987
17. Office of the President-University of Miami. Semblanza del presidente Julio Frenk [internet]. Miami: University of Miami, 2021 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://president.miami.edu/about/bio-spanish/index.html>
18. Valdespino-Gómez JL, Sepúlveda-Amor J, Lazcano-Ponce E, Oropeza-Abúndez C (comps). Crónica de la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2022. Relación de sus protagonistas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.
19. Instituto Nacional de Salud Pública. Un año de labores, 1987. s/l: INSP, 1988.
20. Síntesis ejecutiva octubre de 1987. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1987, 32 f.
21. Sesión de la octava reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1988, 349 f.
22. Instituto Nacional de Salud Pública, 1988-1989. México: Libros de México, 1989.
23. Neri-C RH, Fernández-De Hoyos RM. La enseñanza en la Escuela de Salud Pública de México. *Salud Publica Mex* 1961;3(6):883-910.
24. Sesión de la cuarta reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1987, 275 f.
25. Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, Alaesp [sitio de internet]. s/lp: Grupo Informática Escuela de Salud Pública de Cuba; 2003 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <http://www.alaesp.sld.cu/html/historico.htm>
26. Instituto Nacional de Salud Pública. Antecedentes Cenidsp [internet]. México: Gobierno de México, 2020 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/centros/decisiones-en-salud-publica/de-interes.html>
27. Información general. *El Nacional.* México: 1988 nov 24:12.
28. Frenk J. La reforma del Estado y la salud [internet]. México: Nexos, 1990 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=5714>.
29. Excélsior/Asociación de Editores de los Estados. Los programas de salud resultaron afectados. *El Informador: Diario Independiente.* Guadalajara: 1990 jul 10: 8 A.
30. Muñoz VM. La salud en México (2007-2009). *Estudios Políticos.* 2010;9(19):97-11.
31. Manuel Lee G, coord. Secretaría de Salud. Setenta años de rectoría de salud en México. México: Pinacoteca, 2013.

32. Jiménez-Corona A, Gutiérrez-Cogio L, López-Moreno S, Tapia-Conyer R. El cólera en México, situación epidemiológica actual. *Gac Med Mex.* 1995;131(3):363-6.
33. Kumate: cólera fue detonador. *El Porvenir.* Monterrey: 1993 jun 22: 4.
34. El Universal. Reporta Ssa más de 7 mil casos por cólera. *El Porvenir.* Monterrey: 1993 oct 20: 2.
35. Sotelo JM. El recurso humano para la salud pública en América Latina. En: XLIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. México: Sociedad Mexicana de Higiene, 1990: 33-55.
36. Osmenn GS. Sobre el estado de la salud pública. Una perspectiva desde los Estados Unidos. En: La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992: 133-47.
37. Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008;65:238-40.
38. León-Díaz H. El Programa Nacional de Salud, a debate en El Colegio de México. *El Nacional.* México: 1991 may 8; Cultura: 55.
39. Instituto Nacional de Salud Pública, 1989-1990. México: Dirección de Desarrollo del Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
40. Instituto Nacional de Salud Pública. Cinco años de vida, 1987-1991. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.
41. Sesión de la décimo segunda reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1990, 278 f.
42. Frenk J, Ruelas E, Bobadilla JL, Llopiz M. La investigación en sistemas de salud. En: De la Fuente-JR, Martuscelli J, Alarcón D, eds. La investigación en salud, balance y tradición. México: Fondo de Cultura Económica/Secretaría de Salud, 1990: 191-201.
43. Sesión de la décimo séptima reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1991, 116 f.
44. Silva-Paim J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. En: La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992: 151-67.
45. Sesión de la vigésima primera reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1992. 3, 8.
46. Sesión de la vigésima tercera reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1990, 230 f.
47. Gutiérrez G. México. En: Kumate J, Gutiérrez G, Sotelo JM. Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y México. México: Secretaría de Salud, 1994: 149-94.
48. Sesión de la décimo tercera reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1990, 62 f.
49. Aguilera CZ. Crean maestría en salud pública. *El Porvenir.* Monterrey: 1992 jun 23: 3.
50. Instituto Nacional de Salud Pública. Memoria 1993. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1994.
51. Sesión de la trigésimo tercera reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1995, f. 70.
52. Cumplidas metas sexenales en materia de demografía. *La Jornada* [internet]. México: 2000 jul 20 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://jornada.com.mx/2000/07/20/039nIgen.html>
53. Sesión de la vigésimo sexta reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 1993, f. 9.
54. Instituto Nacional de Salud Pública, 1994. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
55. Barnés D. El programa de formación de recursos humanos del Conacyt. En: De la Fuente JR, Martuscelli J, Alarcón D, eds. La investigación en salud, balance y tradición. México: Fondo de Cultura Económica/Secretaría de Salud, 1990: 332-9.
56. Asociación de Editores de los Estados. Señalan errores en el sistema nacional de salud. *El Informador.* Diario Independiente. Guadalajara: 1991 ene 15: 8 A.
57. El gremio médico atraviesa por desempleo y subempleo. *El Informador.* Diario Independiente. Guadalajara: 1989 ene 17; tercera sección: 4 C.
58. Asociación de Editores de los Estados. México no aceptará leyes "supranacionales": Colosio. *El Informador.* Diario Independiente. Guadalajara: 1992 ago 27: 11 A.
59. Fernández L. Debe adecuarse sector salud a cambios por TLC. *El Porvenir.* Monterrey: 1992 oct 7: 2.
60. Ramírez-Hernández JA, Guzmán-Bracho MC, Rodríguez-Pérez ME, Viesca-Treviño C, Díaz-Quiñones JA. Desde el ISET al INDRE III. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales: crisis y renovación, 1965-1989. *Gac Med Mex.* 2019;155:641-6.
61. Asociación de Editores de los Estados. Incremento del 75% en presupuesto en salubridad JKR. *El Informador.* Diario Independiente. Guadalajara: 1994 may 9: 1, 3 A.
62. *El Informador.* Guadalajara: 1994 ene 25: 11 A.
63. García-Cadena CH, Piña-López JA. Políticas públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. *Salud & Sociedad.* 2012;3(2):194-209.

64. Secretaría de Salud. Programa de Reforma del Sector Social 1995-2000. Diario Oficial de la Federación. México: 1996 mar 1; segunda sección: 2-64.
65. Moreno-Salazar PH. La reforma a la Ley del Seguro Social, antecedentes y visión general. En: Ortiz-Magallón R. Diez años de reformas a la seguridad social en México: balance, perspectivas y propuestas. México: Grupo Parlamentario del PRD en la LX Legislatura de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2008: 16-30.
66. Sepúlveda-Amor J. Editorial. Salud Pública Mex. 1995;37(2):91.
67. Instituto Nacional de Salud Pública, 1995-1996. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
68. Lazcano-Ponce E, Rodríguez-López MH. Editorial. Instituto Nacional de Salud Pública: 25 años de programas de posgrado de excelencia y de innovación de políticas públicas. Rev Invest Clín. 2011;63(5):443-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn115a.pdf>
69. Danis-Lozano R. Editorial. Investigación aplicada en salud pública y enfermedades transmitidas por vector. Salud Pública Mex. 2020;62(4):353-4. <https://doi.org/10.21149/11692>
70. Centro Regional de Investigación en Salud Pública [internet]. Tapachula: INSP, s/f, [citado abril 14, 2022]. Disponible en: <https://www.insp.mx/resources/images/stories/INSP/Docs/English/research-centers/crisp/crisp.pdf>
71. Instituto Nacional de Salud Pública [sitio de internet]. México: INSP-Secretaría de Salud-Gobierno de México; 2022 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx>
72. Instituto Nacional de Salud Pública. Reglamentación académica y administrativa. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1998.
73. Secretaría de Salud. Informe de labores, 1995-1996. México: Corporación Editorial Grafik, 1996.
74. Sepúlveda-Amor J, Valdespino-Gómez JL. Programa de mediano plazo del Instituto Nacional de Salud Pública 1996-2000. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1996.
75. Rivera-Dommarco J. Obesidad. Evidencia para el diseño de políticas preventivas. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2017: 19-28.
76. Valdespino-Gómez JL. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y los académicos en la salud pública. Salud Pública Mex. 1995;37(2):185-6.
77. Rivera-Dommarco J. Desnutrición. Hacia su erradicación en México. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2017: 29-38.
78. Secretaría de Salud. Informe de labores, 1996-1997. México: Corporación Editorial Grafik, 1997.
79. Sesión de la cuadragésimo cuarta reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, diciembre de 1997, 85 f.
80. Un mundo sin osteoporosis. El Economista. México, D.F.: 1998 dic 3:54.
81. Sesión de la cuadragésimo sexta reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, junio de 1998, 117 f.
82. Informe de la tercera reunión extraordinaria del Órgano de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, 6 de octubre de 2000.
83. Sesión de la cuadragésimo octava reunión de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, diciembre de 1998, 79 f.
84. Marchiori-Buss P. Enfoques prioritarios en la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2000: 7-26.
85. López-Acuña D. La reforma del sector salud y las funciones esenciales de salud pública: desafíos para el desarrollo de recursos humanos. En: Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000: 1-6.
86. Prefacio. En: Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2000: V-VI.
87. Desacuerdo con recomendaciones del BM. El sida en México no se compara con el de Asia o África. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 1998 nov 14: 10 A.
88. Cuadragésimo quinta sesión de la Junta de Gobierno. Tercer Informe Anual. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2000.
89. Dirección de Desarrollo y Extensión Académica. Los resúmenes del VI Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. México: Subdirección de Publicaciones del Instituto Nacional de Salud México, 1995.
90. Instituto Nacional de Salud Pública. El Programa Científico del IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca: Litoarte Wyeth, 1995.
91. La educación es un instrumento de justicia social y valores éticos. El Informador. Diario Independiente. Guadalajara: 2000 mar 25: 17-8 A.
92. Secretaría de Salud. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación. México: 2000 may 26: 101-11.
93. Magis-Rodríguez C, Parrini-Rose R. Nuestra epidemia. El sida en México 1983-2002. En: Magis C, ed. VIH/sida y salud pública: manual para personal de salud. México: Secretaría de Salud/Censida/ INSP, 2009. p. 15-25.

94. Límites marinos, tema de Fox ante Caricom. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2001 jul 6: 28.
95. Propone Fox sistema para combatir sida. *El Porvenir*. Monterrey: 2001 jul 7: 2.
96. Aunque se ha reducido, la desnutrición persiste como problema de salud en el país. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2002 feb 20: 2.
97. La obesidad, un problema que pesa entre los mexicanos. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2002 nov 10: 18.
98. La prevención es vital contra enfermedades. *El Informador*. Guadalajara: 2003 jun 10: 2.
99. La salud en México. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2003 jun 10: 2.
100. Reynales-Shigematsu LM. Tabaquismo. Por un México libre de tabaco. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. 30 aniversario 1987-2017. México: INSP, 2017: 39-51.
101. En México 18% de los niños tiene desnutrición. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2005 oct 1: 4.
102. A su corta edad sufren como adultos. *El Porvenir*. Monterrey: 2003 abr 9: 7.
103. El aire contaminado de Ciudad Juárez causó 231 decesos en menores de edad. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2003 nov 11: 3.
104. Autoridades están ganando la batalla contra el sarampión. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2004 may 19: 7.
105. En diez años habrá vacuna contra el dengue. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2002 ago 29: 19.
106. Persisten enfermedades de la pobreza (reportaje de La Jornada). *El Porvenir*. Monterrey: 2002 abr 13: 7.
107. Violencia contra las mujeres, un problema de gran magnitud en México. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2003 nov 26: 2.
108. Los recursos para el sector salud se atorán en las cámaras. *El Informador*. Guadalajara: 2003 mar 3: 2 B.
109. La falta de salud, causa más grave de una sociedad inequitativa, asegura Fox. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2002 mar 14: 7.
110. Necesarios cambios en el sector salud: Frenk. *El Porvenir*. Monterrey: 2001 may 12: 2.
111. Con recursos federales implementarán un nuevo sistema de salud. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2001 jun 6: 7.
112. Proponen fondo internacional para combatir enfermedades asociadas con la pobreza. *El Porvenir*. Monterrey: 2001 jul 12: 2.
113. Secretaría de Salud. Informe de labores 4. I de septiembre de 2004. México: Gobierno de la República, 2005.
114. Association of Schools and Programs of Public Health. ASPPH announces new president and CEO [internet]. Washington, D.C.: ASPPH, s/f [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.aspph.org/aspph-announces-new-president-ceo/>
115. Sesión de la sexagésima quinta reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2006.
116. Magaña-Valladares L, Gudiño-Cejudo MR. Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
117. Llamán a rechazar transgénicos. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2004 jun 21: 16.
118. El cáncer de mama y la alimentación. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2005 mar 27; tercera sección: 13 C.
119. Liconsá atiende a más de 100 mil familias en Jalisco. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2005 ene 8; segunda sección: 7 B.
120. Realizarán exámenes a 500 madres primerizas en busca de químicos. *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2005 oct 8: 12.
121. Herrera L. Mexicanos entre la diabetes y sus "chescos". *El Informador*. Diario Independiente. Guadalajara: 2006 abr 6: 6.
122. Instituto Nacional de Salud Pública. Memoria 2007. México: INSP; 2008.
123. Calvillo A. ¿Sexenio de la salud, el de Calderón? El Poder del Consumidor [internet]. s/l: 2012 nov 30 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://elpoderdelconsumidor.org/2012/11/intolerable-que-calderon-afirme-que-este-fue-el-sexenio-de-la-salud/>
124. Soberón-Acevedo G. La salud ahora y en el futuro cercano. En: Manuell-Lee G, coord. Secretaría de Salud. Setenta años de rectoría de salud en México. México: Pinacoteca, 2013: 132-67.
125. Gobierno Federal. Primer informe de gobierno del presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. México: Talleres Gráficos de México, 2007.
126. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010. México: Secretaría de Salud, 2012.
127. Secretaría de Salud. Alianza por un México sano. Informe de actividades 2007-2008. México: Secretaría de Salud, 2008.
128. Flamand L, Moreno-Jaimes C. La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*. 2015;55(1):217-61.
129. Instituto Nacional de Salud Pública. Memoria 2009. Instituto Nacional de Salud Pública. México: INSP, 2010.

130. Instituto Nacional de Salud Pública. Memoria 2008. Instituto Nacional de Salud Pública. México: INSP, 2008.
131. Lamadrid H. Atención neonatal. Programa de rescate obstétrico y neonatal, tratamiento óptimo y oportuno (Pronto). En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. 30 aniversario 1987-2017. México: INSP, 2017: 172-81.
132. Riojas H. Contaminación ambiental. Investigación y políticas de gestión en salud ambiental en México. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. 30 aniversario 1987-2017. México: INSP, 2017: 53-67.
133. Sesión de la septuagésima novena Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2013, 233 f.
134. Instituto Nacional de Salud Pública. 2010 Instituto Nacional de Salud Pública. México: INSP, 2011.
135. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [internet]. Cuernavaca: CIEE, s/f [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/2012>.
136. Instituto Nacional de Salud Pública. CIEE: 15 aniversario (2007-2022). Evidencia para la salud y el desarrollo: un centro de encuestas multidisciplinario [internet]. Cuernavaca: INSP, 2022 [citado abr 19, 2022]. Disponible en: <https://www.insp.mx/evaluacion-y-encuestas/publicacion-evidencia-para-la-salud-y-el-desarrollo>
137. Sesión de la sexagésima octava Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública. Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2007.
138. Sesión de la sexagésima novena Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2008, 160 f.
139. Escuela de Salud Pública de México-Instituto Nacional de Salud Pública. Certificaciones [internet]. Cuernavaca: ESPM-INSP, s/f [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.espm.mx/certificaciones/>
140. Sesión de la sexagésima séptima Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2007.
141. Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Instituto Mesoamericano de Salud Pública [internet]. s/l: SMSP, s/f [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <http://proyectomesoamerica.org:8088/smsp/index.php/instituto-mesoamericano-de-salud-publica>
142. Vargas-Mendoza J. Las reformas del gobierno de Peña Nieto y la dimensión de las exigencias de la economía mexicana. *Antípoda*. 2014;1(1):37-55.
143. Rojas R. Se acaba el sexenio, ¿cuáles son los logros de Peña Nieto en materia de salud? *Saludiaro* [internet]. México: 2018 jul 25 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.saludiaro.com/los-grandes-logros-en-materia-de-salud-de-pena-nieto/>
144. Sesión de la octogésima primera reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2014, 207 f.
145. Sesión de la nonagésima primera reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2019, 291 f.
146. Sesión de la octogésima quinta reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2016, 176 f.
147. Sesión de la octogésima sexta reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2016, 152 f.
148. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [internet]. Cuernavaca: INSP, 2020 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4669-encuesta-nacional-salud.html>
149. Sesión de la octogésima reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2014, 250 f.
150. Saturno-Hernández PJ. Calidad de la atención. Investigación, docencia y servicio. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. 30 aniversario 1987-2017. México: INSP, 2017: 129-39.
151. Sesión de la octogésima novena reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2018, 310 f.
152. Sesión de la nonagésima quinta reunión ordinaria de la Junta de Gobierno. Instituto Nacional de Salud Pública, Gobierno, sesiones de la Junta de Gobierno, 2021, 345 f.
153. Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-Aranda CM, Bautista-Arredondo S. Preguntas y respuestas sobre la estrategia de vacunación contra Covid-19 en México. *Salud Publica Mex*. 2021;63(2):167-9.
154. Bravo-García E. Principales causas de mortalidad en México en 2020. *Boletín Covid-19, Salud Pública y Epidemiología*. 2021;2(21):1.
155. Gobierno de México. Covid-19 México. Información general [internet]. México: Conacyt/CentroGeo/Geolnt/DataLab, 2022 [citado ene 20, 2022]. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
156. Our World Data. Vacuna contra Covid-19. México [internet]. s/l: Google, s/f [citado ene 20, 2022]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=vacunas+administradas+covid+mexico&rlz=1C5CHFA_enMX787MX787&oq=vacunas+administradas&aqs=chrome.2.69j57j015.6943j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8

157. Lara-Puente JH, Carreño JM, Sun W, Suárez-Martínez A, Ramírez-Martínez L, Quezada-Monroy F *et al.* Safety and Immunogenicity of a Newcastle Disease Virus Vector-Based SARS-CoV-2 Vaccine Candidate, AVX/COVID-12-HEXAPRO (Patria), in *Pigs. mBio.* 2021;12(5). <https://doi.org/10.1128/mBio.01908-21>
158. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Vacuna Patria [internet]. México: Conacyt, s/f [citado ene 10, 2022]. Disponible en: <https://conacyt.mx/vacuna-patria-f2r/>
159. Secretaría de Salud-Gobierno de México. Este 1 de octubre entra en vigor el nuevo etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados [internet]. México: Gobierno de México, 2020 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/este-1-de-octubre-entra-el-vigor-el-nuevo-etiquetado-frontal-de-alimentos-y-bebidas-no-alcoholicas-preenvasados?idiom=es>
160. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación [internet]. México: 2019 nov 28 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605322&fecha=19/11/2020
161. Cortés-Adame LJ. La terminación del Seguro Popular y el diseño del INSABI para atender enfermedades catastróficas en la población sin seguridad social (tesina de maestría en administración y políticas públicas). México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2021.
162. Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación [internet]. México: 2020 nov 19 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/521359/2019_11_29_MAT_salud.pdf
163. Gobierno de México. IMSS-Bienestar [internet]. México: Gobierno de México, s/f [citado ene 15, 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
164. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Diario Oficial de la Federación [internet]. México: 2020 dic 16 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5607729&fecha=16/12/2020
165. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales [internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
166. Instituto Nacional de Salud Pública. Seminario: Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de Covid-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos. Nota conceptual y recomendaciones [internet]. Cuernavaca: INSP-Gobierno de México, 2021 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/recomendaciones-pandemia/publicaciones-61a19315bde452.11106751>
167. Instituto Nacional de Salud Pública. Grupo técnico asesor de vacunación Covid-19 [internet]. Cuernavaca: INSP-Gobierno de México, s/f [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/publicaciones/acciones-del-insp-frente-a-la-pandemia-por-covid-19>
168. Rivera-Dommarco J. Instituto Nacional de Salud Pública. Junta de Gobierno. Primera sesión ordinaria 2021. Informe de autoevaluación [internet]. Cuernavaca: INSP, 2021 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/planeacion-estrategica/informes-institucionales.html>
169. Instituto Nacional de Salud Pública. Estatuto Orgánico 2021 del Instituto Nacional de Salud Pública [internet]. s/l: INSP, 2021 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/2021/SALUD/Estatuto-organico-INSP_2021.pdf
170. Hernández-Ávila M. Presentación. En: Instituto Nacional de Salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. 30 aniversario 1987-2017. México: INSP, 2017: 9-12.
171. Instituto Nacional de Salud Pública. Centros institucionales [internet]. Cuernavaca: INSP-Gobierno de México, 2020 [citado dic 15, 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/centros.html>



Evolución de los programas académicos en el Instituto Nacional de Salud Pública

a

PARTIR DE LA FUSIÓN DE LA ESPM con el INSP, se consideró que la investigación y la formación de recursos humanos eran procesos necesarios para iniciar y fortalecer el cambio estructural de salud. En el marco de su centenario, la Escuela tiene el compromiso de continuar ampliando su perspectiva a futuro mediante la reestructuración de sus programas académicos, proceso en el que la inculcación de valores, un currículo unificado basado en la salud pública, un modelo educativo flexible y el compromiso social resultan fundamentales.



Foto: RAC

Una reseña crítica

Arriba: primera sede de la Escuela, ca. 1922.

Eduardo C Lazzano Ponce⁽¹⁾

(1) Director General del Instituto Nacional de Salud Pública.

Creación del Instituto Nacional de Salud Pública

El 27 de enero de 1987, por decreto publicado en el diario oficial del gobierno de México el día previo, se dio nacimiento al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) a partir de la fusión de tres entidades dependientes de la Secretaría de Salud del gobierno de México: el Centro de Investigaciones en Salud Pública, el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas (denominado desde la fusión como Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas) y la Escuela de Salud Pública de México (ESPM).¹ Así, y con el doctor Julio Frenk Mora en la Dirección General, el INSP quedó establecido como un órgano desconcentrado de dicha Secretaría y como institución rectora de las actividades realizadas por esas tres entidades. Aunada a las actividades de investigación y de difusión de su producción científica, su misión en el ámbito de la enseñanza sería la de planear, organizar y realizar, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud, programas de formación y desarrollo de recursos humanos en un nivel técnico, superior y de posgrado en los campos de la salud pública.

El primer director de la Escuela en la era del INSP fue el doctor Enrique Ruelas Barajas, en un entorno donde los programas académicos de educación superior en México no consideraban una amplia oferta de educación y entrenamiento en salud pública. De hecho, no existían ofertas de programas académicos de educación de posgrado con nivel de doctorado.

Uno de los primeros pasos de la ESPM bajo la rectoría del INSP –para dar lugar a un nuevo posicionamiento de liderazgo en función de su enorme tradición y nueva estructura administrativa– consistió en llevar a cabo las gestiones necesarias ante la Secretaría de Educación Pública (SEP) para que Escuela e Instituto pudieran otorgar de manera conjunta grados académicos de especialidad, maestría y doctorado.^{2*} El objetivo de las especialidades sería la práctica profesional, y el de la maestría y el doctorado, la formación para la práctica de la docencia e investigación en salud pública.

* Dirección General de Profesiones-Secretaría de Educación Pública. Acuerdo de modificación al nombre y Dictamen de modificación al nombre (documentos mecanográficos). México: 22 mayo 1990.

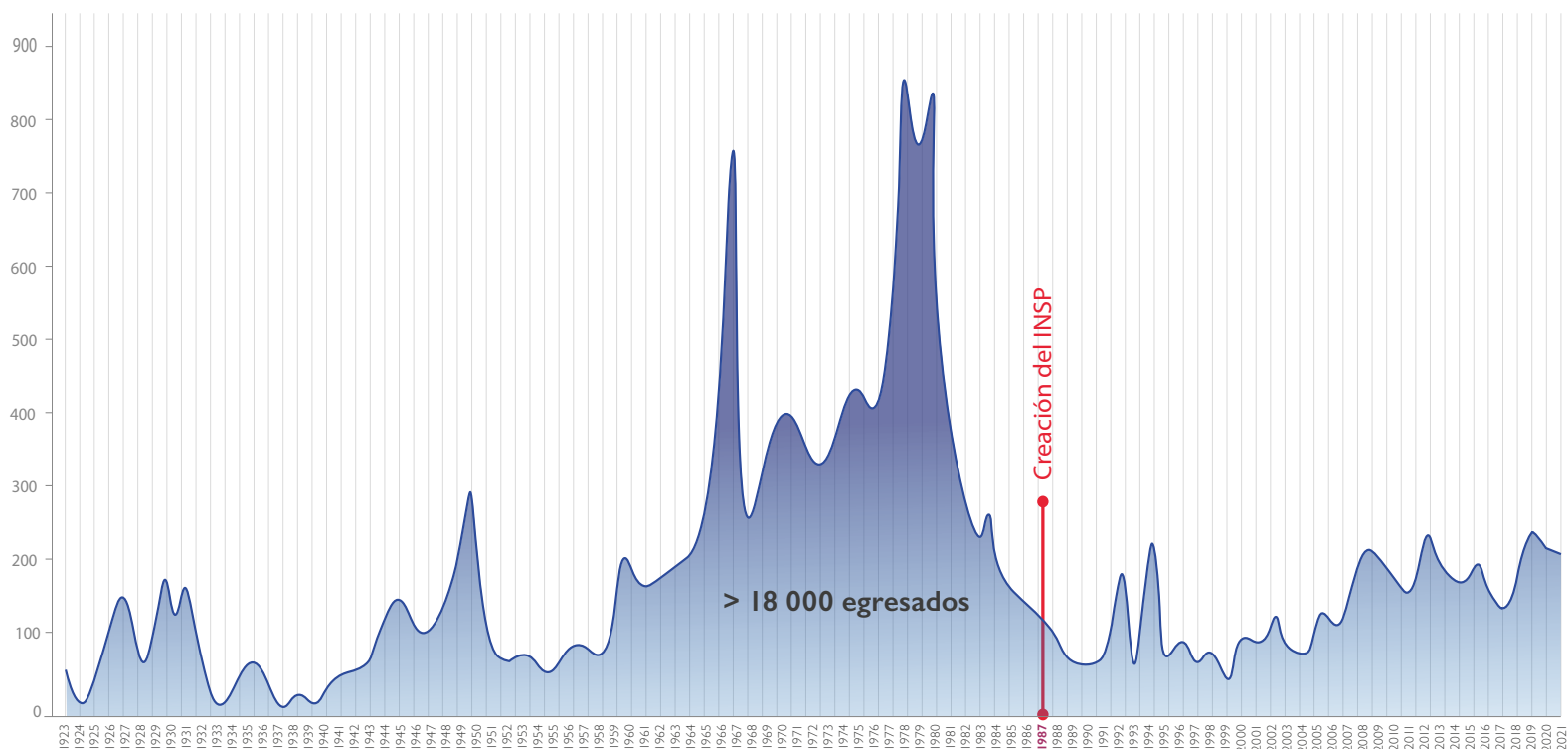
Foto: Luis Arias



Instituto Nacional de Salud Pública, sede Cuernavaca.

El INSP nació en un entorno donde las políticas públicas mexicanas de educación superior privilegiaron como ejes estratégicos la calidad, el incremento en la cobertura de la matrícula estudiantil² y la pertinencia social; la identidad institucional que se adoptó fue la basada en el desarrollo del conocimiento. A este respecto, en el año de 1978 se registró el mayor número de graduados en un año calendario de la ESPM (884), como resultado de un plan gubernamental –de la década de los setenta– dirigido a expandir la currícula universitaria, para dar respuesta a demandas sociales y políticas de las clases medias, y promover el fortalecimiento de las universidades autónomas. Antes de 1987, la matrícula de la ESPM había estado mostrando un decremento progresivo hasta alcanzar una cifra de 133 egresados justo al momento de la integración de la Escuela al INSP; posteriormente presentó una meseta que se prolongó durante 20 años, de modo que en 2005 la matrícula de egresados fue de 134. Al año siguiente dio inicio un incremento gradual, hasta alcanzar un número de estudiantes de posgrado matriculados de 206 en 2021 (figura 1). Así, a lo largo de 35 años, el Instituto ha otorgado más de 4 000 grados académicos de posgrado, un subconjunto de los cuales se puede observar en el cuadro 1.

Figura 1.
Línea de tiempo del número de egresados de la Escuela de Salud Pública de México, 1923-2021*



* Los datos de 2019 a 2021 corresponden al número de estudiantes matriculados.

Cuadro 1.
Egresados de la Escuela de Salud Pública de México, 1987-2019

Programa de doctorados		Maestría en ciencias		Maestría en salud pública		Especialistas en medicina preventiva	
Generación	Egresados	Generación	Egresados	Generación	Egresados	Generación	Egresados
		1987	12	1987	76		
		1988	3	1988	47		
				1989	45		
		1990	3	1990	52		
1991	1	1991	11	1991	44		
1992	5	1992	18	1992	45		
1993	2	1993	12	1993	34		
				1994	192		
1995	2	1995	17	1995	32		
1996	1	1996	21	1996	60		
1997	6	1997	17	1997	34		
1998	6	1998	25	1998	35		
1999	9	1999	31	1999	29		
2000	8	2000	50	2000	27		
2001	10	2001	40	2001	29		
2002	11	2002	40	2002	43		
2003	10	2003	38	2003	12		
2004	6	2004	30	2004	20		
2005	6	2005	44	2005	75		
2006	7	2006	43	2006	104	2006	4
2007	6	2007	49	2007	100	2007	9
2008	15	2008	55	2008	131	2008	9
2009	23	2009	51	2009	111	2009	8
2010	10	2010	55	2010	65	2010	10
2011	46	2011	39	2011	102	2011	7
2012	24	2012	47			2012	7
2013	23	2013	43	2013	87	2013	9
2014	15	2014	35	2014	92	2014	5
2015	30	2015	35	2015	97	2015	7
2016	25	2016	38	2016	81	2016	7
2017	24	2017	44	2017	102	2017	10
		2018	32	2018	85	2018	11
		2019	40	2019	78		
Total	331	Total	1 018	Total	2 166	Total	103

Desde la creación del INSP, se asumió una nueva perspectiva institucional en la formación de recursos humanos. Es decir, desde su fundación, el Instituto asumió, en materia de enseñanza, la identidad que lo ha acompañado durante los últimos 35 años: una institución de educación superior que, de acuerdo con sus atributos, privilegia la formación de cuadros de investigadores y tomadores de decisiones que formulan dichas decisiones con base en la evidencia científica. Lo anterior ha marcado su misión, visión, marco legal, cultura institucional y producción científica, incluso del presente, al igual que los productos académicos acumulados desde su creación, y, sin duda, sellará los que serán generados en el futuro.

En otras palabras, a partir de la fusión de la ESPM con el INSP, se consideró que la investigación y la formación de recursos humanos eran procesos necesarios para iniciar y fortalecer el cambio estructural de la salud. En los programas académicos de educación superior, sin embargo, el modelo educativo tradicional había sido hasta entonces el común denominador, y este hecho se constituyó como un enorme reto de cara a dar lugar a programas de posgrado acordes con las necesidades locales de salud, pero bajo la directriz de formar y desarrollar una nueva cultura institucional de innovación en la práctica de la docencia y la investigación. A este respecto, en 1988 nació una alianza entre la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el INSP, para impulsar un programa académico conjunto: la maestría en ciencias sociomédicas, con área de concentración en epidemiología.³ Así, el reclutamiento inicial de profesores-investigadores del INSP, para conformar la masa institucional crítica académica, estuvo orientado predominantemente a egresados de los programas de posgrado en ciencias. A la par, dentro del INSP, en función del perfil, de la formación profesional previa y de los intereses académicos de sus miembros, en primera instancia se fortaleció el programa existente de epidemiología; asimismo, una de las primeras innovaciones consistió en aprovechar el apoyo de la Fundación Kellogg, que había financiado la maestría en organización y dirección de sistemas de atención a la salud, para crear más tarde lo que se denominó la maestría en ciencias en sistemas de salud. Posteriormente, se diseñaron los programas académicos de la maestría en ciencias en salud ambiental y se emprendió la reestructuración curricular de la maestría en salud pública, cuya duración se extendió de uno a dos años (cuadro 2).

**GENERACIÓN
DE EVIDENCIA
CIENTÍFICA COMO
DISTINTIVO PARA
LA ESTRATEGIA
ORGANIZACIONAL**

Cuadro 2.
Creación de programas académicos del Instituto Nacional de Salud Pública, durante diversos periodos de gestión, 1987-2021

Periodo 1987-1989. Dr. Enrique Ruelas	
1987	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en sistemas de salud
1988	Maestría en salud pública (modalidad de dos años)
1989	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud ambiental
Periodo 1990-1995. Dr. Carlos Santos-Burgoa	
1991	Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en epidemiología
1991	Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en sistemas de salud
1991	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud reproductiva
1991	Maestría en ciencias en sistemas de salud
1992	Maestría en administración de servicios de salud
1995	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en economía de la salud
Periodo 1995-2006. Dr. José Luis Valdespino	
1996	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición
1998	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades infecciosas
1999	Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud
1999	Maestría en salud pública con área de concentración en epidemiología
2000	Maestría en salud pública con área de concentración en regulación y fomento sanitario
2001	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en bioestadística
2001	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector
2003	Doctorado en ciencias en salud pública con área de concentración en enfermedades infecciosas
2004	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en epidemiología clínica
2004	Maestría en gerencia y dirección en salud
2004	Maestría en salud pública con área de concentración en ciencias sociales y del comportamiento
2005	Maestría en salud pública con área de concentración en salud ambiental
2005	Maestría en salud pública con área de concentración en bioestadística (Tlalpan)
2005	Maestría en salud pública con área de concentración en protección contra riesgo sanitario
Periodo 2006-2017. Dra. Laura Magaña Valladares	
2006	Maestría en salud pública en servicio
2006	Especialidad en salud pública y medicina preventiva
2007	Maestría en salud pública con área de concentración en nutrición (Tlalpan)
2007	Maestría en salud pública con área de concentración en promoción para la salud
2008	Doctorado en salud pública
2008	Maestría en nutrición clínica (INSP/INPer)
2008	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en vacunología (INSP/Birmex)
2008	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en enfermedades transmitidas por vector (INSP-Tapachula)
2009	Doctorado en ciencias en nutrición poblacional
2009	Maestría en salud pública en enfermedades infecciosas
2010	Maestría en salud pública en bioestadística y sistemas de información
2011	Maestría en salud pública en enfermedades transmitidas por vector (INSP-Tapachula)
2011	Especialidad en promoción de la salud (Virtual)
2012	Maestría en ciencias de la salud con área de concentración en salud sexual y reproductiva
2012	Maestría en salud pública con área de concentración en envejecimiento (Tlalpan)
2013	Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en salud sexual y reproductiva
2013	Doctorado en ciencias en salud ambiental
2013	Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en investigación clínica
2013	Maestría en ciencias en epidemiología con énfasis en salud ambiental
2013	Maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud (Virtual)
2014	Especialidad en evaluación integral de programas y políticas de desarrollo social (Virtual)
2017	Doctorado en calidad de los sistemas de salud (Virtual)
Periodo 2020-2021. Dr. Eduardo C Lazcano Ponce	
2021	<p>Acreditación de especialidades médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Especialidad en calidad de la atención clínica (Instituto Mexicano del Seguro Social) Sede Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México ▶ Especialidad en epidemiología (Instituto Mexicano del Seguro Social) Sede Hospital General IMSS, Tapachula, Chiapas

Evolución de los programas académicos: modelos de enseñanza y gestión académica

El INSP inició un relevo generacional al inicio de la década de los noventa; renovó sus cuadros gerenciales, predominantemente en forma endogámica, con egresados de sus propios programas académicos y, en menor medida, con egresados de distintos posgrados del extranjero en diversas disciplinas de la salud pública. Treinta años después, en 2021, el Instituto cuenta con una plantilla de 214 investigadores acreditados por la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud mexicana; 71% de ellos (n=152) tiene el grado académico de doctorado; 25.7% (n=55), un grado académico de maestría; 0.9% (n=2), una especialidad médica, y 2.3% (n=5) tiene un nivel de licenciatura.

LA ESTRATEGIA PEDAGÓGICA TRADICIONAL

Durante la gestión del doctor Carlos Santos-Burgoa, la estructura organizacional de la ESPM compartió actividades de gestión escolar y las propias de los grupos de investigación en formación. Los primeros programas innovadores de carácter semi-presencial de la maestría en salud pública fueron implementados cuando la sede del INSP aún estaba en la colonia Plateros de la ciudad de México. Al momento de la conformación del Instituto, el referente de enseñanza empleado en la ESPM era el de un modelo educativo pedagógico tradicional, donde el alumno se constituía en un receptor pasivo de la información y el profesor –experto en la materia– era el centro del aula. Esta estrategia predominó por muchas décadas por su fácil aplicación y por la posibilidad de estandarizar los conocimientos en un elevado número de estudiantes.

INCREMENTO PROGRESIVO DE LOS PROGRAMAS DE POSGRADO EN CIENCIAS

La estrategia de desarrollar un programa académico conjunto entre la UNAM y el INSP finalizó abruptamente en 1993, y este hecho condicionó al Instituto a adoptar su propia identidad académica y dar inicio a un incremento exponencial de sus programas académicos en ciencias, en colaboración con agencias internacionales y mediante programas interinstitucionales colaborativos; esto es, en ese periodo se iniciaron los programas de doctorado en ciencias en salud pública, se crearon nuevas áreas de concentración de la maestría en ciencias, como la de salud reproductiva, que originalmente contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud; asimismo, se implementaron programas de higiene ocupacional y de economía de la salud.

**LA ESTRATEGIA
PEDAGÓGICA
FORMATIVO-
CONDUCTISTA**

A partir de 1995, y bajo la conducción del doctor Jaime Sepúlveda, entonces director general del INSP, la ESPM se transformó desde su estructura administrativa, para permear transversalmente a cada uno de los centros de investigación. Éste fue un proceso de integración institucional, a partir del cual desapareció la denominación de Escuela de Salud Pública de México y se creó la Secretaría Académica, que quedó a cargo del doctor José Luis Valdespino.⁴ La función de esta nueva área consistió en incorporar un mecanismo de administración escolar y garantizar la calidad de los programas académicos del Instituto. En un periodo de ocho años, se incorporaron al INSP el Centro de Investigación de Paludismo (posteriormente, Centro Regional de Investigación en Salud Pública) –dentro de la nueva sede institucional en Tapachula, Chiapas– y el Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud (posteriormente, Centro de Información para Decisiones en Salud Pública), y se crearon el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) y el Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS); asimismo, se abrió la sede de la Ciudad de México. Todo lo anterior contribuyó a ampliar y diversificar la oferta educativa del Instituto.

En 1997 el INSP se integró a la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, de México, con el objetivo de promover en forma continua el mejoramiento integral de sus programas académicos.

Hacia los 100 años de la ESPM

En el marco de la celebración del centenario de la Escuela, el Instituto Nacional de Salud Pública recuperó, **a partir de 2021**, la denominación:

Escuela de Salud Pública de México

para acoger todas las actividades y proyectos institucionales relacionados con la formación de recursos humanos en el área de la salud. Ello es motivo de beneplácito por las siguientes razones:

- Porque fortalece su tradición docente y liderazgo académico.
- Porque nos brinda una enorme ventaja competitiva.
- Porque nos identifica por nuestra capacidad de innovación y creatividad.
- Porque ofrecemos a nuestros estudiantes la mejor opción de posgrado en salud pública.
- Porque somos la mayor masa crítica de expertos en salud pública en la región de Latinoamérica.
- Porque nos comprometemos a reestructurar y mejorar nuestros programas académicos.
- Porque somos MiESPM (<https://www.espm.mx>)

Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología, 1996-2021

El Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología (PASPE), conocido como Curso de Verano, surge en 1996 como iniciativa conjunta del Centro de Investigación en Salud Poblacional, del Instituto Nacional de Salud Pública, y la Escuela Bloomberg de Salud Pública, de la Universidad Johns Hopkins, para dar respuesta a la necesidad de entrenar a los profesionales de la salud en la región latinoamericana. El PASPE se concibió para que participaran los profesores de habla hispana, bajo tres premisas fundamentales:

- ▶ Impulsar una oferta académica de actualización en salud pública y epidemiología, para el mercado latinoamericano.
- ▶ Satisfacer de manera permanente la necesidad de la profesionalización en salud pública, con un diseño instruccional presencial.
- ▶ Garantizar la obtención de competencias metodológicas para investigación en salud.

Durante 25 años se diversificó la oferta académica. Así se impartieron 880 cursos orientados principalmente al desarrollo de competencias en el uso de las herramientas metodológicas propias de la epidemiología; y en lo que respecta a las áreas temáticas, se crearon e implementaron talleres y diplomados sobre aspectos prioritarios de la salud pública, como: control y prevención del tabaquismo, VIH y sida, salud ambiental, salud global, diabetes mellitus, calidad de la atención, medicina genómica, prevención y control del cáncer, y muchos más.

El PASPE también ha sido una estrategia de vinculación con instituciones e investigadores, sobre la base de intereses académicos afines. De hecho, existen profesores de escuelas nacionales e internacionales que han identificado nuevas competencias y estrategias educativas para incorporarlas en su ámbito de influencia y contribuir así a mejorar la calidad de sus programas de salud pública. En el entorno latinoamericano, el PASPE se constituye hoy en una oferta de bajo costo que asegura la accesibilidad a programas de educación continua, para la fuerza de trabajo inserta en el campo de la salud pública. Además de lo anterior, el PASPE reúne las siguientes características:

- ▶ Alianzas académicas para el desarrollo de talleres y diplomados conjuntos, en temas de alta relevancia relacionados con la salud pública.
- ▶ Quince años de autosuficiencia presupuestal, por lo que no representa una carga financiera para el INSP.
- ▶ En Latinoamérica, constituye la opción más viable y atractiva de actualización en salud pública.
- ▶ Es una fuente de identificación de talentos y de reorientación de las aspiraciones respecto a la formación de posgrado en un área fascinante como es la salud pública.
- ▶ Es la principal alternativa de créditos optativos del INSP y otras instituciones académicas de posgrado.

El PASPE en números

Número de estudiantes, según su procedencia. PASPE, 1996-2021

Estudiantes INSP	9 865
Investigadores INSP	1 536
México*	5 143
Extranjeros	1 887
Total	18 431

*Externos al INSP

Número de profesores por región de procedencia. PASPE, 1996-2021*

México	1 260**
INSP	1 799
América Latina y el Caribe	108
Estados Unidos de América y Canadá	456
Europa y otros países:	92
Total	3 715

* 2020 y 2021, modalidad virtual

** No incluyen a docentes del INSP

Apoyo financiero externo internacional, 1996-2021

- ▶ Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health Institute for Global Tobacco Control (21 años)
- ▶ Mount Sinai. International Training Program in Environmental and Occupational Health-Fogarty (15 años)
- ▶ UCLA-Fogarty International Training Program (10 años)
- ▶ The University of North Carolina at Chapel Hill. Carolina Population Center. Measure Evaluation (7 años)
- ▶ Emory University School of Public Health-Emory AIDS International Training and Research Program (5 años)

Los nuevos retos

Actualmente existen diversas opciones de educación virtual que permiten cursar un programa sin necesidad de agregar tiempo a las actividades cotidianas. Por esta razón se debe considerar, en un futuro inmediato, la posibilidad de modificar la estrategia de diseño instruccional implementada de forma tradicional en el PASPE. Sin embargo, es reiterado el comentario de los estudiantes en el sentido de que la modalidad de curso presencial, como la que se emplea en el PASPE, es la única opción que muchos de ellos tienen para interactuar cara a cara con alguno de los principales exponentes de la salud pública. Los retos y la nueva etapa a la que debe dirigirse el PASPE son:

- ▶ Transición hacia un nuevo modelo educativo de profesionalización operativa.
- ▶ Actualización en función de las exigencias operativas y nuevas necesidades de salud, y de la atención primaria nacional y latinoamericana.
- ▶ Incursión en la educación abierta masiva en forma virtual, en el contexto regional, con el sello INSP.

A partir del nuevo impulso reformador de la docencia y la investigación en el Instituto, se transitó rápidamente a un modelo educativo con perspectiva conductista, donde la función del maestro se enfocó en verificar el cumplimiento de los objetivos planteados para los programas de posgrado. Las directrices instruccionales colocaron a los profesores en el papel de evaluadores, controladores de calidad y administradores del conocimiento y la enseñanza, así como de promotores del aprendizaje en la práctica. Esto es, en esa transición educativa, los procesos de evaluación individual fueron parte esencial de la enseñanza inductiva.

CREACIÓN DE LOS COLEGIOS DE PROFESORES

Ante el crecimiento del número de investigadores dentro de la institución, y frente a la heterogeneidad de sus perfiles académicos, se crearon los colegios de profesores, de los cuales se desprendieron algunos capítulos, según las necesidades pedagógicas y docentes de cada momento. Estos cuerpos colegiados son órganos académicos constituidos por investigadores, agrupados en función de intereses académicos afines; su función específica fue, en primera instancia, promover el buen funcionamiento de los programas de posgrado, y posteriormente su actividad fue regulada mediante la creación de reglamentos, normas y disposiciones de aplicación general.

Ausencia de estrategias para promover y fortalecer la figura de profesor-investigador

La organización académica por colegios de profesores permitió, durante muchos años, la autorregulación de la práctica docente en el INSP, aunque —es preciso reconocerlo— ello ocurrió de manera independiente y paralela a las actividades de investigación. Esto es, no hubo una estrategia para generar la figura de profesor-investigador, y este hecho incluso fue —y sigue siendo— promovido a partir del Reglamento para el Ingreso, la Promoción y la Permanencia al Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud y el Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que han privilegiado, de forma casi exclusiva, indicadores de productividad científica en detrimento de las actividades de docencia. Por estas consideraciones, los colegios de profesores nacieron y se perpetuaron con el sello de la desvinculación entre la práctica de la docencia y la investigación.

Cuadro 3.

Órganos colegiados del Instituto Nacional de Salud Pública, 2021**Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE)**

- ▶ Colegio de Economía de la Salud
- ▶ Colegio de Calidad de los Sistemas de Salud
- ▶ Colegio de Bioestadística y Procesamiento de Datos
- ▶ Capítulo Intercolegiado de Monitoreo y Evaluación
- ▶ Capítulo de Doctores en Calidad de los Sistemas de Salud

Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS)

- ▶ Colegio de Nutrición y Salud
- ▶ Capítulo de Doctores en Nutrición y Salud

Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI)

- ▶ Colegio de Enfermedades Infecciosas
- ▶ Capítulo de Doctores en Enfermedades Infecciosas

Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP)

- ▶ Colegio de Salud Reproductiva
- ▶ Colegio de Salud Ambiental
- ▶ Colegio de Epidemiología
- ▶ Capítulo Intercolegiado de Doctores en Salud Pública
- ▶ Capítulo de Profesores de la Residencia en Medicina Preventiva
- ▶ Capítulo de Doctores en Salud Ambiental
- ▶ Capítulo de Doctores en Epidemiología

Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS)

- ▶ Colegio de Ciencias Sociales y Salud
- ▶ Colegio de Sistemas, Políticas y Servicios de Salud
- ▶ Colegio de Educación y Salud
- ▶ Capítulo de Doctores en Sistemas de Salud

Centro Regional de Investigación en Salud Pública (CRISP)

- ▶ Capítulo de Profesores de Enfermedades Transmitidas por Vector

Cátedra Miguel E. Bustamante del INSP

Es la máxima distinción que otorga el INSP a un profesor interno de la comunidad académica. El Dr. Bustamante fue el primer mexicano que obtuvo un doctorado en salud pública. Fundó, organizó y dirigió los Servicios Coordinados de Salubridad en 1929-1935. Fue secretario general de la Oficina Sanitaria Panamericana (1947-1956). Creó el Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México. En dos ocasiones fue presidente del Consejo Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A continuación se listan los profesores del INSP que han sido reconocidos con esta distinción:

Año	Profesores reconocidos
1997	Luis Rivera Ramírez
1998	Ma. de la Luz Kageyama Escobar
1999	Eduardo César Lazcano Ponce
2000	Luis Durán Arenas
2001	Lizbeth Teresita López Carrillo
2005	Bernardo Hernández Prado
2006	Celso Ramos García
2007	Isabel Hernández Tezoquipa
2008	María de la Luz Arenas Monreal
2012	Albino Barraza Villarreal
2013	Hortensia Reyes Morales (compartido) Jesús Silva Sánchez (compartido)
2014	Sandra Guadalupe Treviño Siller
2015	Ana Isabel Burguete García (compartido) Horacio Riojas Rodríguez (compartido)
2016	Blanca Estela Pelcastre Villafuerte
2017	Edith Elizabeth Ferreira Guerrero (compartido)
2018	Emanuel Orozco Núñez
2019	Marlene Cortez Lugo
2020	Luisa Elvira Torres Sánchez
2021	Paulina Farías Serra

La máxima distinción académica del INSP: Doctorado *Honoris Causa*

El grado de doctor *honoris causa* es la máxima distinción que el INSP concede a los investigadores y profesores, mexicanos o extranjeros, que hayan sobresalido por sus logros excepcionales en el campo de la salud pública, o a quienes hayan contribuido de manera extraordinaria a lograr mejores condiciones de vida o de bienestar en la humanidad. Han sido honrados con esta distinción:

2000. Dra. Gro Harlem Brundtland

Desarrolló el concepto de sostenibilidad y estableció que la violencia era uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito poblacional.

Fue directora general de la Organización Mundial de la Salud de 1998 a 2003.

2007. Dr. Guillermo Soberón Acevedo

Fue el fundador del Instituto Nacional de Salud Pública y, adicionalmente a sus actividades de funcionario público, tuvo un enorme compromiso científico y académico con la salud de la población.

2012. Dr. Jesús Kumate Rodríguez

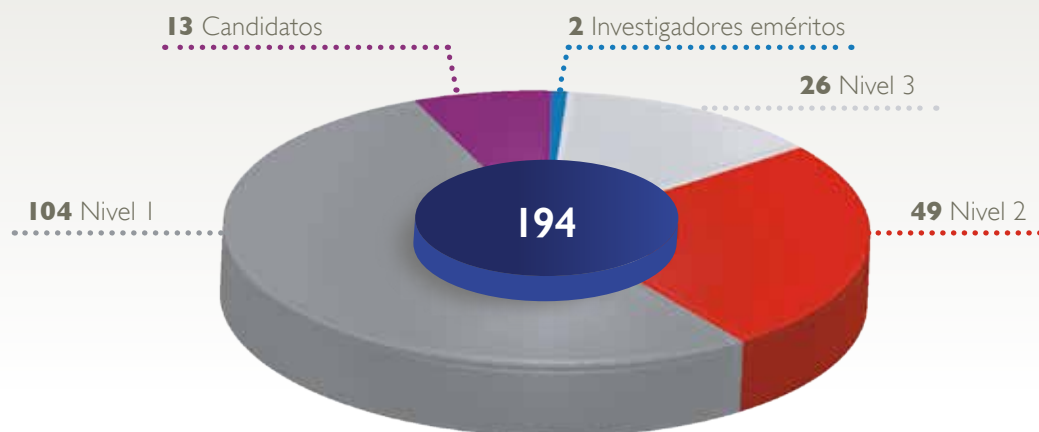
Tuvo una enorme influencia para que en México se contara con un sistema nacional de vacunación de amplia cobertura.

2017. Dr. Jonathan Michael Samet

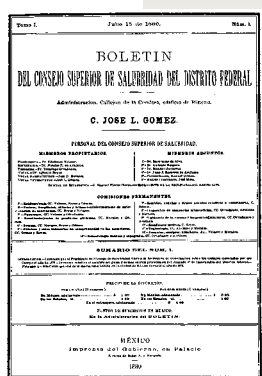
Contribuyó a litigar contra la industria tabacalera y sus grupos afines. Es uno de los científicos más reconocidos en el campo del combate al tabaquismo a escala global.

El Dr. Samet es el único profesor que ha participado en las 25 ediciones del Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología.

Número de académicos del INSP pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México, 2021



La revista Salud Pública de México



Esta revista científica tiene su antecedente más antiguo en 1880, en el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal*. Dicho órgano inicia un continuo de publicaciones informativas oficiales sobre la salud mexicana que puede seguirse hasta 1949, año en el que se deja de editar *Salubridad y Asistencia*.

Es hasta 1959 cuando la Secretaría del ramo retoma la publicación de su órgano oficial bajo el nombre de *Salud Pública de México* (SPM), que nació como una revista de referencia para la actualización de los profesionales en salud pública, con características también de boletín de vigilancia epidemiológica y órgano informativo sobre las actividades de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con el tiempo, SPM fue dejando a un lado las funciones de difusión para el sector, para evolucionar como una publicación científica. En 1985 su manejo se transfirió a la Escuela de Salud Pública de México, y en 1987, con la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la conducción de SPM fue asumida por la recién fundada institución, con lo que incorporó una serie de cambios que abonarían a un perfil decididamente académico, con criterios editoriales más rigurosos y una mayor proporción de investigaciones originales, así como con revisiones sistemáticas sobre las disciplinas de las que se nutre la salud pública. Se adoptaron también normas editoriales bajo estándares internacionales, como los *Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a las revistas biomédicas*, a partir de lo cual trabajó sus primeras *Normas para la publicación de manuscritos*. El aumento en la tasa de rechazo a los trabajos sometidos y la composición cada vez más plural e internacional del Comité Editorial consolidaron el compromiso académico y científico asumido por SPM en esos años.

Hoy en día, con casi 65 años de vida y un factor de impacto de 2.01, SPM es una revista internacional comprometida con los preceptos del acceso abierto, que contribuye de manera importante a la difusión del conocimiento derivado de la investigación y al debate contemporáneo de la salud pública. Ha sido también referencia indispensable en la evolución de la práctica de la salud pública en México, como es el caso con la reforma del sistema de salud, en la que ha participado, tanto con la generación de evidencia para el diseño de políticas, como en el monitoreo y evaluación de dicha transformación.

Inserta de lleno en la discusión sobre la transición epidemiológica en el ámbito mundial, y en sus a veces complejas particularidades locales, *Salud Pública de México* es en la actualidad una de las fuentes documentales más sólidas para las decisiones que, con base en la evidencia científica, buscan mejorar las condiciones de salud de las poblaciones.



Arriba: primer número del *Boletín del Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal*, julio de 1880; abajo: portada del número especial de *Salud Pública de México* "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19", diciembre de 2021.

Los supuestos para la creación de los colegios de profesores dieron la pauta para que, en las sesiones de estos órganos colegiados, los profesores, junto con sus pares académicos, participaran –tanto en igualdad de condiciones como de manera libre y respetuosa– en la exposición de argumentos para sustentar sus opiniones y la toma de decisiones dentro del ámbito de competencia de cada colegio académico. Para el año 2021 existían ya 11 colegios de profesores y 10 capítulos (6 de doctores, 2 de profesores y 2 intercolegiados) (cuadro 3).

A mediados de los noventa, los profesores del INSP crearon su propia definición sobre el significado del aprendizaje, en la cual predominaba el empleo de materiales de instrucción. Se ponía énfasis en la práctica bajo la premisa de que los estudiantes “aprendían haciendo”. La repetición y la frecuencia de dicha práctica fue un factor importante para la retención de aprendizajes técnicos y prácticos.

**LA IDENTIDAD
ACADÉMICA:
ENTRE LA
ORIENTACIÓN
PRÁCTICA Y LA
GENERACIÓN DE
CONOCIMIENTO**

La orientación de los programas académicos se mantuvo claramente diferenciada en dos esquemas curriculares: los profesionalizantes, por un lado, y los enfocados en ciencias, por el otro. Por razones pragmáticas, este hecho fue cobrando relevancia a lo largo del tiempo, no sólo por la separación instruccional de estos dos esquemas, sino en relación con el perfil profesional de los egresados y la identidad propia de los programas académicos. Esto es, los nombrados posgrados profesionalizantes, previo a la creación del INSP, en realidad consistían en la impartición de cursos técnicos dirigidos a profesionales de la salud como enfermeras, técnicos de laboratorio y trabajadores comunitarios. Lo anterior contribuyó a que, con el tiempo, los programas de la maestría en salud pública fueran identificados erróneamente bajo el supuesto de que su principal objetivo era la capacitación para el trabajo.

Desvinculación académica con la práctica de la salud pública

El hecho de que la mayor parte de los investigadores del INSP tuvieran una orientación profesional de maestría o doctorado en ciencias contribuyó en gran medida a generar e impulsar programas académicos dirigidos a la formación de investigadores en salud pública.

Inicialmente, a los estudiantes de programas de posgrado en ciencias se les impulsaba a realizar sus trabajos de tesis con protocolos originales de investigación y a la búsqueda propia de financiamiento; en este periodo no se promovían trabajos de tesis derivados de fuentes secundarias de información ni de estudios con diseños transversales. Durante la gestión del doctor José Luis Valdespino, se implementaron así 20 programas académicos con diversas perspectivas, particularmente áreas de concentración para la maestría en salud pública.



**EL MODELO
PEDAGÓGICO
CONSTRUCTIVISTA
Y EL INICIO DE
UNA ETAPA DE
REESTRUCTURACIÓN
EDUCATIVA**

En 2005, dentro de la gestión del doctor Mauricio Hernández Ávila como director general del INSP, la doctora Laura Magaña Valladares fue nombrada secretaria académica del INSP, de tal modo que se constituyó como la primera mujer en dirigir los programas de enseñanza. Así, inició un proceso de reformulación del modelo educativo institucional. A este respecto se estableció la premisa de que el estudiante es el constructor de su propio aprendizaje, a partir de procesos cognitivos basados en la experiencia previa estudiantil y la ayuda de la enseñanza mediada por el docente. Esta perspectiva educativa, que tiene sus fundamentos teóricos en el constructivismo, fue incorporada a los programas académicos; a partir de este enfoque, se estableció una interacción y un intercambio de conocimientos entre los docentes y los alumnos, de tal forma que fue posible potencializar la interrelación educativa y, en consecuencia, la obtención de un aprendizaje significativo.

Acreditaciones de los programas académicos

Entre 2006 y 2010, durante el periodo administrativo del doctor Mario Henry Rodríguez como director general del INSP y de la doctora Laura Magaña como Secretaria Académica, se logró la incorporación gradual de todos los programas académicos del Instituto al padrón de excelencia del CONACYT, y en 2006 se obtuvo, por primera vez, la acreditación de dichos programas por parte de la agencia estadounidense denominada Consejo de Educación para la Salud Pública (CEPH, por sus siglas en inglés); así, el INSP se convirtió en la primera institución fuera de los Estados Unidos de América en lograr esta certificación. En el mismo sentido, en 2008 se logró la acreditación de la Red de Instituciones Europeas de Educación Superior en Salud Internacional (TROPED), y en 2010, la incorporación a la Asociación de Escuelas de Salud Pública en la Región Europea (ASPHER, por sus siglas en inglés). De esta forma se alcanzó no sólo el reconocimiento internacional del programa docente del INSP, sino la posibilidad del intercambio académico, tan importante para un mundo cada vez más globalizado.

Implementación de un modelo educativo por competencias

A lo largo del periodo mencionado, las acreditaciones nacionales e internacionales se basaron en un modelo de aprendizaje que priorizó las competencias a ser adquiridas por los alumnos, por encima del tiempo que éstos pasaban en clase. Esto es, los estudiantes eran evaluados según el dominio que tenían sobre las habilidades y/o según los resultados de aprendizaje que obtenían. A este respecto, para que el modelo de competencias funcionara

de manera óptima, fue necesario diseñar experiencias de aprendizaje para los alumnos, vinculadas con el entorno o la realidad; por ese motivo, durante dicho periodo se identificó la necesidad de ganar una mayor claridad sobre los perfiles de egreso, así como de ofrecer un entrenamiento continuo a los profesores, para que interiorizaran los principales campos de las competencias: el saber, el saber ser y el saber hacer. La discusión interna sobre las competencias transversales que debían adquirir los estudiantes se convirtió en un común denominador dentro la comunidad académica, y se hizo habitual la discusión y la caracterización programática de perfiles académicos heterogéneos, con diversas perspectivas y habilidades de orden transversal, como las siguientes:

- ▶ Capacidad de abstracción, análisis y síntesis.
- ▶ Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- ▶ Capacidad para organizar y planificar el tiempo.
- ▶ Habilidad en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- ▶ Capacidad de utilizar el método científico.
- ▶ Capacidad de aprender y actualizarse permanentemente.
- ▶ Capacidad de actuar en nuevas situaciones.
- ▶ Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas.
- ▶ Capacidad para tomar decisiones.
- ▶ Compromiso con la preservación del medio ambiente, con la ética y con la calidad.
- ▶ Habilidad para trabajar en forma grupal y autónoma.

El alumno como constructor de su propio aprendizaje

El aprendizaje basado en problemas es un método centrado en el estudiante, y mediante la resolución de dichos problemas es posible el aprendizaje activo en un contexto de equipo, y de trabajo colaborativo y autogestionado. No obstante, desde que comenzó a aplicarse el modelo en el INSP, el principal desafío fue la incorporación de estrategias eficaces para que el estudiante construyera su propio conocimiento, con base en el mismo proceso de reflexión que debía utilizar en su quehacer profesional. Lo anterior derivó en la necesidad de implementar intervenciones educativas para promover que los profesores actuaran como orientadores-facilitadores, a fin de que los estudiantes adquirieran autonomía y responsabilidad en su proceso de aprendizaje. Es decir, de acuerdo con este modelo educativo, la principal premisa es que el estudiante debe asumir dicha responsabilidad, y ello le debe permitir desarrollar competencias de análisis y síntesis, habilidades comunicativas y habilidades de trabajo en grupo. Hasta la fecha, en el Instituto no se han creado ni se dispone de bancos de información de estudios de caso, aun cuando constituyen un insumo fundamental de este modelo educativo.



Foto: INSP



Foto: INSP

Contenidos programáticos enfocados en las áreas de concentración de los currículos de estudio

Al finalizar la administración de la doctora Magaña, había un total de 31 programas académicos; la mayoría de ellos eran resultado de un proceso de actualización y otros eran de nueva creación. El INSP integró la modalidad ejecutiva en la sede de Tlalpan los fines de semana y, a partir de 2006, la modalidad virtual de la maestría en salud pública, que ha permitido la capacitación a distancia de los cuadros profesionales que trabajan en los servicios estatales de salud e instituciones académicas. No obstante, y aunado a lo anterior, las áreas de concentración se diversificaron y fortalecieron en detrimento de los fundamentos teóricos y prácticos de las áreas sustantivas de la salud pública. Y, si bien los programas académicos tuvieron un incremento exponencial durante este periodo, la mayor parte de ellos fueron implementados de acuerdo con las áreas de conocimiento, experiencia y pericia de los profesores. Esto es, debemos reconocer que se generó una muy baja masa crítica de egresados de los programas correspondientes a la maestría en salud pública, lo cual se vio reflejado en todos los programas académicos que se ofrecen en la Escuela.

La Secretaría Académica como área de gestión escolar

Entre 2017 y 2019 la doctora María Eugenia Ocampo Granados estuvo a cargo de la Secretaría Académica, desde donde sentó las bases para la reorganización estructural de esta área, y para el fortalecimiento de puntos estratégicos en el seguimiento, la evaluación y el apoyo de los programas académicos de posgrado. Lo anterior dio la pauta para la generación de nuevas funciones y la consolidación de procedimientos administrativos en todas las áreas, con la finalidad de dar claridad y transparencia a los procesos de calidad, gestión y extensión. En este periodo se establecieron los fundamentos para redefinir los procesos de evaluación docente y se impulsaron acciones de actualización pedagógica para la reestructuración de las unidades didácticas.

**AMBIENTES DE
APRENDIZAJE A
DISTANCIA EN
EL CONTEXTO
DE LA
PANDEMIA POR
COVID-19**

Posterior a asumir mi responsabilidad como Secretario Académico durante la gestión del doctor Juan Rivera Dommarco como director general del INSP, en el año 2020 la emergencia epidemiológica por Covid-19 nos puso a prueba como especie humana y como sociedad, y desde el punto de vista institucional, tuvimos que desarrollar nuestras capacidades de resiliencia y adaptación. La decisión temprana de implementar una estrategia de clases a distancia nos permitió salvaguardar a la comunidad estudiantil, al cuerpo académico y a los miembros del Instituto, así como a sus familias. La mayor parte de la planta docente tuvo que incursionar en una modalidad que hasta hacía poco le era ajena, y se tuvieron que idear métodos pedagógicos creativos y funcionales. En primera instancia, se estableció una nueva estrategia de trabajo y se sustituyó el entorno tradicional de aprendizaje presencial en las aulas por otro asistido por la tecnología, lo cual impactó las formas de comunicación. La creación de un nuevo vínculo interactivo fue necesaria para mantener el orden y la comunicación que se requiere en estos ambientes de aprendizaje a distancia. A este respecto fue muy útil el diplomado sobre “Habilidades pedagógicas en las prácticas de desempeño docente virtuales y presenciales” que se llevó a cabo en el INSP, gracias al cual se actualizó a 225 profesores y miembros de la institución. Ante la pandemia por Covid-19 nos preparamos rápidamente, pero también tuvimos que desaprender y aprender sobre distintos aspectos de la educación a distancia, para enfrentar situaciones inéditas en un entorno de emergencia epidemiológica. A la par, debimos organizar, distribuir y delimitar los ambientes de aprendizaje, gracias a lo cual, a lo largo de más de dos años, se brindaron 150 unidades didácticas en línea. Se creó un campus virtual donde se establecieron nuevos cargos, funciones y tareas. Debemos reconocer que las unidades de apoyo dentro del INSP facilitaron el desarrollo de este proceso en el ámbito remoto. De igual forma, debemos fortalecer esta estrategia que llegó para quedarse, con el fin de asegurar que el estudiante se adapte al nuevo ambiente, se sitúe al centro del aula y aprenda a gestionar su propio aprendizaje, así como promover en forma conjunta su autonomía. Dedicar más tiempo a las actividades introductorias, planificar clases breves y mejorar la conectividad virtual son algunas de las acciones a implementar a partir de las muchas lecciones aprendidas durante los últimos dos años.

Aun en medio de muchas adversidades estructurales y organizacionales, se inició un proceso de acreditación de especialidades médicas, con instituciones de salud externas, particularmente con el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual nos permitirá tener una mayor influencia externa, incorporar la perspectiva de la salud pública en las especialidades médicas y en la educación de pregrado, y exportar el modelo educativo por competencias del INSP.



Foto: INSP



Foto: INSP

REESTRUCTURACIÓN DE LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS

En su proceso de evolución, la Escuela de Salud Pública de México, dentro del marco de su centenario, tiene el compromiso de continuar fortaleciendo su perspectiva a futuro mediante una reestructuración de sus programas académicos; a este respecto, la inculcación de valores debe ser una tarea permanente en un contexto de diversidad y pluralismo.

Inculcación de valores: una prioridad impostergable

Resulta imprescindible proteger y acentuar, en el ámbito institucional, valores sociales como la solidaridad, la equidad y la no discriminación, al igual que ofrecer perspectivas críticas que refuercen las visiones humanistas tanto en el cuerpo de profesores como entre los estudiantes.

Currículo unificado integral basado en la salud pública

Los programas académicos deben reformarse para implementar un currículo unificado integral con un enfoque inter y multidisciplinario, propio de la salud pública, en donde se integren las áreas de concentración. Lo anterior dará la pauta para incorporar de manera óptima competencias y habilidades profesionales, de tal forma que se logre una formación gradual e integral en el área de la salud pública; ello implicará construir, de manera permanente, programas académicos en función de las necesidades de salud de la población en el ámbito nacional y la región latinoamericana. Un aspecto fundamental es garantizar la secuencia y pertinencia de los contenidos curriculares, de tal modo que sea posible reconocer los créditos previamente obtenidos en los programas de maestría y sea fácil para los alumnos transitar hacia el doctorado.

Un nuevo modelo educativo flexible y de menor escolarización

Nuestra visión se orienta hacia un nuevo modelo educativo menos escolarizado, donde exista un vínculo permanente con las prácticas profesionales, la enseñanza tutorial y la interacción temprana con los grupos de investigación del Instituto. La principal meta debe ser una educación centrada en el aprendizaje. La integración continua de los docentes a programas de capacitación tiene el propósito de que estén en condiciones de diseñar y aplicar estrategias y métodos de enseñanza más activos, de manera que logren enseñar a los estudiantes a pensar y a reflexionar.

El nuevo modelo pedagógico también tiene que ver con la flexibilidad; es decir, se deben combinar modalidades educativas diversas, donde los estudiantes

logren amalgamar la construcción de aprendizajes mediante clases presenciales y no presenciales, y el uso de las redes sociales para foros de discusión. Muy importante resulta también hacer efectiva la enseñanza tutorial y la integración de los alumnos en grupos de investigación.

Gabinetes académicos de docencia e investigación (GADI)

En 2021 se inició el proceso de reglamentación administrativa para la creación de gabinetes académicos de docencia en cada centro de investigación del INSP; ello permitirá atender la necesidad de dar seguimiento, verificar y supervisar las actividades de docencia e investigación realizadas por los colegios de profesores y personal académico, en función de los planes de trabajo, y la disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura de cada centro. Esto es, la nueva estructura organizacional surgió ante la necesidad de una gobernanza efectiva para administrar los programas académicos, debido a una limitada participación gerencial y a insuficientes mecanismos de supervisión en cada centro de investigación. Los GADI implementarán mecanismos para el monitoreo y la evaluación de las decisiones tomadas por los colegios de profesores y personal académico.

El compromiso social como política del INSP

Finalmente, existe la necesidad de forjar la conciencia del deber profesional, no sólo en lo que respecta a mejorar la salud poblacional sino, muy importantemente, frente al compromiso social. No existe aplicación eficiente del conocimiento científico sin el entendimiento de la cultura; en este sentido, son muy poco útiles las herramientas metodológicas sin una perspectiva humanista.

Por las razones anteriormente expuestas, en el marco del centenario de la ESPM, si pretendemos que la institución prevalezca como líder en la educación de posgrado en salud pública, tanto en México como en la región latinoamericana, será necesario reestructurar los programas académicos, para ofrecer opciones de enseñanza fundamentadas en las áreas prioritarias de su campo de especialidad, tal como se describe en el siguiente capítulo.

Referencias

1. Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Salud Pública como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios. Diario Oficial de la Federación [internet]. México: 1987 ene 26 [citado oct 20, 2021]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4636332&fecha=26/01/1987
2. Olvera A. Las últimas cinco décadas del sistema educativo mexicano. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. 2013;43(3):73-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/270/27028898003.pdf>
3. Bobadilla JL, Lozano R, Bobadilla C. Diseño curricular de programas de posgrado en salud: el caso de la Maestría en Epidemiología. Salud Publica Mex. 1991;33:533-47. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5442>
4. Sepúlveda J. Editorial. Salud Publica Mex. 1995; 37(2):91-2.



La centenaria Escuela de Salud Pública de México:

e

EN EL FUTURO LA ESPM DEBE privilegiar un aprendizaje transformativo y sustentado en la innovación académica; asimismo, debe promover un modelo pedagógico constructivista integral, inter y transprofesional, con el predominio de un aprendizaje tutorial centrado en la práctica para la resolución de problemas. Por ello, entre otras acciones, es necesario implementar un sistema curricular unificado y coherente con las funciones esenciales de la salud pública y fortalecer el vínculo entre la enseñanza y los grupos de Investigación del INSP.



Foto: FCBV

Foto: AHS

diferenciación, tradición, liderazgo y reestructuración educativa



Eduardo C Lazcano Ponce¹

Página anterior: fachada principal del INSP Cuernavaca, recortada por detalle de la "Escalera cósmica", escultura de Sebastián.

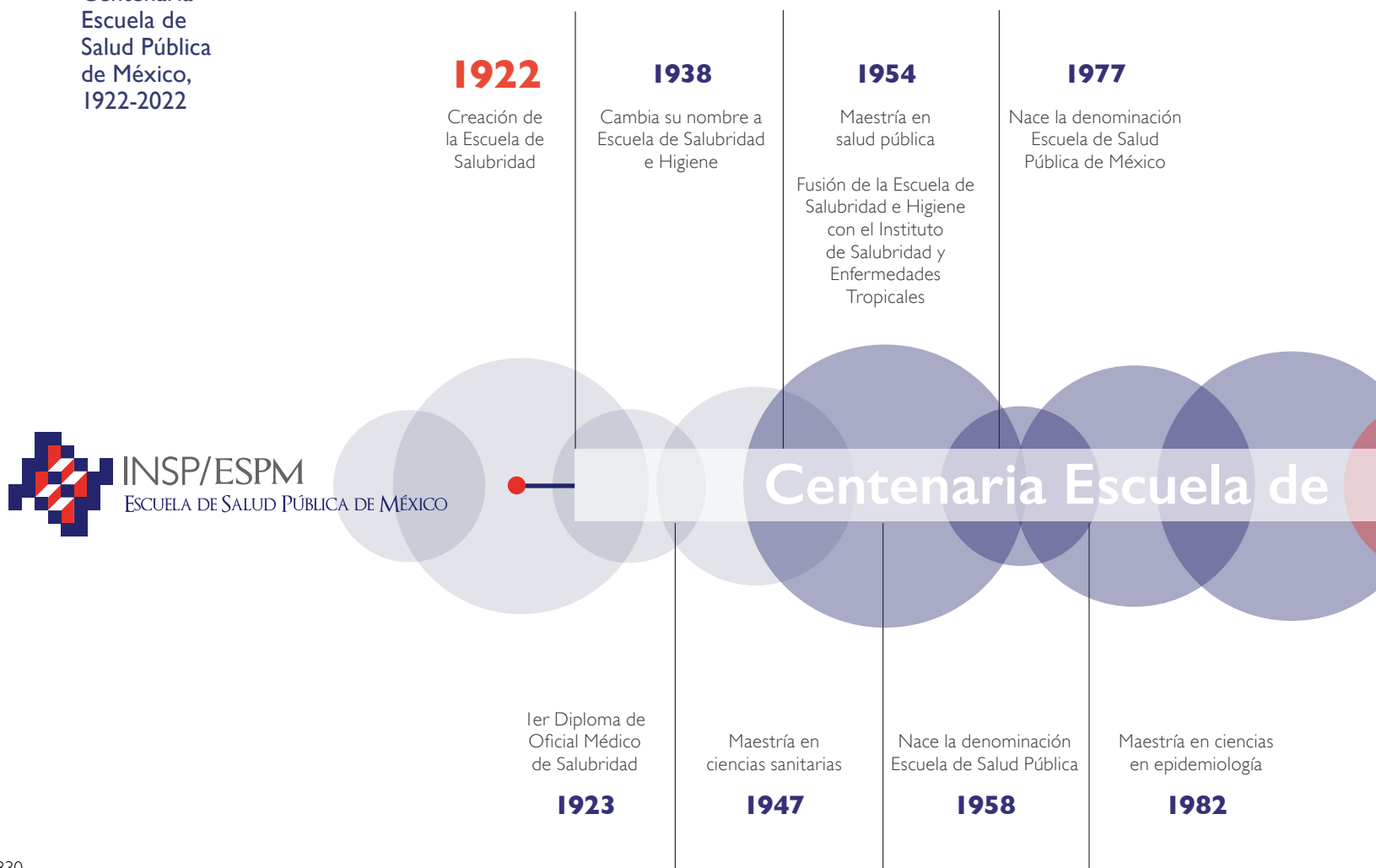
Arriba: egresados de la Escuela de Salubridad, años veinte, y adiestramiento de enfermeras, 1947.

(1) Director General del Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

La Escuela de Salud Pública de México (ESPM) fue fundada el 23 de marzo de 1922, fecha posterior a la creación de las primeras escuelas de salud pública en Estados Unidos de América (EUA), como la de Johns Hopkins en 1916, y aquéllas instituidas en Harvard, Yale y Columbia, entre otras. La Escuela de Salubridad, como se denominó inicialmente la ESPM, fue la primera de su tipo en América Latina y la quinta en el ámbito mundial, y así se encargó de brindar el primer título de salud pública en México como oficial médico de salubridad y el diploma de estudios superiores en higiene y salubridad pública. Varios años después de su nacimiento, la ESPM fue cofundadora, en 1987, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), que a la fecha continúa siendo el organismo que la alberga.

Figura 1.
 Centenaria
 Escuela de
 Salud Pública
 de México,
 1922-2022



En 2022 la ESPM celebra sus 100 años, después de un largo proceso en el que se ha ido colocando como una de las instituciones más reconocidas por la calidad de sus programas académicos para la formación de profesionales de la salud; por su parte, el INSP ha destacado por la relevancia de sus investigaciones para impulsar acciones y políticas de salud, sobre la base de un compromiso con prácticas de relevancia social y comunitaria (figura 1).

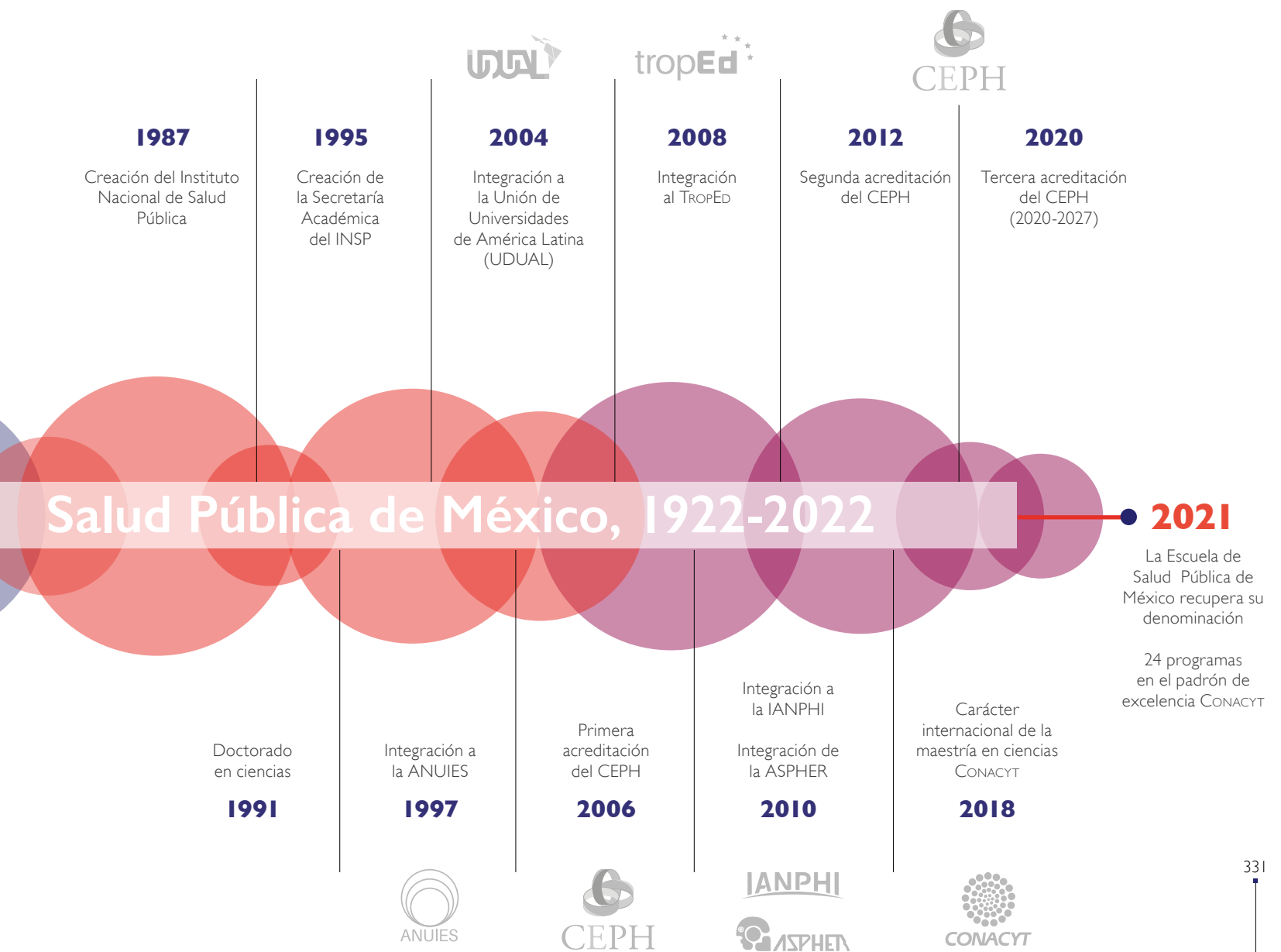




Foto: Luis Arias

La visión de futuro inmediato consiste en posicionar a la ESPM como una institución de vanguardia y excelencia académica, para enfrentar los retos de salud pública emergentes en México y en el escenario global. En la agenda 2030 de la Organización Mundial de la Salud se ha establecido la necesidad de invertir en la expansión y la transformación del personal en salud para propiciar el cambio, y en ese tenor, la ESPM debe influir en la formación y la inversión en capital humano para la gobernanza y la rectoría de los recursos humanos con énfasis en la salud pública. De hecho, recientemente se ha documentado un universo de 1 398 759 profesionales de la salud y áreas afines en México, donde existe una enorme ventana de oportunidad para fortalecer las competencias en salud pública.¹ Se trata de una consideración impostergable dado que, a lo largo de los 100 años de existencia de la ESPM, dentro de sus aulas han sido formados cerca de 18 000 expertos.

Actualmente, 24 programas académicos de la ESPM están incluidos en el padrón de excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México. Asimismo, el Consejo de Educación para la Salud Pública (CEPH, por sus siglas en inglés) de EUA acreditó por tercera ocasión al INSP (hasta julio de 2027), por cumplir con los estándares de calidad de sus programas académicos. Lo anterior valida a la ESPM, en la esfera internacional, como una institución que ofrece a sus estudiantes una educación completa en las cinco áreas básicas de la salud pública: epidemiología, bioestadística, salud ambiental, ciencias sociales y del comportamiento, y administración en servicios de salud (cuadro 1).

Al tiempo de la celebración por el centenario de la Escuela de Salud Pública de México, la implementación de una reforma de su modelo educativo se encuentra en desarrollo y constituye una prioridad institucional.

Cuadro I.

Programa Académico de la Escuela de Salud Pública de México, 2020-2022**Programa Académico 2020-2022****Especialidad médica y maestría en salud pública**

- Especialidad en medicina preventiva
- Maestría en salud pública con áreas de concentración en:
 - Tiempo completo**
 - Administración en salud
 - Bioestadística y sistemas de información en salud
 - Ciencias sociales y del comportamiento
 - Epidemiología
 - Nutrición
 - Salud ambiental
 - Ejecutiva**
 - Administración en salud
 - Envejecimiento
 - Epidemiología
- Maestría en nutrición clínica (INSP/INPer)
- Maestría en gestión de la calidad en los servicios de salud (virtual)
- Maestría en salud pública (virtual)

Programa de maestría en ciencias y doctorado

- Maestría en ciencias en:
 - Epidemiología
 - Sistemas y políticas de salud
 - Salud ambiental
 - Enfermedades infecciosas
 - Bioestadística
 - Economía de la salud
 - Enfermedades transmitidas por vector
 - Nutrición poblacional
- Doctorado en ciencias en:
 - Epidemiología
 - Sistemas de salud
 - Enfermedades infecciosas
- Doctorado en ciencias en nutrición poblacional
- Doctorado en ciencias en salud ambiental
- Doctorado en salud pública
- Doctorado en calidad de los sistemas de salud

La nueva visión de la educación en salud pública

La ESPM implementa actualmente un proceso de reforma y fortalecimiento académico, que considera principalmente tres ejes rectores:

1. Actualizar y adoptar un nuevo marco conceptual, ético e institucional en salud pública, para la enseñanza y la investigación.
2. Fortalecer y desarrollar un modelo pedagógico constructivista que privilegie la interacción entre el binomio docencia e investigación, entre el saber y el hacer en diversos contextos, y entre el objeto y el sujeto del conocimiento; se trata de consolidar un modelo que, asimismo, favorezca la generación de ambientes de aprendizaje donde los estudiantes estén en posibilidad de solucionar casos, problemas y situaciones retadoras, con miras a transformar la realidad en materia de salud.
3. Impulsar la vinculación de la ESPM con la Secretaría de Salud mexicana e instituciones de enseñanza superior en el ámbito local y el internacional. Ello permitirá ampliar la influencia de la Escuela en la esfera nacional y en la región iberoamericana. Por ese motivo es necesario otorgar grados académicos en salud pública desde el nivel de pregrado y en todas las disciplinas del conocimiento, y abrir varias sedes regionales del INSP asociadas a dicha Secretaría a lo largo de la república mexicana, orientadas principalmente al desarrollo de programas con fundamento en salud pública.

**HACIA UN MODELO
CONCEPTUAL QUE
INTEGRE LAS
PERSPECTIVAS
DE LA SALUD
POBLACIONAL Y
LA GLOBAL A LAS
PROPIAS DE LA
SALUD PÚBLICA**

de acuerdo con el punto de vista institucional, en la salud pública intervienen dos actores inseparables: por un lado, el esfuerzo organizado del Estado, cuya obligación es implementar políticas basadas en evidencia, y, por el otro, la sociedad civil, que demanda servicios de salud y se beneficia de ellos en el ámbito comunitario y poblacional. A lo largo del tiempo, en la ESPM se ha promovido conceptualmente que cada contribución de la salud pública constituye una práctica multidisciplinaria basada en la evidencia científica, para generar información, estrategias y acciones que protejan, fomenten y promuevan el bienestar de la población, en función de la salud positiva y la prevención de enfermedades. También se ha enfatizado, entre la comunidad estudiantil, la importancia de poner en práctica acciones de salud pública y establecer estrategias eficaces para vigilar, intervenir, restablecer y rehabilitar a diversos grupos de población que sufren de una amplia gama de eventos mórbidos, transmisibles y no transmisibles.

Actualmente es necesario construir un modelo conceptual más amplio de la salud pública, que integre la óptica de la salud poblacional; esta orientación involucra no sólo la responsabilidad de todos como comunidad, sino también la gestión para mejorar los resultados en salud focalizados en pacientes individuales y, consecuentemente, para maximizar la salud de la población. Lo anterior implica extender el enfoque más allá de los sistemas tradicionales para la prestación de la atención médica.²

Un nuevo eslabón de carácter estratégico en este modelo conceptual es la salud global, vista como un elemento de dimensión transnacional para promover la justicia y la equidad sostenible, con una visión de futuro.³ Durante muchos años, la ESPM ha formado a sus estudiantes con un modelo tradicional de salud pública. El aprendizaje obtenido durante la pandemia causada por el SARS-CoV-2 está relacionado con la necesidad de integrar las visiones conceptuales de salud poblacional y salud global⁴ a la propia de la salud pública. La ausencia de educación y entrenamiento en salud pública con un enfoque de salud global para enfrentar la pandemia por Covid-19, se ha reflejado en la falta de estrategias globales de vigilancia microbiológica, epidemiológica y ambiental para detectar oportunamente la aparición de nuevos agentes infecciosos y prevenir su propagación.

De igual manera, la perspectiva multidisciplinaria de la salud pública implica reconocer la existencia de sindemias –es decir, de epidemias concurrentes a la par de la pandemia por Covid-19– y, consecuentemente, identificar la manera en que los factores políticos y sociales conducen, perpetúan o empeoran la aparición y la agrupación de enfermedades diversas.

Asimismo, el colapso de los sistemas de salud para la atención de casos graves por Covid-19 reorienta la actual perspectiva hacia la necesidad de innovar las políticas públicas para fortalecer la atención primaria y el cuidado centrado en los pacientes. Finalmente, entre muchos otros temas de salud pública, es necesario incidir con mayor énfasis en la discusión social sobre el peso que debe darse al cumplimiento de los derechos fundamentales frente a la tarea esencial de preservar la vida. Por tal motivo, para la ESPM resulta impostergable discutir internamente la propia identidad conceptual y la posible contribución original al conocimiento en los ámbitos nacional, latinoamericano e internacional.

Un ejemplo integrador y transversal de las tres visiones conceptuales arriba mencionadas es la ciencia de implementación, que constituye un campo interdisciplinario urgente de promover, pues utiliza métodos, procesos, algoritmos y sistemas científicos para extraer valor de la información; y sin el concurso de esas tres perspectivas no sería posible aplicarla en forma óptima. Actualmente es necesario construir el campo de implementación de la práctica científica, desde donde se promueva el uso de la investigación y se aceleren los esfuerzos para cerrar la brecha entre esta última, la política y la práctica, de tal modo que sea posible mejorar los resultados en materia de salud poblacional.⁵

**INCULCACIÓN
DE VALORES Y
COMPROMISO
INSTITUCIONAL
CON EL
DESARROLLO
COMUNITARIO**

Si bien es cierto que los principios éticos hoy más influyentes en el campo de la salud pública fueron postulados a principios del siglo XXI,⁶ es imperativo actualizarlos para que se constituyan como un elemento fundamental en los contenidos curriculares de los programas académicos de la ESPM;⁷ lo anterior es particularmente necesario cuando la prioridad institucional es participar en acciones que promuevan el desarrollo comunitario.³ Los programas académicos de la Escuela deben infundir, entre los estudiantes, valores para la interacción y la alianza con la comunidad, y deben ser consecuentes con la misión del INSP en la búsqueda de equidad y justicia social. Por esta razón, la orientación de las prácticas profesionales debe considerar el compromiso con el desarrollo comunitario y los determinantes sociales de la salud, al igual que la perspectiva inter y transprofesional. Asimismo, las intervenciones en la comunidad deben ser culturalmente aceptables y conllevar estrategias de evaluación respecto a su efectividad. En todos los casos, la comunidad no sólo debe ser un aliado en las estrategias de intervención de campo, sino que debe obtener un beneficio sustantivo de ellas.⁸ Existe, en este punto, una ventana de oportunidad para la convergencia institucional con la Secretaría de Salud y organismos de desarrollo social.

Modelo pedagógico constructivista integral

En lo relativo a los principios y teorías pedagógicas que dan sentido al modelo educativo, la ESPM tiene entre sus principales sustentos el enfoque constructivista, basado en la teoría del conocimiento.⁹ En síntesis, se trata de un modelo que tiene sus raíces en la epistemología, y asume que el aprendizaje se construye con la participación del que aprende. Se argumenta que los procesos mentales superiores del individuo (pensamiento crítico, razonamiento lógico y análisis para la toma de decisiones, entre otros) se desarrollan con la participación activa de los estudiantes y dependen de los conocimientos previos que éstos tengan sobre el tema, actividad o tarea a resolver en un determinado marco sociocultural. Por lo anterior, en la formación de los profesionales de la salud, el modelo pedagógico promueve actividades y prácticas con intencionalidades claras, contextualizadas y graduales que propicien una actividad mental constructiva.

El modelo pedagógico ha incorporado también el enfoque de competencias vinculado al perfil de egreso, es decir, a los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que, de manera integral, debe desarrollar un profesional que egresa de sus estudios de posgrado. Las competencias están centradas en desarrollar procesos –cognitivos, procedimentales y de habilidades– para resolver problemas en situaciones reales.

El modelo pedagógico debe estar en constante revisión y renovarse de manera permanente para responder a las necesidades del contexto nacional e iberoamericano, y a las características y requerimientos de formación de los profesionales de la salud en los países en desarrollo.

En este escenario se presentarán a continuación algunas de las estrategias y acciones que orientan la visión futura para la ESPM, con base en su experiencia histórica y en la del INSP. Se abordarán las aportaciones valiosas que, en distintas etapas, han hecho los diversos órganos colegiados y los centros de investigación, a partir del contexto actual en materia de salud pública (cuadro 2).

Cuadro 2.
**Modelo pedagógico
 de la Escuela de Salud
 Pública de México**

Modelo pedagógico de la ESPM

Participación activa del estudiante en la construcción del conocimiento.

El aprendizaje implica un proceso constructivo interno, autoestructurante, subjetivo y personal. Por ello, especialmente en los estudios de posgrado, se requiere que los estudiantes, mediante actividades y proyectos claramente definidos, se involucren directamente en su proceso formativo.

El docente como mediador entre el conocimiento y el aprendizaje de los estudiantes.

La función principal del docente, desde el ámbito pedagógico, deberá orientarse a generar ambientes favorables para el aprendizaje, en los cuales los estudiantes puedan expresarse, se sientan respetados, escuchados y reconocidos. Mucho más que un cambio de técnicas, esta nueva visión exige un cambio de mentalidad.

Desarrollo de estrategias y situaciones de aprendizaje,

para favorecer entre los estudiantes la motivación, el aprendizaje significativo, el aprendizaje por descubrimiento y el desarrollo de capacidades y competencias. Es necesario destinar un tiempo y un espacio académico a estructurar experiencias interesantes, retadoras y significativas, de acuerdo con las necesidades y contextos.

Uso de la evaluación formativa en el proceso de aprendizaje,

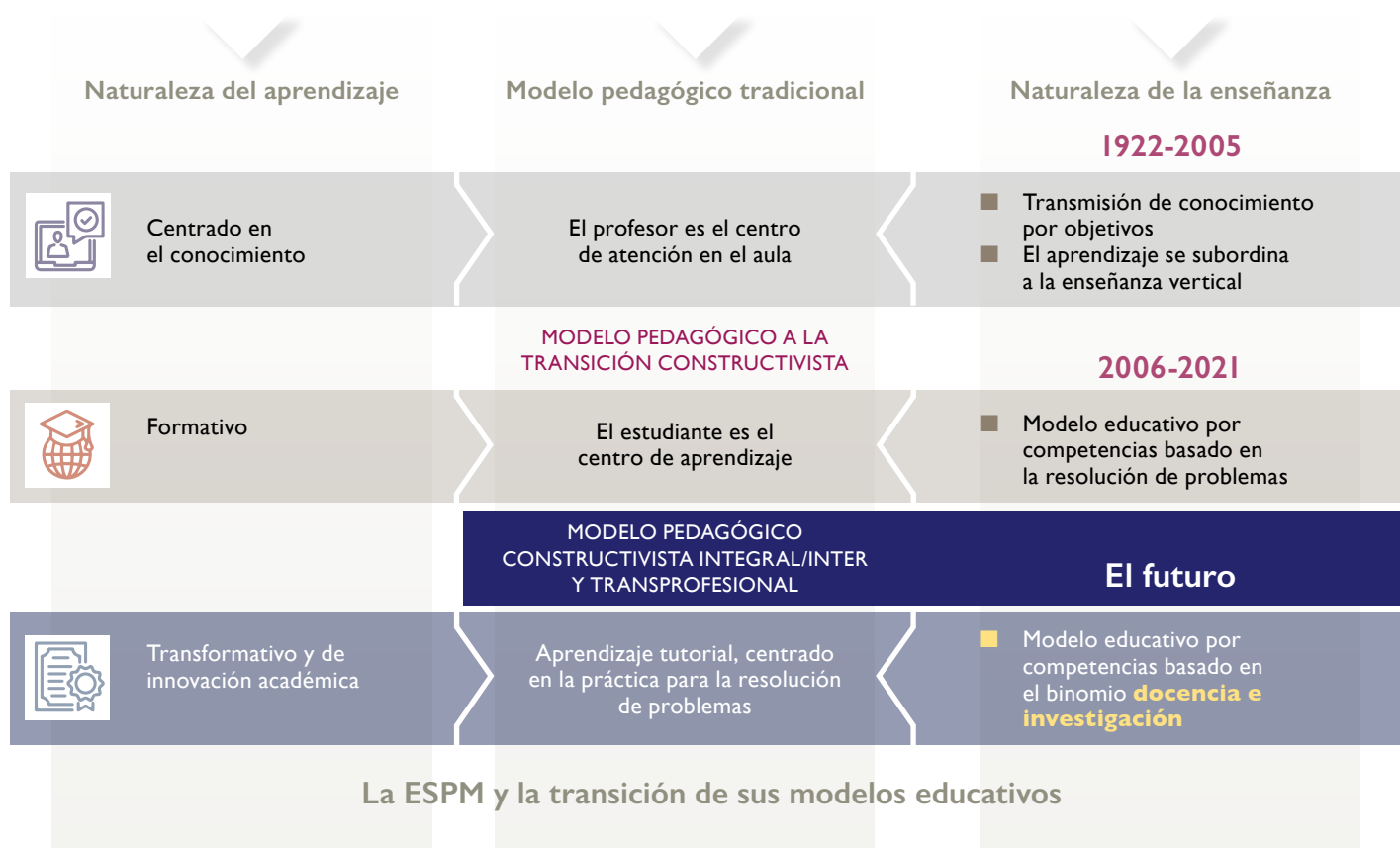
para definir lo que se sabe, marcar nuevas rutas o trayectorias de aprendizaje, y contar con cierres o conclusiones de una temática determinada; lo anterior contribuiría no sólo a reconocer lo que se ha aprendido, sino además a contar con una buena base de conocimiento o andamio para construir otros aprendizajes.

Visión futura de la ESPM

durante décadas, la naturaleza del aprendizaje en las escuelas tradicionales se mantuvo centrada en la simple transmisión del conocimiento, donde el profesor era el centro de atención en el aula (figura 2). En este modelo tradicional, el aprendizaje permaneció subordinado a una enseñanza vertical, y el conocimiento, al organizarse por disciplinas, se segmentó en diversas áreas, lo cual dificultó la interacción entre ellas.

Durante los últimos 10 años, el INSP se ha orientado hacia un modelo de formación donde el estudiante es el centro del aprendizaje, a partir de un enfoque por competencias. En el futuro la ESPM debe privilegiar un aprendizaje transformativo y sustentado en la innovación académica; asimismo, debe promover un modelo pedagógico constructivista integral, inter y transprofesional, con el predominio de un aprendizaje tutorial centrado en la práctica para la resolución de problemas.

Figura 2.
La ESPM y la transición de sus modelos educativos



En la visión de futuro, la docencia y la investigación deben integrar un binomio indisoluble; por ese motivo, la ESPM deberá diseñar y operar estrategias transprofesionales que favorezcan la articulación entre varias disciplinas. Es posible lograr lo anterior mediante proyectos académicos en los que una sola problemática y un solo objeto de estudio se aborden con la participación de diversas disciplinas, o desde distintas áreas de conocimiento, lo que fortalece el trabajo colegiado. La transdisciplina representa la aspiración de alcanzar un conocimiento lo más completo posible, así como la necesidad de que los conocimientos científicos se nutran de y aporten a una mirada global que no se reduzca a las disciplinas ni a sus áreas temáticas especializadas. Un reto importante a vencer es la fragmentación del conocimiento.

Las transformaciones más significativas en la educación no están en la extensión de los contenidos o en la adquisición y operación de herramientas tecnológicas de vanguardia, ni en técnicas y recursos de enseñanza que se nombran de manera innovadora. Si bien se reconoce que las nuevas tecnologías y los recursos didácticos pueden ser útiles, no se puede ignorar que son medios y no fines en sí mismos. El cambio más complejo, aunque se perciba como simple, es aquel que se produce en las formas de pensar de los docentes, porque justamente esas visiones modelan su actuar y el de todos los integrantes de la comunidad educativa.

LA IMPORTANCIA DEL ENFOQUE POR COMPETENCIAS

Como ya se ha señalado, en el modelo educativo de la ESPM se ha integrado el enfoque de competencias gracias a la incorporación de ésta en el CEPH. Por ello es necesario continuar centrando los programas académicos en dicho enfoque, especialmente en aquellas competencias de carácter más permanente, como investigar, seleccionar y/o generar información mediante diversas metodologías científicas. La autogestión del conocimiento en los estudiantes se puede lograr si ellos aprenden a observar, inferir, solucionar problemas, organizarse, interactuar en equipo, gestionar, negociar, comunicar, consensar y ejercer un liderazgo, entre otras habilidades. Así, se requieren programas académicos basados en la consideración de que el desempeño, tanto productivo como ciudadano, involucra el desarrollo de una serie de competencias que no se adquieren de manera espontánea ni a partir de la mera adquisición de conocimiento.

El reto es que la ESPM introduzca en la formación de su comunidad académica estrategias y acciones para desarrollar el pensamiento sistémico, promoviendo la creatividad, la capacidad de gestión y la resolución de problemas mediante acciones y prácticas que brinden beneficios comunitarios y que sean susceptibles de documentarse con un producto científico. Si bien no se trata de un reto sencillo, el propósito planteado representa una valiosa oportunidad para que los estudiantes participen más activamente de su propio proceso formativo; ello favorecería el desarrollo de procesos autodidactas, así como de autorregulación, autodisciplina y autonomía. Para alcanzar este perfil de maduración intelectual, se requiere articular el saber y el saber-hacer en situaciones de aprendizaje, y así facilitar el acercamiento de los estudiantes a objetos cognitivos, entre ellos el análisis de casos y la presentación de problemas, ejercicios, simulaciones y/o proyectos.

Una competencia académica emerge y se desarrolla cuando los estudiantes son conscientes de los conocimientos, habilidades y destrezas que poseen, así como del contexto en el que éstos pueden ser aplicados. En el proceso formativo existe una vinculación entre el hacer y los valores culturales y personales, entre el hacer y el ser, con una referencia permanente de acción y de contexto.

En la visión de futuro, el INSP debe fortalecer sus programas académicos para colocarlos a la vanguardia de las escuelas de salud pública de Iberoamérica; asimismo, darles un carácter flexible, de acuerdo con los intereses académicos de los estudiantes. Y es muy importante que la currícula se oriente en función de las necesidades de salud y de la operación del Sistema Nacional de Salud, así como de la salud global (cuadro 3).

Entre los avances obtenidos está un sistema de evaluación de la calidad educativa que, en corto tiempo, contribuirá a fundamentar las decisiones de mejora curricular, junto a una unidad de formación en docencia. Asimismo, se perfila

Cuadro 3.
Acciones para la creación de un sistema curricular unificado

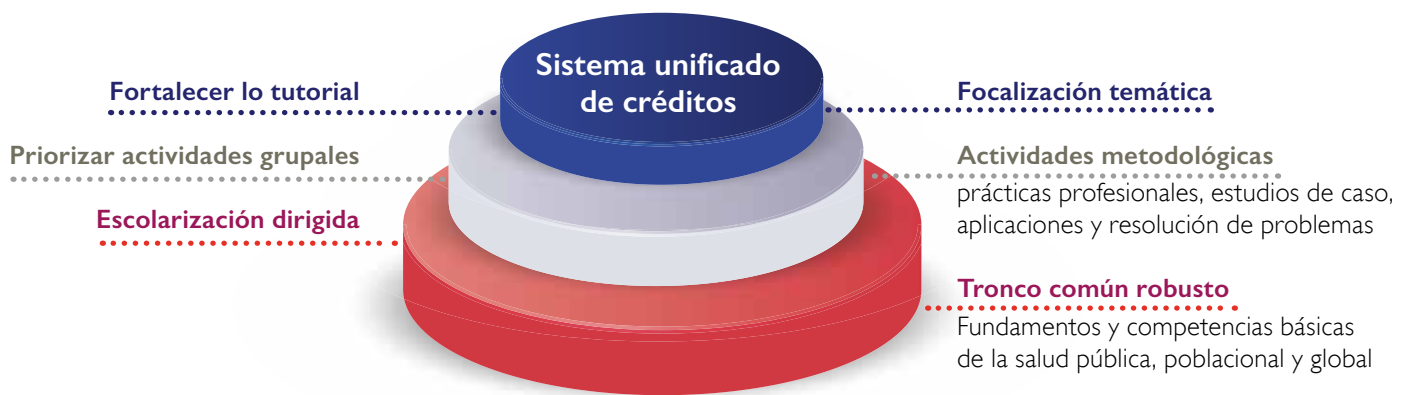
Sistema curricular unificado

- Todos los programas académicos deben implementarse en función de la disciplina de salud pública.
 - La meta es desarrollar un currículo integral unificado, para una mayor articulación y continuidad entre especialidades, maestrías y doctorados.
 - Es necesario subsanar la sobreescolarización de los programas académicos, dando prioridad a:
 - las prácticas profesionales
 - la enseñanza tutorial
 - la integración temprana con los grupos de investigación
 - Todos los programas académicos de la ESPM deberán contar con un currículo integral unificado que incorpore: a) las funciones esenciales de la salud pública; b) los principios éticos de la práctica de la salud pública; c) las competencias adicionales consideradas por el CEPH; d) la perspectiva Una Salud/Ecosalud, y e) la participación social y comunitaria.
- Es necesario, asimismo:
- Fomentar una mayor y mejor vinculación con las actuales necesidades y problemáticas que la sociedad tiene respecto a la formación del personal de salud; fortalecer el perfil de egreso y la actualización permanente de contenidos.
 - Privilegiar las prácticas profesionales y comunitarias, así como las relacionadas con los proyectos de investigación, como una estrategia con alto sentido formativo y con base en el fortalecimiento de redes interinstitucionales e intersectoriales.
 - Contar con sustentos conceptuales y metodológicos sólidos en la base curricular y garantizar programas graduales y flexibles.
 - Diseñar programas académicos menos escolarizados y con menor saturación de contenidos, para destinar un menor número de horas a temas teóricos y promover tanto la educación tutorial como las prácticas profesionales.
 - Impulsar la creación de equipos interprofesionales, así como el trabajo colectivo, dialógico y sistémico, para evitar la segmentación del conocimiento.
 - Privilegiar el desarrollo de competencias transversales más permanentes, como las relacionadas con aprender a aprender, aprender a investigar, seleccionar y/o generar información mediante diversas metodologías científicas, observar, inferir, solucionar problemas, organizarse, interactuar en equipo, gestionar, negociar, comunicar, consensar y ejercer liderazgo.
 - Garantizar en todo el proceso formativo la inclusión de los criterios establecidos por las acreditadoras, en especial por el Consejo de Educación para la Salud Pública, de Estados Unidos de América, y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, de México.
 - Favorecer la movilidad educativa.
 - Eliminar las unidades didácticas individualizadas.
 - Contar con lineamientos normativos claros que contribuyan a la calidad, la equidad, la pertinencia y la relevancia de los programas académicos.

el fortalecimiento de los programas académicos con un sistema curricular integral unificado muy robusto para beneficio de todos los estudiantes; se deben incluir en las unidades didácticas estrategias de aprendizaje que prioricen los estudios de casos y la resolución de problemas, y debemos apostar por la enseñanza tutorial, al igual que fortalecerla (figura 3).

Por otro lado, las transformaciones que los sistemas educativos enfrentan en la actualidad están relacionadas con los procesos de globalización y la revolución tecnológica; en ese contexto, la formación de los estudiantes en competencias más permanentes –como investigar, seleccionar, analizar, gestionar, resolver problemas, comunicar, fundamentar ideas y argumentar decisiones, entre otras– es esencial para su desarrollo. La producción y la posibilidad de intercambiar conocimiento de manera rápida empleando diversos medios tecnológicos ocasionan que el saber alcanzado hoy en las distintas disciplinas –pero especialmente en la de la salud– pueda ser cuestionado en corto tiempo, lo que representa el riesgo de estar enseñando conocimientos con explicaciones incompletas, erróneas u obsoletas. Ante este escenario, y siendo la salud pública una disciplina científica donde la producción del conocimiento es muy acelera-

Figura 3.
Creación de un sistema unificado de créditos en función de las necesidades de salud y de la operación del Sistema Nacional de Salud



da, la principal fortaleza del sistema educativo está en los grupos de investigación y en la formación de los estudiantes para que desarrollen competencias más permanentes, de modo que puedan aprender durante toda la vida.

El enfoque de las competencias establece que el diseño de un problema, situación didáctica o caso a solucionar permite integrar información conceptual que procede de una o varias disciplinas; permite también articularlo con el desarrollo de habilidades cognitivas (análisis, síntesis, lógica inductiva o deductiva, argumentación), así como con habilidades para enfrentar situaciones inéditas y movilizar la información. De este modo, las competencias a desarrollar o fortalecer sólo pueden visualizarse en los diseños de problemas o situaciones didácticas que el docente elabora para que los estudiantes desarrollen su saber y su saber-hacer en el marco de su perfil de egreso.

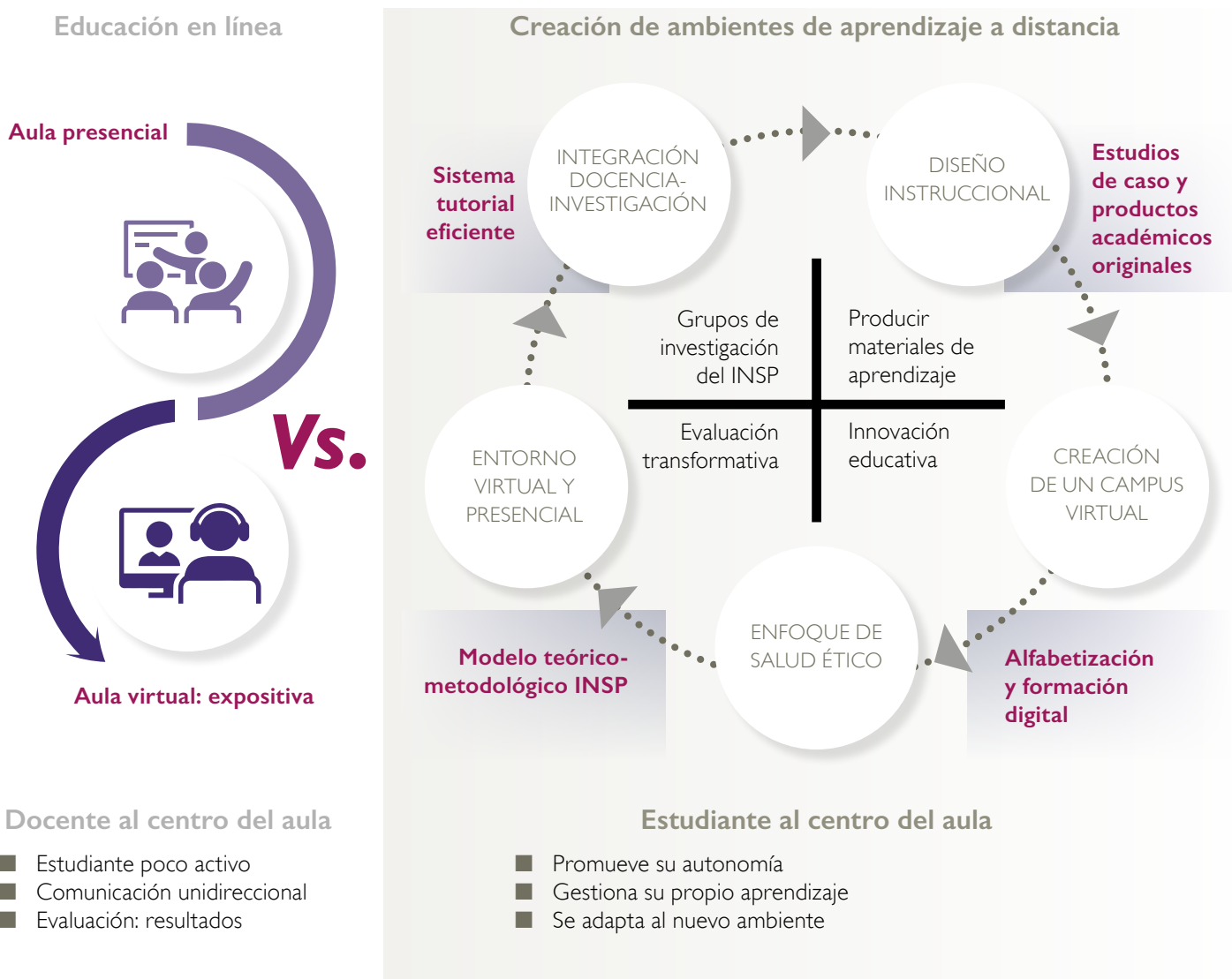
En síntesis, para la actualización de los contenidos curriculares de la ESPM es necesario rescatar los fundamentos éticos de la salud pública, así como crear y documentar un marco conceptual propio que integre los fundamentos de la salud pública, poblacional y global. También se debe considerar como obligatorio el conocimiento sobre el Sistema Nacional de Salud mexicano, en especial sobre los instrumentos innovadores de la epidemiología aplicada, entre ellos el laboratorio electrónico de análisis de información (*big data* o macrodatos). Es preciso incluir contenidos relacionados con los modelos de atención primaria, fortalecer los centros comunitarios de salud y mantener un vínculo estrecho con la ciencia de la implementación. Debido a la emergencia de la pandemia por Covid-19, los programas educativos de la ESPM transitaron en un 100% hacia un programa de educación en línea; sin embargo, en realidad se hizo un traslado del aula presencial a un aula virtual expositora, donde el docente siguió siendo el centro de atención. En el futuro inmediato se estarán creando en la Escuela ambientes de aprendizaje a distancia en los que se incorporarán un modelo pedagógico constructivista propio y algunas metodologías activas. Se emplearán también técnicas como el "aula invertida", la cual propone que los alumnos estudien y preparen las lecciones de manera más autónoma fuera de clase; así ellos podrán acceder

en casa a los contenidos de las unidades didácticas y, posteriormente, en el aula virtual, podrán interactuar y realizar actividades más participativas (analizar ideas, intervenir en debates y elaborar trabajos en grupo, entre otras) (figura 4).

La ESPM implementó un diplomado de educación a distancia, no sólo para los profesores, sino también para los estudiantes, y es de carácter obligatorio. Ello constituye una prioridad institucional, ya que se trata de una estrategia educativa que llegó para quedarse.

Figura 4.

**Innovación académica para una educación a distancia:
Educación en línea vs. creación de ambientes de aprendizaje a distancia**



Asimismo, se requiere fusionar la estructura académica que hoy existe para la docencia en el INSP con la estructura académica que opera para la investigación. Los estudiantes se verán beneficiados al incorporarse al eslabón principal de las líneas de investigación, el cual está constituido por los grupos de científicos que trabajan en ellas. Cuando en el Instituto se integren la enseñanza y la investigación, entonces iniciará la nueva etapa de la centenaria Escuela de Salud Pública de México.

**ESTRATEGIAS PARA
FLEXIBILIZAR
EL MODELO Y
FAVORECER
LA MOVILIDAD
EDUCATIVA:
SISTEMA
CURRICULAR
UNIFICADO**

de acuerdo con la visión de futuro de la ESPM, es necesario priorizar aún más, dentro de los programas académicos, la enseñanza sobre los diversos métodos existentes y la profundización conceptual en el contenido, en lugar de favorecer el conocimiento de múltiples áreas temáticas. Una gran parte de los estudiantes inscritos en los posgrados con orientación profesional deberán formarse participando en prácticas que les demanden resolver problemas y casos originados en ambientes reales. La práctica es la única manera de traducir las capacidades y competencias en intervenciones específicas, y estas últimas deben ser documentadas en todos los casos. En este contexto se promueve la operación de un sistema curricular unificado que favorezca la flexibilidad de los programas académicos de la Escuela¹⁰ y el reconocimiento de créditos previamente obtenidos por los estudiantes según la currícula del temario académico.

Posterior al establecimiento formal del número de créditos en cada uno de los grados académicos y a la homogenización de la orientación curricular interna, los créditos en el sistema curricular unificado de la ESPM deberán establecerse, internamente, mediante la acreditación de las siguientes actividades:

- unidades didácticas previas, diplomados, especialidad, maestrías y doctorado;
- prácticas profesionales;
- participación en productos científicos de investigación, privilegiando primera autoría y/o autoría de correspondencia;
- exámenes de acreditación, y
- prácticas de docencia.

La formación de los estudiantes debe no sólo tener una proyección en el ámbito nacional, sino también promover una vinculación internacional desde un enfoque traslacional. Para el logro de estos objetivos es necesario transitar del llamado currículo rígido a los currículos semiflexibles o flexibles.¹¹

**ESTRATEGIAS DE
FORMACIÓN Y
ACTUALIZACIÓN
DOCENTE:
CREACIÓN DE
UN CENTRO DE
DIDÁCTICA**

La ESPM del Instituto implementa una estrategia que articula las acciones orientadas a la formación pedagógica de la comunidad académica, mediante la creación de un centro de didáctica. Las estrategias y situaciones de aprendizaje que se delinean como esenciales en este cambio generacional son las que desafían la idea de una formación profesional basada en la mera posesión del conocimiento académico. Por ello, en un futuro inmediato, la Escuela debe recuperar la práctica docente como espacio privilegiado de formación, reflexión y continua transformación, incluyendo la enorme necesidad de construir ambientes de aprendizaje híbridos y a distancia (cuadro 4).

Cuadro 4.

Áreas de oportunidad del centro de formación de docentes de la Escuela Salud Pública de México

Áreas de oportunidad

- Oferta de formación y especialización para proporcionar distintas opciones en ese sentido a los docentes (educación a distancia y presencial).
- Incubación de relevos generacionales: formación de estudiantes y realización de prácticas como adjuntos con docentes titulares, para promover una trayectoria que garantice la solidez de su desempeño docente.
- Capacitación técnica en el uso eficiente de nuevas tecnologías de educación a distancia.
- Sistematizar las prácticas educativas de salud exitosas y difundirlas en la comunidad educativa.
- Contar con un reservorio de objetos de aprendizaje: construcción de casos, situaciones, problemas y prácticas que incorporen criterios y evidencias de evaluación.
- Promover el trabajo colectivo entre docentes para generar proyectos y prácticas intercolegiadas.

Foto: INSP



ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL PARA LOS ESTUDIANTES

El objetivo fundamental de la asesoría académica para los estudiantes es promover su autonomía, tanto en su proceso de formación como en su proyecto laboral a futuro. Entre los aspectos que deberán operarse y formalizarse en el corto plazo están los siguientes:

- *Componente de valoración diagnóstica de competencias y capacidades de aprendizaje.* Evaluación psicopedagógica con tres pruebas estandarizadas: comportamiento, personalidad e inteligencia y capacidades de aprendizaje.
- *Apoyo psicopedagógico.* Con base en los resultados de las pruebas psicopedagógicas se elaborará un programa de acompañamiento para contribuir a la permanencia, rendimiento académico y eficiencia terminal de la comunidad estudiantil. El programa de acompañamiento debe ofrecer talleres grupales y asesoría personalizada para fortalecer las capacidades académicas en el proceso de aprendizaje, así como para contribuir al desarrollo de competencias y a la eficiencia terminal.
- *Atención psicoterapéutica.* Servicios de valoración e intervención, a solicitud del propio estudiante, y de canalización a instancias de salud mental en caso necesario.
- *Orientación académica.* Información sobre los programas académicos: estructura, enfoque, organización y unidades didácticas; asimismo, información sobre movilidad educativa e intercambio académico, y sobre proyectos educativos interinstitucionales. Los servicios de asesoría también incluyen los aspectos normativos.

ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN

La vinculación tiene una gran importancia en las actividades académicas y, en particular, para las áreas de investigación y desarrollo tecnológico. Por ello, es necesario fortalecer las redes intersectoriales e interinstitucionales, tanto del ámbito regional como del internacional, de la forma en que a continuación se describe:

- *Creación de una bolsa de trabajo.* Ello tendrá un doble propósito para la ESPM: por un lado, conocer las necesidades de empleo en el campo de la salud, lo cual aportará información valiosa para enriquecer las áreas curriculares, y, por otro lado, constituirse en un eslabón entre la comunidad estudiantil que egresa y el sector laboral.
- *Vinculación y seguimiento de egresados.* Esta estrategia incluye lo siguiente:
 - perfiles de ingreso y egreso;
 - sistematización de las competencias *in situ* y recopilación de las evidencias provenientes del repositorio de casos, prácticas y proyectos;
 - adecuaciones curriculares en el plan de estudios, así como en el programa, las unidades didácticas y las prácticas educativas;
 - actualización y formación docente, y
 - apoyo para el currículo formativo de la comunidad estudiantil.
- *Acreditaciones académicas.* Se potenciará el beneficio proveniente de las acreditaciones académicas del CEPH, de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI, por sus siglas en inglés) y la Red de Instituciones Europeas de Educación Superior en Salud Internacional (TROPED). Se promoverán aplicaciones conjuntas para la búsqueda de financiamiento en investigación y docencia.
- *Interacción con otras instituciones educativas para profesionales de la salud.* Lo anterior tiene el propósito de promover el inicio de la formación de pregrado en salud pública. Entre dichas instituciones está la Universidad de la Salud, de reciente creación en México.
- *Creación de sedes nacionales múltiples para la impartición de programas académicos enfocados en el ámbito profesional de la salud pública.* Ello se llevará a cabo en colaboración con el Sistema Nacional de Salud mexicano.

Foto: INSP



ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN DE PREGRADO EN SALUD PÚBLICA

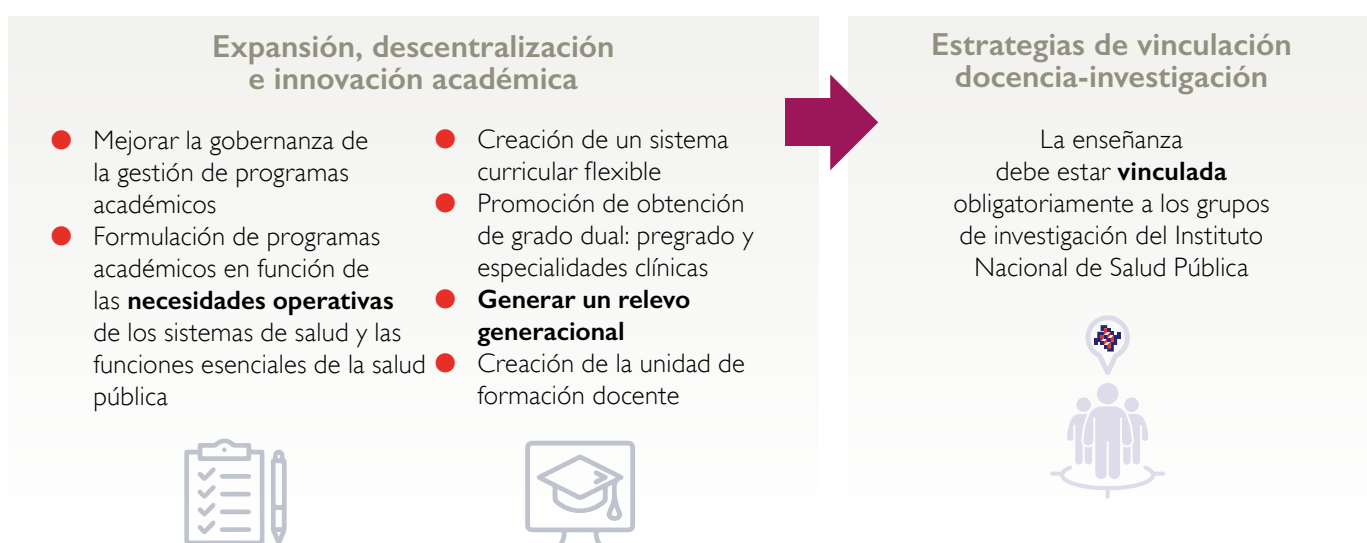
La revisión y los ajustes de un currículo de pregrado generalmente obedecen a labores que requieren ser atendidas, como introducir nuevas estrategias de atención a la salud de un sector de la población o actualizar las prácticas existentes en la prestación de un servicio. No se trata de reestructurar completamente el currículo; se trata de fortalecer enfoques, áreas técnicas y prácticas donde se hayan identificado debilidades, o bien de incluir nuevas temáticas para que los perfiles de los egresados respondan a las actuales necesidades y políticas de salud. Entre los aspectos curriculares a fortalecer se encuentran el enfoque de medicina preventiva, las prácticas comunitarias de primer nivel, la promoción de la salud y las innovaciones en los modelos epidemiológicos, entre otros.

Conclusiones

En la centenaria Escuela de Salud Pública de México hoy se cuenta con una perspectiva de innovación académica en construcción (figura 5), por lo que es impostergable:

- la reestructuración del programa académico de la ESPM;
- la implementación de un sistema curricular unificado de acuerdo no sólo con las necesidades operativas de los sistemas de salud sino, muy importantemente, con las funciones esenciales de la salud pública;
- una enseñanza vinculada obligatoriamente a los grupos de investigación del INSP;
- la formación de un relevo generacional en la enseñanza, creando una unidad de formación docente;
- el fortalecimiento de la vinculación académica externa y el aprovechamiento de los beneficios que conlleva la membresía de la ESPM con escuelas internacionales de salud pública;
- la participación en la enseñanza sobre salud pública, para ofrecer diplomas duales, tanto en estudios de pregrado como en especialidades médicas, y
- la creación, en colaboración con la Secretaría de Salud mexicana, de múltiples sedes regionales de programas de pre y posgrado, para responder a una enorme necesidad educativa de excelencia en el fascinante campo de la salud pública.

Figura 5.
El futuro de la Escuela de Salud Pública de México



AGRADECIMIENTOS

al doctor Mario Henry Rodríguez, investigador emérito del INSP, por sus valiosas, generosas, apasionadas y continuas reflexiones sobre la práctica de la docencia en el Instituto. A la doctora Minerva Nava y al maestro Esteban Cruz, por su valiosa contribución en las sucesivas versiones de este apartado. A la maestra Nenetzen Saveedra, la doctora Adriana Ramírez, la licenciada Teresa Téllez y la licenciada Paola Navarrete Guadarrama, por aportar valiosa información y participar en el diseño de cuadros y figuras. A la doctora Elizabeth Ferreira, la doctora Marcia Galván, la doctora Angélica Ángeles Llerenas, así como a la maestra Arlette Bahena y la maestra Gemma Llano, por su permanente, activa y creativa participación en relación con el diagnóstico situacional de los programas académicos del INSP y su propuesta de reestructuración.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad [internet]. México: INEGI, s/f [citado julio 20, 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
2. Swarthout M, Bishop MA. Population health management: Review of concepts and definitions. *Am J Health Syst Pharm.* 2017;74(18):1405-11. <https://doi.org/10.2146/ajhp170025>
3. Morton S, Pencheon D, Squires N. Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation: A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level. *Br Med Bull.* 2017;124(1):81-90. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx031>
4. Biswas S, Douthit NT, Mazuz K, Morrison Z, Patchell D, Ochion M et al. Implementing a practical global health curriculum: The benefits and challenges of patient-based learning in the community. *Front Public Health.* 2020;8:283. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00283>
5. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T et al. Implementation research: New imperatives and opportunities in global health. *Lancet.* 2018;392(10160):2214-28. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0).
6. Thomas JC, Sage M, Dillenberg J, Guillory J. A code of ethics for public health. *Am J Public Health.* 2002;92(7):1057-9. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.7.1057>
7. Thomas JC, Dasgupta N. Ethical pandemic control through the public health code of ethics. *Am J Public Health.* 2020;110(8):1171-2. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305785>
8. Sharman MJ, Nash M, Cleland V. Health and broader community benefit of parkrun. An exploratory qualitative study. *Health Promot J Austr.* 2019;30(2):163-71. <https://doi.org/10.1002/hpja.182>
9. Iglesias T. Russell's Theory of Knowledge and Wittgenstein's earliest writings. *Synthese.* 1984;60(3):285-332.
10. Fischel JE, Olvet DM, Iuli RJ, Lu WH, Chandran L. Curriculum reform and evolution: Innovative content and processes at one US medical school. *Med Teach.* 2019;41(1):99-106.
11. Carney PA, Mejicano GC, Bumsted T, Quirk M. Assessing learning in the adaptive curriculum. *Med Teach.* 2018;40(8):813-9.



**CIENT AÑOS DE LA ESCUELA DE
SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, 1922-2022**

Un siglo de innovación educativa para
responder a los desafíos sanitarios del país

Se terminó de imprimir en julio de 2022.

La edición consta de 650 ejemplares y estuvo a cargo
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

