

La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982

María Rosa Gudiño-Cejudo, D en Hist,⁽¹⁾ Laura Magaña-Valladares, D en Educ.⁽¹⁾

Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L.
La Escuela de Salud Pública de México
y su interacción continental: 1945-1982.
Salud Publica Mex 2013;55:433-441.

Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L.
The Mexican Public Health School and its
continental interaction: 1945-1982.
Salud Publica Mex 2013;55:433-441.

Resumen

Este artículo analiza un periodo de 37 años durante los cuales la Escuela de Salud Pública de México privilegió la docencia sobre la investigación como parte de su compromiso social hacia los problemas locales de salud. También estuvo vinculada con proyectos estadounidenses que fomentaron el intercambio de estudiantes y formó parte del grupo de Escuelas de Salud Pública de América Latina que constituyeron la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP). Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dicha asociación se reunió periódicamente entre 1959-1979 y los representantes mexicanos participaron de las discusiones sobre el mejor desempeño de las escuelas y la orientación que debían tener hacia sus tres prioridades: docencia, investigación e implementación de servicios a la comunidad. Desde este contexto, mediado por la OPS, analizamos la participación de la escuela mexicana en la formación de salubristas y recursos humanos para la salud y su papel en el conjunto de escuelas latinoamericanas.

Palabras clave: escuelas de Salud Pública; educación en salud; América Latina; Organización Panamericana de la Salud.

Abstract

This article analyzes a 37 year period during which the Mexican School of Public Health gave priority to teaching over research, related with American projects that promoted students exchange and became part of the group of Latin American Schools of Public Health that created the Latin American association of Public Health Schools (ALAESP). Due to the contribution of the Pan-American Health Organization, the association got together on a regular basis between 1959 and 1979 and the Mexican representatives participated in the discussions held to improve performance within schools and make sure they were all oriented towards the three main priorities: teaching, research and implementation of services in the community. Based upon this context, which was ruled by the OPS, we now analyze the role of the Mexican school in the generation of human resources for health and its performance within the context of Latin American Schools.

Key words: Schools, Public Health; Health Education; Latin America; Pan-American Health Organization.

El contexto

El maestro en salud pública debe ser la personalidad madura, amante de la humildad, de horizontes mentales que abarquen desde lo infinitamente pequeño y concreto, hasta lo impreciso y abstracto; debe ser, ante todo, un agente de inspiración y un técnico; debe ser, en pocas palabras, médico de pueblo.¹

Las palabras del epígrafe fueron pronunciadas por el doctor Daniel Martínez García en una ceremonia de entrega de diplomas en la Escuela de Salud Pública que

él mismo dirigía en el inicio de 1960 (cuadro I). Habían pasado treinta años desde la consolidación de la Escuela como institución formadora de técnicos que operaban en el ámbito local y de la influencia de la medicina social como eje articulador del trabajo de salubristas y médicos. Este mensaje a los egresados no distaba de los postulados de aquella corriente médicosocial ni de la visión higienista-preventivista que habían prevalecido en la Escuela. Y es que a lo largo de la década de 1930, la entonces llamada Escuela de Salubridad e Higiene, imbuida en los preceptos de la medicina social que

(1) Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Autor de correspondencia: Dra. Laura Magaña Valladares. Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: lmagana@insp.mx

resaltaban la importancia de los factores sociales, políticos y culturales en la recurrencia de enfermedades epidémicas, mantuvo como una prioridad la oferta de cursos para formar a médicos sanitarios, enfermeras, trabajadoras sociales e ingenieros que trabajarían en numerosas comunidades urbanas y rurales. Como bien lo asentó Martínez García, la Escuela capacitaba a “médicos de pueblos”.

Además de atender las necesidades nacionales en materia sanitaria y formar técnicos para el ámbito local, el desarrollo de la Escuela se vio influenciado por acontecimientos internacionales como el fin de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y el inicio de la Guerra Fría (1947-1991) que en materia sanitaria impulsaron la puesta en marcha de una serie de programas promovidos desde Estados Unidos para América Latina. El más destacado, después de la instalación de las Training Stations, formadas por la Fundación Rockefeller a finales de 1930 y activas en las dos décadas subsecuentes, fue aquél organizado por la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos (OIAA). Preocupado por la penetración nazi en el continente americano, el presidente Franklin D. Roosevelt fundó esta oficina en agosto de 1940 con la finalidad de coordinar las actividades del gobierno estadounidense en lo referente a los problemas comerciales y culturales de Latinoamérica. Lo que le interesaba a la OIAA era fortalecer la unidad de todo el continente, incluso recurriendo al viejo ideal bolivariano de la unidad de sus repúblicas.³ La defensa continental era una prioridad de la política estadounidense y la Oficina desempeñó un papel propagandístico específico en Latinoamérica contra

el eje (Alemania, Japón e Italia) y a favor de los intereses estadounidenses, aunque oficialmente se declarara que buscaba beneficiar a los aliados en general.³ El presidente Roosevelt nombró a Nelson Rockefeller coordinador de la Oficina para que promoviera, entre otros mecanismos de propaganda, la campaña Health for the Americas (Salud para las Américas).⁴ Para el caso particular de la Escuela de Salubridad se implementaron los programas “HE-1 Expansión de facilidades de la Escuela de Salubridad de México” y “Mex-H2 Programa de Adiestramiento en Salubridad Pública”, de los que hablaremos a continuación.

Programas para la Escuela de Salubridad de México y su desempeño

El 10 de diciembre de 1943 se presentó el proyecto “HE-1 Expansión de facilidades de la Escuela de Salubridad de México” firmado por el médico estadounidense Harold Himann, director de Cooperación Inter-Americana y por el doctor Manuel Martínez Báez, subsecretario de Salubridad y Asistencia.⁵

Su objetivo fue promover que la Escuela recibiera a estudiantes latinoamericanos en sus aulas para lo que el proyecto destacó cinco temas que la favorecían como centro receptor: la necesidad que había en los países de América Latina de capacitar al personal sanitario, las condiciones del medio ambiente y costumbres locales (mexicanas), los problemas sanitarios prevalentes, la situación geográfica del país y el habla del mismo idioma (con excepción de Brasil). Al analizar estas variables, los médicos firmantes argumentaron que la escuela mexicana

Cuadro I
DIRECTORES DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO Y SECRETARIOS DE SALUD
DEL PERIODO ANALIZADO EN ESTE ARTÍCULO

Año	Nombre de la escuela	Nombre del director	Secretario de salud en turno
1938-1952	Escuela de Salubridad e Higiene	Dr. Ángel de la Garza Brito	José Siurob Gustavo Baz Prada Rafael Pascasio Gamboa
1953-1958	Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales	Dr. Manuel Martínez Báez	Ignacio Morones Prieto
1959-1960	Escuela de Salud Pública	Dr. Pedro Daniel Martínez García	José Álvarez Amézquita
1961-1965	Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales, Escuela de Salubridad	Dr. Agustín Díaz Esparza	José Álvarez Amézquita Rafael Moreno Valle
1965-1970	Escuela de Salud Pública	Dr. Avelino López Martínez	Rafael Moreno Valle Salvador Aceves Parra
1971-1982	Escuela de Salud Pública	Dr. Luis Peregrina Pellón	Jorge Jiménez Cantú Ginés Navarro Díaz de León Emilio Martínez Manatou Mario Calles López Negrete

Fuente: fragmento retomado y completado de referencia 2.

na también contaba con todos los elementos humanos y materiales necesarios para implementar este programa, lo que la convertía en el lugar “ideal” para recibir a estudiantes latinoamericanos. En conjunto, las similitudes referidas se verían reflejadas en la variedad de problemas sanitarios de los países involucrados. Al plantear el programa no negaron el hecho de que en Estados Unidos los estudiantes recibirían una “muy buena instrucción teórica”, pero enfatizaron en que la capacitación práctica que ofrecía aquel país no era compatible con la realidad social de los países latinoamericanos.

Los estudiantes que decidieran estudiar en México viajarían con una beca otorgada por la Oficina del Coordinador 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. Idealmente, para fortalecer su planta de profesores y equipo la Escuela recibiría 22 000 dólares para salarios de tiempo completo y para proveerse de material de laboratorio y libros para la biblioteca.⁵

Al año siguiente se discutió la necesidad de posicionar a la Escuela de Salubridad e Higiene “como pilar” del Programa Nacional de Higiene. Su director, el doctor Ángel de la Garza Brito, afirmaba que el proceso iniciado en los años veinte para mejorar las diferentes fases de los servicios sanitarios en el país era aún lento, por lo que reiteraba el compromiso de la Escuela para seguir instruyendo al personal técnico de la recién creada Secretaría de Salubridad y Asistencia (1943), a médicos sanitarios, enfermeras, trabajadoras sociales y, ahora, a estudiantes extranjeros.⁶ Para tal efecto, la oferta académica se fortaleció con cursos sobre higiene mental, administración sanitaria, epidemiología, saneamiento del medio ambiente, bioestadística e introducción a las Ciencias Sociales. Esta última materia tenía por objetivo sensibilizar a los estudiantes para una mejor comprensión de las características sociales y culturales de las poblaciones con las que trabajarían cotidianamente. La balanza en la oferta de cursos se inclinaba a seguir fomentando, como antaño, conocimientos prácticos para fortalecer a los futuros salubristas, y bien pudo ser esto uno de los atractivos para los estudiantes latinoamericanos que asistieron a sus aulas.

Dos años después de iniciado el programa que fomentaba la visita de estudiantes latinoamericanos a la escuela mexicana, se firmó un segundo programa titulado “Mex-H 2 Programa de Adiestramiento en Salubridad Pública”, que otorgaba a alumnos mexicanos becas para estudiar en Estados Unidos. A diferencia del primer programa, en éste se retomaba la vieja práctica iniciada en 1923 de movilizar a los mexicanos a universidades estadounidenses. Para su manutención, se

asignó en el primer año un monto de 15 000 dólares con los que se pagaría a cinco estudiantes una beca de 3 000 dólares anuales para permanecer en aquel país.⁷

Si comparamos ambos programas quizá resulte paradójico que el primero de ellos (HE-1) evitara, en lo posible, la movilización de estudiantes latinoamericanos hacia el país del norte. En oposición a esto, se propuso en el Mex H-2 aceptar solamente a estudiantes mexicanos, lo cual confirma la histórica construcción de vínculos médico-sanitarios entre México y Estados Unidos, por ejemplo, con la llegada de la Fundación Rockefeller al Puerto de Veracruz en 1922 o la campaña Health for the Americas promovida por la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos a partir de 1943. En el caso de la enseñanza en salud pública, el modelo sanitario estadounidense fue el modelo predominante, ya que desde 1923 los primeros profesores de la Escuela de Salubridad habían sido becados para formarse en la Johns Hopkins Public Health School.

En este marco de intercambio estudiantil se mantuvo una enseñanza con orientación comunitaria con la que se hacía evidente que el fomento de la investigación científica no era prioridad de la Escuela. Se argumentó entonces que para realizar investigación existía el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET), con quien la Escuela compartía instalaciones desde 1939. Documentos de la época asentaron que cada dependencia trabajaba de manera independiente, y describieron los laboratorios del ISET y las investigaciones que ahí se realizaban dedicadas a problemas sanitarios, principalmente en la zona tropical del país. Por ejemplo, hubo investigadores como Luis Mazotti, que estudiaba el origen de la enfermedad de Chagas; otros, la relación entre el consumo de carne de cerdo y la triquina, o las características del agente transmisor del paludismo, etc. En los laboratorios de farmacología se analizaban vitaminas y plantas utilizadas en ciertos alimentos básicos de la población; en el de química se estudiaba el valor nutritivo de éstos, y en el de bacteriología el virus de la influenza y el tifo exantemático, entre otros temas.⁸

A esta práctica se sumó la iniciativa lanzada por el doctor Miguel Bustamante para evidenciar la importancia que tenía la investigación científica para el trabajo en la comunidad. En marzo de 1944 el Boletín Salubridad y Asistencia publicó su artículo “La investigación científica y los problemas sanitarios”, en el cual el primer salubrista mexicano becado para estudiar en Johns Hopkins en 1923, promotor de la Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales Estatales y Municipales y, en ese momento, profesor de Epidemiología en la Escuela, reiteraba que el progreso de un pueblo dependía de la salud de sus habitantes, y que para garantizarla era

necesario unir la investigación científica y los recursos que ésta ofrecía al trabajo que se desarrollaba en la comunidad.⁹ Bustamante resaltaba que la prevención de enfermedades también debía fomentarse con estudios metódicos que definieran sus causas y evitaran su propagación. Consideramos que este planteamiento fue un primer llamado al doctor Garza Brito, director de la Escuela, y a los profesores para que fomentaran la docencia y la investigación como partes complementarias en la formación de salubristas.

Esta propuesta de Bustamante parece haber influido en la decisión de fusionar administrativamente a la Escuela con el ISET, lo que sucedió a inicios de 1952. En el Anuario correspondiente se publicó que ambas entidades ya no sólo compartirían instalaciones sino que habían adquirido el compromiso de diseñar un programa académico que incluyera docencia e investigación.⁷ Esta iniciativa se dio en un momento de transición en el que el doctor de la Garza Brito, después de catorce años, dejaba la dirección de la Escuela, que ahora ocuparía su colega Manuel Martínez Báez (ex director del ISET), quien la dirigió durante el periodo de 1953 a 1958 y fue promotor de la investigación científica (cuadro I). Ahora bien, ¿en qué términos se planteó este nuevo compromiso académico? Según lo estipulado en la propuesta, se haría participar de la enseñanza a los investigadores del ISET y se fomentaría entre los profesores de la Escuela el interés por realizar investigación que complementara y enriqueciera sus actividades docentes. Como bien lo expresó José Álvarez Amézquita, quien fuera Secretario de Salubridad y Asistencia, la medida fue técnicamente acertada pero no dio los resultados que se esperaban debido a dos motivos incompatibles: por una parte, el tiempo requerido para realizar una investigación o impartir un curso no permitía que los investigadores y profesores desempeñaran ambas labores; y por la otra, la orientación de las materias impartidas en la Escuela mantenía su compromiso original al priorizar la docencia y la práctica sanitaria-asistencial con la comunidad toda vez que se habían incorporado materias como seguridad social, asistencia social y antropología social, todas a cargo del reconocido médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán, como profesor titular.⁸

Como hemos visto, hasta mediados de la década de los cincuenta del siglo XX la Escuela de Salubridad de México privilegió la docencia sobre la investigación y fortaleció su enseñanza comunitaria con nuevas materias que robustecieron el aprendizaje del estudiante en el aula y en la comunidad. Como resultado de los programas firmados con Estados Unidos, recibió a estudiantes latinoamericanos en sus instalaciones e incentivó que estudiantes mexicanos complementaran y enriquecieran su formación escolar en aquel país. No debemos perder

de vista que estas acciones no fueron exclusivas de la escuela mexicana, sino que también lo fueron de sus homólogas latinoamericanas. Para comprender mejor este proceso es necesario adentrarnos en tres acciones promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 1953 y 1979: la primera de ellas fue un programa de visitas de profesores latinoamericanos a escuelas de salud pública de América Latina; la segunda, la realización de diez conferencias de directores y funcionarios de escuelas de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP) y, por último, la elaboración de un informe comparativo entre las diez escuelas de salud pública latinoamericanas y estadounidenses más importantes de la época. Durante 1958-1975 el chileno Abraham Horwitz dirigió la OPS y promovió con entusiasmo estas acciones que coincidieron, en su mayoría, con su gestión.

Escuelas de Salud Pública de América Latina y la Organización Panamericana de la Salud

En 1953, diez años después de que la Escuela de Salubridad de México firmara los programas de intercambio con la estadounidense Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, la Escuela estaba registrada ante la OPS junto con las de Brasil, Canadá, Chile y Estados Unidos como parte de las únicas escuelas de salud con estudiantes extranjeros en sus aulas. En este mismo año, la División de Educación y Adiestramiento de la OPS inició un programa para promover visitas de profesores de estas escuelas a otras de la región con la finalidad de que conocieran diferentes planes de estudio y se familiarizaran con el entorno de los estudiantes que llegaban a sus aulas. Se recomendaba a los profesores que observaran las condiciones económicas y sociales de los países visitados, cómo trabajaban los funcionarios de salud y los métodos administrativos que utilizaban.¹⁰ Tan solo un año después de propuesto este novel programa, el doctor Gustavo Molina, representante de la OPS, expuso en la reunión anual de la Asociación de Escuelas de Salubridad (Ann Arbor, Michigan, 1954) que el trasfondo de esta iniciativa era establecer vínculos entre las escuelas latinoamericanas y estadounidenses, pero reconoció que a un año de iniciado el programa era prematuro exponer resultados concretos.¹⁰

De manera paralela a estas visitas se realizaron por iniciativa de Abraham Horwitz, diez conferencias y una "reunión especial" en las que se congregaron directores y profesores de escuelas de Salud Pública de América Latina ya incorporadas en la ALAESP. La finalidad fue que los asistentes intercambiaran experiencias, propusieran mejoras en los planes de estudio y unificaran, en la medida de lo posible, una línea de enseñanza de la

salud pública en la región.¹¹ También hubo presencia de consejeros y supervisores de escuelas estadounidenses y de la Organización Panamericana de la Salud.

Las escuelas participantes fueron de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, México, Venezuela, Perú y Puerto Rico (cuadro II). Los temas discutidos cambiaron en cada reunión pero se privilegiaron los siguientes objetivos: funciones y evaluación de las escuelas de salud pública, y la enseñanza de asignaturas como bioestadística, administración pública, epidemiología y administración en la atención médica. No dejaron de lado el papel de las escuelas frente a los cambios en las condiciones socioeconómicas de América Latina y tampoco los del desarrollo de recursos humanos en salud, y la atención de la salud en el nivel primario. Finalmente, abordaron en su última reunión de 1979 el tema de la investigación aplicada a los servicios de salud.

La primera de estas reuniones se llevó a cabo en México, en San Miguel Regla, Hidalgo, del 2 al 7 de noviembre de 1959, y en ella se discutieron los objetivos y funciones de las escuelas de salud pública. En aquel momento el director de la ESPM era el doctor Daniel Martínez, mencionado anteriormente. La discusión general se centró en el funcionamiento administrativo, docente y estudiantil de las escuelas y se destacó la importancia

de las prácticas de campo y la necesidad de “enfrentar al estudiante con situaciones reales”, lo cual solamente podía suceder trabajando en las comunidades y con la gente. Incluso, estas prácticas fueron definidas por los asistentes como “laboratorios para la preparación de personal profesional”.¹³ Se propuso que las escuelas de salud pública mantuvieran su propio plan de estudios en relación con otras escuelas de formación profesional porque la mayoría de éstas formaban parte de una universidad (facultad de medicina); la recomendación era mantenerse independientes a éstas. El caso de la escuela mexicana era distinto porque, si bien compartía instalaciones con el ISET, no dependía de este instituto sino de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), (cuadro II). Un llamado de alerta surgido en esa reunión fue reconocer la escasez de profesores en casi todas las escuelas y las repercusiones que esto ocasionaba; por eso, los asistentes a San Miguel Regla solicitaron apoyo a la Organización Panamericana de la Salud.

Las siguientes reuniones en Caracas, Venezuela (1961), Sao Paulo, Brasil (1963), San Juan, Puerto Rico (1965) y Buenos Aires, Argentina (1967) fueron escenarios para discutir la pertinencia de fortalecer en los planes de estudio vigentes en aquel momento aspectos como la enseñanza de bioestadística, administración pública, epidemiología y administración en la atención médica. Su punto de partida fue confirmar que la investigación no debía interferir con la docencia sino favorecerla, y por eso fue al unísono el llamado a reforzar estas materias en aras de consolidar evidencias estadísticas, epidemiológicas y administrativas útiles para la implementación de programas de salud pública. Reconocieron que esta debilidad también respondía a un rasgo de la educación general (en todos niveles) en América Latina: no estaba encaminada a formar una “actitud científica” entre su población estudiantil. De ahí que la responsabilidad para fomentarla en el terreno médico-sanitario dependiera de las escuelas en cuestión.¹⁴ Aparte de fomentar una “actitud científica” debía enseñarse a pensar en “términos epidemiológicos” porque, según los asistentes a la conferencia, la realidad latinoamericana exigía que todo administrador de la salud pública se convirtiera potencialmente en un epidemiólogo, sobre todo en el ámbito local.¹⁵

Una breve pausa entre conferencias

Entre la cuarta y quinta conferencias, 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 a las siguientes diez escuelas: Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de

Cuadro II
ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA LATINOAMERICANAS QUE PARTICIPARON DE LAS CONFERENCIAS ENTRE 1959 Y 1979, POR ORDEN ALFABÉTICO

<i>Pais de origen</i>	<i>Año de fundación</i>	<i>Dependencia Institucional</i>
Buenos Aires, Argentina	1947	Universidad de Buenos Aires
Caracas, Venezuela	1936	Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
La Habana, Cuba	1927	Ministerio de Salud Pública
Lima, Perú	1961	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Medellín, Colombia	1963	Universidad de Antioquia
México, DF	1922	Secretaría de Salubridad y Asistencia
Río de Janeiro, Brasil	1925	Fundación Vinculada del Ministerio de Salud
San Juan, Puerto Rico	1940	Universidad de Puerto Rico
Santiago de Chile	1943	Universidad de Chile
Sao Paulo, Brasil	1919	Universidad de Sao Paulo

Fuente: compilación de datos de los cuadros publicados en referencia 12

Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y Sao Paulo. Se incluyó la de San Juan porque, si bien se le consideraba parte de EUA por sus características geopolíticas, de presupuesto y estructura, se enseñaban cursos en español y recibía a un buen número de estudiantes latinoamericanos.¹²

El reporte de 1968 presentó a manera de introducción una semblanza histórica de las escuelas latinoamericanas, reconfirmando que las tres más antiguas eran las de México, Sao Paulo y Santiago de Chile. Las otras habían sido inauguradas durante las décadas subsiguientes, hasta la de los sesenta. Se planteó claramente que su creación guardaba (y guarda actualmente) por lo menos en el caso de México, "una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de Estados Unidos porque la mayoría de sus profesores se formaron en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Arbor y California, entre otras".¹² Con este antecedente histórico cobró mayor sentido uno de los objetivos del informe: comparar la situación de las escuelas latinoamericanas con las estadounidenses. Si bien las diferencias de presupuesto, instalaciones, mobiliario, infraestructura, circulación de libros y revistas, número de profesores de tiempo completo, etc., eran abismales, no lo era el compromiso social que las escuelas latinoamericanas plantearon al asumirse como responsables de la formación de recursos humanos para la salud pública en América Latina. Si bien había estudiantes latinos estudiando en Estados Unidos, era evidente que se trataba de un grupo minoritario que gozaba del privilegio de una beca. El desplazamiento de estudiantes latinoamericanos a las escuelas existentes en ese momento en la región latinoamericana fue mayor y en esto recaía la responsabilidad formativa de las escuelas. Los números refuerzan aún más esta afirmación al publicarse en este estudio comparativo que en 1968, dieciséis escuelas estadounidenses graduaron solamente a 19 estudiantes latinoamericanos, mientras que las diez latinoamericanas graduaron a 1 639 alumnos.¹² Esta importante diferencia en el número de egresados entre unas escuelas y otras sugiere nuevos temas de investigación dedicados a identificar el nivel de formación de los egresados, las posibilidades laborales que encontraron al finalizar sus estudios y, con esto, hacer un balance sobre las posibles mejoras que tuvieron los servicios de salud pública de la región al contar con salubristas egresados de las escuelas latinoamericanas.

Con base en una serie de cuestionarios que incluyeron preguntas temáticas sobre recursos, organización, estructura, funciones y docentes, se incluyeron 34 cuadros que condensaron la información y facilitaron el análisis cuantitativo sobre el desempeño de las diez escuelas, sus características individuales y aquellas en las que

se asemejaron o diferenciaron. Estos cuadros aparecen intercalados en el texto y privilegian información sobre el número de estudiantes y profesores (de tiempo completo o medio, rango de edad y sexo); se anotó si la escuela contaba con edificio propio o compartía con alguna facultad de medicina; además de especificaciones como si contaban con cafetería, áreas de recreación y laboratorios, y el número de aulas. El tema de la biblioteca y su acervo arrojó diferencias notables entre las escuelas; con base en los criterios manejados por la OPS, la cantidad mínima de libros por biblioteca debía ser de 2 500 ejemplares y el acervo de la escuela de México entraba en ese rango.

Sin embargo, las escuelas de Santiago y Sao Paulo tenían 10 500 y 17 285 libros, respectivamente, lo que anunciaba un mayor intercambio de libros y revistas. Los presupuestos asignados para periodos de tres años (1966 a 1968) también muestran diferencias importantes. Las escuelas con mayor presupuesto a lo largo del trienio fueron la de San Juan de Puerto Rico, con 4 180.64 dólares, y las de Río de Janeiro y Sao Paulo con 3 703.36 y 3 361.30 dólares, respectivamente. La escuela de México reportó sólo 501.67 dólares para los tres años y, en comparación con la escuela brasileña y puertorriqueña, queda en evidencia el bajo presupuesto que la Secretaría de Salubridad y Asistencia le asignaba.¹² Las materias impartidas y las modalidades (doctorados, maestrías, licenciaturas, cursos, diplomados, especializaciones, etc.) también se especificaron en los cuadros.

Un último rasgo que queremos destacar fue la discusión en torno a la práctica de la investigación en las escuelas de salud pública. Las respuestas a los cuestionarios fueron contundentes: "la investigación, en general, es muy débil". Se atribuyó esta realidad a la sobrecarga docente (estimada en 80%), a la escasez de recursos humanos y materiales, a la escasa producción científica pero, sobre todo, a la limitada difusión de la ya existente.¹²

Lo que hace aún más interesante estos resultados es que la información cuantitativa que se ofrece al lector está ampliamente contextualizada en su momento histórico. Es decir, ¿qué aspectos médicos y educativos se destacaron?: el crecimiento exponencial en la demanda de atención médica, las exigencias tecnológicas de la enseñanza (necesidad de diseñar modelos, investigación operacional, incorporación de computación electrónica), el proceso de la reforma universitaria que planteaba concepciones novedosas sobre el papel de la universidad en la sociedad moderna, la definición del sector salud y del equipo de salud dentro del marco de desarrollo y el impulso de departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina.¹² Aunado a lo anterior, el contexto político encabezado por la Revolución cubana (1959) y las movilizaciones estudiantiles

de finales de la década de los sesenta, como sucedió en México en 1968, fueron una clara manifestación de la urgente necesidad de buscar nuevas vías de solución a “problemas seculares”. Esta realidad social, según el resumen del cuestionario, obligaba a las escuelas de salud pública a “adoptar una posición y definir su propio destino”, porque en sus aulas se formaba al personal responsable de orientar los cambios en el sector salud de la mitad del continente americano.¹⁴ Esto significaba que el cambio debía ser profundo e ir más allá de pulir planes de estudio y agregar o eliminar cursos considerados de “dudoso rendimiento”. Lo que se propuso a las escuelas fue un proceso de reforma acorde con el “contexto de desarrollo” y con lo que en aquel momento se llamó “tendencia a la coalición modernizante”.¹⁵ La primera escuela en implementarlo fue la de Santiago de Chile porque conjuntó las cátedras de salud pública y de medicina preventiva para crear el Departamento de Salud Pública y Medicina Social. Como veremos más adelante, en México también se crearon maestrías en medicina social como alternativa y complemento de la implementación de la salud pública ofrecida desde la Escuela de Salud Pública de México.

El corolario de este informe fueron varias preguntas que quedaron abiertas para los directores, profesores y demás representantes institucionales vinculados con el desarrollo de las escuelas de salud pública. Se preguntaron, principalmente: ¿estas escuelas tendrían claro el mundo caleidoscópico al que servían, el medio social hacia el cual se proyectaban y la interacción salud-desarrollo? Para intentar dar respuesta, la OPS recomendaba a las escuelas que abrieran un espacio para “meditar sobre las responsabilidades y proyecciones de su función”.¹²

De regreso a las conferencias

Las subsecuentes conferencias organizadas por la OPS fueron el espacio ideal para buscar respuesta a estas interrogantes, resultado del estudio comparativo de 1968. La siguiente conferencia se llevó a cabo en Medellín, Colombia (1969) y siguieron las de Santiago de Chile (1970), La Habana, Cuba (1971), Lima, Perú (1974). Por segunda ocasión se celebraron en Río de Janeiro, Brasil (1976) y Caracas, Venezuela (1979). En estas seis reuniones el eje articulador fue el compromiso social y humano de las escuelas ante la realidad socioeconómica de América Latina, en general, y de sus países sede, en particular. Los futuros salubristas ahora llamados “recursos humanos en formación” adquirirían un compromiso social con la población que debían fortalecer mediante la interacción con otras disciplinas sociales

y el desarrollo de la investigación científica. Por este motivo, en la última reunión de Caracas el tema que se discutió fue el de la “investigación aplicada a los servicios de salud”. Se dijo nuevamente que durante las décadas anteriores, la investigación no había sido una actividad prioritaria para la enseñanza de la salud pública sino complementaria. Para finales de la década de los setenta, el consenso fue que las escuelas debían “dar preferencia a la investigación en las entidades docentes y de servicios, antes de crear instituciones especializadas únicamente en esta actividad”.¹⁶ Aquel proyecto planteado para la escuela mexicana en los años cincuenta parecía resucitar como una demanda latinoamericana para combinar la docencia, la investigación y el apoyo a la comunidad.

La presencia de la Escuela de Salud Pública de México en las conferencias

De las diez conferencias brevemente comentadas, la Escuela de Salud Pública de México tuvo presencia en ocho y siempre asistió el director en turno acompañado del profesor responsable de la asignatura cuyo tema se discutía. Solamente en las conferencias de Medellín (1969) y Santiago (1970) no hubo representación mexicana. Una posible causa pudo ser el cambio de director de la Escuela ya que Avelino López Martínez, quien la dirigió de 1965 a 1970, fue sustituido por Luis Peregrina Pellón, quien estuvo al frente durante doce años, de 1970 a 1982 (cuadro I). Fue entonces que a partir de la séptima conferencia realizada en La Habana, Cuba (1971) y que tuvo por tema “Las escuelas de salud pública en el proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud”, asistió Peregrina Pellón. En su primera participación en las conferencias, el director de la escuela mexicana presentó la ponencia titulada “La enseñanza de la salud pública en la América Latina”. Su recapitulación sobre el tema se remontó a la resolución tomada en la primera conferencia de San Miguel Regla, México (1959), que definió como propósito de una escuela de salud pública “contribuir a mejorar la salud de la población capacitando al personal en las diferentes disciplinas de esta actividad”. Para alcanzar este objetivo, Peregrina Pellón recordó que debían cumplirse las cuatro actividades básicas de una escuela: docencia, investigación, servicio de colaboración y difusión del concepto de salud pública.¹⁶ Al retomar lo acordado años atrás confirmaba que la docencia había sido privilegiada en la Escuela, pero que llegaba el momento de desarrollar otras funciones sin perder de vista las condiciones locales de salud y los recursos disponibles de cada institución.¹⁷

Es fundamental mencionar que además de la asistencia de Peregrina Pellón a esa conferencia y a

las subsecuentes, también lo hicieron representantes de otras instituciones académicas mexicanas como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Monterrey (ESP-UAM). Esto nos habla de la diversificación institucional en la enseñanza de la salud pública en el país, pero, sobre todo, anunciaba una multiplicidad de enfoques en torno a ésta.

Raquel Abrantes Pego sostiene que a mediados de los años setenta surgió un pequeño grupo académico conformado por algunos salubristas de la ESPM e investigadores del Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina (UNAM) que cuestionaron el alcance de las políticas de salud del Estado mexicano implementadas por la SSA y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).¹⁸ Algunos miembros de este grupo crearon la maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco, propiciando “nuevas alternativas de análisis sobre las teorías de las orientaciones dominantes existentes en la salud pública”.¹⁸ El debate que se creó en torno al tema, evidenció tres aspectos que debían tomarse en cuenta: cambios en la sociedad mexicana, el proceso de desarrollo nacional, pero sobre todo, los diferentes proyectos político-ideológicos en gestación, por considerar que el existente no respondía a los intereses de la sociedad mexicana.¹⁸

Así estaba, entonces, el escenario de la enseñanza en salud pública en México (que no era independiente del debate ideológico que había en el continente), cuando se anunció un cambio estructural definitivo para el desempeño de la escuela mexicana, propuesto por el doctor José Rodríguez Domínguez en 1984 al comunicar que la Escuela de Salud Pública de México debía estar “preparada no sólo para incorporarse dentro de una nueva estructura, sino para hacer frente a la necesidad de formar recursos humanos con orientación distinta a la tradicional y ofrecer una mayor diversidad de oportunidades de formación especializada en salud pública”.¹⁹ En este contexto, lo que se buscaba era que la Escuela se “modernizara” en aspectos administrativos y en aquellos relacionados con la conjunción de tareas de investigación y docencia para proponer nuevos temas, enfoques y técnicas en el manejo de los problemas de salud pública.

Conclusiones

Durante el periodo analizado en este artículo, la Escuela de Salud Pública de México participó en una serie de actividades internacionales que la posicionaron como una institución involucrada con el contexto continen-

tal y como parte de las diez escuelas de salud pública latinoamericanas más importantes. Desde finales de la década de los cuarenta, la escuela mexicana estuvo vinculada con programas escolares y de intercambio de estudiantes de diferentes países de América Latina. Estos programas fueron diseñados por la Oficina de Asuntos Interamericanos (OIAA), creada durante la Segunda Guerra Mundial; a partir de 1959, la Escuela se incorporó a la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP) y, junto con sus homólogas de América Latina, participó en las diez conferencias bianuales organizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De hecho, México fue el país sede de la primera de ellas realizada en noviembre de 1959 en San Miguel Regla, Hidalgo. Estas conferencias tuvieron el propósito de que las escuelas latinoamericanas reestructuraran, adecuaran y organizaran la formación y práctica de la enseñanza en salud pública mediante el fortalecimiento de la docencia, el fomento de la medicina preventiva y la práctica en las comunidades. La discusión sobre el desarrollo de la docencia y la investigación como prioridad en las escuelas estuvo presente en las conferencias, y para el caso mexicano el tema lo había planteado el doctor Miguel Bustamante en su artículo “La investigación científica y los problemas sanitarios”, publicado en 1944. En el contexto latinoamericano, el tema fue tratado en la última de las diez conferencias en Caracas, Venezuela (1979), donde se reconocía que hasta ese momento la investigación había sido considerada una actividad complementaria y era necesario incorporarla al plan de estudios como una tarea prioritaria.

Además de las conferencias, la Organización Panamericana de la Salud elaboró un estudio comparativo titulado “Las escuelas de salud pública de América Latina” (1968). Uno de los objetivos del informe final fue comparar la situación de las escuelas de Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan, Santiago y Sao Paulo con las estadounidenses de Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Arbor y California. Si bien las diferencias en cuestiones de infraestructura y presupuesto eran evidentes, no lo fue, y así lo manifiesta el informe, la responsabilidad y el compromiso social de las escuelas de la región de América Latina para formar a los salubristas y los recursos humanos de la salud pública.

Este compromiso social manifiesto debe ser entendido en el contexto político-social que le corresponde. Por ejemplo, los efectos de la Guerra Fría (1947-1991) y, particularmente, por la situación política y económica de los países representados por las escuelas de salud pública que vivían la Revolución cubana (1959), las movilizaciones estudiantiles de finales de la década de

los sesenta (México 1968) y en la década de los setenta, el golpe militar en Chile (1973), etc. Por si fuera poco, la lucha estadounidense contra el comunismo e ideologías y posturas de izquierda, en general, también se dejó sentir en América Latina. En medio de este ambiente de ebullición política y social, las discusiones continentales en torno a la enseñanza de la salud pública debieron adecuarse a su momento histórico. La Escuela de Salud Pública de México no estuvo exenta de este proceso, lo cual nos habla de la preocupación de los directivos en turno por mantener a la Escuela dentro el escenario latinoamericano para participar de las decisiones continentales y mantener visible el histórico vínculo de la escuela mexicana con la región de América Latina como receptora y formadora de salubristas.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al doctor Guillermo Soberón la entrevista concedida como parte de la investigación para reconstruir la historia de la Escuela de Salud Pública de México en la segunda mitad del siglo XX. También agradecen a las doctoras Gladys Faba, Raquel Abrantes Pego y Claudia Agostoni su atenta lectura a los borradores previos y sus atinados comentarios que enriquecieron el contenido de este artículo.

Referencias

- González-Galván A. In Memoriam. Pedro Daniel Martínez García (1906-1995). Semblanza biográfica. *Salud Publica Mex* 1995;37(5):477-479.
- Magaña L, Gudiño MR. Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población. México: INSP, 2010: 62
- Morris JA, Nelson Rockefeller. *A Biography*. New York: Harper Brothers, 1960.
- Gudiño MR. "Salud para las Américas y Walt Disney. Cine y campañas de Salud en México. 1943-1946". En: Azuela A, Palacios G (coord). *La Mirada Mirada. Transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945*. México: CEH El Colegio de México/ Universidad Nacional Autónoma de México, 2009:179-203.
- "Dirección de proyectos MXHE. Proyecto HE-1, Expansión de facilidades para la Escuela de Salubridad de México y anexos". En: Archivo Histórico Secretaría de Salud, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia. México: Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, 1943.
- De la Garza A. "Importancia de la Escuela de Salubridad e Higiene en el Programa Nacional de Higiene" En: *Salubridad y Asistencia*, tomo I, enero-febrero 1944. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1944:21.
- "Dirección de proyectos MXHE. Proyecto HE-2, Programa de Adiestramiento en Salubridad Pública". En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia. México: Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, 1945.
- Anuario de las Actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e Higiene. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1945.
- Bustamante M. La investigación científica y los problemas sanitarios. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1944:63-69.
- Molina, G. Informe sobre las visitas a los países de América de profesores de las escuelas de salud pública que reciben estudiantes extranjeros. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1954; vol. 37(1): 6-10.
- Enseñanza de la salud pública. 20 años de experiencia latinoamericana. Washington, DC: Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1981.
- Objetivos y funciones de las escuelas de salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica*, no. 49. Washington DC, junio 1960:3-15. 1ª Conferencia; 1959 nov; San Miguel Regla, Hidalgo, México.
- Enseñanza de la Bioestadística. En: Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica*, no. 60, Washington DC, 1962:30-54. 2ª Conferencia; 1961 nov; Puerto Azul, Caracas, Venezuela.
- Enseñanza de la Epidemiología. En: Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica*, no. 141, Washington DC, octubre 1966; 105-136. 4ª Conferencia; 1965 nov; San Juan, Puerto Rico.
- Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS. Las escuelas de salud pública en la América Latina. *Educ Med Salud* 1969;3(3):167-216.
- Investigación aplicada a los servicios de salud. En: *Educación Médica y Salud*, Organización Panamericana de la Salud, Vol. 14, no. 3, Washington DC, 1980: 287-297. 10ª Conferencia; 1979 abr; Caracas, Venezuela.
- Valdespino JL, Sepúlveda J (comp). *Crónica de la Escuela de Salud Pública (conferencia íntegra)*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001:112-113.
- Abrantes R. Salubristas y neo-salubristas en la Reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000. México: El Colegio de Michoacán, 2010: 29-30.
- Rodríguez-Domínguez J. "Propuesta de reorganización de la Escuela de Salud Pública de México" En: Valdespino JL, Sepúlveda J (comp). *Crónica de la Escuela de Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001:114.