Catalogado
Doc. # 2523
T/16

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD - XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

ANALISIS INSTITUCIONAL DE LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO

CUAHUTEOTLTITA JIMENEZ CASTAÑEDA

2523

México, Noviembre, 1980.

UNIDAD XOCHIMILCO
SERVICIOS DOCUMENTALES
SET. 7 1981
ARCHIVO HISTORICO

PARA: HUITZILIHUITL, NETZAHUALCOYOTL
Y RAFAEL.

RECONOCIMIENTO

1.- Lic. Hugo Mercer
Asesor del Trabajo y Coordinador de las Maestrías de la UAM (Xoch).
Por su paciencia y estímulo.

2.- Dr. Ricardo Loewe
Docente de la Maestría en Salud Pública de la UAM (Ixt.) y exdocente de la E.S.P.M. Por su gran apoyo en la realización del trabajo.

3.- Dr. Gustavo Baz D.L. y Adm. H. Ma. de Lourdes Rio H.
Directivos de la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México. Por su gran estímulo en la realización de ésta - Maestría.

4.- Dr. Pedro N. Crevenna
Docente de la Carrera de Medicina de la UAM (Xoch) y exdocente de la E.S.P.M. Por su valiosa orientación.

5.- Dres.: Agustín Díaz E., Luis Peregrina P., Avelino López M., Miguel E. Bustamante y Ramón Alvarez G.
Directivos y exdirectivos de la E.S.P.M.; y funcionarios de la S.S.A. exdocentes de la E.S.P.M. Por su gran disposición en las entrevistas realizadas a los mismos.

6.- Alumnos del curso actual de Salud Pública, Administración de Hospitales y Medicina Comunitaria y Familiar de la E.S.P.M.
Por su colaboración en la realización de entrevistas y encuestas.

INDICE

CAPITULOS

INTRODUCCION 1

I.- EL SANITARISMO, PRACTICA DOMINANTE DE FINES DEL SIGLO XIX A 1940. 8.A

1.- La práctica sanitaria y la expansión del capitalismo en México. 9

1.1.- Filantropía en la fundación Rockefeller 15

2.- La salubridad en 1910 18

3.- El nacimiento de la escuela de salubridad 26

3.1.- Oficiales de salubridad 31

3.2.- Decreto presidencial 32

4.- El cardenismo y la escuela de salubridad e higiene 37

4.1.- De la beneficencia a la asistencia: nueva concepción de salud. 38

4.2.- Acción estatal en el campo de la salubridad 43

4.3.- Reestructuración de la organización y orientación de la E.S. e H. 45

II.- 1940-1960: DEL SANITARISMO A LA ATENCION MEDICA Y PREVENTIVA. 49.A

1.- Impulso al desarrollo industrial de México. 51

2.- Influencia de la segunda guerra mundial en algunos aspectos de la salubridad en México. 54

3.- Nueva orientación de la práctica en México: Hospital, núcleo de la atención medica. 57

3.1.- Creación de la S.S.A. 59

3.2.- Surgimiento de la seguridad social. 62

4.- Consolidación de la escuela de salubridad e higiene. 64

5.- Hacia el capitalismo monopolista de estado. 76

6.- Escuela e instituto de enfermedades tropicales. 80

7.- Medicina preventiva vs capitalismo. 87

III.- 1960-1968: LA PLANIFICACION COMO INSTRUMENTO DE DESARROLLO Y MODERNIZACION DE LOS PAISES LATINOAMERICANOS. 89.A

1.- Desarrollismo y modernización de los países latinoamericanos. 90

2.- La salud: prioridad en las políticas de planificación. 92

2.1.- Instrumentación de la planificación en el campo de la salud. 94

2.1.1.- Coordinación interinstitucional. 94

2.1.2.- Escuela de salud pública de México. 97

IV.- 1968-1980: PLANIFICACION Y EXTENSION DE COBERTURA, RESPUESTA EN SALUD A LA CRISIS ECONOMICA. 110.A

1.- Crisis económica y planes de salud. 111

1.1.- Plan decenal de salud de las américas. 112

1.2.- Plan nacional de salud en México. 113

2.- La escuela de salud pública y el plan nacional de salud. 117

Consideraciones Finales 140

Anexos 144.A

Notas Bibliográficas 172.

INTRODUCCION.

La formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública es un tema de gran importancia en virtud de su naturaleza de reproducción social de las instituciones sanitario asistenciales y su participación en la organización de la práctica sanitaria, conformándola en una instancia que en mayor o menor medida contribuye al proceso de la salud de México.

Hasta el momento parece ser que no ha habido estudios que describan o expliquen la evolución y el estado actual de la formación de estos recursos y a nuestro modo de ver, un acercamiento al proceso de su preparación es conveniente en la medida en que la problemática colectiva de salud de nuestra población exige una reflexión sobre este campo.

Nos parece que para ubicar el tema es importante referirnos a algunos aspectos generales de la salud pública, cuya nominación en su desarrollo ha variado: Medicina Preventiva, Medicina Social, Salubridad Pública, etc., pero comúnmente se ha conceptualizado como ciencia o arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, fomentar y reparar la salud de los habitantes de una población.

La presencia de esta manera de abordar los problemas de salud de la colectividad, ha sido cuantitativamente de incalculable valor en el mejoramiento de algunos indicadores de salud de la población mundial, en la medida en que la práctica sanitaria ha contribuido en la modificación del fenómeno de crecimiento de la población en el mundo, reflejándose en una disminución notable de la mortalidad.

llegando incluso en este siglo a padecer de "explosión demográfica".

Desde una óptica cualitativa, las actividades sanitarias han tenido diversas respuestas en los niveles de salud de la población, debido a que su aplicación ha sido condicionada importantemente por la forma en como se articula con el tipo de organización social particular de cada país.

En México, si bien es cierto que las condiciones de salud en los últimos 60 años han mejorado, es decir la mortalidad general entre 1922 y 1970 ha disminuido, la expectativa de vida ha aumentado, etc. (anexo 1 y 2) no son mejores que las de otros paises en los que en menor tiempo han podido tener mejores niveles de salud.

La evolución de las diversas causas de mortalidad en nuestro país ha variado también, aunque esto no ha simplificado el problema; el perfil de mortalidad a principios del siglo estaba dado fundamentalmente por causas infeccionsas, éste ha venido transformándose en un perfil mixto compuesto por causas infecciosas y degenerativas. De las primeras destaca la gastroenteritis y diarreas cuyo lugar ha sido el primero dentro de las 10 principales causas de muerte en nuestra República desde 1922, dejando este lugar a escasos años a las enfermedades respiratorias. Las causas degenerativas asociadas frecuentemente al proceso de industrialización, urbanización, condiciones de trabajo, etc., han venido a complicar el perfil al cual se le caracteriza como propio de paises capitalistas en vías de desarrollo, de tal suerte que nuestro país sin poder modificar sus pobres condiciones de salubridad es afectado ya por los problemas de modernización.

En este sentido, los niveles de salud y el perfil cualitativo de la mortalidad van a variar de acuerdo con la estructura socioeconómica del páis en el cual se desenvuelvan. (Anexos 3 y 4).

La salud pública en México ha tenido relevancia a través de la práctica médica cuando económica y políticamente ha interesado al modo de producción en el que vivimos, la instancia social ha participado sí pero pareciera que en menor grado. La importancia de la salud pública ha venido decreciendo en virtud de que el campo que domina es el curativo, pese a que es mucho más costoso curar. Sin embargo la explicación de este tipo de servicio obedece en gran medida a la necesidad del capital en el que la reproducción selectiva de fuerza de trabajo es básica, y las poderosas industrias de expansión como la químico-farmacéutica, equipo médico, etc., que sólo pueden crecer a través de la medicina curativa. Por otra parte la atención brindada por las instituciones oficiales es insuficiente, en virtud de que no cubre a toda la población. (Las instituciones descentralizadas como el IMSS, ISSSTE, etc., con el 86.1% del total del presupuesto para salud, sólo atienden al 49% de la población, en tanto la SSA atiende teóricamente el 51% de la población con el 13.9% del total del presupuesto) de ahí que es imposible no sólo brindar un buen servicio sino atender a dicha población, según cálculos oficiales de la SSA no alcanza a cubrir mas que al 16% de la población, dejando a uno de cada 3 mexicanos sin acceso a los servicios de salud (1).

Además de que la SSA, institución a la que tradicionalmente ha tocado un papel vital en la salud pública, en 1978 dedicó sólo 7.2% del total de su presupuesto a la prevención y el 4.6% al mejoramiento del ambiente en contraste con el 36.3%

para la atención curativa.

La salud pública entendiéndola en su concepto integral, es pues desplazada a un nivel secundario, aún cuando desde siempre el discurso político ha promulgado incansablemente a "la salud como derecho de todo ciudadano".

Las actividades sanitarias no han podido cambiar las condiciones ambientales de nuestro país, el hacinamiento, la falta de servicios de agua potable y disposición de excretas, así como la contaminación de alimentos y del agua, siguen siendo un problema actual, no sólo de las zonas rurales en los que se podría argumentar la dificil transformación del medio en este sentido, sino de las suburbanas y urbanas -en el D.F. existen 450 colonias que carecen total o parcialmente de agua potable y otras 1040 que no disponen de drenaje, lo cual afecta a 5 millones de capitalinos- (2) sin contar con la contaminación industrial y por vehículos que día a día asciende.

Las condiciones sanitarias son pues bastante pobres y contradictorias tomando en cuenta que los conocimientos y la tecnología de que se dispone pueden contribuir en forma más trascendente en el mejoramiento de los niveles de salud de nuestro país.

Frente a este panorama, surge la inquietud de cuestionarse el por qué de esta situación y como la formación de Recursos Humanos en Salud Pública ha participado en la transformación de dicha problemática.

Ahora bien, ¿por qué un estudio a la Escuela de Salud Pública en México?

Existen varias consideraciones que responden a ello. La escuela cuenta con 58 años de trabajo contínuo y hasta escasos años había sido la única formadora de recursos humanos en este campo, en el país; este hecho la ubica en un lugar especial, en virtud de que ha preparado una gran cantidad de elementos que van desde el nivel técnico hasta el de especialidad y porque le ha dado autoridad como institución.

Desde su nacimiento ha sido una institución estatal adquiriendo con ello compromiso de capacitar al personal prioritariamente para la SSA (antes Departamento de Salubridad Pública). En la década de los cuarenta, empiezan a llegar alumnos de las Repúblicas del Caribe, del Centro y Sudamérica. Del total de los alumnos un gran porcentaje proviene de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados, a partir de 1954 ingresan alumnos de otras instituciones, siendo actualmente alrededor de 19 instituciones nacionales que demandan los servicios de la escuela.

El crecimiento y desarrollo de esta institución ha tenido altibajos en el apoyo estatal, no obstante llegó a consolidarse francamente en los años cuarenta, alcanzando etapas de gran desarrollo. El contexto en el que se ha desarrollado ha impedido una adecuada planificación de sus funciones para responder en mejor forma a la problemática de salud que presenta nuestro país.

La escuela no vive al margen de la crisis general de la medicina y sus funciones como docencia, investigación y servicio tan importantes para el buen funcionamiento de las acciones colectivas de salud presentan contradictoriamente un atraso significativo tomando en cuenta el estado actual de las condiciones de

salud de la población mexicana.

Es decir la contribución que la escuela ofrece en las alternativas de esta problemática se observa como estática.

La metodología utilizada en el estudio intenta abordar al fenómeno bajo la siguiente idea:

> "El marco conceptual de la educación médica se encuentra en el centro de una intrincada red de relaciones y es la resultante de la interacción entre los diversos elementos que participan en la misma y entre los cuales los más importantes son: la estructura social y económica y la de la práctica médica en cada país; las relaciones internas del proceso de producción de médicos y la estructura del poder internacional" (3).

Tradicionalmente el interés de los estudios dirigidos a instituciones escolares se ha centrado en aspectos pedagógicos, administrativos y estadísticos, es decir, como y que aprende el alumno, que infraestructura y con que organización cuenta la institución, etc. Algunos planteamientos más recientes presentan una revisión más abarcativa (3b) en la medida en que contemplan aspectos funcionales fuera de la institución y cuestionan su respuesta a la problemática de la población. En este estudio, aunque más descriptivo que analítico, no sólo será de importancia reconocer en la escuela, su función como formadora de recursos humanos para la salud, en que medida ha participado en la generación de conocimientos o como se vincula con el modo dominante de los servicios de salud; intentará también retomar a la institución como una instancia que explique su origen, su estructura, su proceso y las contradicciones generales y particulares

que dan sentido a su existencia.

Para ello se eligieron elementos como: origen de la escuela con sus respectivos antecedentes coyunturales nacionales e internacionales, las políticas que fueron determinando la orientación de la misma, su autonomía, sus funciones, aspectos pedagógicos y administrativos, su estructura de poder y su relación interinstitucional, ubicando estos factores en el proceso histórico social de nuestro país.

Cabe señalar sin embargo que este estudio no pretende estar completo en la medida en que observa desde una óptica externa a la Escuela, además de que se basa fundamentalmente en fuentes oficiales que obviamente limitan la obtención de datos más amplios y profundos de la misma.

Todo lo anterior es sujeto de múltiples críticas, algunas de las cuales pensamos gravitarán en torno a la falta de un estudio más cercano a la práctica de los egresados, en virtud de que complementaría de manera importante al estudio.

Otra más será en cuanto a un estudio que contemple al resto de las Escuelas de Salud Pública en México y determinar las diferencias y similitudes con nuestro objeto de estudio, así como el definir y desarrollar cuál sería el marco conceptual de la educación y de la práctica sanitaria que en conjunto se esperaría de todas ellas.

No obstante quisiéramos dejar presente que intenta ser una aportación para otras investigaciones que se realicen al respecto y tendría como propósito principal, el despertar interés a la meditación sobre la educación y el quehacer sanitarios, que a nuestro modo de ver, representan un serio compromiso en la contribución

del mejoramiento de nuestros niveles de salud partiéndose de un replanteamiento de lo que sucede en salud y lo que le antecede. En caso de conseguir tal propósito sentiremos que nuestro esfuerzo no ha sido en vano.

I.- EL SANITARISMO, PRACTICA MEDICA DOMINANTE DE FINES DEL SIGLO XIX A 1940.

1.- La Práctica Sanitaria y la Expansión del Capitalismo en México.

En los procesos de consolidación política y social que culminan con la constitución de 1857, los movimientos de reforma y la restauración de la república de 1867, el país es amputado entre 1836 y 1853 de gran parte de sus territorios septentrionales a manos de una norteamérica expansionista. En el año de 1877 el país se inicia en una nueva etapa, el Porfiriato, que se extiende hasta 1911, en la que se sientan las bases económicas del México moderno que había comenzado poco antes, en 1867: el país se articula con el sistema económico mundial ligando la dinámica de su desenvolvimiento con el desarrollo de las economías capitalistas en crecimiento y expansión (4).

La penetración del capital extranjero que empieza alrededor de 1880 se materializa en los ferrocarriles, el comercio, la mineria y la industria (Ver Anexo 5), al mismo tiempo a partir de 1877 se presenta una etapa de crecimiento "hacia afuera" la que se caracteriza por grandes exportaciones mineras y agrícolas, los que se destinan fundamentalmente a los E.U.A., y en 2do. lugar a Inglaterra (Ver Anexo 6).

Se dice que el "aumento del ingreso, la orientación de la agricultura hacia el mercado, la formación de un proletariado agrícola e industrial y la más estrecha vinculación interna y con el exterior, debido a mejores comunicaciones y saneamiento (subrayado mío), crearon mercado interno y facilitaron la obtención de lo externo (5).

El capitalismo competitivo va a sostener un papel decisivo en el desarrollo del sanitarismo en el mundo, fundamentalmente en algunos países de Europa, Asia y en E.U.A., al mismo tiempo el ejercicio de la práctica sanitaria va a contribuir a la extensión del capitalismo en América Latina.

Las acciones sanitarias se van a manifestar a nivel de:

- Saneamiento marítimo en el campo de la circulación de mercancía.
- Medidas contra ciertas enfermedades que afectan la productividad (6).

Los esfuerzos del poder imperialista por explotar los recursos naturales y controlar los mercados de los países Latinoamericanos eran obstaculizados por las enfermedades tropicales (fiebre amarilla, malaria, etc.), las cuales se consideraban además como una limitación para los pueblos de los países no industrializados, que debían recibir los beneficios de la civilización, es decir, que el "incremento del desarrollo económico de los países, fue visto como necesario para el éxito de la explotación de sus recursos, mercados y el aumento de las oportunidades para los países capitalistas" (7).

De esta manera se contribuye a la construcción del capitalismo en los países Latinoamericanos que desde entonces están en vías de desarrollo, su función principal en este período va a ser la de producir para exportar fundamentalmente materia prima del campo, y de las minas, convirtiéndose asi en países capitalistas agroexportadores, siendo además lugares

propicios para las inversiones extranjeras.

Los Estados Unidos en esta época era fundamentalmente el país a donde llegaba la gran parte de las exportaciones de los países Latinoamericanos y de donde provenía un buen porcentaje del total de las importaciones de estos mismos países (en México Ver Anexo 6). En la conveniencia - de ambas partes por proteger la relación comercial saneando puertos y fronteras además de cuidar de la fuerza de trabajo de las poblaciones de producción - explotación de materias primas, se aprovecha la experiencia que en este terreno ofrece la Asociación Americana de Salubridad, - invitando ésta última a participar al Consejo Superior de Salubridad de México desde 1890.

Walter Wyman en un discurso pronunciado en 1901, llamado Saneamiento y Progreso, decía: "¿Por qué persisten las enfermedades epidémicas?. La contestación es clara. Porque la administración en el ramo de la salubridad no sigue los progresos de la ciencia. Es evidente además que - estos progresos no se difunden extensamente como debiera serlo, ni aún entre aquellos a quienes tenemos derecho a esperar que lo fueran" (8).

Un motivo poderoso en favor del saneamiento, es que traería como consecuencia la abolición de las cuarentenas, ha llegado ya la hora de pensar en la necesidad de liberar al comercio de tales restricciones, de detener un buque con su valioso cargamento y sus impacientes pasajeros, sujetos a cuarentena... (9).

Argumentaba el bajo costo del gasto en saneamiento, además de que este

resultaba indispensable para el progreso intelectual y moral, ya que la - sanidad se constituía en un medio para garantizar una vida más elevada y de mayor salud y prosperidad para todos.

Esta concepción positivista utilizada para sensibilizar ideológicamente a los países reunidos en el congreso no esperó mucho la respuesta, los países no tardaron en retomar esta concepción y la ayuda material que mas tarde ofrecía "filantrópicamente" la fundación Rockefeller; pues para esos momentos, las condiciones materiales en Latinoamerica requerían de la sanidad para mejorar la situación de salud de su fuerza de trabajo (la cual era muy pobre), y mejorar las condiciones de intercambio mercantil.

La participación de la Asociación Americana de Salud Pública fué decisiva en la implantación de salubridad en Latinoamerica pues, ésta que ya - tenía algunos años de funcionar en E.U.A. iniciar sus relaciones con México, Cuba y Colombia alrededor de 1889. A lo largo de estas celebraciones puede distinguirse como componente fundamental la preocupación por el progreso de la ciencia sanitaria y la aplicación práctica de los medios más convenientes para el mejoramiento de la Salubridad Pública — y que según el Dr. Domingo Orvañanos (Delegado Mexicano) sus resultados - habrían de ser incalculables.

Así en la primera convención sanitaria que se verificó en Washington - D.C. en 1902, se tuvo por objeto asegurar en lo posible mediante el mutuo auxilio y cooperación de las juntas y corporaciones de sanidad de las diferentes repúblicas del nuevo mundo, un acuerdo común en materia de

cuarentenas y el mejoramiento de la salubridad de los puertos de mar. (10).

Y menciona en su discurso Orvañanos que en México esta primera convención sirvió de estimulante poderoso ya que se reformó el código sanitario del D.F., la campaña contra la fiebre amarilla se activó extraordinariamente (sobre todo en Veracruz y Yucatán) se organizaron consejos de salubridad en varios estados, etc.

En la 2da. reunión en 1905 en Washington se integraron otros países como Chile, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Perú y Venezuela, continuándose el reforzamiento en la necesidad de saneamiento. La 3ra. convención sanitaria se realizó en 1907, la 4ta. 1909, en fín a lo largo de los discursos pronunciados en los mismos se percibe cierta selección de la sanidad por las grandes epidemias que azotan a la población.

El crédito sanitario fué un requisito inevitable, propuesto por los E.U.A. como base en las relaciones mercantiles con los diferentes países, en virtud de que a través de éste se aseguraba la eliminación de las cuarentenas que "tanto obstaculizaban" al intercambio comercial y por otra parte podían fácilmente llevarse la materia prima sin riesgo de llevarse junto con ella la enfermedad.

A partir de la primera reunión con la Asociación Americana de Salubridad Pública de E.U.A., se tuvo en cierta forma el compromiso de mejorar la sanidad de sus puertos y fronteras, éste compromiso llegó a ser

tan fuerte e importante más tarde, que los países Latinoamericanos sentían la obligación de cumplir, pues de lo contrario se perdía la confianza del resto de los países, es decir, se "desacreditaban sanitariamente" y consecuentemente se perdía la oportunidad para que el país fuera tomado en cuenta en las relaciones capitalistas existentes.

Teniendo como caso a México en el que, circunstancialmente y por error unos comentarios realizados sobre la fiebre amarilla en el período, presentan cifras más altas del estado de la misma, ante tal hecho un delegado del Departamento salió en defensa en virtud de que representaba un descrédito sanitario (11).

La salud a partir de este período, fué identificada como la capacidad de trabajo, midiéndola cualitativamente en el incremento de la capacidad - cuantitativa de la productividad.

Las enfermedades tropicales atacaban seriamente al personal del poder imperialista y reducían la eficiencia de las poblaciones nativas como fuerza de trabajo al servicio del imperialismo.

Tal situación fué aprovechada por la burguesía de los países en colonización, la que en el caso de México se desarrolló en las actividades agromineras, industriales, comerciales, etc. articulándose con el mercado mundial y necesitando para ello mano de obra abundante y barata.

La salud de estos trabajadores fue preocupación esencial una vez que se hizo aparente la gran eficiencia que representaban los prográmas de sanea

miento y tratamiento a las enfermedades tropicales, pues la productividad se elevaba de manera impresionante.

Un ejemplo de ello fué Costa Rica en 1918, relata Brown, - "una plantación aumentó su área de cultivo en un 50% sin necesidad de trabajo de mano de obra adicional y con un pequeño costo unitario de cultivo. Cada trabajador fué pagado en menor escala por unidad de trabajo, pero con el aumento de su fortaleza fué capaz de trabajar más duro y más tiempo y "recibir más plata en su salario global". Los resultados netos concluía el - reporte "fueron una mejor salud, una fuerza de trabajo permanente más productiva para ellos mismos y para sus empleadores" (12).

Los programas sanitarios se convierten así en un instrumento que facilita la acción de la fundación Rockefeller la cual buscaba aumentar la productividad de la fuerza de trabajo en cada país y constituir una forma de penetración para la dominación no sólo económica sino también política de América Latina.

1.1 Filantropia en la Fundación Rockefeller

Amor al prójimo o promoción del bienestar de la humanidad, sería como se caracterizaría de primera intensión a la actividad de esta fundación, en virtud de que sus recursos se destinaban casi - integramente a la Salud Pública y a la Educación Médica en muchos lugares del mundo, siendo sus fondos para 1922 unos - - $ 174 000 000.00.

Tanto la extensión como la intensidad de las acciones de esta fundación, en diversos campos como los de educación, saneamiento, evangelización, etc., hicieron creer a muchos países que el sentimiento humanitario de la Rockefeller era dentro de sus acciones el elemento prioritario, sin embargo en la práctica lo que se vé - es que no tenía como propósito fundamental aliviar el sufrimiento de los pueblos, sino más bien su interés iba en función de aumentar la productividad de las zonas a las que "ayudaba".

Sus primeros programas se inician en el Sur de E.U.A., de primera intención establece programas de educación para capacitar al personal en la producción agrícola, más tarde se dá cuenta de que no es suficiente para elevar la productividad — existe otro - elemento que lo impide, la anemia tropical — inicia la utilización de la medicina tropical y el saneamiento, reportándole estas medidas un gran beneficio.

Las misiones religiosas tienen un papel importante también en la fundación y elevar la prosperidad económica de E.U.A., la empresa misionera resulta ser un gran negocio retribuyendo "por lo menos mil veces lo que gastamos en ellas", refiere la fundación. - "El capitalismo como quiera, requería nó solamente de materias primas y productos baratos, también necesitaba nuevos mercados para sus abundantes bienes manufacturados" (13).

A pesar de lo anterior, la contribución de las misiones, comproba

ron que las medidas sanitarias y la medicina tropical, eran por ellas mismas, mucho más efectivas que las misiones, la capatitación o los ejércitos en el logro de los mismos fines.

En 1913 se creó la comisión Internacional de Salud para extender a todo el mundo los programas de Salud Pública contra la anemia tropical iniciadas en los E.U.A. en razón de sus beneficios económicos y físicos. Los programas fueron a las colonias del imperio Británico y después a Latinoamerica y al Asia. En 1914 iniciaron una campaña contra la fiebre amarilla y en 1915 contra la Malaria.

Así la Rockefeller, la cual trabajaba para controlar los recursos y mercados por parte de E.U.A., así como para el control político de los países no industrializados, contribuyó a crear las bases para el desarrollo de instituciones educacionales de la economía agrícola y de la Salud Pública, los cuales serían soportes del nuevo orden industrial.

Las medidas sanitarias impulsadas en los países en vías de desarrollo, propiciaron pues aunque indirectamente, la explotación económica de éstos y su control político en la medida en que pudieron incidir en las determinaciones de los pueblos a los que "ayudaban", con o sin la intención de la fundación.

2.- La Salubridad en 1910.

La dictadura Porfiriana produjo un importante desarrollo del capitalismo en México. El peón de las haciendas no fué librado de la explotación feudal, más bien se le agregó la intensificación del trabajo propia de la explotación capitalista. El porfiriato estimuló el desarrollo capitalista fundamentalmente por medio de los monopolios extranjeros y secundariamente por los terratenientes y los grandes comerciantes.

La economía Mexicana estaba dominada fuertemente por capitalistas extranjeros que controlaban cerca del 80% del capital conjunto de "las 170" (sociedades anónimas más importantes del país). "La soberanía del país es condicional; su desarrollo sigue los lineamientos que le impone el gran capital norteamericano e inglés" (14). El grupo mexicano apenas contaba con el 23% del capital correspondiente al gobierno el 14% y al sector privado tan solo el 9%.

Esta era la situación que presentaba la economía de México al finalizar la dictadura que alrededor de 30 años ejercicio Porficio Díaz y que condiciona el surgimiento de una lucha intensa del pueblo Mexicano, en la defensa de su tradición liberal dada a partir de la independencia de 1810.

Se ha polemizado mucho sobre el carácter de la revolución y se le ha definido de diversas formas; democrático liberal, agraria, anti-imperialista, democrático burguesa, revolución política, etc.

El movimiento revolucionario es popular principalmente campesino, encabezado por sectores liberales urbanos, éste a pesar de que buscaba transformaciones estructurales económicas, sociales y políticas, es decir, planteaba el rescate de los recursos naturales de manos del capital extranjero, buscaba la libertad ciudadana y la participación efectiva del pueblo en la designación de sus gobernantes, etc, no planteó la socialización de los medios de producción.

La lucha armada, de esta manera propone reformas sociales dirigidas a satisfacer reivindicaciones sociales tanto en el campo como en la ciudad.

La situación de salud previa a la revolución era bastante crítica, México contaba con algo más de catorce millones de habitantes, viviendo la gran mayoría en el medio rural. La población sufría de pobreza. El crecimiento de la población estaba estancado, incluso hubo un período en que morían más gentes de las que nacían. La mortalidad general llegó a 33.3 por mil durante la revolución, la mortalidad infantil era de 323.1 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer era de 27.41 años.

Las actividades sanitarias del Estado, aún las desempeñadas por el Ejecutivo Federal, eran esporádicas. La soberanía de los Estados era un pretexto para limitar esas actividades al Distrito Federal, a los territorios federales y a algunos puertos marítimos o fronterizos.

En el Distrito Federal funcionaba el consejo superior de salubridad creado a mediados del siglo pasado y aunque contaba con personas que eran competentes en el campo sanitario, carecía de independencia administrati

va, de autoridad suficiente y de recursos.

"Algún período de la época escribía, exagerando un tanto, que aquel consejo era conocido entre el público como el club de los inútiles y sus miembros como los inútiles del club, lo cual sugiere que se percibia bien la deficiencia de la sanidad de entonces" (15).

El interés por los problemas de salud por parte de los médicos era bajo una óptica clinica que no contemplaba más que los aspectos microbiológicos, las reacciones, etc., era una práctica dirigida al individuo y en forma de beneficencia o caridad. "La atención médica era casi exclusivamente para quienes podían pagarla con sus propios recursos, mientras que la gran masa del pueblo disponía sólo, y en unos pocos casos, de hospitales que en su mayoría eran mas bien refugios para morir que centros para la recuperación de la Salud" (16). La Salud en sintesis aún no era una preocupación real del Estado.

Cuando llega la revolución ésta hace aflorar las necesidades que existían y la gente interesada en ellas, que además participa activamente en el movimiento, tiene la oportunidad de aportar sus ideas de transformación y colocarlas en la constitución de 1917. La construcción de la constitución viene a ser un mecanismo de discusión a favor de la salud, en la fracción XVI del artículo 73 se habla de la Salubridad General, general porque su acción va a ir a todo el país — "Salubridad para todos" — .

El Consejo Superior de Salubridad es sustituido por la creación del Departamento de Salubridad Pública, el cual como institución Estatal va a

representar la preocupación del mismo por el bienestar de la población en materia de Salud. Este Departamento presenta plena autonomía y autoridad en materia de higiene y empieza a funcionar formalmente hasta - 1925 bajo la dirección del Dr. Gastélum, su creación y sus acciones van a contribuir a legitimar la postura del nuevo Estado, legitimación dada - en la medida en que el Estado Mexicano va incorporando en su programa de gobierno las demandas campesinas y populares básicas.

El proyecto nacional de desarrollo en base a la unidad de la nación, pacificación del país, recuperación sobre el dominio de sus recursos naturales, introducción de la salud popular como factor esencial de las funciones del Estado, afirmación de su autonomía frente a las decisiones propias, etc. "le permite al grupo victorioso en la revolución, canalizar en su favor el impulso popular y fortalecer la legitimidad del Estado hasta un punto sin precedente y sin paralelo durante mucho tiempo en América Latina" (17).

El Departamento inicia sus actividades con grandes campañas de vacunación, saneamiento ambiental y personal, campañas educativas, etc. Tratando de compensar lo que no se había podido hacer en la etapa prerevolucionaria.

En opinión del Dr. Gastélum jefe del Departamento de S. Pública (1925-1928), la oficina no tenía tradición burocrática, contaba con un presupuesto miserable y con una estructura defectuosa.

Menciona que se continuaba con una labor al margen de los principios -

consignados en la constitución de 1917 y su primera preocupación fué por tanto expedir un nuevo reglamento que ordenara tales trabajos (18). Por lo cual el departamento quedo dividido en varios servicios: administrativo y jurídico, enfermedades transmisibles, química y farmacia, bebidas y comestibles, ingeniería sanitaria, demografía, ejercicio de la - medicina, propaganda y educación higiénica.

La expedición del reglamento se completó poco despues, con la del nuevo código sanitario de la República, que permitiría extender a todo el país la acción de la autoridad sanitaria federal (no sólo a las instancias locales o estatales, sino incluso a dependencias generales las cuales quedaban bajo la autoridad del Depto. de S. P. si las necesidades así lo requerían).

De acuerdo a la organización existente en aquel momento, el gobierno de México, regido por una constitución federal que unía a 27 estados, 2 territorios y un D. F.; cada Edo., tenía sus leyes de gobierno propios, y por razón de su mayor y mas poderosa organización económica y técnica, los poderes federales, en la mayoría de los casos tenía la iniciativa (19).

Pero al Depto. de S. P. la constitución dió la autoridad en materia de higiene y el código sanitario era la ley de acción federal.

La acción del Departamento de Salubridad P. a nivel estatal fué la de organizar las delegaciones, nombrando un delegado federal en cada Edo. el cual trabajaba en cooperación con las autoridades sanitarias locales; asi mismo organizó sus servicios de higiene municipal, siendo requisito fundamental para la formación y establecimiento de sus unidades sanitarias lo-

cales, el apoyo económico de las autoridades locales.

Este modelo de higiene municipal fué imitación de lo realizado en E.U.A. a partir de 1920 . En México se iniciaron estos trabajos oficialmente en 1925, la primera unidad sanitaria mexicana se estableció en Minatitlán, Puerto México en 1928 posteriormente en Veracruz en 1929; otra en Tuxtepec Oaxaca y una más en Tierra Blanca Veracruz en 1930.

Así el servicio sanitario foráneo se dividía principalmente en tres grupos: Delegaciones federales de salubridad, de Puertos y Fronteras y el especial antilarvario.

- Se expidió el reglamento sobre vacunación y revacunación para la república, obligando la colaboración de todos aquellas personas que tenían bajo su jurisdicción a cualquier otro individuo.

- Vacunación contra la rabia a los perros.

- Se dá una gran vigilancia al cumplimiento del programa de bebidas y comestibles.

- Campaña especial en contra de los padecimientos venéreos sifilíticos.

- Se pone en vigor el reglamento sobre baños públicos y también en lo que se refiere a peluquerías.

- Por Decreto Presidencial en 1925 - tarjeta de salud.

- Certificado de salud para contraer matrimonio.

- Se crea un servicio de desinfectización (para combatir el tifo).

- Se trabajó de manera intensa en el servicio de propaganda y educación higiénica (enf. venéreas, aseo, "mosca", etc.).

- Se inagura el Instituto de Higiene el 17 de sep. de 1927.

- Existe preocupación por potabilizar el agua de abastecimiento de diversas ciudades del país.

Las labores del Departamento de Salubridad P. tratan de ser congruentes con la política definida en la constitución, de tal manera que se puede decir que, el mismo constituye una reivindicación social en salud para el pueblo mexicano al cual se le tenía en el olvido previo a la revolución, esto a su vez, dialecticamente constituye un factor de legitimación del Estado.

Si bien el movimiento popular propició el surgimiento de reivindicaciones en el campo de la salud, el nuevo régimen revolucionario al proponerse la realización de un modelo de desarrollo capitalista en México, favorece también la continuación de medidas sanitarias que resolvían ya desde finales del siglo pasado, algunos problemas de salud que afectaban los intereses económicos de la burguesía local y del capital monopólico.

"La segunda década del siglo XX representa para los países de América Latina en el campo de la sanidad una intensificación de las presiones de E.U.A. por la limpieza de los puertos, que se vé interrumpida por la primera guerra mundial. La fundación Rockefeller comienza sus activida-

des en América Latina orientada a la sanidad terrestre en las zonas productivas primario exportadoras" (20).

Las unidades sanitarias establecidas a partir de 1925 en zonas tropicales, las campañas básicas desarrolladas por el servicio de enfermedades transmisibles fundamentalmente contra el paludismo, la fiebre amarilla y la - uncinariacis (construcción cerca de 16 500 letrinas en 1925) constituyen o forman parte de la colaboración de la fundación Rockefeller.

- La campaña antilarvaria se extendió por una gran área de la república, haciendo participar de ella - de acuerdo con el código - a toda - compañía establecida en zonas palúdicas y cuyo capital excediera de quinientos mil pesos. Esto es una muestra del interés de los grandes capitalistas por "erradicar" el paludismo, el cual aparece como colaboración con el Departamento de S.P. y a su vez este último aparece también como colaborador o favorecedor del primero.

Finalmente, la salubridad en el desarrollo revolucionario juega un papel importante por su forma de vincularse con el mismo, ya que desde un punto de vista social se logra que la salud sea un factor importante en las - responsabilidades del nuevo Estado, atender las condiciones de salud de la población por medio de medidas sanitarias es un capítulo de interés para este período, que se logra pues con la participación popular.

Por otra parte la discusión y negociación que se establece entre pueblo y gobierno, da margen a que el nuevo Estado emanado de la revolución tenga un buen respaldo popular, y que el producto de estas negociaciones, en

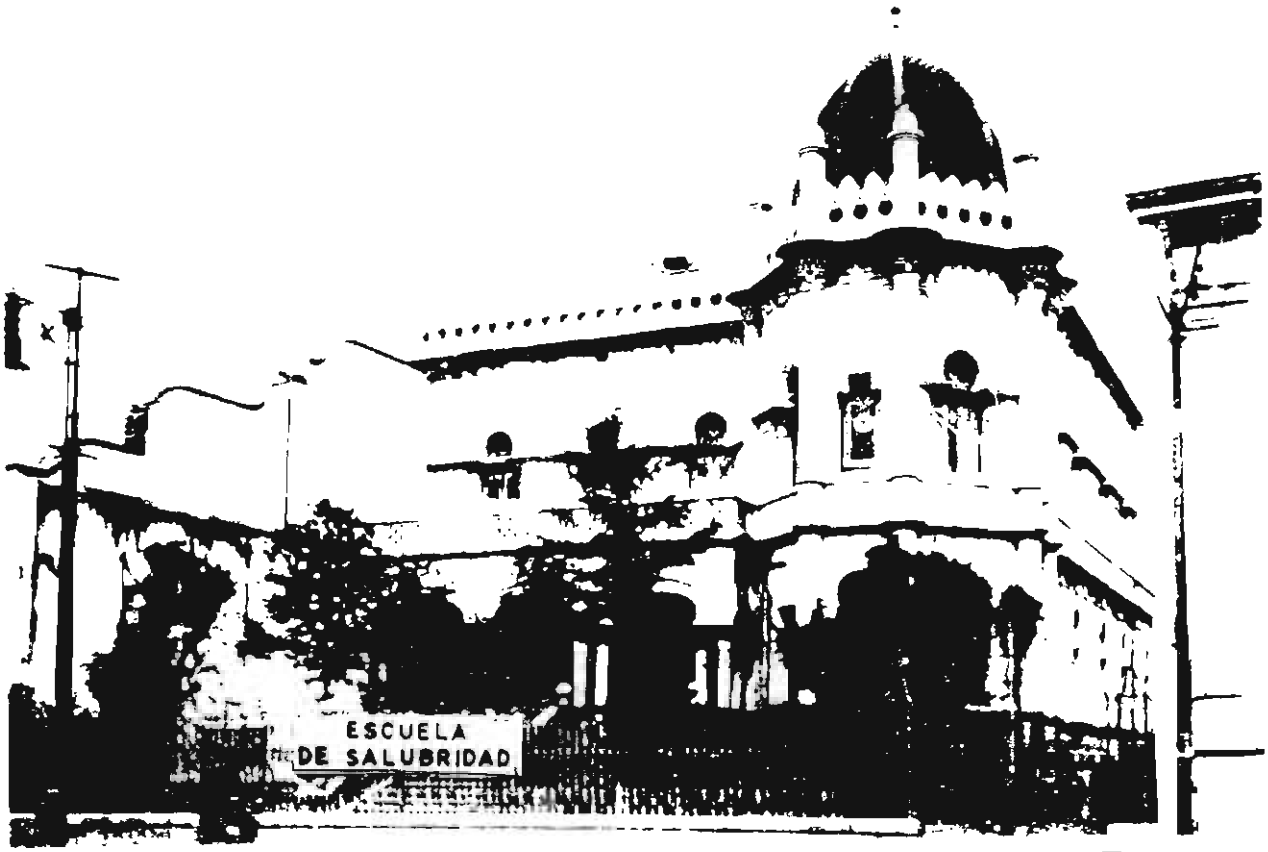
la práctica objetivadas por la extensión e intensificación de los servicios sanitarios a la población, contribuya a otorgar al Estado una legitimidad indiscutible.

Los intereses sociales y políticos no fueron incompatibles con los económicos en el Estado, y ante la búsqueda de mejores condiciones para el - desarrollo del capital, a través del crecimiento del mercado interno y externo, también se intensifican y amplian las medidas sanitarias en las zonas productivas primario exportadoras. Combatir las enfermedades que tienen que ve con la producción es sustancial para estos momentos en que es revalorada la fuerza de trabajo por el capitalismo.

3.- Nacimiento de la Escuela de Salubridad.

Al finalizar el siglo XIX (Londres 1899) la creación de Escuelas de Medicina Tropical y los Institutos de Investigación Médica, presenta un papel trascendente en la reducción de enfermedades tropicales, especialmente para el personal Europeo y Americano el cual se vé gravemente afectado al realizar sus actividades de expansión capitalista. En la construcción del canal de Panamá, los esfuerzos Franceses por edificarlo se veían limitados por la malaria y la fiebre amarilla.

El incremento de la fuerza de trabajo había sido posible sólo con el aumento de la salud de los trabajadores de las zonas de producción agrícola - exportadora, y ésta se había logrado a través de programas sanitarios. La creciente expansión capitalista en Latinoamérica y en otros continentes



Edificio que ocupó la Escuela de Salubridad hasta 1930. Antes de trasladarse a su sede actual.

creó la necesidad de profesionalizar el trabajo sanitario y de construir una infraestructura para dar continuidad a los fines económico-políticos de los países industrializados.

Fué así como surgieron las primeras escuelas de Salud Pública en E.U.A. y posteriormente en América Latina, las que van a guardar "una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de E.U.A. ya que una gran mayoría de profesores se han formado en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Arbor, California y otras" (21).

En 1920, durante la conferencia sanitaria internacional de las Repúblicas Americanas, una de las resoluciones adoptadas fué: "recomendar a los gobiernos que instituyan la carrera de médicos higienístas" (22).

Esta referencia nos enmarca la creación de varias escuelas Latinoamericanas durante éste período, entre las cuales está la de Sao Paulo que es probablemente la más antigua y cuyo origen se remonta a 1918, México en 1922, Cuba en 1927 a través del Instituto Carlos Finlay.

La infraestructura sanitaria en el país no puede darse sólo a través del surgimiento de una institución dedicada a realizar actividades en este campo, resulta indispensable que cuente con recursos humanos capacitados para emprender el desarrollo de los programas de salud puestos en marcha después de la revolución y que presentan una gran proyección a lo largo del país.

Las características de formación de los médicos de aquel entonces, gira-

ban en torno a un modelo médico de práctica liberal, clinica, individualista. Aunque hubo muchos médicos que participaron en la transformación de la concepción de salud y mostraron preocupación por dar un nuevo tipo de atención a la salud del pueblo mexicano, hubo también médicos que se oponían a estas transformaciones dificultando con esto la creación de la Escuela de Salubridad.

"Las políticas de desarrollo del nuevo régimen, afectaban en muchos casos los intereses directos de los grupos profesionistas liberales. Es el caso de las políticas de salud del nuevo gobierno que planteaban como prioridad a la Salud Pública, opsión de ejercicio profesional médico no liberal. Cuando el gobierno de Obregón intentó fundar en la Universidad una escuela de Salud Pública tropezó con la oposición radical y airada del gremio médico y la Escuela de Salud Pública hubo de crearse fuera de la Universidad bajo la tutela de la Secretaría de Salud Pública (23).

Es bajo esta situación particular dentro del campo de la educación como se condiciona la creación de la Escuela de Salubridad bajo la organización del Departamento de Salubridad Pública, el cual pudo haber determinado también la situación de la Escuela por la gran vinculación que se establecía entre las dos y por el compromiso que como institución estatal mantenía tanto con las necesidades populares en cuestión sanitaria, como con las necesidades de crecimiento del capitalismo en México. Sin embargo es posible ver que desde el inicio de la escuela cuenta con el obstáculo ideológico médico de los profesionistas de ese tiempo y que más adelante trataremos.

Al igual que otras escuelas le antecede tentativas de organización de cursos de adiestramiento, pues ya desde 1921 se realizó un curso práctico - de Bacteriología para jovenes que más tarde pudieron ser ayudantes o encargadas de laboratorios de bacteriología en las delegaciones y otras dependencias del Departamento de Salubridad Pública.

La escuela se inagura el 23 de marzo de 1922 y aunque no se han encontrado políticas explícitas de la función de la misma, en la inaguración se dijo que sus objetivos serían encaminados a dirigir o realizar las distintas actividades sanitarias en los diversos Estados del país, de esta manera el D.S.P. no se limitará a llenar sus propias necesidades sino que la actividad de la escuela se haría sentir en todo el país (24).

Durante este acto se hace patente la preocupación del Departamento de - Salubridad Pública (D.S.P.), por desarrollar un programa higiénico cada vez más extenso para ir difundiendo la educación sanitaria en el pueblo, la cual se objetiviza a través de una gran actividad desplegada no sólo por el D.S.P. sino también por los maestros rurales.

Asi la higiene personal presenta una importancia básica que es congruente con la grave situación de salud del país y que es dada fundamentalmente por la morbimortalidad de causas infecciosas.

Bajo el contexto anterior, de reafirmación política fundamental y reorientación económica se inicia el desenvolvimiento de la escuela para satisfacer las necesidades de contar con médicos especializados en inspección, bacteriología, epidemiología, consejeros técnicos y jefes de servicios, ya

que la formación del médico era insuficiente para atender las prácticas mencionadas.

La escuela al inaugurarse carecía de edificio propio y casi por completo de elementos de trabajo, el intento de formar médicos sanitarios no se - logró por completo debido a la escacés de profesorado competente para impartir muchas de las materias sanitarias más importantes (considera das para esa época) como: epidemiología, estadística médica e higiene industrial, administración sanitaria e higiene industrial; aún cuando el - informe rendido por Alvaro Obregón ante el Congreso de la Unión el 1 de sep. de 1921 se refiere haber pensionado y comisionado a varios médicos que durante esa fecha se encontraba en E.U.A. y en europa haciendo es- tudios sobre higiene.

Refieren las memorias de salubridad que no se logró que se inscribiera en los cursos respectivos un grupo de médicos jóvenes con verdadera - "vocación" por la salubridad (25).

A pesar de las limitaciones señaladas de la escuela, se logró capacitar al personal en los cursos siguientes:

		No graduados
1923	Oficiales de Salubridad	9
	Oficiales sanitarios de puertos y fronteras para combatir paludismo peste, fiebre amarilla.	6

1924 Oficiales de Salubridad 7

(26).

Los cursos impartidos en la primera generación de la Escuela de Salubridad (E. S.) daban oportunidad de obtener dos tipos de diplomas: Oficial de Salubridad y Estudios Superiores de Higiene y Salubridad Pública. Ambos diplomas sólo podían ser obtenidos por médicos.

Dentro de su plan básico cursaban asignaturas tales como: Higiene General, Administración Sanitaria, Legislación Sanitaria, Epidemiología, - Bacteriología Práctica, Ingeniería Sanitaria, Demografía, Examenes de Alimentos y Bebidas y Teoría y Práctica de la Desinfección, cuyo contenido presentaba un enfoque biologisista puro, dirigido a encontrar el microorganísmo "causante de la enfermedad".

Secundariamente se tenían otros cursos como higiene infantil, higiene escolar, etc. Los cargos que ocuparían los egresados en el D.S.P. serían de: Inspectores Sanitarias, Oficiales de Salubridad, Médicos Escolares, Médicos Vacunadores, etc. - los cuales están estrechamente relacionados con los programas desarrollados por el D.S.P.

3.1 Oficiales de Salubridad

El plan de la E. S. descrito previamente es complementado con parasitología, un curso especial de fiebre amarilla y peste para - quienes fueran a trabajar a puertos y fronteras, y de paludismo y uncinariasis para las áreas productivas. No es casual entonces - que la primera promoción de egresados realice sus tesis sobre el

mejoramiento de los puertos y fronteras de la República, este hecho viene a replantear la postura de la E.S. que como parte del D. S. P. y a su vez como representante del Estado en el campo de la salud, la priorización de la enseñanza en función de las necesidades del creciente capitalismo en México; el que necesita garantizar un buen movimiento marítimo que sea favorable a las relaciones mercantiles capitalistas.

3.2 Decreto Presidencial para Reestructuración de la Escuela de Salubridad.

En virtud de que el diseño curricular planeado es rebasado por la insuficiente preparación de los docentes, ya que la escuela sólo es capaz de formar médicos sanitarios durante las dos primeras generaciones, posteriormente los cursos son para personal no médico (ayudante de laboratorio de bacteriología, curso de enfermeras-visitadoras, inspectores de comestibles y bebidas, agentes sanitarios, agentes de servicio de enfermedades transmisibles, etc.).

En 1925 se expide un decreto para modificar la E.S. tomando en cuenta que no existía personal docente con experiencia que pudiera integrar un núcleo calificado de profesores para la misma y:

"Considerando: primero que el Depto. de Salubridad Pública debe contar con un personal especialista que pueda desempeñar con éxito los servicios sanitarios del ramo, cuya eficacia depende de los conocimientos técnicos de que se disponga para garantizar los inte

reses del público;

2do. Que la existencia de la medicina preventiva constituyen en todos los países una profesión especial y se logra; en ellos por medio de una preparación específica de que carecemos en el nuestro (27).

Se enviaron médicos a diferentes escuelas de E.U.A. durante uno o dos años para prepararse como maestros en Salubridad. (Ver Anexo 7) decreto presidencial.

Aunque el decreto fué de carácter nacional, la fundación Rockefeller participó de manera paralela, brindando apoyo en la pensión de los médicos seleccionados. Y aún cuando apegado con gran lógica a las necesidades de ese momento y a las posibilidades de cubrirlas con el apoyo de las Escuelas de Salubridad de los E.U.A., esto sienta un precedente muy significativo en los contenidos curriculares de la E.S., la cual seguirá muy de cerca los principios doctrinarios de las escuelas norteamericanas y consecuentemente establecerá una dependencia en este sentido que difícilmente dejará pues posteriormente muchos médicos mexicanos continuarán estudiando en estas escuelas y regresarán en muchos casos como docentes de la E.S. Es decir, el saber y la práctica médica sanitaria en México durante muchos años seguirá las directrices formuladas en el extranjero.

Los cursos mencionados previamente para personal no médico, eran obligatorios para los empleados del D.S.P., a los cuales se les impartía un

curso complementario de legislación sanitaria (Anexo 8).

Las inscripciones para el curso de 1927, tuvieron una escases relativa de empleados del departamento y una abundancia de alumnos "libres". Este hecho es explicado por las autoridades de la escuela en base a que por la misma ha pasado un número considerable de empleados del Departamento (teniendo la mayoría el certificado extendido por la escuela). Por otro lado refieren que la escasez de trabajo y la crísis económica de ese momento fueron una causa muy poderosa de aumento de inscripciones (los alumnos creían que una vez obtenido los diplomas correspondientes tendrían empleo seguro en el departamento), sin embargo las vacantes que se presentaban cada año en las distintas dependencias del Departamento eran relativamente escasas. (28)

- Situación médica que no difiere mucho de lo que pasa actualmente, aunque el problema hoy es mucho más complejo.

En la promoción 1927-28.- Se suprimió el curso para enfermeras visitadoras, en virtud de que se habían graduado ya 48 alumnas.

1927.- El curso de Hematología y Entomología (especialmente desde el punto de vista del paludismo) se encomendo a una "eminencia mundial" en la materia, el profesor Peter Mühlens del Instituto de enfermedades tropicales de Hamburgo.

Las funciones de la E.S. estaban constituidas por las necesidades del D.S.P. los cuales iban desde educación del personal del D.S.P. hasta

educación de los aspirantes a empleos técnicos del mismo, además colaboraba con la sección de propaganda y educación higiénica. (Ver Anexo 9).

La autonomía financiera administrativa de la escuela no existe pues está íntimamente ligada con el quehacer del D.S.P., y en cuanto a la autonomía academica casi se definiría en los mismos términos, además de que presentaba una fuerte carga ideológica del saber y la práctica sanitaria de E.U.A. como ya habíamos visto.

Para 1929 la orientación de la escuela cambia, volviendo a la idea original que se tuvo al fundarla, dedicándola principalmente a la preparación de médicos y enfermeras de Salubridad y no solamente a la preparación de agentes e inspectores.

Creando para este fin los cursos de:

1).- Urología y Venereología para los médicos de los dispensarios venereo sifilíticos.

2).- De tisiología para médicos encargados de la lucha antituberculosa.

3).- Pediatría y alimentación infantil.

4).- Higiene doméstica (enfermeras visitadoras).

5).- Puericultura e higiene infantil (desde 1928).

La creación de estos cursos no implicó la anulación de los cursos impartidos previamente. (29)

En la práctica estos cursos intentaban vincularse a la problemática de -

Grupo de alumnos de la Escuela de Salubridad. Clase de Bacteriología. (Informe del año 1926.)

Salud del país, sin embargo el presupuesto destinado a los programas de este tipo no podía compararse con el de los programas destinado a erradicar las enfermedades que afectaban la producción, ya que éste renglón contaba con la ayuda de la fundación Rockefeller.

El inicio del sanitarismo como profesión cuenta con muy poca demanda, la ideología médica de principios de este siglo era dirigida a la búsqueda de un reconocimiento intelectual, una posición económica, comodidad y seguridad en el trabajo, etc. Condiciones que en buena parte no podían alcanzarse a través de esta profesión, la cual requería de dedicación, esfuerzo, reportaba incomprensión, privaciones y algunas veces - refiere el Dr. Angel de la Garza Brito - persecusión.

La formación que recibia el profesionista en el transcurso de la Escuela o Facultad de Medicina, estaba alejada de la medicina preventiva y de la salubridad, su enseñanza era mínima y eran agregados a los diseños curriculares médicos como apéndice, sin integrarlos a la totalidad de la - ciencia médica, este factor obviamente representaba un obstáculo más para interesar al médico clínico sobre el campo de la salubridad.

Como pudimos apreciar a través del nacimiento y desarrollo inicial de la E.S., es que la racionalidad que la impulsa como órgano del D.S.P. es la de reproducir los principios que hacen funcionar al mismo, que inmerso en una red de relaciones antagónicas y contradictorias va abriendo paso al desarrollo de una sociedad de clases y donde el Estado juega un papel conciliador.

4.- El Cardenismo y la Escuela de Salubridad e Higiene.

En la década de los 30 México era uno de los países más atrasados en materia de salud pública y sus índices de morbimortalidad infantil y mortalidad general estaba por encima de varios países Latinoamericanos con características económico-políticas semejantes. Las estadísticas de mortalidad demostraron que más del 53% de las defunciones se efectuaban entre los menores de 15 años de edad y más del 47% del total de las defunciones corresponden a niños menores de 5 años.

Las enfermedades que aparecen como principales responsables de la alta mortalidad son: las diarreas y enteritis, las bronconeumonias, el sarampión, la tosferina, la debilidad congénita y la sifilis (30).

La población rural carecía de las exigencias de la higiene pública - el - 85% de 300 villas y ciudades principales de la república no tenían agua - potable ni drenaje (31).

Esta situación demuestra el retraso sanitario que México vivía durante - está década, sobre todo la mortalidad infantil con tasa de 140 muertes por 1000 nacidos vivos enfatizaba el subdesarrollo económico y sanitario del país y demandaba al gobierno de Cárdenas definiera ampliamente sus políticas y la acción de salud.

4.1 De la Beneficencia a la Asistencia: Nueva Concepción de la Atención a la Salud.

La actividad asistencial en México es iniciada por personajes filántropos y posteriormente continuó por asociaciones de carácter religioso, más tarde cuando se esbosó la idea de que acudir en - auxilio del necesitado es un deber de la colectividad, el poder civil tomo a su cargo las actividades asistenciales consideradas todavía como "beneficencia" sin embargo en la época Cardenista este concepto gira radicalmente de beneficiencia (ayuda al necesitado considerada como un obsequio al desvalido) por el de "deber del Estado" recibiendo el necesitado la ayuda como un servicio al que tiene pleno derecho.

Esta concepción rectifica la orientación general del Edo. frente al problema de la salud, el cual durante las 3 primeras décadas de este siglo la acción fundamental, había sido desde la óptica sanitarista dictada importantemente por el proceso de colonización - sin embargo la participación estatal rectifica su acción en función de sus intereses de hegemonía y aparece como Edo. benefactor a través de la implantación de una serie de medidas encomendadas a prestar servicio médico de nivel secundario.

"Dentro de la más avanzada y más revolucionaria teoría sanitaria se pregona que la salud es un derecho definido que posee todo hombre, a que la sociedad representada por el Estado, vele por ella,

así como exigir que el propio Estado dicte y aplique medidas y disposiciones tendientes a guardar la misma salud y a incrementar la raza por una parte, y por la otra, también un derecho de la colectividad reaccionando sobre el individuo aún cuando por su propia voluntad o factores diversos puede ser con su presencia o su acción un peligro, extendiéndose tal derecho a obligarlo a cuidar él mismo su salud...." (32).

Diciéndose también que la salud es un derecho y que tanto el individuo como la sociedad deben cuidar y exigir al mismo Estado que establezca medidas para protegerla y en este doble derecho del individuo y de la colectividad debía de fijarse los cimientos para organizar los servicios sanitarios.

A partir de los años 30 frente a la crisis mundial capitalista, se presentan condiciones adecuadas para impulsar el proceso de industrialización vía substitución de importaciones. Lo anterior se expresa en función de la actuación directa del Estado, de la burguesía nacional y del sector externo, predominantemente, relegando a un lugar secundario a los sectores exportadores del enclave minero y el petroleo.

"La situación que guardaba el país a tres lustros de la revolución triunfante, era muy semejante a la que se mantenía al final del porfiriato: los empresarios extranjeros dominaban las actividades fundamentales de la economía y el latifundio seguía impidiendo el de-

sarrollo agropecuario y frenaba el progreso del país" (33). - Frente a esta situación Lázaro Cárdenas apoyándose en sentimientos nacionalistas y democráticos del pueblo, adoptó una política - de cambios estructurales.

La política del gobierno - decía - está dirigida a mantener el equilibrio entre los factores que intervienen en la producción, que son el trabajo y el capital.

Cárdenas consideraba que la clase capitalista era necesaria para el progreso de México, ésta debidamente controlada y dirigida podía asegurar un funcionamiento adecuado del aparato económico - del país. Todo dependía del papel del Estado que decidiera desempeñar. México por tanto podía renunciar al capitalismo sin renunciar a la clase capitalista (34).

La reforma agraria, la nacionalización de los ferrocarriles y la expropiación petrolera, sumados a ciertos textos de la constitución (art. 3, 27, 123) al contenido popular y nacionalista de los programas de gobierno y el ambiente cultural e ideológico producido por el estallido revolucionario, confieren al Estado Mexicano una enorme base de apoyo social y un grado considerable de autonomía frente al bloque dominante. Un Edo. así construido en alianza con las clases dominadas (primordialmente las masas campesinas), adquirió desde su surgimiento una legitimidad incuestionable ante - el conjunto de la sociedad (35).

Pasamos a ser un país de pequeños propietarios, de ejidatarios y de grandes empresas agrícolas de tipo capitalista. A este fenómeno agrega González Casanova, se añade otro no menos importante: La industrialización del país con el aumento del mercado interno, con las nacionalizaciones, con todos los procesos de acumulación original y de capitalización, el Edo. adquiere nuevas funciones de empresario, y las clases dominantes juegan nuevos papeles de industriales, grandes comerciantes, banqueros.

La política nacionalista de Cárdenas, en que por primera vez se tomaban medidas para rescatar la riqueza del país de manos de los monopolios extranjeros, también es congruente con las reformas sociales realizadas en la población y que se objetivizan en el desarrollo de las actividades médico sanitarias.

En los años previos al sexenio de Lázaro Cárdenas se observa que existe preocupación en el Depto. de Salubridad por tener una acción sanitaria directa en los estados del país, encaminada principalmente hacía la reducción de la morbimortalidad por las enfermedades predominantes en cada lugar por lo cual se crea el servicio de Sanidad Federal en los Estados, siendo los siguientes grupos de servicios los que lo integran.

I.- Labores de la dirección del servicio-demografía.

II.- Profiláxis de enfermedades transmisibles - datos epidemiológicos.

III.- Trabajos especiales de las delegaciones de los estados.

IV.- Trabajos especiales de las delegaciones en puertos y fronteras y de los servicios de desratización.

V.- Trabajos especiales de la campaña contra las enfermedades tropicales.

VI.- Trabajos especiales de la campaña contra oncocercosis.

VII.- Trabajos especiales de las unidades sanitarias cooperativas.

VIII.- Trabajos especiales de los servicios de higiene rural.

IX.- Trabajos especiales de las brigadas sanitarias. (36)

Durante este tiempo aún cuando se dice que la labor fundamental - del Depto. es la profiláxis, es evidente que esta es sesgada hacia el fenómeno visto anteriormente - profilaxis de enfermedades ligadas a la producción - y queda en un plano secundario la profiláxis de enfermedades infecciosas como por ejemplo diarrea y enterítis que ocupa el primer lugar de la mortalidad.

Estos hechos nos llevan necesariamente a correlacionar las necesidades de salud de la población, las cuales no corresponden directamente a las prioridades sanitarias que van unidas directamente al tipo de formación socioeconómica del país, la cual demanda fuerza de trabajo para su desarrollo industrial y agrícola (mercado - interno).

Más tarde cuando el gral. Lázaro Cárdenas llega al gobierno los -

servicios del Depto. de Salubridad Pública adquieren una nueva orientación, estando a su cargo el Dr. y General José Siurob, la política del régimen en los términos de salud se expresan así:

"La Salud Pública es también base de la salud del pueblo que aspira a realizar la unidad nacional mediante felicidad común, debe - considerarse la salud pública como uno de los problemas esenciales de la administración (37).

Asi mismo se decía: "el departamento ha llegado al firme convencimiento de que más de la mitad de la labor que desarrolla descansa en una obra de educación y el resto corresponde para lograr el éxito deseado - al mejoramiento económico de la población y a la acción técnica que con los escasos recursos ha contado el Depto. El presupuesto en salubridad es duplicado a lo largo del sexenio (Ver Anexo 10).

4.2 Acción Estatal en el campo de la Salubridad.

El Departamento de S.P. en 1936 creó los servicios médicos sanitarios ejidales colectivos teniendo como objetivo la prevención y la curación de las enfermedades del medio rural, asi como el mejoramiento de la comunidad por medio del saneamiento y la higenización de los lugares habitados por los campesinos" (38).

Esta acción fué acompañada de una intensa dotación de agua potable - 337 localidades - siendo esta obra una de las más notables

por su trascendencia sanitaria.

En otro orden de cosas, desde el primer año de este periódo presidencial, en el aspecto jurídico se da cumplimiento a dos lineamientos del plan sexenal: "se dictó la ley de coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la República, que organiza el funcionamiento simultáneo de autoridades sanitarias federales, estatales y municipales; y se expidió el nuevo código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, incluyendo actividades médicas e higienicas de carácter social (39).

El Servicio de Higiene Industrial fué creado con carácter de autónomo, con la mira de proteger la salud de los trabajadores del campo y de la ciudad. Este punto se corresponde particularmente en una de las declaraciones hechas en el informe presidencial de 1938, en el que se dice: "Es conveniente hacer notar ante nuestra representación, una de las labores más imperiosas que tiene nuestro país: el de salubridad. En toda la extensión nacional existen focos que dañan la salud de los habitantes que impiden el aumento de la población y el desarrollo de la agricultura y de la industria, muy particularmente en las costas (40).

Por otra parte, se formuló el proyecto de ley para la creación de la comisión nacional de alimentación. Se aprobó el programa para el funcionamiento del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, hecho que no está desvinculado con lo que hemos veni-

do hablando a lo largo del trabajo - mantenimiento de la fuerza de trabajo de zonas productivas.

Se ampliaron los laboratorios del Instituto de Higiene para llenar las necesidades de profiláxis e inmunización en los nuevas zonas del país que tienen servicios sanitarios, prestandose especial atención a la elaboración de sueros y vacunas.

Sin embargo aún cuando todos estos hechos no pueden desmentir la gran labor sanitaria, a principios de 1937, se consideró que la beneficiencia debía evitar las causas de la debilidad social pugnando por reincorporar a los individuos a la producción creandose para tal fin un organismo de terapia social.

En 1938 se creó la Sria. de Asistencia Pública, considerando la sistencia como una obligación del Estado (41) y lo curioso en este aspecto es que el presupuesto que se aprueba para la asistencia es mayor que el de la salubridad. Este fenómeno probablemente se debió a tratar de compensar lo realizado en años anteriores en este terreno (Ver Anexo 10).

4.3 Reestructuración de la Escuela de Salubridad e Higiene.

La escuela encaminada a capacitar los recursos humanos del Departamento de S.P., recibe durante el último tercio de la década de los veintes un gran impulso, sin embargo al parecer los frecuentes cambios presidenciales, repercutieron indirectamente en su es

tabilidad.

Durante los años 1933 y 1934 su actividad fué mínima, existe la - opinión de que el periódo de 1930 - 1938 es un periódo débil, debido nuevamente a la "carencia de orientación, carencia de personal docente debidamente capacitado y sobre todo a la falta de apoyo de las actividades" (42).

Lo que se ha podido apreciar en el contenido de los informes trimestrales de la escuela es que su orientación es clasicamente biologicista, es decir la concepción sanitarista que se rescata está - basada en la causalidad biológica y como tal son encausadas las acciones sanitarias con lo cual se expresa en la tendencia encontrada desde su origen, la búsqueda principal está destinada al control - de las enfermedades transmisibles que tienen directa relación con la productividad, es decir este fenómeno se repite tanto en la enseñanza como en la práctica, y hasta antes del gobierno de Cárdenas el mayor énfasis es dado en este sentido a través de las campañas de erradicación contra la fiebre amarilla o el paludismo por ejemplo - contando con gran ayuda por parte de la fundación Rockefeller- situación que contrasta con la actividad dirigida a atacar las enfermedades infecciosas que tiene menos que ver con la producción y que se suelen contrarrestar con Educación al pueblo, ya que el - presupuesto no daba para más en este punto.

Al iniciar el año de 1935 ocurre un cambio significativo en la capa-

citación del alumnado de la escuela, la gran mayoría de los cursos que inician tienen que ver con la problemática del campo, es decir que para la escuela pasa a ser lo importante la atención al medio rural en función de sus necesidades más apremiantes.

Este hecho refuerza lo dicho anteriormente ya que la política de - salud establecida en dicho sexenio trata de materializarse tanto en las acciones sanitarias como en la capacitación de los elementos que van a llevar a cabo su realización. Surgen así cursos que van a dar capacitación a médicos y enfermeras rurales esta actividad educativa se complementa con el establecimiento de los servicios médicos sanitarios ejidales colectivos (1936) y la introducción de agua potable a multiples poblaciones.

En esta forma se implementan en la escuela cursos por correspondencia de malariología y de higiene para maestros rurales. Asi - mismo se crea el curso de enfermeras instructoras, las cuales - van a trabajar uno de los puntos señalados en el plan sexenal, en el que se demanda un servicio de enfermeras rurales en la proporción mínima de una para cada 10,000 habitantes, estas enfermeras instructoras se distribuirían por el país e irían a formar grupos - de enfermeras rurales (43).

La capacitación del alumnado se complementaba durante este periódo en la Oficina Cooperativa de Especialización Sanitaria e Higiene Rural establecida en Xochimilco, D.F. - estando sostenida

con la colaboración de la fundación Rockefeller - esta misma Oficina también ayudaba en los servicios de higiene rural.

Para 1938 se realiza una reorganización de la escuela a través de un decreto presidencial (30 de sep. de 1938), el cambio obedece a que para esos momentos no está cumpliendo con los fines ni las necesidades de la época. (Ver Decreto Anexo 11). Así la escuela cambia su orientación y su nombre - Escuela de Salubridad e - Higiene.

Al mismo tiempo se designó el Consejo Directivo conformado por el jefe del Depto. de S.P., un representante de la secretaría de Educación Pública y el propio director de la escuela, con este hecho es visible como trata de darsele más oficialidad o formalidad dentro del aparato estatal.

La escuela adquiere una nueva estructura y su enfoque intentaba - acercarse a la problemática sanitaria del país, de tal suerte, la enseñanza que impartiría la escuela sería para:

1).- Médico Higienista.

2).- Enfermera Visitadora Sanitaria.

3).- Oficiales Sanitarios.

4).- Educación Higienica para Maestros y

5).- Las Especialidades que el Departamento de Salubridad considere necesarias para el mejor desarrollo de las actividades que le estén encomendadas.

Los recursos materiales y humanos se incrementaron dando énfasis especial a la biblioteca y a la instalación de laboratorios. La escuela a partir de 1939 quedó instalada en el Instituto de Enfermedades Tropicales.

Finalmente es posible advertir que tanto la dirección de la escuela como la implementación de las actividades sanitarias toman un nuevo rumbo con el cambio político dado por la presencia de Cárdenas, el que a través de su óptica más integradora y nacionalista en todas las esferas de la vida social del país, da una nueva tónica a la escuela teniendo en ello como ejemplo su concepción de la escuela rural:

La educación socialista combate el fanatismo, capacita a los niños para una mejor concepción de sus deberes para con la colectividad y los prepara para la lucha social en la que habrán que participar cuando alcancen la edad suficiente para intervenir como factores de la producción económica (44). Ideológica y materialmente - se contribuye al mejoramiento de los niveles de salud de la población, de una manera más decisiva que los gobiernos anteriores pero no sin dejar de lado la importancia que tenía el continuar con - la atención a las enfermedades que presentaban interés en la productividad - como el paludismo por ejemplo -.

II.- DEL SANITARISMO A LA ATENCION MEDICA Y PREVENTIVA.

La etapa anterior se caracterizó por una estrecha vinculación entre la práctica médica sanitaria y la introducción y el desarrollo del modo de producción capitalista en México; la exportación de materias primas a E.U.A. fundamentalmente y el establecimiento de mercados de nuestro país vecino en la República Mexicana, son factores que estimularon ampliamente el desarrollo de la actividad sanitaria, la cual también apoyada importantemente por el proceso revolucionario, se presenta como el centro de la actividad en salud, por medio del Estado, siendo ésta una instancia mediadora entre los diferentes intereses de los grupos sociales existentes.

La década de los 40 significa para México una definición clara de su proceso capitalista, la sólida base Estatal establecida por el régimen anterior y las condiciones internacionales (2a. guerra mundial) estimulan el desarrollo industrial y el aumento de la infraestructura de la exportación agrario-minera del país. Esta situación determina nuevamente el tipo de práctica médica que va a satisfacer las demandas de salud para este modelo de desarrollo. La estrecha relación entre la práctica y el saber médico, hace también que este último modifique sus tendencias en función de la nueva práctica médica, por lo cual la Escuela de Salubridad e Higiene (E. S. H.) adquiere un perfil diferente en el marco de las actividades de la S. S. A. de la cual todavía depende.

1.- Impulso al Desarrollo Industrial de México.

El estallido de la 2da. guerra mundial (1939) y el cambio de gobierno en nuestro país (1940) señalaron el inicio de una nueve etapa en las relaciones con E.U.A., (y potencias Europeas) con México. La tirantez que caracteriza a la mayor parte de las décadas anteriores iba a ser substituida, por políticas de acercamiento y "cooperación".

Aunque por las claras razones históricas, lo único que estaba cambiando en la política norteamericana hacia México era la forma, los instrumentos utilizados y la intensidad en que eran empleados, pero se mantenía la misma esencia, el mismo contenido imperialista que desde el siglo pasado caracterizó a dicha política.

Las diversas formas que adoptó la "cooperación" (que abarco muy variadas actividades: comercial, cambiaria, financiera, suministro de mano de obra, salud, etc.) solo nominalmente tuvieron un carácter bilateral (o multilateral) pero de hecho fueron concebidas por E.U.A., principalmente para su propio beneficio, como medios para lograr, sus fines, durante la guerra y después de ella. Los E.U.A. persiguieron esencialmente dos objetivos:

a).- Elevar al máximo el esfuerzo para ganar la guerra, con el menor costo posible para ellos.

b).- Sentar las bases para asegurar la expansión comercial y financie

ra de las grandes empresas norteamericanas en la postguerra y asumir el liderazgo del mundo occidental. (45)

La segunda guerra mundial propicia una segunda fase de substitución de importaciones en México. La guerra obliga a los países industrializados a desplazar la elaboración de bienes de consumo no duraderos, duraderos, intermedios y bienes de capital por la formación de una industria bélica. El Estado, la burguesía nacional e incluso los representantes del sector externo en México, orientan con mayor intensidad la industrialización para satisfacer tanto la demanda externa como la interna de los diferentes sectores del país.

Avila Camacho asciende en 1940 a la conducción del Estado y aprovecha la coyuntura histórica que se presenta para acelerar la política de industrialización mediante la sustitución de importaciones. "Esta política no se dirige en forma radical a cancelar las relaciones de dependencia, pretendiendo dejar de ser los tradicionales exportadores de materias primas e importadores de bienes manufacturados; más bien si en algún momento ello se advierte, es debido a las mismas condiciones existentes en el mercado mundial, asociadas a los impulsos de las fuerzas internas". (46)

El papel del Estado esta encaminado a proteger a los grupos empresariales y a relegar a los sectores populares — cuestión que se define bastante bien en el terreno de la salud —. La política expropiatoria de Cárdenas es modificada pues se busca la participación de grupos empresariales extranjeros en la estructura económica.

Así mismo el Estado ofrece condiciones favorables para el establecimiento de las industrias, a los empresarios nacionales como: excención de impuestos, otorgamiento de capitales, facilidades necesarias para la importación de máquinas, equipo, insumos industriales y materias primas en general.

En estas circunstancias los empresarios extranjeros encuentran un campo propicio para establecerse en la industria, alejándose en forma gradual de las actividades primarias en un ambiente ajeno a las amenazas expropiatorias. (47) (Ver Anexo 12).

Las inversiones directas y créditos de monopolios norteamericanos e incluso créditos del propio gobierno de E.U.A. son muy importantes y constituyen un instrumento básico de penetración y dominio de nuestro país vecino sobre el nuestro.

Los E.U.A., eran los inversionistas más importantes en nuestro país, correspondiéndoles el 64 por ciento de las inversiones extranjeras directas totales en 1940 y el 71 por ciento en 1955. (48) (Ver Anexo 13).

Finalizada la guerra, se define la estructura económica mundial, se integra la configuración capitalista, la cual surge bajo la dirección norteamericana. Para Latinoamérica significa una nueva división internacional del trabajo, distinguiendose entre los países productores de bienes manufacturados y máquinas livianas, de los países productores de máquinas pesadas; es decir los ampliamente industrializados. Las características económico-políticos y sociales en la cual se desenvuelve el país van a condi-

cionar el surgimiento de una nueva práctica médica.

2.- Influencia de la Segunda Guerra Mundial en algunos aspectos de la Salubridad en México.

Las condiciones mundiales en 1940, favorecen la organización de las instituciones norteamericanas destinadas a prepararse para la guerra o bien para una competencia económica en caso de que Alemania venciera en Europa; refiere Juan César García:

"La Oficina para la coordinación de relaciones comerciales y culturales entre las Repúblicas Americanas, se crea en este año con la finalidad de llevar a cabo la política anterior, nombrando como coordinador a Rockefeller, éste inicia un programa de mejoramiento del saneamiento y salud bajo la dirección del Instituto de Asuntos Inter-Americanos, siendo sus objetivos:

1.- Militarmente.- Fomentar las condiciones de salud en áreas estratégicas, particularmente con relación a los requerimientos de nuestras fuerzas armadas y aquellas de nuestros aliados americanos.

2.- Político.- Desempeñar las obligaciones de este gobierno con relación al programa de salud y saneamiento asumido bajo la resolución 30 adoptada por la Conferencia de Río de Janeiro en 1942.

3.- Producción.- Hacer posible un aumento en la producción de materia prima en las áreas donde existen malas condiciones de salud.

4.- Moral.- Demostrar con hechos así como con palabras los beneficios tangibles de la democracia en acción y los logros que sostiene la población civilizada. (49).

La explicitación de los objetivos anteriores muestra claramente las directrices de nuestro país vecino, cuyo sentimiento de "colaboración" permite ir implantando las posibilidades y estrategias no sólo económico-productivas sino incluso ideológicas, que sus tentarán su hegemonía.

Sus objetivos eran amplios pues pretendían abarcar una situación general a fin de asegurar su posición no sólo en la guerra, sino también como futuro país capitalista hegemónico, en terreno económico y político al mismo tiempo estos objetivos fueron la via de entrada para influir enormemente en el tipo de práctica médica en México; una gran parte de sus actividades se dirigen a apoyar el nuevo tipo de práctica médica que va a dominar durante este período — la atención médica — por medio de la construción de hospitales y centros de salud (estando estos últimos ligados a la actividad de la escuela de Salubridad e Higiene), los cuales se convierten en instrumentos tanto del Estado, como del capital para ir solidificando la carrera industrial y exportadora del país y también del Estado Mexicano a las demandas populares, sobre todo obreras las cuales hacen posible el surgimiento de una potencialmente poderosa institución (I.M.S.S.).

Bajo esta perspectiva las repercusiones internacionales vienen a participar en forma importante en la estructura médico-sanitario de nuestro país, pues de acuerdo a las discusiones realizadas en la XI conferencia sanitaria Panamericana en Río de Janeiro en 1942, el problema eje de discusión fué "Defensa continental y Salud Pública" en la cual se hacía necesario tomar medidas adecuadas de salubridad y saneamiento para salvaguardar las fuerzas defensivas de los pueblos de las Repúblicas Americanas, poniendolas en mejores condiciones para resistir una agresión (2da. guerra mundial).

Estados Unidos de Norteamérica decidió "colaborar" en este sentido con México, de tal forma que en 1943 se firmó un convenio entre entonces el Departamento de Salubridad y el Instituto de Asuntos Interamericanos, creándose así la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública. (50)

Las actividades de esta dirección fueron orientadas fundamentalmente a los siguientes puntos.

a).- Educación y Adiestramiento Sanitario e investigación científica.

b).- Programas médico asistenciales.

c).- Ingeniería sanitaria.

Dirigiendo su atención a zonas productivas y fronterizas a través de programas médico sanitarios y participando en forma Estatal ya no a través de fundaciones "filantrópicas". Unicamente el primer punto (a), va a tener una participación especial en el desarrollo de la Escuela de Salubri-

dad e Higiene como veremos más adelante.

3.- Nueva Orientación de la Práctica Médica: Hospital, Núcleo de la Atención Médica.

La política de salud durante este sexenio fué explícitada de manera amplia en el 2o plan sexenal y se decía:

"La administración entiende que debe asegurarse la vitalidad a nuestra raza y la fortaleza física del pueblo y que debe aumentarse en la medida de lo humanamente posible la capacidad de trabajo de la población a través del mejoramiento de las condiciones sanitarias en que vive la República" (51).

Tal política fué congruente con lo que se dió en la práctica, sin embargo fué enfocada a la fuerza de trabajo activa fundamentalmente, las acciones sanitarias en general fueron relegadas a un plano secundario, ahora la construcción masiva de hospitales y centros de atención individualizada adquiere una gran importancia dentro del campo de la salud, 83 unidades (terminadas y en proceso) se realizaron durante el sexenio. (Ver Anexo 14).

Esto se explicita claramente cuando se dice: "Ya hemos dicho que no podemos siquiera citar a multitud de los mal llamados hospitales que se encuentran en el país. Sabemos que las vidas sólo pueden ahorrarse cuando se cuenta con equipo e instalaciones adecuadas; lo demás no es otra cosa

que obscuridad, ignorancia, afán de mantener a la medicina en las épocas grices de la penumbra medieval y regatear a la colectividad los modernos y eficaces procedimientos que ofrece esta ciencia en la hora actual. Se trata pues sencillamente de colocarse en el siglo XX". (52).

La edificación de hospitales va a presentar dos razones: la primera que se funda por la necesidad de construir un eje ideológico de la tendencia moderna de la asistencia médica, en la cual la influencia positivista define claramente el quehacer científico basado en la relación médico-paciente, quedando ésta plasmada en la disposición de los servicios del área hospitalaria.

Durante la década de los 40 se inaguran los Institutos de Cardiología, de la Nutrición, Cancerología, Oftalmología, Urología y Endocrinología, disponiéndose en torno a un centro médico nacional, esto viene a apoyar la afirmación del eje que legitima la nueva tendencia médica, al mismo tiempo proyecta una imagen del Estado como benefactor de la población, favoreciendo con esto su postura hegemónica frente a la misma.

La segunda razón de este fenómeno estuvo en función de responder a las necesidades del campo de la producción, correspondiendo a dos instituciones actuar en este sentido: la S.S.A. y el I.M.S.S.

La S.S.A. concentra la mayor parte de unidades erigidas o integradas - en la región central del país (Edo. de México, Guanajuato, Michoacán, Sinaloa, Jalisco, Hidalgo y Tlaxcala) Estados que constituían un cinturón agrícola que abastecía el consumo interno y aportaba los productos de ex-

portación.

El I.M.S.S. sitúa sus unidades en el D.F., en Monterrey, Puebla, Guadalajara (1943-1946), siendo estos obviamente centros industriales.

En esta forma el Hospital representa un simbolo con múltiples significados que van alrededor de la legitimación de la nueva práctica y saber médicos, los cuales inician su dominación en México a partir de entonces, racionalidad que es congruente con la necesidad de contar con una infraestructura de salud que reproduzca la fuerza de trabajo en el campo de la producción agrícola industrial, y con la necesidad política del Estado de presentarse ante la población como el agente que vela por sus intereses.

3.1 Creación de la S.S.A.- Histórica y socialmente se ubica en el contexto anterior y en los postulados del segundo plan sexenal de salud, en el cual ya se tenía previsto la unificación de las secretarías de salubridad, y la de asistencia para una mejor coordinación entre las mismas. La decisión de unir a las dos secretarías, le otorga una connotación especial a la época, pues pareciera que la concepción de la Salud Pública empieza a vislumbrarse con mayor integridad (53). Se decía que los propósitos de la S.S.A. eran:

"Atender de la mejor manera posible las necesidades de México en lo que atañe a la salud del pueblo, tanto en la prevención de las enfermedades como en la curación de éstas, y del mismo modo en las medidas que deben tomarse para prevenir los desajustes y la debilidad social contingente, como para remediar ésta en los multi

ples aspectos que presenta" (54).

Sus esfuerzos sin embargo se materializaron importantemente - tanto en la edificación masiva de hospitales como ya habíamos visto, como en la atención asistencial — dispensarios, casas cuna, escuela de sordomudos y niños ciegos, preocupación por la mendicidad, etc. — que pareciera como si se volviese a la antigua concepción de la beneficencia.

En el terreno de la Salubridad si se contemplan algunos hechos básicos como agua potable y otras acciones pero quedan en un plano secundario y en la práctica su acción mas trascendente se ubica - en los centros de salud, espacio que concentra el control médico de las enfermedades transmisibles. Las campañas contra ciertas enfermedades fueron contra la tuberculosis, la malaria, oncocercosis, la viruela, tifo y poliomielitis principalmente.

El catastro torácico y la vacunación antituberculosa se aplicaron extensivamente sobre todo en los estados de la frontera norte, punto obligado de intercambio comercial. La campaña contra el tifo especialmente en puertos y grandes conglomerados poblacionales. La campaña antimalárica en los estados del sur vecinos del Golfo de México y Océano Pacífico y Frontera con Guatemala.

Esta elección geográfica de la S.S.A. en el país contradice el discurso en pro de la salud de la población en general y reafirma su

preocupación por aumentar la capacidad de trabajo pero de ciertas zonas. Asi su acción pareciera que se dirigía a cumplir con el compromiso contraido con la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública (D.C.I.S.P.) la cual respaldaba los objetivos del Institute of Inter-American Affairs y al compromiso con la propia burguesía mexicana.

Y en segundo lugar por mantener su representatividad frente a la población, otorgó algunos servicios que por momentos parecían tener algo que ver con las necesidades de la población (comedores familiares, desayunos escolares, etc.) pero que se perdían por su aislamiento y por ser una mínima respuesta a las demandas populares.

El Dr. Angel de la Garza B. en un intento de formulación de una política nacional de protección de la Salud crítica la creación de la S.S.A. diciendo:

"La idea fué y es siempre lógica y loable en teoría. Desgraciadamente un ordenamiento o decisión gubernamental no puede nunca sustituir a un plan de organización estructural y funcional bien meditado, ni a un programa nacional de actividades equilibradas que conduzcan a la meta final, al objetivo supremo.

La medicina curativa como en otros tiempos de la historia con sus fórmulas complejas y atrayentes y con sus resultados dramáticos y espectaculares vuelve a dominar sobre la medicina preventiva y

sobre la salubridad que laboran modesta y calladamente ...

... Al crearse la S.S.A. se descuidó relativamente la acción sanitaria para dar impulso primeramente a la medicina curativa al planear la creación de hospitales sin duda necesarios, pero sin un programa para fijar el papel que deben jugar en el cuidado de la salud integral" (55).

La ubicación de la creación de la S.S.A. establece pues su papel en el cuidado pero de las demandas de salud nuevamente en el campo de la productividad y de las zonas de intercambio comercial y secundariamente participa en la problemática de salud de la población.

3.2 Surgimiento de la Seguridad Social

El creciente período de industrialización hace que la salud sea francamente conceptualizada como un valor en el campo de la economía nacional, es decir, las necesidades del desarrollo industrializador y por otra parte las demandas de la clase obrera para proteger su salud, son factores que establecen el surgimiento ineludible de la seguridad social.

El antecedente de este fenómeno se remonta desde la Constitución de 1917, en la cual se consiguen algunas reivindicaciones, sin embargo no se llega a objetivizar como tal, sino a este período en el que las inversiones en infraestructura de salud deben justificar una

cuota redituable de capital — no sólo en el campo como pasó con el sanitarismo, ahora también en la industria —.

La salud como valor en la economía, representa a la fuerza de trabajo que traduce eficiencia en el campo de la productividad, los programas de salud en el trabajo van en función de contrarrestar la destrucción y el desgaste, capacitando a los recursos para incrementar la productividad.

Las unidades de atención que van dirigidas al "cuidado médico" del sector obrero, se multiplican y la inversión de la estructura hospital se justifica ampliamente por la tasa de plusvalor que reditúa al capital. Esta razón es tan relevante más tarde que la atención médica dirigida a los sub o desempleados por la S.S.A. va perdiendo importancia en este sentido y no existe justificación objetiva para que las "monumentales" instalaciones del centro médico continúen siendo administradas por la S.S.A., por lo cual en 1960 la S.S.A. vende el centro médico al I.M.S.S.

Así en la nueva orientación de la práctica médica, el Estado como capitalista y no en sentido competitivo, sino más bien funcional con este modo de producción, pareciera que va tejiendo una serie de factores en el campo de la salud que aseguran su permanencia y representatividad ante la población. Asi mismo, va posibilitando la reproducción de la estructura social implantada, subordinándose a la dominación científico técnica desarrollada en el exterior,

la que no va a ser de ninguna manera parte de una acción integral para la salud en virtud de que ya desde entonces se perfila la desigualdad de los servicios de salud brindados por el Estado.

4.- Consolidación de la Escuela de Salubridad e Higiene (E.S.H.).

Si bien el campo de la salud empieza a ser dominado por el saber y la práctica hospitalaria, la escuela como parte de la S.S.A., no va a ser un elemento que entre en contradicción con esta directriz, sus funciones y desarrollo mas bien van a ser complementarias, ya que ésta es utilizada para instrumentar sus programas en las zonas fronterizas y agrícolas.

La ubicación de la E.S.H. en el Instituto de Enfermedades Tropicales (primer centro para investigación creado en el cardenismo), la gran ayuda recibida por la Dir. de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública (D.C.I.S.P.), su afiliación a la escuela de graduados de la UNAM y la reorganización realizada en el régimen presidencial anterior, dio margen a la Escuela de que inicie a partir del mismo un ascenso académico y técnico repercutiendo esto naturalmente en su crédito como institución, empezando así a tener reconocimiento internacional, a nivel de Latinoamérica.

La escuela inicia este ascenso, dentro de un contexto, según la opinión del propio director de la escuela — Dr. Angel de la Garza —.

Pese a que la ciencia sanitaria ha ganado terreno en los últimos 30 años,

tanto en importancia como en impulso social, se ha opuesto un gran obstáculo: "Círculo formado por personal incompetente, presupuestos inadecuados, resultados inconclusos, incomprensión, gastos menos adecuados, funcionarios menos y menos diestros, actividades desintegradas, - condiciones que se repiten todas ad infinitum" (56).

A mediados de la década de los 40, en el primer congreso nacional de salubridad y asistencia, se recomienda:

"Que la escuela de Salubridad e Higiene amplie sus programas de enseñanza organizando cursos de post-graduados en materia asistencial y en asuntos económico administrativos relacionados con la salubridad y asistencia" (57).

Estos lineamientos serán retomados en los contenidos curriculares de la E.S.H.

Los primeros alumnos extranjeros ingresan a la E.S.H. a partir de 1943 llegan becados por los gobiernos de sus países o por instituciones científicas particulares, éstos procedian de: Colombia, Cuba, República Dominicana, República Española, República de El Salvador y Panamá. Este viene a ser un punto más que fortalece la consolidación de la E.S.H.

Por otra parte el gobierno mexicano desde 1943, otorga a través de la - S.S.A. determinado número de becas para médicos y enfermeras, nacionales y extranjeras, por conducto de la oficina de intercambio dependiente de la propia secretaría. Estando al frente de la S.S.A. el Dr. Gusta-

vo Baz P. (58).

4.1 Funciones, Políticas y Organización.

Las funciones de la E.S.H. estaban enfocadas fundamentalmente a la capacitación de los recursos humanos de la S.S.A. como tradicionalmente se había hecho, pero a partir de este período también se interesa por la orientación y unificación de la enseñanza de la medicina Preventiva y de la higiene, en la República. Por primera véz se hace notar este interés por otras instituciones de enseñanza lo cual en cierta forma significa que la escuela a través de su experiencia previa inicia un estado de autoafirmación - frente al contexto de las otras instituciones y no solo eso, sino - que inicia la legitimación del saber médico sanitario a nivel interno e internacional (Latinoamerica), sin embargo también significa la adopción de una nueva tendencia importada dentro de la Salud Pública que será más objetiva en la década de los 50.

Dentro de las políticas establecidas para este período sobresale - el interés por la investigación, tarea que apoyada muy importantemente por el Instituto de Enfermedades Transmisibles, es amplia. Al respecto se decía:

"Brindar al personal técnico que desee ampliar sus conocimientos, apoyo para dedicarse a estudios especiales y a la investigación ya sea en disciplinas relacionadas con la medicina preventiva, con la higiene y con la salubridad, aplicadas o con la investigación pura-

mente científica" (59).

En la organización, se nota una mayor integración entre la escuela y el Instituto de Salubridad y enfermedades transmisibles, se fundaron de tal manera que entre los profesores de tiempo exclusivo se encontraban los jefes de distintas secciones y laboratorios del Instituto. Los consejos Directivo y Consultivo indican un tipo de organización vertical pues las políticas se dictan en el primer consejo siendo sus funciones la de dirigir y orientar las labores docentes y administrativas y la aprobación de los planes de trabajo o resolución de los problemas fundamentales y generales de la institución. Dejando al consejo técnico la formulación de los reglamentos que regularán la marcha de la escuela (60). Es decir, la vinculación de la escuela con la S.S.A. es tal que ésta no presenta ningún grado de autonomía frente a las decisiones más importantes.

4.2 La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública en la E.S.H.

La ayuda que ofreció el gobierno norteamericano a la S.S.A. a través de la D.C.I.S.P. tuvo tal relevancia que dicha dirección aparece inclusive al interior del organigrama de la S.S.A. (Anexo 15). Sus funciones fueron muy amplias y en el caso concreto de la E.S.H. su colaboración financiera fué decisiva para el desarrollo de la misma. Apoya decididamente la investigación reali-

zada en el Instituto de enfermedades tropicales, repercutiendo indirectamente este hecho en la E.S.H., realiza concesión de becas y apoya el establecimiento y sostenimiento de los centros sanitarios (Anexo 16).

Esta situación adquiere importancia en la escuela desde el momento en que la misma cuenta con una serie de recursos — sobre todo humanos -- que le permiten desarrollarse y proyectarse como institución capaz de formar recursos no sólo para México sino para - América Latina y el Caribe.

Del total del presupuesto, en el período de 1940-1946, la escuela recibió el 21.58% por ayuda de la D.C.I.S.P. y en el período de 1947-1949, el 47.62%, es decir que en el segundo periódo la escuela estuvo subsidiada casi en el 50% por la D.C.I.S.P. ayuda muy significativa que tuvo un gran aporte sobre todo por concepto de pago al personal (84.5%).

Este aporte explica el aumento considerable de profesores, llegando incluso a duplicarse de 1947 (108 prof.) a 1949 (214 prof.) (Anexo 17) sin embargo en el momento en que retira el subsidio la D.C.I.S.P. el claustro de profesores se reduce notablemente a pesar de que la S.S.A. tomó a su cargo el compromiso para que la institución continuara con sus actividades en forma acostumbrada y su presupuesto no varió en gran proporción del año anterior (1949- $ 279 420.51 1950- $ 265 260.00). (Anexo 18).

Pero a todo esto habría que preguntarse el por qué de la vigencia de esta cooperación únicamente en la década de los 40, y tenemos que volver al surgimiento de la D.C.I.S.P., la que se fundo con el propósito de garantizar ciertas condiciones favorables para los E.U.A., durante la segunda guerra mundial. Una vez asegurada la hegemonia de los E.U.A., no interesa que esta dirección siga "cooperando".

4.3 Algunas Consideraciones del Curriculum de la E.S.H.

El contenido curricular estuvo orientado a la formación de recursos humanos en el campo de la salubridad prioritariamente en los primeros años de la escuela. Las variaciones del contexto económico político, nacional e internacional repercuten directamente en la creación de una serie de cursos que van a apoyar las políticas de salud dictadas en ésta década de los 40; tales cursos son: Administración y Organización de Hospitales, Estadística Aplicada a la Clínica, Higiene y Asistencia Materno Infantil, Prevención de la Tuberculosis, Técnicas de B.C.G., los cuales apoyan la nueva tendencia de la práctica médica en la cual es necesario una mejor eficiencia en la atención médica.

Esta situación se apoya en el artículo 462 cap. XIII del código sanitario en ese entonces el cual estableció que la escuela tenía por objeto fundamental "suministrar al personal técnico y auxiliar las bases científicas sobre los que se rige una administración sanita-

ria racional y eficiente conforme a los procedimientos que utilizan en la medicina preventiva y en la higiene, de acuerdo con los técnicos sanitarios médicos y sociales modernos" (61).

Por otra parte se instrumentan los cursos de malariología y de enfermedades tropicales para apoyar los programas de la S.S.A.

Se crea el primer curso de Higiene Industrial (1950), este había sido recomendado por el primer congreso de Salubridad y Asistencia; siendo congruente con las necesidades del momento.

El plan de estudios para médicos sanitarios tenía una duración de 40 semanas (10 meses) y el de enfermeras sanitarias (3 meses), este último se repetía 4 veces al año.

El contenido de estas actividades se apoyaba en los principios de: Bioestadística, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Medicina Preventiva y Administración.

Es importante destacar que la escuela seguía muy de cerca las normas fijadas por la sección de Educación Higiénica Profesional de la Asociación Norteamericana de Salud Pública desde 1939, también de las resoluciones tomadas en la reunión de directores de - Escuelas e Institutos de Higiene (convocada por la sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones) y por las recomendaciones de la O.P.S. (62) adaptando tales acuerdos como ya vimos, a los "problemas" del país.

Este hecho deja sentir que es significativo para la E.S.H. ya que sus programas están respaldados por la institución que a nivel - continental tenía la hegemonía del saber y la práctica sanitaria - asistencial de ese momento.

Los centros de adiestramiento desempeñaron un papel muy importante en la formación de los alumnos. En la instrucción práctica de campo, 4 semanas permanecían los alumnos médicos en la estación de adiestramiento y 6 semanas en alguna de las dependencias de la Sría. de S.A. en la que se desarrollaban aquellas actividades en las que el alumno sentía mayor vocación.

Las prácticas se efectuaban en las estaciones de Xochimilco, D. F., Cuernavaca Mor., y en el Centro de Higiene de Tacuba del - D.F. y en atención de la creciente necesidad de la escuela de contar con una estación propia de adiestramiento, se procedió a la - construcción de un local en los terrenos del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el cual comenzaría a prestar servicios en 1942.

Posteriormente se creó un número mayor de centros de adiestramiento, en ellos también se impartían cursos para personal sanitario técnico y subtécnico (63).

Estos centros de higiene y adiestramiento brindaban atención de - primer y segundo nivel de prevención a las poblaciones en donde se les ubicó estratégicamente para cumplir su función, asi por -

ejemplo los situados en Veracruz a parte de cumplir con el adiestramiento en inspección de barcos, con los alumnos; también sus acciones se enfocaban a evitar las enfermedades transmisibles que pudieron obstaculizar la producción de la zona o el intercambio - mercantil de los puertos. Por otra parte capacitaban en el manejo de los problemas sanitarios.

Las prácticas en la escuela se realizaban en los laboratorios de: Bacteriología y Parasitología, Bioquímica, y Nutriología, Dietética, Epidemiología y Bioestadística, Bromatología Sanitaria, Fisiología aplicada a la Higiene, e Higiene Industrial. La investigación estuvo ampliamente desarrollada debido al fuerte apoyo técnico del instituto de enfermedades tropicales, el cual definía perfectamente su campo de acción en la siguiente cita:

"Investigación encaminada a orientar las prácticas de Salubridad Pública hacia terrenos que permitan mejor aplicación de los métodos de control y dominio de las enfermedades transmisibles, muy especialmente de aquellos que son propios de la zona tropical" (64).

En este sentido las investigaciones desarrolladas en la fisiología, el diagnóstico, etc. van a apoyar esta directriz. Este aspecto aunado a los contenidos de los cursos configuran el marco teórico positivísta, cuyo principio en la ciencia sostiene que el camino - empírico es el único hacia el conocimiento positivo y toda afirma-

Escuela de Salubridad e Higiene. Grupo de alumnos extranjeros en prácticas de campo

Escuela de Salubridad e Higiene

ción deberá ser mostrada por los hechos.

"Por ciencia se entiende como aquel conocimiento producto de los métodos de observación, reflexión y comprobación que se adaptan deliberadamente para obtener una materia establecida y asegurada" (65) opinaba un educador norteamericano a principios de este siglo, la escuela retoma sus principios educativos y los aplica en la enseñanza, dando así el enfoque positivista a la misma. El enfoque biologisísta se dirige a encontrar la etiología específica - microbiológica -, a través del cual se pretendió erradicar a las enfermedades transmisibles en las primeras décadas del siglo.

La enseñanza basada en la investigación de laboratorio viene a dar el triunfo a la concepción cientificísta de los contenidos curriculares.

4.4 Legitimación Universitaria.

La búsqueda de mayor validez a los estudios de la escuela, sobresale en el camino de la escuela con 24 años de edad, la escuela - queda afiliada desde el año de 1947 a la escuela de graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este hecho quizá corresponda a la búsqueda del reconocimiento de maestría en Ciencias Sanitarias (1947), pues desde 1946 era uno de los proyectos para el mejoramiento de la Educación post profesional de la escuela, además del Doctorado en Ciencia Sanitaria (proponiendo aumentar para este último, un año de instrucción especial .). Y al -

contexto ya descrito en el que se desarrolla la escuela y en el cual confluyen una serie de factores que la consolidan como tal, pero - hace falta el reconocimiento fórmal y la Dirección de Profesiones de la Sría. de Educación Pública es otra instancia en la que también se acude.

El panorama expuesto a lo largo de esta descripción ofrece una visión halagadora de la escuela en cuanto a su posición como institución formadora de recursos humanos a nivel sanitario y revierte grandes perspectivas, sin embargo tal situación no es congruente con lo que se dá en la práctica sanitaria ya que al parecer existe una desintegración del programa general de adiestramiento. Al respecto se dice:

"La admisión de estudiantes no obedece a un plan preconcebido que esté de acuerdo con las necesidades locales, estatales o nacionales; los cursos en si pecan de ser eminentemente teóricos y el trabajador no ve en ello un medio para el logro de sus muy humanas aspiraciones de progreso y mejoría, puesto que generalmente no es tomada en cuenta la calidad de adiestrado para el escalafón burocrático" (66).

Según el autor de ésta cita, apenas un 43% de los egresados desde 1941, como médicos sanitarios y maestros en ciencias sanitarias son utilizados en la S.S.A. y de éstos sólo un 10% de la capacidad de sus conocimientos. Sucediendo algo muy semejante con las en-

fermeras, laboratoristas, trabajadoras sociales y oficiales sanitarios.

Desde la misma fecha, las estaciones regionales han brindado oportunidad de capacitación a unos 2500 trabajadores de la S.S.A., siendo de ellas sólo unas 300 aprovechadas en las dependencias sanitarias. Asi mismo los datos obtenidos de un estudio realizado en 1950 sobre el estado actual en materia de preparación técnica indican también que: del personal de las dependencias aplicativas de los servicios Coordinados de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios, en 1950, más del 43% del personal ténico y técnico auxiliar carecen de adiestramiento sanitario, existiendo aún varias coordinaciones con cerca de un 75% del personal sin adiestrar. Agudizándose el problema en los Servicios de Salubridad en el D.F. y en los Rurales Cooperativos.

Estos datos vienen a reafirmarse una vez más con los acuerdos y recomendaciones del primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia en 1946, en el que las recomendaciones para la Educación Higiénica y Preparación profesional son puntos aislados sin una justificación: en base a demandas de la población, de los servicios sanitarios, etc que los apoyen (67). Dando por hecho que lo establecido va por buen camino.

De todo esto se desprende pues que la nueva tendencia de la práctica médica y la falta de una política sanitaria congruente con la

realidad que vive el país impiden se realice una acción integradora en cuanto a formación de recursos - servicios sanitario y asistenciales - necesidades de la población. Estableciendo las prioridades de acuerdo a las exigencias del proceso económico político capitalista dado en nuestro país, no sin dejar de lado la atención al malestar obrero popular intensificado en los últimos años de la década de los 50, el cual culmina con la violenta represión al movimiento ferrocarrilero y al mismo tiempo con una postura conciliadora por parte del Estado, privilegiando a ciertos sectores de la clase obrera, localizados en puntos neurálgicos del aparato productivo (electricidad, ferrocarriles, pemex, etc.). Esto no significa que el Estado abandone su papel benefactor de la población, ya que esto implicaría políticamente no tener el respaldo de la misma, aunque contradictoriamente la institución que cumple esta función la S.S.A. inicia un retroceso en el presupuesto destinado para tal fin: en 1955 se contaba con $ 45.00 anuales por habitante y diez años atrás se destinaba $ 71.00 (en pesos de 1978) que comparado con el del IMSS de $ 1222 y $ 646 en los años respectivos da una muestra clara de lo que pasa (68).

5.- Hacia el Capitalismo Monopolista de Estado.

El desarrollo económico de las décadas 40 a 60 propició las condiciones para la aparición del capitalismo monopolista de Estado, siendo la década última en donde esta fase de desarrollo capitalista inicia un ritmo acele-

rado.

Se trata de la unión de dos fuerzas cada una con funciones específicas, - "aún cuando en última instancia el papel decisivo sigue en manos de los monopolios, el Estado se convierte en un factor determinante para la supervivencia de éstos y participa de manera decisiva en la producción, acumulación y aceleración del proceso de monopolización" (69).

El capitalismo agrícola exigía mayores garantías para su desarrollo, y en el gobierno de Miguel Alemán se realizaron reformas legales al respecto, dando gran impulso a la construcción de grandes obras de riego, aumentando la superficie máxima de la "pequeña propiedad" (de 100 a - 300 hectáreas de riego en el caso del cultivo de café, fruta, vid y caña), además de que favoreció el acaparamiento de las tierras más ricas por - parte de sus delegados.

La articulación económica del sector agrícola con el sector industrial se caracteriza por que mayores contingentes campesinos pasan a formar parte del ejército industrial de reserva, se abre un espacio de consumo en el campo para los productos industriales; siendo una acelerada urbanización y una progresiva descampesinización unos de los efectos de este proceso.

"En esta realidad estructural echa raíces el discurso sobre la salud absolviendo en la distinción ciudad/campo la diferencia de clases, al mismo - tiempo que capta esta dualidad como si se tratara de dos mundos cerrados sobre sí mísmos, homogéneos; comunidades con distinto signo de progreso solo diferenciadas por distancias culturales, distancias de civilización

y claro está, distancia de servicios" (70).

En estas circunstancias de desplazamiento de la población como consecuencia de la industrialización, el consiguiente aumento de problemas de salud, obliga al establecimiento de un gran número de oficinas y servicios que surgen por necesidad pero sin un plan y sin propósito definidos.

Este fenómeno es el reflejo de la falta de un diagnóstico preciso de los problemas de salud en el país y al mismo tiempo de una determinación y enunciación clara de la política nacional para la protección de la salud de ciertos campos en la República. Siendo la práctica médica sobre todo en los estados, ejercitada de manera deficiente y dejándole la carga de la responsabilidad del mantenimiento de la salud a la S.S.A., además de cumplir con su papel de institución orientadora y rectora de las acciones de salud.

El presupuesto para el sector salud es "notoriamente insuficiente y apenas basta para suministrar servicios muy modestos de protección a la salud - aproximadamente al 15% en general de la población total y en muchas regiones cuando más el 2%" (71).

En el terreno médico los salarios son inadecuados, existe falta de personal cualitativa y cuantitativamente idóneos, y la inestabilidad en los puntos de responsabilidad, crean un panorama poco tranquilo ante la búsqueda de una respuesta a las demandas de salud de la población nacional.

Las actividades sanitarias dirigidas a la población en la década de los 50, apenas se mencionan, en cambio la tendencia asistencial sigue creciendo

a pesar de que el discurso oficial insiste en una política tutelar a la niñez; la limitación de las acciones sanitarias contrastan con la construcción de 315 hospitales (1 por semana) en el período Alemanista (72).

La campaña del paludismo por ser económicamente de interés recibe un fuerte apoyo.

La sanidad pues, la que desde principios de este período sufre modificaciones, no sólo disminuye en importancia sino que ha de transformarse en "consumo individualizado a través de los centros de salud" (73).

Se abandona el concepto de erradicación por resultar muy costoso, ahora interesa sólo controlar la enfermedad; entendiendo como control según el Dr. Fred Soper: "Cuando la incidencia de una determinada enfermedad ha quedado tan reducida que no constituye un grave problema de Salud Pública, excepto para las pocas víctimas que, calladamente la sufren" (74).

La atención médica va configurándose de acuerdo a la participación que va teniendo la población en el terreno productivo; asi la seguridad social va - dirigida al proletariado industrial, la Salubridad y Asistencia al ejército industrial de reserva y al campesinado agro-exportador, campesinos y - obreros no especializados, y la práctica privada para quienes puedan pagarla.

La escuela por su parte continúa creciendo y en el marco de la situación sanitaria asistencial ya descrita se une al Instituto de enfermedades tropicales, adquiriendo así el nombre de:

6.- Escuela e Instituto de Enfermedades Tropicales.

La fusión de las instituciones tiene como finalidad el desarrollo de un programa que integrará la actividades docentes y de investigación. La participación de los investigadores del Instituto en las labores de enseñanza, y a su véz la de los profesores de la escuela en actividades de investigación, es el criterio definido para ésta década, con el interés de mejorar las actividades docentes de la escuela.

6.1 Organización y Políticas

Es de interés destacar la participación de funcionarios de alto nivel de la S.S.A. en el consejo directivo de la escuela (75) ya que tal situación nos hace pensar en la conducción de la misma con una visión más integradora de la formación de recursos humanos para la salud; o bien, dar simplemente mayor representatividad a la escuela. Trataremos de observarlo en su desarrollo.

Por primera véz aparecen en su organización departamentos específicos entre los cuales sobresale ya la administración sanitaria. (Ver Anexo), esto es indicativo de tendencia y especificación de los campos que para la escuela son prioritarios. En el fluxograma de 1956, la Universidad Nacional Autónoma de México se presenta como organismo adjunto, sin embargo esto es momentáneo, pues mas tarde no tiene mayor significado tener el reconocimiento universitario. (Ver Anexo 19).

La estructura organizativa continúa con su sistema de relación y dirección de tipo vertical, pues las decisiones mas importantes se toman a nivel directivo, dejando al consejo técnico (constituido por los jefes de departamento de la Esc.) el establecimiento de normas técnicas para el desarrollo de los "planes aprobados" por el consejo directivo — esto significa que ni los asuntos técnicos escolares están al alcance del total del profesorado, los cuales sólo tienen voz pero no voto; el estudiantado definitivamente no llega a tener ni voz ni voto en las decisiones de la escuela.

Esta situación refleja en cierta forma el tipo de relaciones que se desenvuelven en los distintos niveles jerárquicos de la escuela; en la que ya desde entonces se empieza a caracterizar cierto perfil de participación sobre todo de los alumnos, la cual se vé restringida por ser empleados de la S.S.A. o porque son extranjeros. La estricta disciplina de trabajo en cuanto a puntualidad y orden es otra de las características que van a configurar la posición del estudiante en la escuela.

La política de la escuela a partir de la década de los 50, plantea la necesidad de capacitar al personal técnico en general pero particularmente de aquellos que han de encargarse de puestos directivos. Esto último se comprueba parcialmente, a lo largo de 15 años se observa esta tendencia, pero existe una diferencia cualitativa y cuantitativa de los cargos que desempeñan, los médicos que realizaron su capacitación en México y los que la hicieron en el -

extranjero.

Del total de graduados en el extranjero un porcentaje más alto de los mismos tiene cargos como funcionario (27.6%), mientras que los que estudian en México es menor (13.4%). Pudiendo interpretarse como el otorgamiento de mayor válidez a los estudios realizados fuera del país y en cierta forma como una negación profesional de la propia escuela.

El carácter de los cargos desempeñados también varía entre los - egresados de E.U.A. y los de México, debido a que cargos de investigación y asesoría sólo los tienen los primeros.

Así a lo largo de estos años, lo que encontramos es un relativo - apego al discurso de formar funcionarios, cuestión que es reafirmada cuando a pesar de que legalmente en el código sanitario - (1955) se establece que es indispensable que los puestos directivos fundamentales fuesen ocupados por médicos sanitaristas de carrera, lo que se observa en el terreno de la práctica es que los - puestos técnicos son ocupados por personas no especializadas en Salud Pública y que lejos de descender iban en aumento" (76).

Así mismo en la escuela existe la preocupación por seleccionar a sus alumnos (Médicos, Veterinarios o Ingenieros) con "personalidad apropiada" para encargarse de las actividades sanitarias, - cosa que no es de extrañarse pues aún el status sanitarista no ha variado mucho, refiriendo un sanitarista de esta época al señalar

las aptitudes indispensables para el buen desempeño de la profesión; lo siguiente:

"Interés por los problemas colectivos, de grupo; una dosis mínima de simpatía por la condición de los menos validos de la sociedad; agrado en el trato con las gentes; cierta cualidad directiva - innata que tiene oportunidad de demostrarse en los años de estudiante; desprendimiento económico; y ese amplio rango de aficiones culturales para el que nada de lo humano es extraño" (77).

Cosa que hace pensar que todavía persisten las inclinaciones del médico clínico en la búsqueda de un estatus intelectual y económico, quizá ya más reforzado en este período de auge terapeútico - de carácter individual, pero que no por eso, la escuela no es buscada por un número mayor de médicos, pues inclusive en esta etapa existen alumnos libres, es decir, no comisionados por alguna Institución.

6.2 Relación Teoría - Práctica

En apariencia la experiencia teórico-práctica en el profesorado - mejoró, debido a que por una parte se colocaron médicos sobresalientes en la medicina o salubridad de México y por otra, se hacía que el personal de la Escuela e Instituto de Enfermedades Tropicales participara en docencia e investigación, sin embargo cabría preguntarse si la disminución a la mitad de los docentes al finalizar la década de los 40 no influyó de manera contraria y si

quienes daban las bases doctrinarias de la Salud Pública, cumplían con el requisito de vincular teoría y práctica. En efecto, si se percibe el interés porque los alumnos estén en la práctica, la enseñanza teórico-práctica se realizaba con visitas a diversos centros e instituciones de interés para el sanitarista (2 veces por semana) y un trimestre de trabajo de campo, cuya dirección estaba a cargo de uno de los maestros de tiempo completo, a fin de que mejorara su visión sanitarista. El intento de vincular docencia, servicio e investigación al unir escuela e instituto demuestra esa preocupación en este sentido, lamentablemente se realiza por muy poco tiempo, la escuela necesitaba más espacio y al irse deja esta intención, parcialmente.

6.3 Introducción de las Ciencias de la Conducta

La influencia del positivismo en la escuela venía reflejandose desde el inicio de sus actividades. El informe Flexner nacido a principios del siglo legitimó esta tendencia en el campo de la salud (78). "En la práctica el informe Flexner vino a consolidar un tipo de ejercicio médico, la llamada "medicina científica" que dió un enfoque positivista a la enseñanza, a la investigación y la práctica. Fué la expresión de la sociedad norteamericana, por medio de las cuales se pretendía reducir los problemas sociales a problemas técnicos" (79).

Esta tendencia como hemos visto no pasa desapercibida en la en-

señanza de la Salud Pública con su enfoque biologista se expresa en los contenidos, en las prácticas (de campo y de laboratorio).

Pero este enfoque qué relación tiene con las ciencias de la conducta, se preguntará; la respuesta va en el sentido de considerar al positivismo como una doctrina filosófica la cual penetra a todas las áreas de la ciencia. A partir de 1946 las ciencias sociales adquieren un carácter positivista, la cual se desarrolla libremente al no contar con la crítica de los intelectuales Marxistas. En el terreno de la salud adquieren el carácter de "Ciencias de la Conducta", la psicología del desarrollo, la antropología social, la sociología, etc. Son incorporadas a la educación como apoyo a las ciencias administrativas.

La justificación del por qué se enseñan las ciencias de la conducta en la Escuela de Salubridad en México, es muy amplia e interesante. El director de la escuela en esta época, al referirse a los países en desarrollo decía que existían "hechos que autorizan a considerar el problema de la conducta individual y colectiva como capital para hacer más eficientes los programas de salud" (80).

La afirmación anterior se apoya en que en estos países la cultura es heterogénea y los patrones de conducta diferentes, que las acciones de salud pueden incidir en el cambio de éstas conductas para mejorar el nivel de vida, de los mismos.

"Este desconocimiento de las culturas locales impide organizar e

incorporar a las comunidades a los programas sanitarios, su participación voluntaria y permanente sólo se logra después de experimentar repetidos errores con la dilación y aumento de costos - inherentes". Así administrar es "acondicionar la conducta individual y la del grupo humano que se organiza para alcanzar un objeto común" (81).

Al acondicionar se rompe con lo que la propia escuela persigue: - "la participación conciente, espontánea y correctamente bien - orientada de todos los integrantes de la colectividad en la conservación y en la promoción de la salud de su propia colectividad" (82).

Esta nueva modalidad es apoyada en la escuela desde finales de la década de los 50, impartiendose materias como: psicología, y antropología social. Si bien es justificable en el mejoramiento de - la eficiencia de los recursos, entendimiento a la población, etc. el planteamiento tiende a "adaptar", a "hacer más funcionales los objetivos que se persiguen, ya que en ningún momento se ve a las ciencias de la conducta como un medio para conocer las condiciones reales de vida de la población, es decir, no se busca conocer las contradicciones sociales de la misma, sino adecuar en ellas los programas de salud. Los programas no se discuten, se imponen, no hay una participación dialéctica con la comunidad — y el positivismo hace acto de presencia con su lema de "progresar" a partir del "orden".

7.- Medicina Preventiva: Humanismo Vs. Capitalismo.

La medicina preventiva formaba parte de las acciones de salubridad desde finales del siglo pasado en México — vacunación contra la viruela por ejemplo —. Este campo de la salud estuvo apoyado desde finales de la revolución por la creación del Instituto de Higiene para la elaboración de sueros y vacunas, de tal forma que las campañas sanitarias estuvieron respaldadas por éste. Más tarde el interés del Estado por adelantar la prevención en función de la investigación, se objetivizó con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

Estas acciones apoyadas por posturas progresístas como la del Dr. Angel de la Garza Brito, el cual se distingue por ser uno de los máximos promotores de la prevención en nuestro país, van configurando la imágen de lo que sucede al interior del mismo, la cual toma un cariz especial. Este personaje pide se enseñe a los estudiantes de enfermería y medicina los diversos aspectos de la medicina preventiva y de la Sociología aplicada a la Medicina. En 1950 en la tercera convención de la Asociación Fronteriza México-Estadounidense sugiere sus inquietudes, diciendo al respecto:

"Lo que se quiere, pero que el estudiante médico no obtiene, es la enseñanza académica y la práctica de la higiene y de la Medicina Preventiva desde el punto de vista social... Cada caso que se estudie en la clínica deberá ser discutido desde el punto de vista clínico y terapeútico, epidemiológico, preventivo y social, solamente entonces los profesores de hi-

giene y de Medicina preventiva estarán en posibilidad de implantar en la mente de los alumnos y únicamente así el adiestramiento de éstos será, como debe de ser, la piedra basal de una educación médica integral y racional al servicio del pueblo" (83).

Esta cita da una idea sobre la postura del autor quien con una visión de mayor integridad sobre la salud luchaba intensamente por dar otro carácter en la Medicina. Se aprecia una visión humanista a través de la cual buscaba la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Esto obviamente no está separado del contexto en el que hemos ubicado el desarrollo de la práctica médica en general, por lo cual existe un paralelismo de lo que se dice en México y las discusiones sobre este tema que se desarrollan unos años más tarde.

A mediados de la década de los 50, se inicia el fomento de la práctica preventivista en toda América Latina, siendo la O.P.S. el promotor, y en el desarrollo de dos discusiones (1955 y 1956) se llega al acuerdo que los objetivos de la educación médica irían en función de promover, preservar y restaurar la salud — lineamientos que como vemos dan sentido al concepto de la Salud Pública desde entonces —.

El médico debía asumir la responsabilidad práctica por la salud total del hombre, individual y colectivo, conocer y colaborar en la solución de los problemas de su medio social, mantener una postura humanista frente al paciente, etc. (84) tal orientación implicaba la necesidad de dar a la -

enseñanza un sentido humanista, es decir, se debía concebir a la práctica médica como una función social en la cual era indispensable conocer los aspectos psíquicos, físicos y sociales del individuo y de la comunidad, queriendo romper así con el esquema del médico tradicional.

Pero la racionalidad que impulsa éste fenómeno curiosamente no tiene gran justificación sobre el humanismo sino en los efectos del desarrollo agrícola industrial en América Latina: el crecimiento de la población, del proletariado; de la fuerza de trabajo activa, a la cual es necesario proteger en este sentido.

Aquí aparece una vez más la concepción de la Salud como componente de la economía nacional y le corresponde a la Medicina "en última instancia, mantener a los individuos en producción activa si son adultos y en crecimiento y desarrollo óptimo si son niños" (85).

La "producción" es el factor que estimula a la tecnología Médica para integrar la prevención a la atención que en cuestión de salud debía recibir el individuo.

III.- 1960-1968: LA PLANIFICACION COMO INSTRUMENTO DE DESARROLLO Y MODERNIZACION DE LOS PAISES LATINOAMERICANOS.

1.- Desarrollismo y Modernización de los países Latinoamericanos.

Las sociedades Latinoamericanas dada su heterogeneidad y retraso, representaron un obstáculo a la penetración del capital transnacional que para principios de la década de los 60, se expresaba en E.U.A. como un momento de auge económico y de crecimiento monopólico, el cual buscaba expandirse poniendo en marcha un proyecto que le asegurase mercados garantizados, calidad en la mano de obra, agilización de las estructuras administrativas y tranquilidad social en el terreno a donde llegara.

Tal proyecto se viabiliza a través de la planificación del desarrollo general de los países Latinoamericanos, este pretendía realizar una transformación social, teniendo como punto de partida la orientación de la economía hacia un mejoramiento real de las condiciones de vida de cada habitante (86). Esta forma idónea buscaba armonizar el desarrollo y el bienestar tomando como base "una distribución más equitativa de los ingresos" derivados del crecimiento económico de cada uno de los países.

La operacionalización de esta tendencia se efectúa a través de la planificación socioeconómica, debiendo previamente realizar un diagnóstico de la situación de los diversos sectores de cada país, definiendo prioridades en los problemas y proponiendo soluciones.

El Estado sería quien mejor podría impulsar este movimiento destinado a conseguir el bienestar de la población, y la planificación será el instrumento que permita el cambio social. Mas aún se condiciona la "ayuda ex-

tema" concebida como eje del dinamismo futuro de las economías Latinoamericanas, a la elaboración de planes y programas nacionales y sectoriales de desarrollo (87).

La modernización y progreso no sólo constituyó, el eje ideológico del proyecto, la planificación implicó también un arma de mediatización social, señalada explícitamente: "Ahumada, didn't feel that the social unrest had to necessarily end up in a clash between the two diametrically oppossed - approaches, laissez - faire Capitalism and Marxist Comunism. Progress in the social science might offer another road. He believed that rationally planned changes in the social sector might be a road" (88).

En líneas generales, sobre esta base es retomado el proyecto por los países Latinoamericanos, la Alianza para el Progreso surge como posibilidad de mejorar las precarias condiciones de los países subdesarrollados.

El subdesarrollo es concebido como un problema que no sólo debe abarcar el crecimiento económico, sino que también debe contemplar los factores sociales tales como: educación, salud, urbanización, habitación, etc. La carta de Punta del Este (Uruguay 1961) da cuenta de la búsqueda del desarrollo económico social que se inicia a partir de la década de los 60, en - los países Latinoamericanos, siendo la salud un factor importante para - planificar en esta reunión.

2.- La Salud: Prioridad en las Políticas de Planificación.

Siendo la realidad sanitaria un grave problema de los pueblos de América Latina, por sus altas tasas de morbimortalidad, por contar con una estructura de servicios de salud deficiente, etc. se establecen en la carta de Punta del Este, las siguientes metas:

- "Reducir la mortalidad de los menores de 5 años a la mitad de las tasas en 1961.
- Erradicar el paludismo y la viruela.
- Mejorar simultáneamente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulneralbes de la población.
- Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural.
- Perfeccionar la organización y la administración de los servicios de salud nacionales y locales. Preparar planes nacionales.
- Procurar aumentar la cobertura, perfeccionando la administración hospitalaria.
- Meta general: un aumento de 5 años la esperanza de vida al nacer" (89).

Para conseguir estas metas, surgen en 1963 varias recomendaciones emanadas de los ministros de salud, tales como: racionalización administrativa de los servicios, adiestramiento y aprovechamiento del personal, perfeccionamiento de los sistemas y la preparación de presupuestos por pro-

grama; mejorar estadísticas vitales, intensificar adiestramiento en planificación, etc. (90).

En México, se inician una serie de acciones de Salud en este sentido, siendo acompañadas de un gran reforzamiento ideológico, el cual coloca a la planificación como un medio a través del cual era posible mejorar los problemas de salud e iniciar una transformación social.

> "Para los países pobres el único medio de mejorar la situación sanitaria y el nivel de salud es superando el atrazo económico y cultural"... "es necesario modificar y cancelar viejas estructuras económico sociales y culturales existentes en una sociedad tradicional en pleno desarrollo, la que estimulada despegue a su proceso histórico inevitable, hacia una sociedad industrial de alto consumo de masas" (91).

Esta referencia hace remitirnos al desarrollo económico político del país, cuya tendencia manifiesta una presencia creciente del capital extranjero, una creciente monopolización y transnacionalización del capitalismo y consecuentemente una desnacionalización de nuestra economía, situación paradójicamente contraria a las prtensiones del "desarrollo". En esta época existen grandes inversiones externas provenientes de E.U.A., llegando a tener este país, el control del mercado interno y de las industrias más dinámicas de México y de América Latina.

El financiamiento de firmas extranjeras, facilita el acceso a la tecnología avanzada, aumenta la productividad industrial, se refuerza la abundancia de mano de obra, crecen las ganancias y el sistema se reproduce (92).

El "Milagro Mexicano" surge en este período, derivado del desarrollismo y del aumento de la tasa de crecimiento, fenómeno que el Estado utiliza ideológicamente como punto de legitimación. El desarrollo y la "estabilidad" son factores que falsamente se presentan como base de tranquilidad social, pero el trasfondo de todo esto se manifiesta en una progresiva inequidad en la distribución de la riqueza, una sobre-explotación en el trabajo y una creciente dependencia al capitalismo internacional en virtud de una cada vez mayor inversión extranjera directa y un endeudamiento Estatal, es asi como la planificación contribuye al "desarrollo del país", pero observemos que pasa en el terreno de la salud.

2.1 Instrumentación de la Planificación en el Campo de la Salud.

El problema que nos ocupa ahora es como el Estado va a conseguir las metas fijadas en la reunión de Ministros realizada en 1963, y lo que alcanzamos a percibir fundamentalmente, por una parte es la coordinación interinstitucional en el campo de la organización de los servicios de salud, y por otro, ubicandonos en la Escuela, es la implementación de ciertas medidas en el desarrollo de la misma como veremos más adelante.

2.1.1 Coordinación Interinstitucional.

A diferencia de los 3 últimos sexenios (1940-1958), el discurso presidencial se reviste de un tono más preventivista y se aprecia una serie de actividades que intentan materializar el discurso, sin embargo la S.S.A. no encuentra relevancia en la medida que sus

presupuestos y la realidad de sus programas la desdicen. En cambio la seguridad social reclamada por el desarrollo histórico que vive el país, va ganando terreno presupuestal, al mismo tiempo - que se otorga a la burocracia (ISSSTE) y a las fuerzas armadas la seguridad social; ésta va tomando fuerza dada la importancia - que tiene proteger a la fuerza de trabajo activa - como fuente directa del plusvalor -, y a los trabajadores que son indispensables para el buen funcionamiento del Estado.

Justamente ahora, el rol de las instituciones se ha delimitado, el IMSS progresivamente aparece como una instancia de poder económica y política pues representa a la práctica médica dominante; en cambio la S.S.A. aparece como instancia ideológico-política que proyecta al Estado benefactor que no puede dejar de proteger a los desvalidos (fuerza de trabajo inactiva), aunque su poder de acción cada vez vaya siendo menor.

En este marco de relaciones surge la Comisión Mixta Coordinadora de actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social en 1965, a ésta se le encarga la elaboración de un diagnóstico nacional de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, y la planificación de actividades a realizar en éstas áreas. Se fundó con - carácter "recomendativo", y en este sentido cabe mencionar poca trascendencia tuvieron sus objetivos. Se trata de evitar duplicidad de inversiones y perseguía una cooperación y coordinación armónica, - ¿pero que significaba esta armonía en el marco de una

contradictoria ejecución de prácticas médicas? - tan sólo un paliativo más, en virtud de que el intento de coordinar diversas formas de práctica médica representa una seria dificultad, ya que estas - cumplen funciones diferentes y son resultado del modo de producción dominante al que reproducen.

Tomando en cuenta que la seguridad social en un país industrializado, se convierte "en una de las fuerzas más potentes políticas y económicas en él y constituyen el mayor obstáculo para la coordinación de los servicios al cuidado de la salud" (93).

La coordinación se establece por otra parte entre la S.S.A. y - otras dependencias oficiales como las Secretarías de: Defensa Nacional (atención de catástrofes), Recursos Hidraúlicos (programa de agua potable), Agricultura y Ganadería (abasto de carne), Industria y Comercio etc., y de organismos descentralizados como la CONASUPO, supuestamente para obtener mejores resultados en beneficio de la población.

Pero estos intentos de coordinación resultan por demás paliativos, puesto que no obedecen a un planteamiento global y congruente de las necesidades de la población, tomando en cuenta que para ello era necesario que cada una de ellas, las secretarías debían de contar con un diagnóstico de su propia área y de los demás. Pero en estos intentos de coordinación si encaja muy bien el programa mundial de Alimentación el cual como sabemos es una respuesta políti-

ca a la oleada revolucionaria del período en el que la Revolución Cubana muestra la viabilidad del triunfo del socialismo en América Latina e inspira la lucha revolucionaria guerrillera en no pocos - países del continente.

Una objetivación más de la tendencia planificadora de esta década se tiene en el cambio funcional y nominal de la Dirección General de Educación en Salud Pública por el de Dirección de Educación - Profesional en Salud Pública en 1965, esta última tendría funciones de planificación, supervisión y evolución de los cursos para la formación de "auxiliares en Salud Pública". Lo cual viene a representar un interés valioso dado que se estimula la capacitación de recursos humanos en este campo y por otro lado porque no había aparecido hasta ese momento la necesidad de planificar los recursos en Salud, en la S.S.A.

Se dispuso también que de esta Dirección dependerían las Escuelas de Salud Pública, de Enfermería, de Nutricionistas y de Trabajo Social, así como el curso de Administración de Hospitales.

Pasemos a ver ahora cómo todo esto repercute en la actividad de la Escuela de Salud Pública.

2.1.2 Escuela de Salud Pública de México.

Se dice que una de las tareas de la Escuela de Salud Pública es la de capacitar y formar al profesional con una concepción integral -

de sus funciones, dedicándolas a promover, mejorar y mantener la salud de la comunidad. En realidad esta es una preocupación - explícita, pues el trabajador sanitario todavía en ésta época, a pesar de que relativamente ha ido conquistando cada vez más terreno en sus actividades, no es valorado adecuadamente por la sociedad y "su trabajo frecuentemente se relaciona sólo con el saneamiento del medio y con el control de las enfermedades transmisibles basado en la inmunización" (94).

De cualquier manera, la concepción de la Salud Pública ha ido adquiriendo forma en la medida en que se han retomado formalmente los aspectos asistenciales de la práctica médica y la medicina preventiva y cuyos contenidos son contemplados en la enseñanza de la escuela, de esta manera, la escuela cambia el nombre de Escuela de Salubridad y Asistencia por el de Salud Pública que justamente le dá la connotación de la concepción que se quiere.

Organización y Funciones.- La disposición organizativa de la escuela no ha variado, con la salvedad de que la presencia de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública viene a representar ya la preocupación por planear la formación de recursos humanos para la salud, los que deben ahora satisfacer lineamientos dictados por las nuevas tendencias y políticas en salud.

La escuela continúa capacitando al personal de la S.S.A., aunque de hecho desde mediados de la década de los 50, la demanda por la

Escuela de otras instituciones va en aumento. Lo que llama la - atención en sus funciones, es que se señala explícitamente como órgano técnico consultivo de la S.S.A.; por otra parte se dice que la escuela estimulará el desarrollo de una actitud (*) favorable para la Salud Pública en todos los profesionistas (95). Lo primero ubica a la escuela como una institución que va adquiriendo una solidez tal que ahora ya no sólo es receptora de las políticas que llegan del nivel central, sino que ella puede revertir sus conocimientos técnicos a la S.S.A. a nivel consultivo o de asesoría.

Políticas Educativas.- Desde años atrás el Dr. Pedro Daniel Martínez graduado en John Hopkins se perfila como uno de los ideólogos de la Escuela, ubicado en la problemática nacional, entiende a la Salud Pública como acción y no como estado social y como finalidades educativas de la escuela propone: abandonar el empeño a - ser eco de otras culturas, forjar a los profesionales con personalidades más autenticas, dar más importancia al hombre que al profesional, no obligar al profesional a ser un erudito estéril, ayudarle a ser un profesional con una vida social cada vez más intensa - para que aprenda a trascender en la vida de los demás "con esta - convicción y con esta actitud (*), sí podremos esperar un mayor - aporte de la educación superior en el progreso de la Salud Pública" (96).

Vale advertir que su postura humanista se adapta perfectamente - en el período que nos atañe ya que su preocupación por influir en

los demás, en transformar, es acorde con la nueva política de planificación, la cual requiere de un reforzamiento de la carga social en los alumnos, para que estos puedan entender la dinámica de los diversos factores que participan del proceso histórico del país y por lo tanto puedan contribuir a un "cambio social".

Este renglón es ampliamente retomado por los directores que le - suceden, la orientación de la enseñanza de la escuela es claramente explícitada en lo siguiente:

> "paralelamente a la aparición de estos problemas, se reconoce que la salud constituye una condición importante para liquidar las formas de subdesarrollo y la acción sanitaria se declara como una función y responsabilidad colectiva" (97).

De esta manera el interés de la escuela estaría dirigido al ajuste de la enseñanza al proceso de reestructuración económica y social que vivía el país, lo cual se comprueba por un énfasis mayor de - las ciencias de la conducta.

Sobre esta base las actividades de la escuela son orientadas en la década de los sesenta a tratar de apoyar la planificación. La escuela día a día pese a restricciones materiales (como no contar - con edificio propio, sueldos bajos, etc.) va adquiriendo peso en el desarrollo de la formación de recursos humanos y podría considerarse que ésta década será la más brillante en cuanto a desarrollo general, veamos por qué:

La escuela obtiene el reconocimiento de la Dirección General de Profesiones de la Sría. de Educación Pública, así como los planes de estudios de los cursos de: Maestro en Salud Pública y Administración Médica, de Enfermería en Salud Pública y el de Profesoras de Escuelas de Enfermería (1962).

Por otra parte, en 1964, por decreto presidencial se crea la facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales como institución de enseñanza para altos estudios y para profesionales, dependiente de la S.S.A. Sin embargo este proyecto no fructifica en la medida de que no es posible ni necesaria una duplicación de esfuerzos, por lo que la escuela continúa con los niveles de post grado y técnicos, dejándole a las Universidades la formación de profesionistas.

Ingreso y Selección.- Existe mayor diversidad de profesionistas que pueden aspirar al ingreso de la escuela - médicos, odontólogos, veterinarios, ingenieros civiles, quimico bacteriólogos y parasitólogos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, etc. - Así mismo un número mayor de instituciones demandan su servicio, ahora no sólamente la Dirección de servicios coordinados de Salud Pública en los Estados y en el D.F. es el principal "cliente" de la escuela, desde cinco años atrás empiezan a ingresar del IMSS, (1955), Instituto Nacional Indigenista (1956), Higiene Escolar (1957), Instituto Politécnico Nacional (1957), etc. llegando a tener en este período un número de 14 instituciones que requerían de su capacitación, y cerca de 8 países Latinoamericanos y del Caribe (Anexo 21).

En tales condiciones y dentro del marco ideológico que fué planteado, la selección de alumnos se vuelve más rigurosa, recurriendo a métodos psicológicos para realizarla, éstos métodos "no solamente tienden a determinar capacidades individuales, sino a descubrir las personalidades que sean más adecuadas para fungir como trabajador de la Salud Pública" (98).

Ya que se cuida no sólo la eficiencia con que pueda realizar su trabajo, sino también se detectan los niveles de frustración del aspirante, teniendo en cuenta que esta profesión exige mucho del mismo y hay pocas oportunidades de retribución a las aspiraciones de un médico "común".

Cursos y Contenidos.- Los cursos impartidos en ésta década son: Maestro en Salud Pública y Administración Medica, curso para profesoras de Enfermería, curso de Enfermeras en Salud Pública, Técnicos en Saneamiento, Técnicos en Nutrición, la carrera de Nutrición en Salud Pública (creada en 1964), curso de Técnicos en Estadística aplicada a la Salud Pública, Carrera de Enfermería. Asi mismo se diseñan cursos breves para orientar las actividades o actualizar los conocimientos del personal de Salud Pública, de acuerdo a las necesidades de la organización sanitaria del país, tales como: Administración de Centros de Salud, cursos para auxiliares de laboratorio, auxiliares de higiene dental, técnico en desarrollo de la comunidad. Además se incorpora el curso de Administración de Hospitales, el que en cierta forma viene a completar la nue-

va definición conceptual asignada a la Escuela.

Hasta aquí el eje de los cursos de la misma, ha sido el curso de Maestro en Salud Pública, el cual previamente ha ido cambiando de nombre pero que en esencia constituye lo mismo. Las funciones para las que son preparados los alumnos son muy amplias y van enfocadas desde una optica de directriz, investigación y asesoría.

Se destaca en los contenidos de los cursos regulares, un énfasis a las ciencias de la conducta, el cual amerita la apertura de un departamento en la escuela, para apoyar al área administrativa en los términos que habíamos descrito en el capítulo anterior y para "destacar la influencia e importancia de los factores políticos, económicos, sociales y psicológicos en la salud individual y colectiva" (99). Llama la atención este enfoque que es dado con igual intensidad en la gran mayoría de los cursos regulares, y por que es reforzado con un tema denominado Problemas Económicos Nacionales impartido en el primer trimestre. Los docentes de esta área son universitarios destacados dentro de su quehacer, tales como: Ricardo Pozas, Rodolfo Stavenhagen, Alonso Aguilar, Fernando Carmona, etc.

Pero cabe reparar que el mayor número de horas teóricas del currículum lo sigue ocupando la Epidemiología y en segundo lugar la Administración en los cursos de: Maestro en Salud Pública y Ad-

ministración Médica y Enfermeras en Salud Pública, agregando a ésta última materia el tema de planificación, desde 1962.

La práctica de campo comprende 7 semanas en todos los cursos regulares, constituyendose en el curso de maestros en S.P. y A.M. de la siguiente forma: 2 semanas de residencia administrativa en Hospital, 2 para estudio de comunidad, 1 para el estudio de un problema en Salud Pública y 2 para ejecución de un programa.

Esto nos indica que los cursos son básicamente teóricos, pues destinan cerca del 20% del total del curso a la práctica en donde tienen oportunidad de aplicar sus conocimientos. Aunque no se desconoce la introducción de estudios de campo longitudinales, pero sólo corresponden a una observación participante.

Visto más de cerca el asunto de los cursos, de acuerdo a la tendencia de la escuela, podríamos suponer que la postura de sus dirigentes mantiene una preocupación por sensibilizar al alumno para que amplie su visión en torno a la problemática social del país, que mire a la salud como una variable dependiente de la situación económico-política y consecuentemente su acción como sanitarísta sea más responsable con la población; esto es bastante loable, aunque en el fondo persiste oculta una política más amplia de implicaciones económico políticas que obviamente rebasa la pretendida visión general de dicha problemática.

Resulta importante detenerse en algunos cursos tales como el de

la carrera de Nutricionístas en Salud Pública, vinculada al programa ALPRO y a los programas de obras rurales por cooperación y alimentación complementaria. Programa que el Estado hace posible para fomentar la infraestructura y mejorar las condiciones de los habitantes de éstas zonas. Una de las bases para realizar sus actividades es la escuela de Salud Pública, de ahí que las Nutricionístas pasan a jugar un papel importante en los mismos, pero sólo en la medida en que estos programas lo requieren, ya que su acción no pretende ir más allá de constituir un tranquilizante social e incluso a la larga una vía de entrada al consumo de productos industrializados. Asi mismo en ésta carrera aunque dícese enfocada a la Salud Pública, la epidemiología del hambre pareciera no tener mayor significado en contraste con la importancia que presentan los aspectos culinarios.

Especialización.- En los primeros 5 años de la década, tuvieron un carácter de experimentación y a partir de 1965 adquieren el carácter regular. Estos cursos de especialización son para las áreas de: Administración en Salud Pública, Educación Higieníca, Higiene Materno Infantil, Nutrición y Salud Mental.

Son destinados a los profesionales elegibles en el curso de Salud Pública y Administración Médica. Su justificación se basa en lo siguiente: "Considerando que el Plan Básico de enseñanza de la - Salud Pública de un año académico, es insuficiente para lograr la preparación de personal profesional especializado, capaz de hacer

frente con éxito al estudio y solución de los complejos problemas de salud resultantes de los cambios sociales y económicos surgidos en las últimas décadas" (100).

Esta nueva modalidad en la enseñanza de la escuela, es congruente, ante la insuficiente preparación en investigación y la docencia, aspectos que son débiles en la maestría, y también como puede apreciarse es afín con la política de planificación.

Estas áreas de especialización reciben apoyo de la U.N.A.M., I.P.N. empresas de participación Estatal y privadas.

Durante esta década se llega incluso a pensar en la creación del Doctorado, necesitando para ello, aparte de los 3 años del curso de especialización, la elaboración de una tesis de grado resultante de una investigación formal en un plazo que no exceda de dos años, además de un exámen público de grado.

Docentes: Selección y Carga de Trabajo.- Es importante destacar que del total de profesores (120), casi el 50% están capacitados en Salud Pública, esto nos habla de cierta calidad en la enseñanza: 33 son egresados de la maestría de Salud Pública y 18 son Master of Public Health.

Para garantizar la enseñanza del curso de Salud Pública y Administración Médica:

"Los maestros en Salud Pública son seleccionados entre aque-

llos que, además de poseer capacidad y experiencia deseable en el terreno administrativo, sientan especial preferencia por las labores docentes y tienen un conocimiento sólido sobre los problemas nacionales y una cultura general que los pone en condiciones de enjuiciar los hechos y acontecimientos de nuestro - tiempo" (101).

Pero llama la atención el hecho de que el 100% de la planta docente, es nombrada por designación, situación que contrasta con otras escuelas de América Latina, en las cuales su nombramiento es por concurso.

La carga de trabajo docente es de 8624 horas alumno por docente permanente, tomando en cuenta que sólo son 22 maestros permanentes, significa que es una carga considerable (102) y explica el por qué de la escasa investigación en virtud de que prácticamente no hay espacio para realizar la, reduciendola a ensayos efectuada por los alumnos, los cuales en grupos pequeños reciben la asesoría y supervisión de los docentes.

El fondo de este problema es que pese a que el presupuesto aumenta de $ 114,575.00 (en 1966) a $ 2 452,804.00 (en 1968), comparándolo con el que se destinaba en los años cuarenta, se aprecia - casi estático - Este hecho da cuenta de como repercute directamente en la escuela el poco interés que progresivamente va teniendo la S.S.A. en materia presupuestal por parte del Estado.

Relaciones Institucionales.- A nivel Internacional se amplian sus relaciones con escuelas de Salud Pública de Latinoamérica, en virtud de que la escuela asiste a las conferencias períodicas de las - Escuelas de Salud Pública de América Latina realizadas en diferentes países del área, a partir de 1959, en las cuales se han tratado temas relacionados con la enseñanza de la Salud Pública, siendo promotor la O.P.S., la cual cumple un papel muy importante - en el reforzamiento técnico ideológico de la Salud Pública (103), a través de la cual la Rockefeller sigue prestando su ayuda económica e... ideológica.

A nivel nacional. Destaca su participación en un comite permanente para la planificación en la enseñanza de la medicina en la - U.N.A.M. y participa en la asociación nacional de Facultades y - Escuelas de Medicina del país en la revisión de objetivos y contenidos de la enseñanza de la medicina.

Esta postura frente a las escuelas de medicina, como orientadora y planificadora resulta interesante debido a que parecía que hasta este momento no existía ninguna preocupación por relacionarse - con la enseñanza de pregrado. Recordando las recomendaciones hechas por los ministros de salud pública de Centroamerica y Panamá, realizada a principios de la década de los 60, acerca de - "enfatizar especialmente en las Escuelas de Medicina la enseñanza de la medicina Preventiva incluyendo principios básicos de administración en Salud Pública" (104) es fácil observar como se vincu-

lan estas acciones.

Una vez recorrido el proceso que vive la escuela durante el decenio, y ubicada en el contexto general del desarrollo del país, si - preguntásemos - ¿Qué papel cumple la escuela en el mismo? - algo que se nos ocurre contestar es que si bien la escuela se distingue por vivir una etapa intensa de gran actividad, en la que la disposición y entusiasmo caracterizó a sus directivos, que mostraron preocupación por entender a la salud bajo una óptica diferente, por reforzar el campo de acción del sanitarísta (especialidades), por ampliar el cuadro de formación de recursos humanos, extender su radio de influencia, etc. no puede dejar de desconocerse que su acción es totalmente orgánica a la S.S.A., la cual dificilmente puede en coordinación con las instituciones de salud ejercer una atención integradora de salud en la población. De tal manera que la - planificación y las acciones en salud quedan sin respuesta cuando observamos que nuestra población sigue padeciendo hambre, algunas tasas de mortalidad dentro de las 10 principales causas, incluso se elevan, la esperanza de vida disminuyo en 1968 (105) y la desigualdad en la atención médica continúa creciendo.

Además vista la problemática en el resto de los sectores se observa que el 34% de la población mayores de 6 años son analfabetos y que la "equitativa distribución de la riqueza se expresa en que el 40% de la población gana menos de $ 500.00 mensuales.

Resulta francamente difícil concebir que una planificación de desarrollo general en un país, que lejos de remover acentúe más los principios del modo de producción dominante, pueda dar una transformación social en beneficio de la población.

De este modo la Salud Pública no constituye una respuesta coherente a los problemas de la sociedad y su enseñanza va cumpliendo un papel que si bien en alguna forma calma las molestias de la población, es más un instrumento que reproduce al sistema social dominante.

IV.- 1968-1980: PLANIFICACION Y EXTENSION DE COBERTURA, RESPUESTA EN SALUD A LA - CRISIS ECONOMICA.

1.- Crisis Económica y Planes de Salud.

Tanto en México como en el resto de los países de América Latina, en los últimos años de la década de los sesenta, la transnacionalización y el desarrollismo han propiciado la concetración de capitales y la exclusión cada vez mayor de grandes sectores de la población cuyo poder adquisitivo se ve recortado. Las necesidades crecientes de importación de materias primas y bienes de capital impuestos por el tipo de industrialización, aumentan la deuda externa.

Las inversiones Estatales en México y el gasto corriente reducen su crecimiento, al igual que las exportaciones agrícolas y pesqueras. A la economía Mexicana se le plantea la devaluación e inflación dada por la complejidad de la estructura industrial alcanzada y por la crisis internacional que vive también el capitalismo.

La situación descrita provoca reacciones muy fuertes en el ámbito social y político, iniciandose una serie de movimientos populares de protesta en contra de los regimenes presenten en América Latina. El estallido de 1968, el abstencionismo en las elecciones de 1970, la insurgencia sindical que lentamente despuntaba al iniciar la década, las ocupaciones de tierras, la organización de colonos en diversas ciudades del país, etc. (106), son algunas de las manifestaciones que en México señalan el desequilibrio político del país.

En este contexto es manifiesta también incapacidad Estatal para dar una

respuesta integradora y coherente a los problemas del sector salud y de la sociedad a través de la planificación global (107). A nivel Latinoamericano es criticado el desarrollo de la planificación, por la rigidez que caracterizó a sus dirigentes. Para afrontar el problema desde la salud se insiste nuevamente en la planificación como instrumento que facilite la toma de desiciones políticas y la propuesta CENDES-OPS, introduce conceptos como viabilidad y factibilidad, de manera que los proyectos se realicen de acuerdo a las características de cada uno de los países.

Unos años más tarde se realiza la III reunión especial de ministros de salud en Chile (1972), la que se proyecta hacia una nueva alternativa que respondiera a la cada vez más conflictiva situación en América Latina, en virtud de que el impacto de la crisis capitalista (competencia de los mercados internacionales de E.U.A. por Japón y Alemania Occidental), hace más gravosa a la misma; aumenta la monopolización y la concentración de la riqueza y consecuentemente la disminución del crecimiento económico, cambios políticos y de gobiernos, etc.

Plan Decenal de Salud de las Américas.

El papel de los Estados en esta reunión estuvo dirigida a problematizar la situación de Salud de América Latina, poniéndose de manifiesto la insuficiente cobertura de servicios de salud en la población de ésta área, y se propone extender los servicios de salud privilegiando a los sectores rurales y "marginados" que tradicionalmente han sido olvidados en este sentido.

En la búsqueda de satisfacer esta demanda, se plantea como necesario - crear un sistema de servicios de salud a través del cual se coordinen y regionalicen los servicios, y a la véz frente a la necesidad de racionalizar los recursos por razones obvias (crisis económica), se propone incorporar a la población en el otorgamiento del servicio, es decir, se quiere extender los servicios a través de una atención de baja complejidad por un personal voluntario o escasamente retribuido.

Este hecho resulta importante en la medida en que intenta ser un medio - que contribuya a la tranquilidad social y por otra parte abarata costos en la atención médica.

Además de que aumenta el mercado para la venta de medicamentos y poco después se convierte en un medio efectivo de políticas externas al país como lo es la planificación familiar.

Plan Nacional de Salud en México (P.N.S.)

Si bien es cierto que el P.N.S. en México proviene de una política más - amplia o externa (Plan Decenal de Salud) podría pensarse que coyuntural mente viene a formar parte de la tendencia reformista del gobierno en turno, en virtud de que aflora como una alternativa necesaria a la problemática del país.

Conviene llamar la atención sobre el desequilibrio político que surge de la crisis económica en México, y que trata de restablecerse por medio de la "apertura democrática" y a través de una política exterior antiimperialis-

ta. Hubo intentos tímidos por frenar la voracidad de los monopolios - transnacionales y de moderar los desmesurados privilegios del capital privado (108). El período Echevernista no sólo se caracteriza por ampliar el gasto público total sino por aumentarlo en los diferentes capitulos de bienestar social.

Sobre esta tendencia se objetiviza el primer Congreso Nacional de Salud en 1972 en México, y se plantea la necesidad de realizar un diagnóstico - de salud a fín de plantear políticas y alternativas. Al año siguiente se elabora el Primer Plan Nacional de Salud en México. Este plan intenta dar respuesta de manera integral a los problemas de salud de la población, - destacándose entre sus objetivos prioritarios lo siguiente:

1.- Extender la cobertura de servicios sanitario asistenciales a la totalidad de la población.

2.- Incorporar a la población por si misma y a través de su organización social en el desarrollo de programas de salud.

3.- Promover coordinar las acciones de las instituciones del sector salud, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el - aumento de la productividad de los servicios (109).

En la elaboración del P.N.S. participan las instituciones de salud en forma importante contando entre ellas a la Escuela de Salud Pública. El Dr. Avelino López Martínez reciente exdirector de la misma, toma un papel importante en la dirección de su realización. Esta situación reafirma la idea expuesta en el capítulo anterior, en la que referíamos la vivencia de

un momento productivo de la Escuela, la cual se proyecta en estas circunstancias.

Podemos admitir que el P.N.S. deja sentadas algunas líneas de trabajo en el quehacer médico y plantea por lo menos un diagnóstico general de la salud, sin embargo su planteamiento es básicamente propositivo que nunca se convierte en instrumento normativo o definitorio de estrategias reales. Dicho plan carece de un modelo general de salud para el país y no promueve cambios relevantes en la organización de los sistemas de salud (110).

El P.N.S. elaboró metas para 1976 y 1983 integrando las políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud, convirtiendose así en "sector salud". Sin embargo esta organización quedó tan laxa como el intento de coordinación, del decenio previo, justificando esta situación bajo el acuerdo de flexibilidad y no imposición.

La necesidad de aprovechar al máximo los recursos para aumentar la productividad de los servicios, introduce al concepto de eficiencia. No obstante el eficientismo lejos de propiciar una distribución más justa del gasto fiscal en las diferentes instituciones de salud, se acentúa más. Analizado a la luz de los datos del anexo 22, puede apreciarse que a excepción de 1971, en todos los años el IMSS concentró más del 60% de la inversión mientras que la S.S.A. no superó el 30% pese a que tenía que cubrir una población de 2 a 3 veces mayor (111).

Ahora bien, siendo la Extensión de Cobertura, uno de los puntos priorita-

rios en el P.N.S., la ausencia de una evaluación seria al respecto y datos como: la falta de recursos que apoyaran este plan, casas de salud - abandonadas, el poco funcionamiento de los comités de Salud en las comunidades, e incluso en algunas de ellas (112) el recurso voluntario lejos de promover la salud de la comunidad aparece como antagónico al no haber sido elegida por la misma, nos hace pensar que el Plan de Extensión de Cobertura no ha dado los frutos esperados por el mismo.

El alcance del proyecto del Plan de Extensión de Cobertura (P.E.C.) - queda supeditado a los recursos que la población ofrezca, una vez que se haya promovido al mismo, esto significa pues que el Estado no prevee inversiones significativas en el programa que debe implementar la S.S.A.

> "... a pesar de que corresponde a la Sría. de Salubridad y Asistencia dar atención a más del 50% de la población nacional, únicamente tiene asegurado el 1.6% del presupuesto del egreso de la federación para el año de 1974" (113).

Entre tanto el P.E.C. es aprovechado para reforzar el programa de obras rurales por cooperación en el que la auxiliar y el promotor de salud son - vía de entrada de las raciones alimenticias, provenientes de la F.A.O. y el Programa Mundial de Alimentos. Representando para el Estado un buen ahorro financiero en la realización de infraestructura.

Cuando se hizo evidente la imposibilidad de realizar el proyecto del - P.E.C., se dijo que este programa sólo tenía relación con nutrición y - planificación familiar, trasladándolo a la Dir. Gral. de Atención Médica

y Materno Infantil.

Las referencias previas indican que las políticas de salud planteadas en el sexenio de Echeverría, y su programa base (P.E.C.), recae fundamentalmente en la S.S.A., la que por su bajo presupuesto y el carácter que sostiene el P.N.S. no logra salir adelante.

2.- La Escuela de Salud Pública y el Plan Nacional de Salud.

A lo largo del proceso histórico, como hemos visto, la Escuela ha venido respondiendo a las necesidades de la S.S.A. en función de sus programas y actividades. Para 1971, de los 2400 médicos con los que cuenta la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, 143 son graduados en Salud Pública o Administración de Hospitales, de los cuales 21 se encuentran a nivel de la oficina central en el D.F., formando parte del estado mayor. Asi mismo cuenta con ingenieros, veterinarios, dentistas y economistas graduados en Salud Pública. En los últimos años de la década de los 60 incorporo a 7 graduados en Salud Pública con especialización en Infectología, 3 en Administración y 1 en Nutrición (114).

Este período en el que se crea el sector salud apoyándose en la planificación, representa un nuevo vincúlo hacia la Escuela, la cual pareciera hacer más énfasis en los aspectos teóricos de la planificación de salud que en los prácticos como el P.E.C., pues aunque la instrumentación de cursos tendrá que ver con este, lo es en forma de sintegrada y sin definición

de una política que los ubique en el terreno de la salud.

Antes de pasar a los aspectos internos de la Escuela, conviene señalar que la creación de otras Escuelas de Salud Pública en el país en la década de los 70, tales como la de Nuevo León, Guadalajara, Nezahualcóyotl, la Maestria en Medicina Social, etc. ponen de relieve una nueva forma de enseñar la Salud Pública; dos de ellas vinculadas a la universidad y las otras dos a los servicios de Salud de la S.S.A. Su presencia en ésta década pone de manifiesto en cierta forma la pérdida de la hegemonía de la escuela que nos ocupa, la que hasta ahora mantenía cierto control sobre el saber y la práctica médica sanitaria en México, e independientemente del propósito que las haya creado, representa también cierta competencia desde el punto de vista poder político.

Las políticas de la E.S.P.M. la ubicación de las políticas de la E.S.P. se encuentra en gran parte en el P.N.S. y pareciera que las reuniones de las Escuelas de Salud Pública de América Latina representan cierta influencia en los contenidos, sin embargo más bien la Escuela de México participa con una mayor determinación en la orientación del resto de las mismas.

Las características en las que se desenvuelve nuestro país, dan un matiz especial a nuestro objeto de estudio. Las discusiones del P.N.S. tuvieron relevancia en el renglón de la formación de recursos humanos y se destacó la importancia de la práctica sanitaria, de tal suerte que se fijó una meta a 3 años, de formar un mínimo de 250 profesionistas en Salud Pública, además se contempló la necesidad de realizar estudios que sirvie

ran de base para la creación de auxiliares de salud y voluntarios de comunidad (115).

En esta forma la tendencia de la política de formación de recursos humanos en la escuela se plantea como la capacitación de profesionales que sean capaces de orientar las políticas sanitarias del país, tomando en cuenta que el mismo está en un proceso de transformación. La base de estas políticas tienen mucho que ver con la política de planificación, la cual es reforzada también por las Escuelas de Salud Pública de América Latina, en las cuales se dice:

"Con el fin de que las Escuelas de Salud Pública asuman su responsabilidad frente al proceso de desarrollo de los países deben:

a.- Crear conciencia de las condiciones de subdesarrollo y sus factores determinantes como marco de referencia dentro del cual se han de plantear los problemas y los programas de salud.

b.- Despertar un sentido crítico ante las deficiencias estructurales socioeconómicas asociadas al subdesarrollo.

c.- Impulsar los cambios requeridos por el sector salud.

d.- Adoptar el conocimiento tecnológico existente a las condiciones prevalentes en los países de América Latina mediante la investigación científica de tal manera que el mismo resulte aplicable, con el máximo de beneficio" (116).

Durante esta conferencia se consideró además que a nivel Latinoamericano los avances mas significativos del sector salud en la década del 60 era

la aceptación del concepto de interacción salud-desarrollo y la convicción de que el sector salud no puede por si solo resolver su problemática, un avance más fué el considerar al sector salud como un sistema integral.

Presencia de la Planificación y del P.E.C. en los cursos de la Escuela.- Es importante recordar que el tema de la planificación es un renglón asumido en el curriculum de los cursos en años pasados, sin embargo la presencia explícita del mismo en el plan de estudios de todos los cursos regulares le dan la dimensión que fué otorgada en las políticas actuales.

Además se introduce un curso sobre "Formación básica en planificación de la salud" teniendo como objetivo en la formación de los recursos en esta área; asumir funciones ejecutivas y asesoras en la planificación de la salud a nivel nacional, regional y local.

En esta forma la escuela responde a la tendencia que se le ha dado a las formas para resolver la problemática en salud.

Los cursos regulares continúan y lo que la extensión de cobertura en su inconsistente programa alcanza a requerir de la escuela es primariamente un curso creado en 1975, de Promotores de Salud a petición de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados, teniendo como objetivo que el personal capacitado logre una participación organizada y promueva el desarrollo de la comunidad dentro de los programas de la salud de la S.S.A. Así mismo que éste personal sea un punto de enlace e integración entre los niveles profesionales de los servicios de salud y la comunidad.

El promotor iba a estar vinculado al programa de obras rurales por cooperación e interesaba capacitar promotores para cada uno de los Estados, al paso del tiempo el cambio de directivos que se interesaron en la capacitación de este personal parecio indicar una falta de comprensión de sus objetivos de tal forma que para 1976 solo hubo 8 alumnos. La escuela - continuó con el curso pese a que el personal capacitado no tenía una ubicación adecuada en los servicios de salud y por lo tanto se mostraba en conflicto.

A cuatro años de realizado el P.N.S. la Dirección General de Salud Pública en el D. F. solicita un curso para áreas marginadas, introduciendo a médicos, trabajadoras sociales, y enfermeras en la capacitación, la - cual cuenta con 3 - 4 meses y sus contenidos contemplan las materias básicas de la Salud Pública y desarrollo de la comunidad. Estos cursos intentan retomar las políticas dadas en el P.N.S.: ampliar la cobertura de servicios médicos a las zonas marginadas, señalándose que la doctrina - del programa busca el acercamiento del personal a la comunidad y a sus problemas de salud.

La misma dirección participa en la formación de los capacitados, dejando a la Escuela los lineamientos doctrinarios, y aunque de hecho observamos que la misma instrumenta para la S.S.A., parece preocuparse por no desvirtuar sus funciones básicas y convertirse en simple capacitadora, según la opinión del actual director.

Por otra parte el nacimiento de un curso para Médicos familiares y comu-

nitarios, surge con el objetivo de llevar adelante la ampliación de cobertura de servicios médicos a la población rural.

El curso se compone de dos partes, una enfocada a la Salud Pública y la otra a aspectos clínicos, cuatro meses se destinan a la teoría que reciben en la escuela y 6 meses para la práctica en las diversas jefaturas de servicios coordinados de Salud Pública en los Estados. Se da prioridad a lo largo del curso a la Estadística, pues se enfatiza su función al mejoramiento del registro estadístico del país. Pareciera que no está claro el papel de los alumnos de este curso, en virtud de que los contenidos no son suficientes y porque la práctica de los egresados varia mucho de acuerdo al lugar donde se ubican, de tal forma que mientras unos se encuentran en centros de salud B, otros realizan su actividad en casas de salud.

Ahora bien la intensión de esta modalidad de curso podría considerarse como una preocupación del Estado por cumplir con las metas del P.N.S., sin embargo el surgimiento del mismo aparece como un fenómeno especial dado por las contradicciones que existen en el mercado de trabajo médico: los egresados de las escuelas de medicina cada día más se enfrentan a una mayor competencia para continuar con sus estudios de postgrado, y sólo el 29.33% de solicitantes a la Residencia hospitalaria o a trabajo en las diversas instituciones de salud podían ingresar en 1978 (117).

La respuesta de los médicos desempleados es la unión y la lucha por sus reivindicaciones ante la S.S.A. La escuela viene a ser un medio a través del cual se intenta suavizar la situación, cada año 68 médicos ingresan a

este curso, convirtiéndose en vehículo para mediatizar y entretener a este gremio médico.

¿Y al final de todo esto, dónde ubicamos al P.E.C.?. El convenio IMSS COPLAMAR formado a mediados de 1979, pareciera que es substituto del P.E.C. el que para extender la cobertura de los servicios médicos ha mostrado ineficiencia general de los servicios de la S.S.A., falta de coordinación y de planificación en la toma de decisiones, y tocando nuestro problema: una capacitación de recursos humanos no suficientemente articulada con los servicios de salud, incoherencia entre contenidos educativos y necesidades reales. Es decir los cursos no presentan una política y se suceden de acuerdo a las condiciones particulares que se van presentando en el "sector salud" o más particularmente en la S.S.A.

Expuesta esta premisa, es conveniente tocar otros cursos y especialidades impartidas en la escuela, en la medida en que dan cuenta de los criterios que se utilizan para instrumentarlos o readecuarlos.

Nuevas Maestrías y Cursos. Maestría en Salud Pública con énfasis en paludismo y enfermedades parasitarias es una de las creaciones de este período, "con el objeto de extender los programas de enseñanza y proporcionar oportunidad a nuevos profesionistas que deseen capacitarse en este campo, dado que la demanda de estos especialistas es cada día mayor" (118). Esta maestría se crea a instancias de la O.P.S. y no de la C.N.E.P., sin embargo este hecho no deja duda de la aceptación viva de que el paludismo todavía constituye un problema grave, pese a que pocos

años atrás se afirmaba haber erradicado esta enfermedad. El segundo contenido de esta maestría da muestra de la correspondencia que tiene - con uno de los más graves problemas de salud pública en México.

La maestría de Higiene y Seguridad Industrial. Las enfermedades y accidentes del trabajo hasta este momento no habían tenido prioridad en la escuela aún cuando se consideraba desde muchos años atrás como un problema creciente. La racionalidad que impulsa este curso es la búsqueda de una educación para el obrero que pueda contribuir a la prevención de accidentes - "que como es sabido, arrojan por varios millones de pesos" - (119).

Esta Maestría que está por desaparecer se sostiene con médicos de la Comisión Federal de Electricidad y en un principio contaba con recursos de la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente. Su enfoque es hacia la Ergonomía; de adaptación del obrero a su trabajo. Pareciera que el factor trabajo no es una variable de mayor significado en el currículum de la Escuela más que en este sentido, a excepción del abordaje que hacen algunas áreas (Ciencias Sociales) en fechas recientes.

Paralelamente surge también el curso de técnico en Higiene y Seguridad Industrial para investigar los problemas de higiene y seguridad de los centros de trabajo y contaminación ambiental.

El curso de Administración de Programas de Planificación Familiar, es implementado con el propósito de hacer llegar la tecnología a la población, justificado por:

"... nuestro país se enfrenta al grave problema del incremento de la población, debido a las dimensiones que ha alcanzado y que plantea un conflicto no de espacio sino de escaces de alimentos y falta de fuentes de trabajo" (120).

Luego entonces la planificación familiar es la solución a este problema. El obscurecimiento de la determinación económico política de esta situación es lo clásico en el discurso que avala totalmente la política Estatal al respecto.

Maestría en Ciencias.- Es un año adicional a la maestría en Salud Pública, substituye a lo que previamente se denominaban cursos de especialidad (Epidemiología avanzada , Administración de la Atención Médica, - etc.). Según el propio director de la escuela, por su sistema de enseñanza es de tipo Doctoral, ingresan pocos alumnos y son muy seleccionados. Un 10% de su tiempo lo dedican a reforzar sus áreas, el resto es para investigación. Estos cursos "son reservados para quienes van a ser generales o Estado mayor de los generales" (121). El curso se puede hacer para uno, diez o ningún alumno y la maestría puede implementarse desde lo tradicionalmente realizado hasta lo más sofisticado, dependiendo de la demanda individual de los solicitantes. La escuela asume un papel coordinador y participa si tiene a los elementos.

Por lo que es posible apreciar el interés de ésta maestría no obedece a - una política definida en virtud de que su programación depende totalmente de la demanda individual y la disparidad de la misma se encuentra a nivel

de la actividad de algunos egresados, quienes como señala el Director, confunden las altas áreas de administración con las altas áreas de decisión política, siendo que el camino para acceder a ellas es otro y no la maestría.

Algunos elementos del curriculum de los cursos regulares.- Hasta ahora hemos visto en líneas muy generales lo que realiza la escuela en este sentido, quisieramos observar ahora más de cerca algunas de sus características.

Contenidos.- Si bien es cierto que las materias básicas que integran los diferentes cursos, llaman la atención del alumno sobre la salud/enfermedad como un fenómeno colectivo y social, y al mismo tiempo ofrecen herramientas para abordar su problemática, existen algunos elementos que a nuestro juicio impiden tener una visión mas clara e integral de la Salud Pública, veamos por qué:

Es un hecho que la teoría de la multicausalidad admite a los factores sociales como elementos generadores de enfermedad, el esquema de Leavell y Clark constituye un avance con respecto a anteriores concepciones epidemiológicos en la medida en que logra un perfeccionamiento en la sistematización de los factores, integra la idea de movimiento o proceso histórico de la enfermedad (122), sin embargo como dice Breilh: ..."no significa que el esquema permita una interpretación científica de la realidad". Debido a que los diversos factores que intervienen en la determinación del proceso salud-enfermedad adquieren jerarquía quedando los factores so-

ciales en un plano secundario o diluidos en la enorme gamma de elementos que inciden en éste proceso. ..."Los factores ambientales y los factores del agente, sólo establecen conecciones externas con el factor humano, entonces se puede actuar sobre ellos con medidas de tipo ecológico, sin necesidad de modificar la organización social, puesto que la misma no los condiciona esencialmente" (123).

La epidemiología tradicional refiere también que no es posible encontrar las causas últimas del proceso salud-enfermedad, negando de esta manera al proceso como producto de las contradicciones sociales, es decir, - como un fenómeno fundamentalmente histórico en la medida en que no contempla su aparición como producto de los diferentes tipos de interacción que tiene el hombre con el hombre y de éste con su forma de transformar la naturaleza.

La visión ecologisista de la escuela domina en el curriculum y obviamente el área de ciencias sociales adquiere poco peso, teniendo esta última sólo el 4.3% del total de las horas de los cursos regulares y algunos rasgos de desenvolvimiento de esta área nos hacen pensar que la libertad de cátedra se escatima.

El acercamiento a algunos puntos de la administración que ocupa un segundo lugar en jerarquía después de la Epidemiología permite observar que criterios dados con énfasis como válidos se prestan a reflexión; las necesidades reales y las necesidades sentidas es uno de ellos. Se insiste en que para poder proponer una alternativa en una población es necesario con

siderar siempre las necesidades sentidas por la misma, sin embargo en la práctica no son tomadas en cuenta en virtud de que las necesidades reales establecidas institucionalmente se presentan a título científico por lo cual adquieren relevancia sobre las otras.

La búsqueda de la eficiencia a través de la administración, es un fin en sí mismo, ya que no importa lo irracional de la cobertura de servicio médico, o del presupuesto federal para salud. Lo importante es saber administrar los recursos con los que se cuentan y si llegan a plantearse los problemas estructurales por los alumnos, la respuesta es que el sanitarista sólo debe contemplar las soluciones a nivel del sector salud.

Paradógicamente esto viene a contradecir las políticas establecidas por las reuniones de Escuelas de Salud Pública de América Latina en las que es casi insistente que la planificación es la base del desarrollo de un país y para ello:

> "con el fin de que las Escuelas de Salud Pública asuman su responsabilidad frente al proceso de desarrollo de los países, se debe: - a).- Crear conciencia de las condiciones de subdesarrollo y sus factores determinantes, como marco de referencia dentro del cual se han de plantear los problemas y programas de salud; b).- Despertar un sentido crítico ante las deficiencias estructurales socioeconómicas asociadas al subdesarrollo; c).- Impulsar los cambios requeridos por el sector salud..." (124).

E incluso discrepa con las propias políticas de la Escuela, en las que se

dice explícitamente que la tendencia es formar profesionistas capaces de orientar las políticas sanitarias.

Conviene retomar también a la estadística, en la que el uso de indicadores con un criterio puramente cuantitativo, nos hace recordar la presencia del pasitivismo en la ciencia y que aún perdura en nuestra época.

> "Se ha dicho con razón que cuando usted pueda medir lo que usted está hablando y expresarlo en números, sabe algo acerca de ello, pero cuando no se puede medir o expresarlo en números su conocimiento es de una clase precaria e insatisfactoria" (125).

Un marco teórico más amplio que pueda ubicar a los hechos en otra dimensión no tiene mayor significancia, de tal manera que las variables utilizadas en los ensayos de investigación adquieren un carácter rigido con lo que difícilmente es posible interpretar la realidad, frecuentemente se dice que el problema de las estadísticas vitales, es que los datos no son completos y por lo tanto no es posible conocer nuestra realidad, sin embargo; volvemos a plantear, el aspecto cualitativo que nunca se aborda en este tipo de estadísticas constituye la limitación, además de que la "neutralidad científica" interviene en forma vital, es decir, cualquier dato estadístico sobre salud engloba a la población sin establecer diferencias en las diferentes clases sociales, cuya existencia es determinante en los problemas de salud.

Investigación.- La ubicación de los lineamientos previos nos permiten apreciar el tipo de investigación realizada, que cuando mucho alcanza a

tener un 10% en el total de horas del curriculum, apoyándose en la premisa de que la escuela fundamentalmente está para adiestrar y colateralmente para investigar (126). De tal forma que el carácter que adquiere la investigación "no es para aprender algo nuevo sobre la realidad, sino para aprender como se administra la investigación. El estudio de comunidad se concibe, en el marco de la enseñanza de la salud pública, como un mecanismo de síntesis de aprendizaje, donde los alumnos de diferentes cursos hacen un diagnóstico sobre el que basan ulteriormente un ejercicio de programación" (127).

Vale advertir que en los trabajos de investigación especificos designados por grupos, los temas son impuestos verticalmente y en ocasiones más de alguna vez se han realizado. La distribución de las áreas en los que se realizan los trabajos, sobre una relación de los nueve últimos años se observa lo siguiente: ensayos sobre administración ocupan el 34%; epidemiología el 29%, saneamiento ambiental el 12%, aspectos clínicos 7.4%, ciencias sociales 5.8%, educación popular 5.3%, docencia 0.82% y otros 5.3% (Ver Anexo 23). Vale decir que su distribución está justamente acorde con los lineamientos teóricos, con excepción de la Administración que ocupa aquí el primer lugar.

La maestría en ciencias es la única área en donde la investigación tiene importancia, con las limitaciones que los contenidos analizados presentan.

El problema de la escasa investigación realizada en la Escuela es que posiblemente no se vea como una retroalimentación básica para la enseñanza

y para proposición de alternativas de solución en el servicio, además de que el bajo presupuesto con el que cuenta la escuela y la carga docente, reducen las posibilidades de realizarla más ampliamente.

Selección Alumnos.- A diferencia de los maestros, los alumnos de postgrado ingresan a la escuela por concurso, tomando en cuenta su experiencia, status académico, calificación otorgada por un grupo de psicólogos industriales, explorando éstos ultimos algunos rasgos del candidato, en función del perfil profesional que se quiere del graduado caracterizado por: creatividad, responsabilidad, tolerancia a la frustración, entusiasmo, reconocimiento de autoridad, trabajo de equipo, interés en su superación intelectual y social, etc. Por otra parte un requisito fundamental, es que sea enviado por una institución, los alumnos libres son excepcionales.

Una vez atravesada esta etapa, ingresan al primer trimestre del curso, el cual constituye la 2a. etapa de selección, evaluandose su trabajo, comportamiento y trabajo de equipo. El consejo técnico es el que decide su permanencia o nó en la escuela.

Frente a la necesidad de contar con los "mejores elementos" de acuerdo al perfil señalado, como puede apreciarse la escuela emplea un mecanismo riguroso de selección, el que hasta el final del primer trimestre hace estressante el ambiente, en la medida que el alumno no cuenta con ninguna referencia sobre su evaluación, la cual se guarda en "secreto" hasta la decisión sobre su ingreso definitivo o su salida.

Pedagogía y Estructura de Poder.- La escuela tradicionalmente en sus

clases "pasa lista" o toma asistencia de los alumnos, la justificación de esta medida se basa en el principio de que el mexicano es incumplido, de tal manera que el "interés" por el curso se mantiene por esta medida.

Las evaluaciones repetimos se convierten en un control estricto del alumno, al cual se le mantiene a la expectativa de las mismas.

La autoridad docente se representa por la bata blanca y el temor (128). Si bien se fomenta el trabajo de discusión grupal, la situación anterior - contribuye a que el nivel de participación del alumno no sea la óptima, - agregando a esto que buena parte de las horas teóricas se convierten en clases magistrales para más de 100 alumnos reunidos en el auditorio.

La postura sabia del maestro - salvo excepciones - es un elemento más que reduce la participación del alumno, el que con frecuencia ante cuestionamientos a la verdad del maestro, se ve ridículizado.

Los intentos de organización del alumnado han venido limitándose, haciendo un poco de historia, jamás en la organización de la Escuela ha tenido voz ni voto el alumno, la justificación se basa en que no son alumnos libres sino empleados.

La débil organización del alumnado apenas alcanza a participar en asuntos administrativos o recreativos y los representantes de grupo pareciera - que son mas bien portavoces de la dirección al grupo.

La racionalidad de esta situación especial, podría ubicarse en la estructura de poder existente en la escuela, la cual es favorecida por la particu-

lar situación del alumnado, que se "aguanta" 10 meses por conseguir un aval que le permita seguir ascendiendo, en virtud de que el mercado de trabajo en México día a día va restringiendose. Por otra parte podría analizarse a la luz de lo que puede significar una pérdida de confianza por la institución que lo propuso, al saber que es rechazado y consecuentemente un cierre de puertas para otras oportunidades.

Frente a tales hechos, vale decir que la situación de los maestros no es menos crítica niveles superiores, al verse sometido a presiones por estos niveles, quienes establecen una postura muy semejante a la relación maestro alumno.

Organización Políticas y Funciones.- Hasta principios de la década de los 70, se mantuvo una organización similar con algunas pequeñas variaciones, a partir de entonces la máxima autoridad es representada por el director de la escuela. Esta nueva modalidad organizativa podría considerarse como un avance en el sentido de que amplia su autonomía. No obstante la intima relación con la S.S.A. persiste en virtud de que la escuela es totalmente orgánica a la misma. A partir de aquí desaparece el Consejo Directivo y el Consultivo quienes previamente definian las políticas de la Escuela, los mecanismos cambían, utilizando ahora una comunicación con las diferentes instituciones que demandan su servicio, a través de una serie de preguntas que retroalimentan la orientación de la enseñanza escolar. (Ver Anexo 24) sin dejar de lado naturalmente las políticas nacionales.

Así mismo la Dirección General de Educación Profesional en Salud Pública desaparece, adjudicando sus funciones a la escuela, quedando ésta con una dependencia directa de la Subsecretaría de Salubridad (Anexo 25).

Planear, organizar y realizar los cursos de nivel técnico y de postgrado de acuerdo a las "necesidades del Sector Salud" es una de las funciones explícitas en la escuela, teniendo también funciones de asesoría en universidades y niveles de enseñanza media y superior, y promoción de convenios con organizaciones nacionales e internacionales para la formación de personal técnico y especializado en Salud Pública (129).

Los términos en que se ubican las funciones pareciera señalar como una objetivización de su capacidad o como un signo de legitimidad frente a otras instituciones, podríamos pensar que esta situación corresponde a las políticas delineadas en las conferencias de Escuelas de Salud Pública de América Latina (130), o bien a compensar su proyección como parte de la S.S.A. la cual presenta cada vez más una imagen deteriorada ante la sociedad.

En el transcurso del sexenio actual existe un retraso para formular un nuevo Plan Nacional de Salud ya que si alcanza a realizarse tendrá una vigencia de dos años cuando mucho. Entre tanto no ha habido definiciones claras de las políticas de salud, pues de los 7 programas de la S.S.A. en ellos no se aprecia un plan general que dirija un objetivo concreto en relación a la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Por otra parte los fenómenos que se suceden reafirman lo anterior, cuan

do por primera vez en la historia de la salubridad se crea un organismo para la Planificación en el sector salud: Subsecretaría de Planificación de la S.S.A., a escasos 3 años de su creación es desaparecida por "ineficiencia".

Estos hechos hablan pues de una falta de interés por parte del Estado para definir con claridad una política que se dirija a la satisfacción real de las necesidades de la población, aún cuando se hable de unificación de los servicios de salud o se tenga un programa quinquenal del sector salud y seguridad social 1978 - 1982 pues en la práctica no se supera la vaguedad de las proposiciones y la indefinición de los medios y fórmulas para alcanzarlo.

> "El plan quinquenal del sector público, no tiene suficientemente definido el papel de la salud en el marco de desarrollo, sin lo cual no pueden enfocarse adecuadamente los planes y programas, especialmente en lo que se refiere a la extensión de la cobertura y amplitud de los servicios" (131).

Situación que ubicada en el "marco de desarrollo del país" nos permite ir entendiendo las contradicciones sociales a las que se enfrenta el Estado, el que requiere en el actual sexenio restablecer el "clima de confianza" - atado por los compromisos del Fondo Monetario Internacional y sometido a la presión de la crisis económica. De tal forma que la alternativa era estrechar las relaciones con el grupo dominante aunque esto repercutiera en la caída de los salarios reales, la contracción del mercado interno, el

incremento del desempleo, la marginalidad, la reducción del gasto público en salud, etc. (subrayado mío) (132).

La política de Salud expresada en términos presupuestales presenta una tendencia al congelamiento del gasto, principalmente en las instituciones de seguridad social, un ligero aumento en la S.S.A., a la que, según - Rodríguez y Vital, no es posible reducirle mas el presupuesto sin orillarla al colapso, mientras que los márgenes de recorte son más amplios en el IMSS e ISSSTE (133).

La manifestación de este fenómeno, repercute en la Escuela de Salud Pública, en la que si bien ha crecido su presupuesto, no lo ha sido en la medida de sus necesidades - pra 1977 reporta de 400 a 500 becarios extranjeros y nacionales -. El edificio actual a escasos años de haberlo adaptado como plantel, resulta totalmente insuficiente.

Relaciones Institucionales.- Particularmente este punto es de gran interés en virtud de que refleja algunas características de la escuela en función del ámbito nacional e internacional. Hacía tiempo que nos desocupamos de sus relaciones con la Universidad y parecería que la Escuela continuó afiliada a la misma, sin embargo esta afiliación no duró mucho tiempo y la explicación podría ser dada bajo varios criterios; uno de ellos podría ir en función de que la universidad no se haya interesado por la Salud Pública debido a sus pocos nexos con el sector salud; o bien a la poca flexibilidad de la universidad limitando la autonomía de la Escuela para establecer sus políticas (134). Hay quienes piensan que el convenio UNAM,

ESPM no funcionó debido a que la UNAM se ha ido constituyendo en una institución con estructura de poder muy grande, situación que también limitaría la autonomía de la escuela (135). No obstante cabe señalar que la escuela ha contado siempre con el apoyo estatal el cual le ha brindado un amplio reconocimiento y consecuentemente no ha necesitado del aval académico de la UNAM. Aunque sí establece otros mecanismos de vinculación con la UNAM, como es a través de sus egresados y del propio director, siendo estos parte del cuadro docente de Medicina Preventiva en la facultad de Medicina.

Han pasado muchos años de relación con la Sociedad Mexicana de Salud Pública, organismo fundado hace 34 años aproximadamente, con el fin de crear conciencia de gremio en el campo que les ocupa y con fines científicos y técnicos, más tarde se agrega un fin utilitarista para promover el mejoramiento de las condiciones laborales de sus agremiados. Esta sociedad ha sido totalmente orgánica a la escuela y a la S.S.A. en la medida de que sus agremiados son egresados de la misma y a su véz éstos trabajan en la S.S.A., esto a condicionado a que la sociedad informalmente haya sido asesora de la secretaría y de la escuela. La importancia de esto es que la sociedad ha venido fungiendo como instancia legitimadora del saber y la práctica médica en México.

La relación que mantiene con escuelas de medicina y Salud Pública es fundamentalmente a través de sus egresados los cuales en su mayoría han sido y son docentes y a veces funcionarios de las mismas. En el caso de las escuelas de medicina parece ser que su influencia no ha sido muy im-

portante tomando en cuenta que el modelo clínico - terapeútico de la medicina sigue predominando.

Por otra parte es importante destacar también la relación con la Asociación de Egresados de la E.S.P.M., creada a fines de los 60, pues pareciera que no tuvo mayor relevancia como gremio en la medida en que actualmente no existe, sin embargo hay que señalar que su nacimiento al parecer estuvo ligado al movimiento médico generado en estos años, en el que la Asociación participa como factor de choque.

Finalmente la vinculación de la Escuela con el resto de Escuelas de Salud Pública de América Latina y con la O.P.S. ha sido fundamentalmente a - través de las reuniones periodícas, recibiendo de ésta última un apoyo material importante desde fines de la década pasada. Parece ser que nuestro objeto de estudio tiene una presencia significativa en la conducción de las conferencias citadas y pudiera pensarse que su larga tradición le adjudica este "respeto", pero también contribuye a esto, el hecho de Escuelas que alcanzaron a tener gran prestigio hoy debido a las condiciones particulares de sus países les impiden continuar en esta línea, de tal forma que la E.S.P.M. gana terreno en este sentido.

Egresados: Status, Cargos y Actividad.- El status del sanitarista se ha ido transformando desde considerar como castigo su envío a la escuela - hasta convertirla relativamente a un gran merecimiento. Mucho tiempo se ha hablado de que el sanitarista al egresar será funcionario en mayor o menor grado en las diferentes instituciones, pero sin llegar a los nive-

les más altos de decisión ya que estos son puestos de confianza, dejando así los niveles "técnicos" a los profesionales de este campo, incluso en administración se habla de que en la práctica el sanitarista tiene que "vender" la idea al político para ponerla en marcha.

Habría que hacer un seguimiento de la actividad de los sanitaristas en el país para poder dar una idea más completa, sin embargo una aproximación de realización como profesionistas en este terreno iría en el sentido de señalar que existen multiples obstáculos en su desenvolvimiento tomando en cuenta lo anterior, y su actividad desarrollada con escasos recursos, en un Sector Salud tan lleno de contradicciones, que llega a sentirse frustrado ante la complejidad de la situación, o bien se convierte en burócrata olvidándose de su función (136), repercutiendo esto obviamente en su status, al que muchas veces se le ubica en un segundo plano profesional.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo del estudio se ha tratado de reconstruir el proceso de la Escuela de Salud Pública de México en el marco de relaciones de la estructura socioeconómica y política en el que se ha desenvuelto el país. La práctica médica como pudo observarse fué el puente entre la Escuela y el contexto social, a través de la cual se fueron explicando sus transformaciones, tomando en cuenta que enseñanza y práctica mantienen una relación dialéctica y, a su véz, ambas están determinadas por la estructura social.

Esta premisa a nuestro modo de ver se fué objetivizando en mayor o menor medida en el desarrollo del estudio. Los factores económicos, nacionales e internacionales, aparecen como primeros determinantes, en cuyo campo la sanidad y la formación de recursos humanos en este terreno, juegan un papel importante en la penetración del capitalismo, no sólo en México sino en América Latina. Socialmente la escuela ha estado sujeta por diversos elementos que van desde la revolución Mexicana, la seguridad social, hasta las demandas actuales de los médicos desempleados. Políticamente se observa, así mismo que el Estado ha sido un factor de gran determinación en las políticas de salud y de mediación entre las demandas de salud de la población y de los intereses del capital.

A lo largo de su proceso, la Escuela ha tenido presencia en la práctica médica, en virtud de que muchos de sus egresados han contribuido a la organización de la misma, al ser en mayor o menor grado funcionarios de las diversas instituciones de salud, y logra rescatarse muchas veces un interés auténtico en la con

tribución de las alternativas de salud de la población.

Sin embargo, se ha dicho que los fines legítiman las actividades que realizan las instituciones y que la legítimidad de éstas, está dada en la medida en que respondan a las necesidades reales y relevantes de la comunidad (137).

Tal aseveración nos parece importante, en la medida en que nuestro objeto de estudio como organismo Estatal, idealmente le son inherentes funciones de servicio y de un alto compromiso con la población.

Si bien la Escuela y los servicios de salud, no lo son todo en las alternativas de solución de los problemas de salud, en virtud de que la problemática rebasa su estructura interna, su participación es importante y hasta ahora el papel de la Escuela, ha estado muy ligado a la dinámica de la estructura social, es decir, ha sido funcional a ella y a nuestro modo de ver, su participación no está respondiendo del todo a las necesidades de la población. La función de la Escuela, proyectada en sus egresados no ha sido para contemplar nuevas perspectivas y dar un giro a las políticas de salud, que mantienen una atención de salud desigual en la población, sino que más bien legitima a este tipo de servicio.

El marco conceptual de la educación que se ha conformado con el tiempo, sería uno de los elementos que contribuirían a ello: la visión ecologista en el estudio del fenómeno salud/enfermedad, el carácter rígido de las variables que se utilizan para interpretar la realidad, el acriticismo, la neutralidad de la ciencia y el eficientismo son algunos de los factores que organizan el contenido curricular y dan sentido al rol del sanitarista en nuestra sociedad.

mencionada, creemos que no refleja una dimención más real de dicha problemática.

Por otra parte, dada la importancia que se destaca en una de las tesis que maneja la Escuela, sobre la educación para la salud en la población, ubicándola como una de las principales funciones del egresado; pensamos que dicha actividad, en efecto, es muy importante, pero que contemplada como una medida aislada del mejoramiento de las condiciones materiales de vida y de la creación en la comunidad de un reconocimiento de los factores sociales que condicionan su problemática de salud, a nuestro modo de ver, es muy limitada.

Así, el tipo de formación del egresado, la verticalidad de los programas de salud, y la dinámica interna de las instituciones, obstaculizan la capacidad creadora y su papel como transformadores de un nuevo tipo de servicio de salud a la población.

La estructura de poder de la Escuela, se ha mantenido en virtud de que respalda a más del 90% de las plazas de Salud Pública en el país, y por el reconocimiento internacional que conserva. Nos resulta un tanto difícil hablar sobre el futuro de la Escuela en cuanto a sus contenidos, sin embargo, podríamos decir de acuerdo a lo estudiado, que se aprecia como sin grandes cambios, debido a la estructura que la conforma, es decir, su organicidad a la S.S.A., el tipo de alumnos que ingresan a ella y el grupo de maestros, egresados de la misma, los que en cierta forma constituyen un grupo cerrado.

No obstante creemos que es posible crear una nueva concepción de educación de

Salud Pública, establecida sobre una reflexión profunda que contemple la problemática colectiva de salud de nuestro país, no como un tema ecológico o técnico sino también político y social; y cuya base en el saber y en la práctica contribuya a la formación de profesionistas que sean capaces de planificar y organizar los servicios de salud de manera más cercana a la transformación que plantea la precaria salud de nuestro pueblo.

A N E X O S

1

NATALIDAD MORTALIDAD GENERAL MORTALIDAD INFANTIL Y

CRECIMIENTO NATURAL EN MEXICO 1896 - 1974

Año	Natalidad	Mortalidad General	Mortalidad Infantil	Crecimiento Natural	
1896.	31.7	31.6	No	0.1	
1902.	33.7	34.4	Hay		- 0.7
1910.	32.0	32.3	Dato		- 0.3
1922..	31.4	25.3	223.08	6.1	
1930..	49.4	26.6	131.64	22.8	
1940..	44.3	23.2	125.68	21.1	
1950..	45.5	16.2	96.20	29.3	
1960..	46.0	11.5	74.2	34.5	
1970..	43.5	9.9	68.5	33.6	
1974..	43.4	7.5	48.2	35.9	

Fuente:

México a través de los Informes Presidenciales. La Salubridad General. S.S.A. Sría. Presidencia No. 12. P. XXXIII.

. Dirección General de Estadística. Sección de Industria y Comercio. Anuarios Estadísticos.

.. Dirección de Bioestadística. Sección de Salubridad y Asistencia.

INDICADORES DE SALUD PARA 3 PAISES DE AMERICA DE 1973 - 1978 CON DIFERENTES SISTEMAS SOCIALES

País	Mortalidad General	Mortalidad Infantil 1975	Mortalidad Materna 1973	Esperanza de Vida 1978
MEXICO	7.4	49.0	11.7	65
CUBA	4.5	27.4	5.5	70
E.U.A.	4.4	16.1	1.5	73
	x cada 1000 habitantes	x cada 1000 Nac. vivos	x cada 10 000 Nac. vivos	Años

Fuente:

López A. Daniel. La Salud Desigual en México. Siglo XXI, pp. 55 - 90

2

NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL Y CRECIMIENTO NATURAL EN MEXICO

1896 - 1970

Fuente: Cuadro 1

—

-·-

- -

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE, SEGUN GRUPOS DE PADECIMIENTOS EN MEXICO, CUBA Y ESTADOS UNIDOS EN 1975

GRUPO DE PADECIMIENTOS	MEXICO	CUBA	EE. UU.
Infecciosos y Parasitarios	17.7	3.4	0.8
Influenza y Neumonía	12.4	7.1	2.9
Enf. del Corazón y Enf. Cerebro-vascular	13.4	36.5	48.5
Tumores Malignos	4.9	18.2	19.3
Causas Perinatales	5.0	4.6	1.4
Accidentes, Envenenamientos y Violencias	12.0	10.3	8.2
Síntomas y Estados Morbosos mal definidos	10.0	0.4	1.7
Otros Padecimientos	24.6	19.5	17.2
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente:

La Salud Desigual en México de López A. Daniel. Ed. Siglo XXI, pp. 71

RESUMEN GENERAL DE CAPITALES INVERTIDOS EN LA REPUBLICA

MEXICANA DE 1892 A 1907 Y 1886 - 1907

	Capital Mexicano Pesos	Americano Dólares	Inglés Libras E.	Alemán Marcos	Francés Francos	Austro Húngaro Coronas	Español Pesetas	Italiano Liras
Capitales Invertidos en Sociedades Mineras 1892 - 1907	115 304 250	17257 800	677 400	—	1 200 000	—	—	—
Capitales Invertidos en las Sociedades con excepción de las Mineras 1886 - 1907	475 509 468	336991 000	52169717	109817500	83757500	1000000	12334300	300 000
TOTAL	590 813 718	354248 800	52847117	109817500	84957500	1000000	12334300	300 000
Equivalentes a Pesos Mexicanos		710623093	515914695	52492765	32878552	407000	4773374	116 100
%	30.9	37.2	27.0	2.7	1.6	0.05	0.5	0.05

TOTAL CAPITAL MEXICANO 590 813 718

CAPITAL EXTRANJERO 1 317 205 579

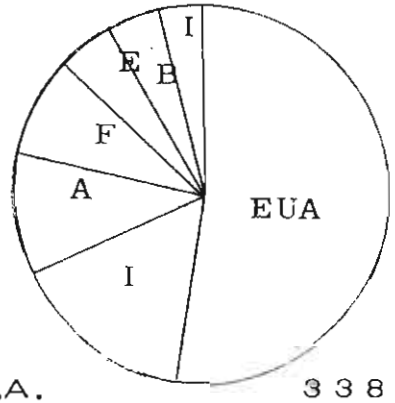
Fuente:

Anuario Estadístico de la República Mexicana 1907.

IMPORTACIONES Y EXPORTACIONES REALIZADAS EN LA

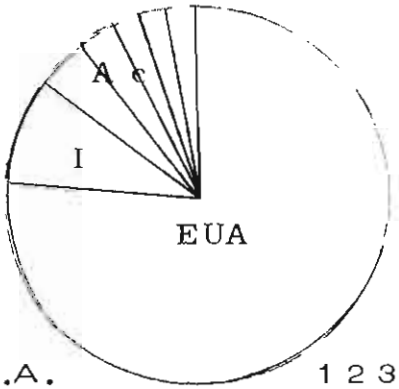
REPUBLICA MEXICANA EN 1900

IMPORTACION



E.U.A.	33880180
INGLATERRA	10766074
ALEMANIA	7249506
FRANCIA	6955967
ESPAÑA	2887145
BELGICA	
ITALIA	
TOTAL	65412727

EXPORTACION



E.U.A.	123825028
INGLATERRA	16585168
ALEMANIA	5821622
CUBA	4992057
FRANCIA	4031121
BELGICA	
ESPAÑA	
TOTAL	160557076

Fuente:

Anuario Estadístico de la República Mexicana de 1900.

" DECRETO "

"Primero: Modificando las bases en que se encontraba anteriormente establecida, se abre al público la escuela de Salubridad en la que se harán por ahora los cursos necesarios para preparar al personal técnico no graduado en medicina, - que habrá de utilizar el departamento de salubridad en todas las dependencias - técnicas del mismo".

"Segundo: En tanto se organiza cumplidamente en la escuela de salubridad de carrera de médico sanitario, se autoriza al departamento para pensionar en el extranjero médicos que puedan más tarde, integrar el profesorado de esta carrera".

"Tercero: Cada dos años se enviarán al extranjero a dos médicos mexicanos que permanecerán en su comisión el tiempo necesario para sus estudios hasta completar el número de profesores que es indispensable para impartir la enseñanza de médico sanitario conforme al programa y los conocimientos que el departamento de salubridad exija. La elección de candidatos comisionados en el extranjero la hará el C. Presidente de la República, de acuerdo con los requisitos que el Departamento señale en su oportunidad".

"Cuarto: Los médicos enviados al extranjero disfrutarán de una pensión de - - $ 3,000.00 (tres mil pesos) oro nacional, anuales, que se pagarán con cargo a la partida respectiva del presupuesto a la Esc. de Salubridad, quedando obligados a su regreso, a atender en ella la cátedra para la que el Departamento los juzgue más aptos".

"Quinto: Los pensionados otorgarán una fianza que se hará efectiva en caso de - que no cumplan con la obligación que al aceptar la comisión contraen, en la forma y términos que a continuación se expresan:

"Ayudante de Laboratorio (comprendiendo laboratorio químico y bacteriológico)".

"Agente de desinfección".

"Agente de enfermedades infecciosas".

"Inspector de bebidas y comestibles".

"Ayudante de bebidas y comestibles".

"Enfermera visitadora".

"Agente sanitario".

"Transitorias".

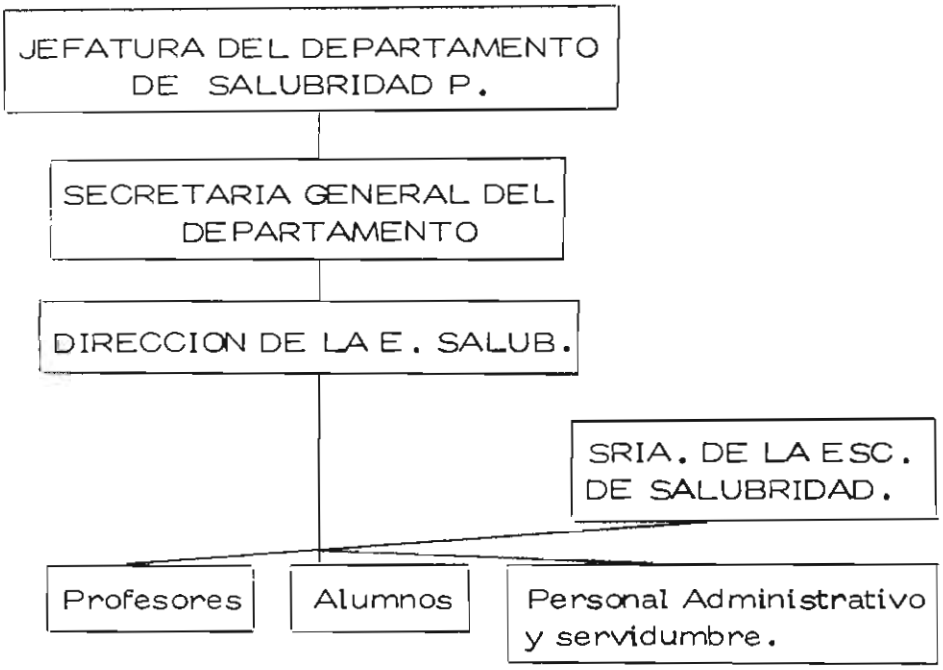
" I.- Queda autorizado el jefe del departamento para dictar los planes de estudios a que se refieren las anteriores carreras, así como para establecer los requisitos necesarios para la expedición de los certificados que acreditan los conocimientos que el alumno deberá demostrar en cada asignatura".

II.- El departamento de salubridad empleará de preferencia, para los servicios técnicos del ramo, a aquellas personas que tengan certificados expedidos, de acuerdo con los reglamentos aprobados al efecto, por la escuela de salubridad".

"Dado en el palacio nacional, a los 31 días del mes de marzo de mil novecientos

veinticinco. El presidente de la E.U.M. y el jefe Depto. de salubridad P. - Bernardo Gastélum". (9).

La reorganización de la escuela, dictada por el decreto establece la siguiente organización de la Esc. de Salubridad.



Contando con el siguiente personal:

M.C. Director de la escuela - Salvador Bermúdez, Enfermeras visitadoras.

M.C. Tomás G. Perrín - Bacteriología.

M.C. Ricardo E. Cicero - Agentes Sanitarios.

M.C. Francisco de P. Miranda - Agentes del Servicio de enfermedades transmisibles.

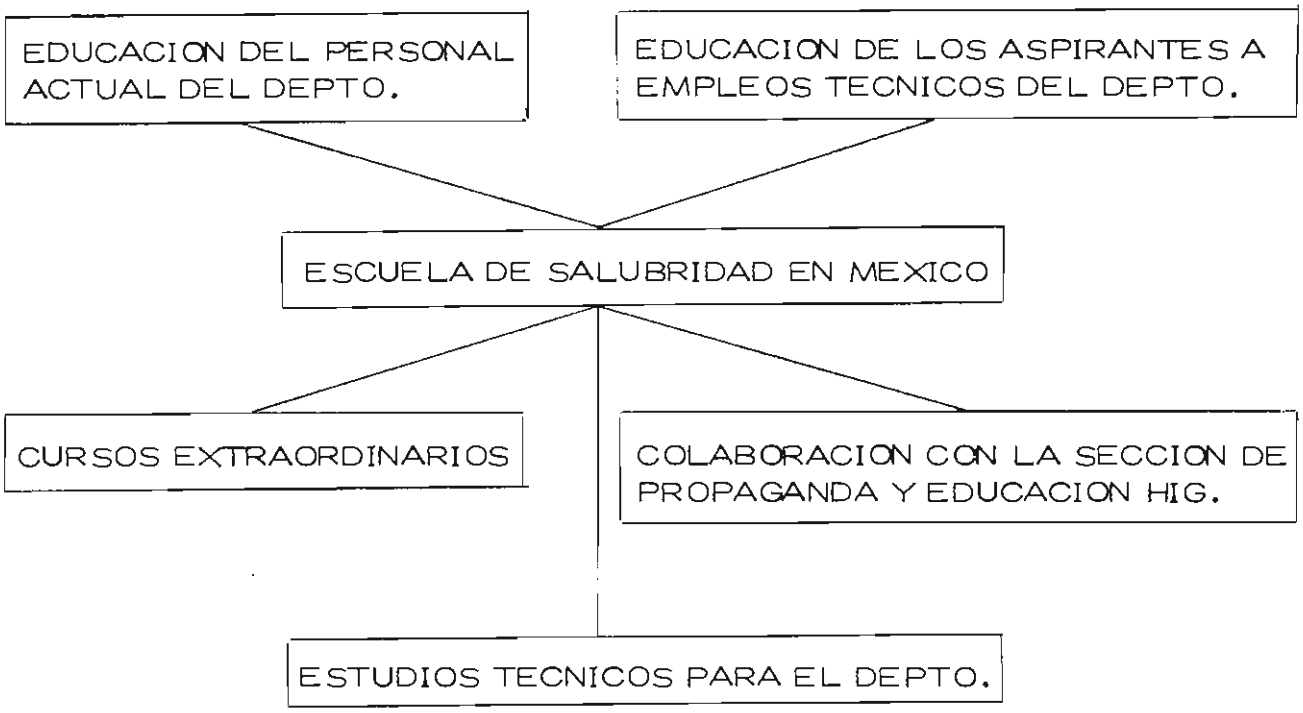
LIC. Enrique Monterrubio - Legislación Sanitaria.

M.C. Francisco Valenzuela - Agentes del Servicio de desinfección.

Prof. Juan Manuel Noriega - Inspectores de bebidas y comestibles.

Fte. Esc. de Salubridad. Memorias del Depto. S.P. Tomo II 1925-28 pp 279.

Las funciones de la escuela de salubridad estaban constituidas de la manera siguiente:



Fte.- Esc. Salubridad. Memorias de Salubridad 1925-28. Tomo II pp. 29.

PRESUPUESTO DE SALUBRIDAD Y BENEFICENCIA, ASISTENCIA

PUBLICA DURANTE EL SEXENIO 1934 - 1940

MILLONES DE PESOS

AÑO	SALUBRIDAD	BENEFICENCIA ASISTENCIA
1934	7.5	6.5
1935	10.5	8.5
1936	15.5	11.7
1937	15.25	13.5
1938	14.00	19.5
1939	16.5	22.5
1940	16.5	23.0

Fuente:

Seis años de Gobierno al Servicio de México en la Medicina Social en el Sexenio de Lázaro Cárdenas de Mario Rivera, 1977.

Presidencia de la República.
Secretaría Particular.

Número de Registro: 986.

LAZARO CARDENAS, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Que en uso de la facultad que confiere al Ejecutivo de la Unión la fracción I del artículo 89 de la Constitución General de la República y con fundamento en el artículo 462 del Código Sanitario vigente y teniendo en consideración:

QUE la responsabilidad de proveer de personal idóneo tanto a los futuros nuevos servicios sanitarios en la República como a los existentes, corresponde al Departamento de Salubridad Pública:

QUE es igualmente deber del Departamento de Salubridad Pública elevar el nivel educativo del personal sanitario a sus órdenes y mejorar los requisitos de admisión para el que, en el futuro, ingrese a las distintas instituciones sanitarias:

QUE la educación higiénica del personal sanitario solamente se puede obtener dando oportunidades al existente para adiestrarse, así como insistiendo en la previa preparación del de nuevo ingreso;

QUE es llegado el caso de asumir por completo esta responsabilidad e impulsar debidamente el progreso del movimiento sanitario en México para obtener un mejoramiento en tan importante servicio social:

QUE el Plan Sexenal, en el renglón correspondiente a Salubridad e Higiene, expresa la necesidad de adiestrar convenientemente al personal sanitario y especialmente a las Enfermeras Visitadoras, por lo que, para cumplir con ese objetivo, debe proveerse lo necesario para lograr esos fines dentro de las posibilidades del Gobierno de la República y de los actuales conocimientos científicos, organizando una Institución especial destinada a la enseñanza de la medicina preventiva de la higiene, con lo que además se dará cumplimiento a lo acordado en varios Congresos y Conferencias Sanitarias Internacionales y Panamericanas y muy especialmente en las Conferencias celebradas en París, Francia y Dresden, Alemania en 1930 sobre enseñanza higiénica.

QUE el Decreto de 18 de abril de 1925, que creó la Escuela de Salubridad no llena ni le permite alcanzar los fines antes expuestos, ni satisface las necesidades apuntadas y, por tanto se hace indispensable modificar las bases fijadas por dicho Decreto:

A propuesta del Departamento de Salubridad Pública, he tenido a bien expedir el siguiente

D E C R E T O :

Artículo 1/o.-Se modifican las bases sobre las que se encontraba organizada la Escuela de Salubridad, conocida como de Preparación y Adiestramiento y que ahora llevará el nombre de "Escuela de Salubridad e Higiene", dependiente del Departamento de Salubridad Pública.

Artículo 2/o.-La Escuela de Salubridad e Higiene funcionará bajo la autoridad inmediata de un Director que cuidará de la disciplina y buena marcha del Plantel, así como de la fiel observancia de los reglamentos y planes de estudios, quien será nombrado por el Departamento de Salubridad Pública.

Artículo 3/o.-La Dirección técnica de la Escuela estará encomendada a un Consejo Directivo, integrado por el Presidente y dos vocales, que serán respectivamente el Secretario General del Departamento de Salubridad, un representante que designe la Secretaría de Educación Pública y el Director de la Escuela de Salubridad e Higiene. La Secretaría del Consejo, será desempeñada por el Secretario del Plantel.

Artículo 4/o.-El Director de la Escuela formulará los proyectos sobre reglamento de la misma, así como los planes de estudios para las diversas carreras que se cursen en ella y los someterá a la aprobación del consejo, requisito indispensable para hacerlos de carácter obligatorio.

Artículo 5/o.-La Escuela de Salubridad e Higiene orientará y unificará la enseñanza técnica de la medicina preventiva y de la higiene en la República.

Artículo 6/o.-En la Escuela de Salubridad e Higiene se impartirá enseñanza de carácter teórico-práctico, para:

a).- Médico higienista.
b).- Enfermeras visitadoras sanitarias.
c).- Oficiales Sanitarios.
d).- Educación higiénica para maestros: y
e).- Las especialidades que el Departamento de Salubridad considere necesarias para el mejor desarrollo de las actividades que le están encomendadas;

Artículo 7/o.-La Escuela de Salubridad e Higiene establecera relaciones y coordinará sus actividades con todas aquellas instituciones oficiales o particulares que se considere necesario para la mejor enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene.

Artículo 8/o.-El Departamento de Salubridad Pública, a propuesta de la Escuela de Salubridad e Higiene, designará los lugares donde se establezcan las estaciones de adiestramiento práctico de los alumnos y la jurisdicción de las mismas.

Artículo 9/0.-El Departamento de Salubridad Pública estará obligado a emplear en los servicios técnicos de las distintas dependencias del ramo, de acuerdo con la capacidad económica, a aquellas personas que posean certificados o diplomas expedidos por la Escuela de Salubridad e Higiene.

Artículo 10/o.-El cuerpo de profesores y empleados de la Escuela será nombrado por el Departamento de Salubridad Pública, a propuesta del Director.

T R A N S I T O R I O S .

Artículo primero.- Queda derogado el Decreto de 18 de abril de 1925, publicado en el Diario Oficial de la Federación, de 28 de abril del mismo año y todos aquellos ordenamientos y disposiciones que se opongan en todo o en parte, a la ejecución del presente Decreto.

Artículo segundo.- Queda autorizado el Departamento de Salubridad Pública para organizar convenientemente la Escuela de Salubridad e Higiene, asumiendo las funciones que por ley le corresponden.

Artículo tercero.- Este Decreto empezará a surtir sus efectos desde la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Y por tanto mando se imprima, publique, circule y se le dé el debido cumplimiento.

Dado en el Palacio del Poder Ejecutivo Federal, en la ciudad de México, a las treinta días del mes de septiembre de mil novecientos treinta y ocho.

LAZARO CARDENAS. (firmado)

El Jefe del Departamento de Salubridad Pública
Dr. Leonides Andreu Almazán (firmado)

FTE: Memoria del Departamento de Salubridad Pública 1942. pp. 230 - 232

INVERSIONES EXTRANJERAS DIRECTAS POR ACTIVIDADES

EN MEXICO 1939 - 1955 - 1959 - 1960

ACTIVIDADES	1939 Millones de Pesos	%	1955 Millones de Pesos	%	1959 Millones de Pesos	%	1960 Millones de Pesos	%
Total	2,299	100	11,491	100	15,559	100	13,516	100
Electricidad, gas y agua	744	32	2,548	22	3,007	19	186	1
Transporte y comunicación	712	31	740	6	320	2	384	3
Minería	604	26	2,138	19	2,628	17	2,110	16
Industria	141	6	3,937	34	6,666	43	7,528	56
Comercio	70	3	1,482	13	2,285	15	2,452	18
Agricultura y ganadería	16	1	222	2	219	1	243	2
Petróleo	5	0	206	2	86	1	269	2
Construcción		0	141	1	110	1	110	1
Otras	6	0	78	1	230	2	232	2

0) Menos del 0.5%

Fuente:

Banco de México. (México en la órbita imperial de José Luis Ceceña). pp. 135

INVERSIONES EXTRANJERAS DIRECTAS EN MEXICO

1940 Y 1955

	1940 Millones de Pesos	%	1955 Millones de Pesos	%
Total	2,262	100	11,491	100
Estados Unidos	1,441	63.7	8,173	71.1
Canadá	474	21.0	1,687	14.7
Suecia	100	4.4	760	6.6
Inglaterra	194	8.6	490	4.3
Francia	51	2.2	49	0.4
Otros	1	0.1	329	2.9

1.- Incluye: Alemania, Argentina, Cuba, Italia, Holanda, Brasil, Dinamarca y Bélgica.

Fuente:

Banco de México; Informes Anuales de 1955 y 1956 en México en la órbita imperial de José Luis Cedeña. pp. 132

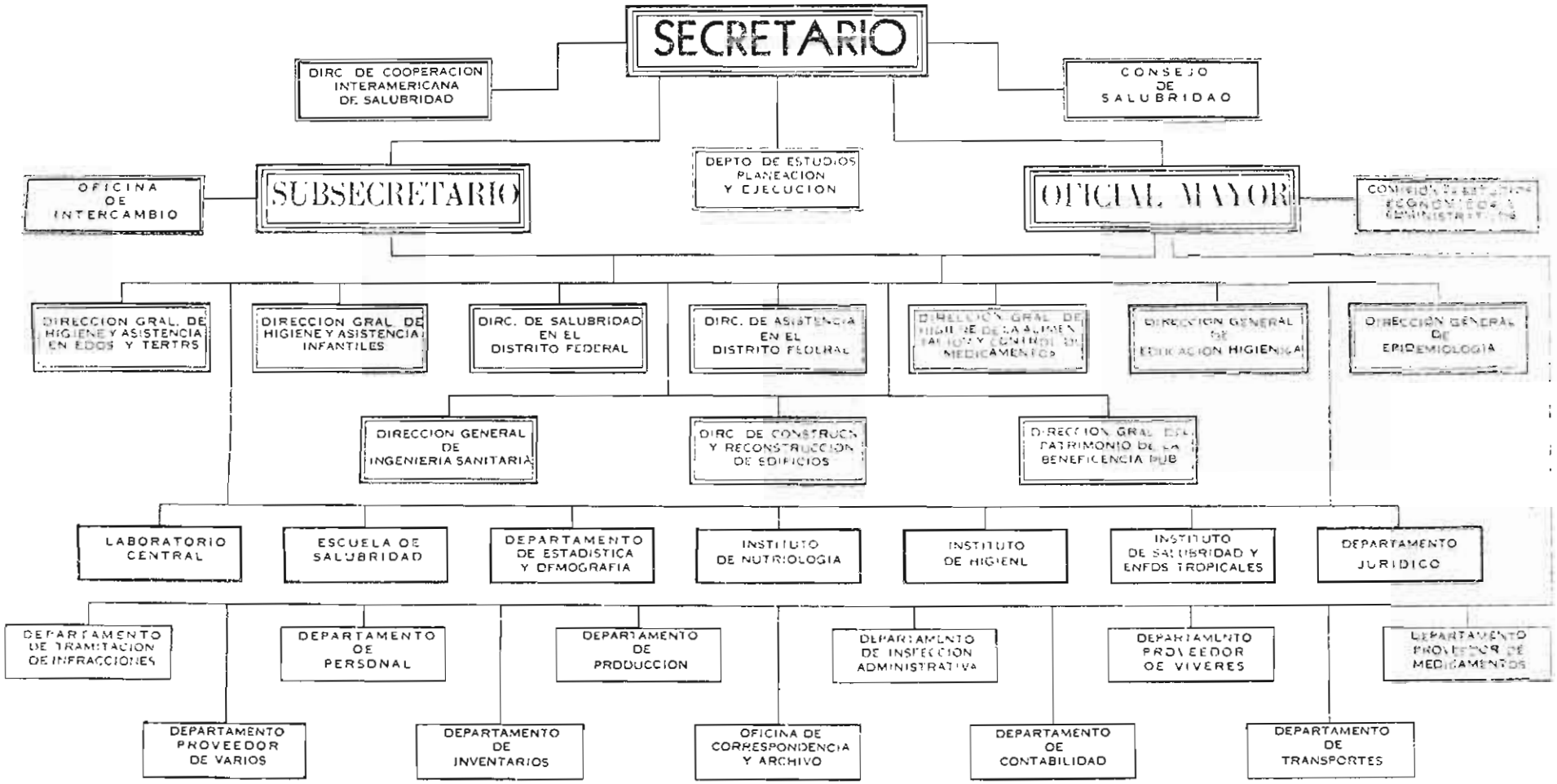
RELACION DE UNIDADES MEDICAS IMPLEMENTADAS DURANTE EL SEXENIO DE AVILA CAMACHO (1940 - 1946)

	TERMINADOS	EN PROCESO	TOTAL
HOSPITALES	18	26	44
MATERNIDADES	2	1	3
CENTRO DE HIGIENE	1	-	1
CENTRO MATERNO INF.	2	-	2
COMEDORES	2	-	2
GUARDERIAS	2	-	2
POLIDINICA	-	1	1
ESTACION MEDICA	-	1	1
INST. NAC. CARDIOLOGIA	1	-	1
DISPENSARIOS	-	19	19
Antituberculosos	-	3	3
Antileprosos	-	2	2
Antivenéreos			
Anticancerosos	-	2	2
Total	28	55	83

Fuente:

México a través de informes presidenciales. La salubridad general. S.S.A./Sría de la Presidencia. Tomo 12. pp. 175 - 176.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA



APOYO DE LA D.G.I.S.P. A LA E.S.H.

A.- Escuela de Salubridad (proyecto HE-1).

- Suministro de equipo y material de enseñanza.
- Incremento en el material de la biblioteca de la Institución.
- Pago o suplemento de los sueldos del personal docente (colocándolo así en condiciones de dedicarse mejor a su función).

B.- Mejoramiento del Instituto de Salubridad y enfermedades tropicales (proyecto Res-1) considerando que la investigación y la enseñanza están íntimamente ligadas.

C.- Concesión de becas o suplementación de las mismas. (proyecto H E - 2) a los trabajadores de Salubridad interesados en mejorar sus conocimientos en materia sanitaria.

D.- Establecimiento y sostenimiento o sólo sostenimiento de centros sanitarios.

E.- Impulso al sistema de Adiestramiento Sanitario en el Servicio mismo.

F.- Dotación de material de biblioteca para Instituciones en la República. (13)

G.- Impresión de trabajos sobre temas sanitarios de autores nacionales o extranjeros.

H.- Establecimiento de una filmoteca con material de educación higiénica popular.

I.- Investigación Científica.

CLAUSTRO DE PROFESORES DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD

E HIGIENE 1940 - 1950

CLAUSTRO DE PROFESORES	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Profesor Honorario				5[1]	5[1]	5[1]	5[1]	6	7	8	9
Profesor Titular A Tiempo Exclusivo						4	5	8	9	11	11
Profesor Titular A Tiempo Parcial	10	13	15	21	23	23	25	16	16	6	5
Profesor Asociados o Eventuales				6	8	12	10	70	101	163	104
Profesor Supernumerarios D.C.I.S.P.						7	9				
Jefes de Instrucción Lab.	1	1	1	1	2	2	3	3	8	14	13
Instructores	1	2	2	2	2	3	3	5	8	12	7
TOTAL	12	16	18	35	40	56	60	108	149	214	149

Fuentes:

1. Escuela de Salubridad e Higiene. Memoria del Depto. de Salubridad Pública 1943. Depto. de Salubridad Pública. Pág. /sin.

2. Angel de la Garza B. Escuela de Salubridad e Higiene 1940 - 1946. Pág. 111 Salubridad y Asistencia. S.S.A. 1947.

3. Escuela de Salubridad e Higiene. Memoria de la S.S.A. 1947 - 1950. S.S.A. Pág. 260.

PRESUPUESTO DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD E HIGIENE DURANTE

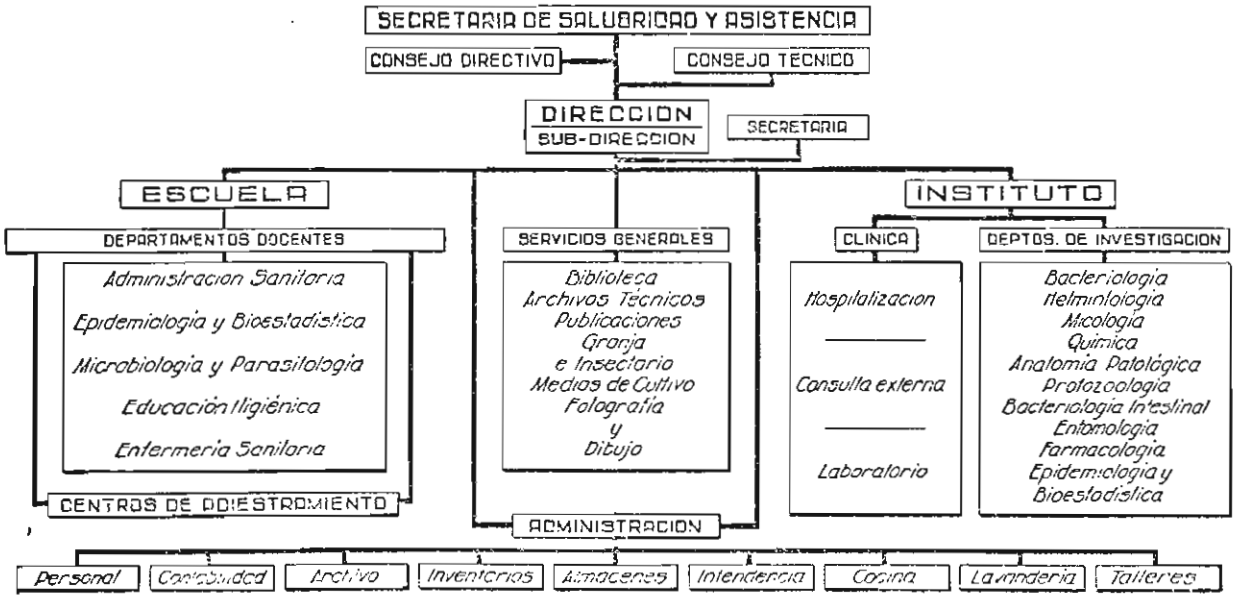
LOS PERIODOS 1940 - 1946 Y 1947 - 1949

PERIODO	ORGANISMO	PERSONAL	%	GASTOS	%	TOTAL	%
1940 a 1946	S.S.A. y D.C.I.S.P	609 064.00	80.54	147 132.67	19.46	756 196.67	100
	D.C.I.S.P.					163.259.01	21.58
	S.S.A.	408 216.40	54.17	31 944.00	30.69	440.160.40	51.32
	D.C.I.S.P.	345.265.00	45.83	63 008.28	60.62	408.273.28	47.62
1947 a 1949	Instituciones Priv.			9 146.25	8.79	9 146.25	1.06
	Sub Total	753 481.40	100.00	104 098.53	100.00	857 579.93	100.00
	TOTAL	1362 545.40	84.43	251 231.20	15.47	1613 776.60	100.00

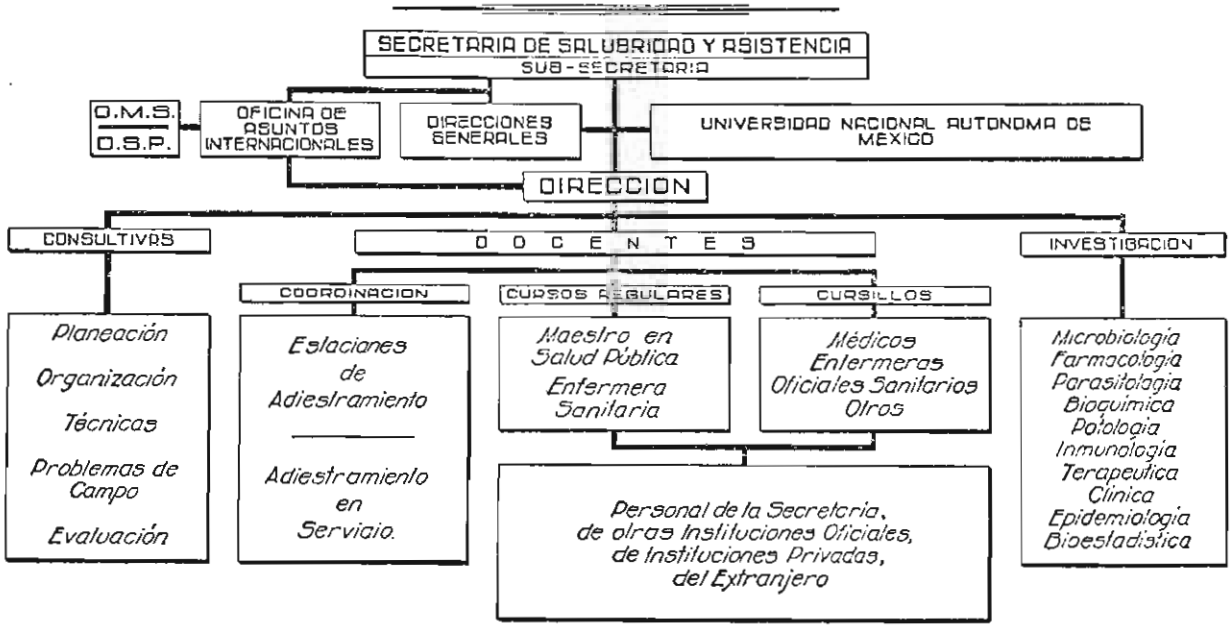
1. Angel de la Garza B. Ejc. de Salubridad e Higiene 1940 - 1946. Salubridad y Asistencia. S.S.A. 1947 Pág. 114.

2. Esc. de Salubridad e Higiene. Memoria de la S.S.A. 1947 - 1950 S.S.A. Pág. 264.

ORGANIZACION
DE LA
ESCUELA E INSTITUTO DE SALUBRIDAD Y ENFERMEDADES TROPICALES
1956



FUNCIONES
DE LA
ESCUELA E INSTITUTO DE SALUBRIDAD Y ENFERMEDADES TROPICALES
1956



PROCEDENCIA DE LOS ALUMNOS EGRESADOS DE LOS CURSOS PRINCIPALES DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD EN LOS PERIODOS 1923 - 1939 Y - 1940 - 1960.

1923 - 1939	No.	%
Departamento de Salubridad Pública	228	30.5
1940 - 1960		
Dir. Gral. de S. Coordinación de S.P.	290	38.8
Dir. Gral. de Salud Pública en el D.F.	41	5.4
Alumnos Libres	46	6.1
Alumnos extranjeros	67	8.9
Materno Infantil	12	1.6
Instituto Nac. Indigenista	9	1.2
Dir. Gral. de Educación Higiénica	8	1.0
Higiene Escolar y Serv. Médicos	7	0.9
I. M. S. S.	6	0.8
Hospital Militar	5	0.6
Dir. Gral. de Epidemiología y Campañas S.	8	1.0
Hospital Infantil	4	0.5
Dir. de Neumología, Psiquiatría y Salud M.	4	0.5
Dir. Gral. de Sanidad Militar	2	0.2
Defensa Nacional	2	0.2
Instituto Nac. de Nutrición	2	0.2
Instituto de Enfermedades Tropicales	2	0.2
Instituto Politécnico Nacional	1	0.1
Petróleos Mexicanos	1	0.1
Laboratorio Nacional de Salubridad	1	0.1
Comisión de Asistencia y becas	1	0.1
Total	747	100%

FTE.- Relación de alumnos egresados de la E.S.P.M. realizada por el Dr. Agustín Díaz E. E.S.P.M.

INVERSION PUBLICA FEDERAL EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. SEGUN INSTITUCIONES DE 1971 A 1976.

A Ñ O	I M S S *	I S S S T E *	S S A *
1971	50.5 %	19.4 %	30.1 %
1972	67.5 %	9.3 %	23.2 %
1973	60.1 %	9.3 %	30.6 %
1974	64.5 %	6.5 %	29.0 %
1975	63.2 %	11.5 %	25.3 %
1976	66.8 %	8.3 %	24.9 %

* Porcentajes del total de la I.P.F. en hospitales y centros asistenciales.

Fte: José López Portillo, Primer Informe Presidencial, anexo 1 1977. citado por: López A.D.- La Salud desigual en México. Op. Cit. pp. 180.

ENSAYOS REALIZADOS POR ALUMNOS DE LA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA DE 1970 - 1978.

AÑO	Epidemiología	Administración	Saneamiento Ambiental	Clínica	Docencia	Ciencias Sociales	Educación Popular	Otros	Total	
									neto	%
1970										
1971	4	17	5				2	1	29	
1972	16	17	9	1	1	1	4	1	50	
1973	17	15	5	9		7	1	5	59	
1974	1	2				1		1	5	
1975	8	7	2	2		2	1	1	23	
1976	6	10	3	2		1	1		23	
1977	3	8	3	3		1	2	2	22	
1978	15	6	2	1	1	1	2	2	30	
Total	70	82	29	18	2	14	13	13	241	
%	29	34	12	7.4	0.82	5.8	5.3	5.3		

Fte.- Relación de Ensayos realizados por alumnos de la E.S.P.M. 1970 - 1978. E.S.P.M.

3 bis

ALUMNOS NACIONALES Y EXTRANJEROS EGRESADOS DEL CURSO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA
1961 – 1978

AÑOS	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	total	%
Total	47	36	65	59	35	49	45	47	56	49	45	56	58	77	91	80	95	92	1082	100%
Nacionales	28	23	51	47	28	31	28	38	42	39	41	49	48	63	75	71	73	63	838	77.44
D.G.S.C.S.P.	20	13	15	24	10	7	14	28	25	27	18	23	23	29	24	27	24	24	375	44.74
D.G.S.P.D.F.	1	5	9	9	9	1	1		4	2	4	7	4	4	2	5	5	5	77	9.18
IMSS					1		1	1	3	2		2	6		13	15	8	6	58	6.92
OTROS	7	5	27	14	8	23	12	9	10	8	19	17	15	30	36	24	36	28	328	39.14
Extranjeros	19	13	14	12	7	18	17	9	14	10	4	7	10	14	16	9	22	29	244	22.55
Cuba	7	3	2		2	4	4	3	8	6	2	1	4	5	12	7	7	10	87	35.65
Perú	3		1									1							5	2.04
Paraguay	1	1	1	1	1	1	1						1						8	3.27
Haiti	1	1									1						3	2	8	3.27
Colombia	5	1	1	3	1														11	4.50
Guatemala	1		1	2	1	3	2	1		1		1	2				1	3	19	7.78
Honduras	1		1	1		1	1	1	1	2		1	2	5	1		2	1	21	8.60
Ecuador		2		2	1	1	3	2	2	1		1	1	1	2	1	3	4	27	11.06
R. Dominicana		5	3	1		1	2							1					13	5.32
Nicaragua			1	1		1			1					1			3	1	9	3.68
Bolivia			2			3	3	2			1	2							13	5.32
Panamá			1													1	1	2	5	2.04
Costa Rica				1	1	2	1		2					1			1	3	12	4.91
R. del Salvador						1									1			1	3	1.22
Brasil																	1		1	0.40
Argentina																		1	1	0.40
Chile																		1	1	0.40

FTE. Relación de Alumnos Egresados de la E.S.P.M. realizada por el Dr. Agustín Díaz E. E.S.P.M. 1978.

ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO

Información básica para orientar los programas de enseñanza:

1.- Dentro de la infraestructura actual ¿Qué necesidades de adiestramiento a nivel de posgrado se identifican en las siguientes áreas?:

a) Administración
b) Epidemiología
c) Docencia en Salud Pública.

2.- Dentro de estas necesidades ¿Qué proporción corresponden a un nivel básico y cual a uno de alta especialidad?.

3.- Se considera necesaria la organización de cursos sobre alguna nueva área de adiestramiento específico, si es así, ¿Cuál?.

4.- Tomando en consideración las previsiones de apertura programática, ¿Qué necesidades de adiestramiento en salud pública requeriran en los plazos considerados?.

5.- ¿Qué tipo y cantidad aproxímada de personal técnico en Estadística, Promoción del saneamiento y Nutrición necesitarán para 1981?.

6.- ¿Se identifica, alguna área nueva de adiestramiento técnico en salud pública que deba desarrollarse?.

¿Qué demanda anual apreciaría?.

7.- Tomando en consideración la posibilidad de la Escuela de participar en:

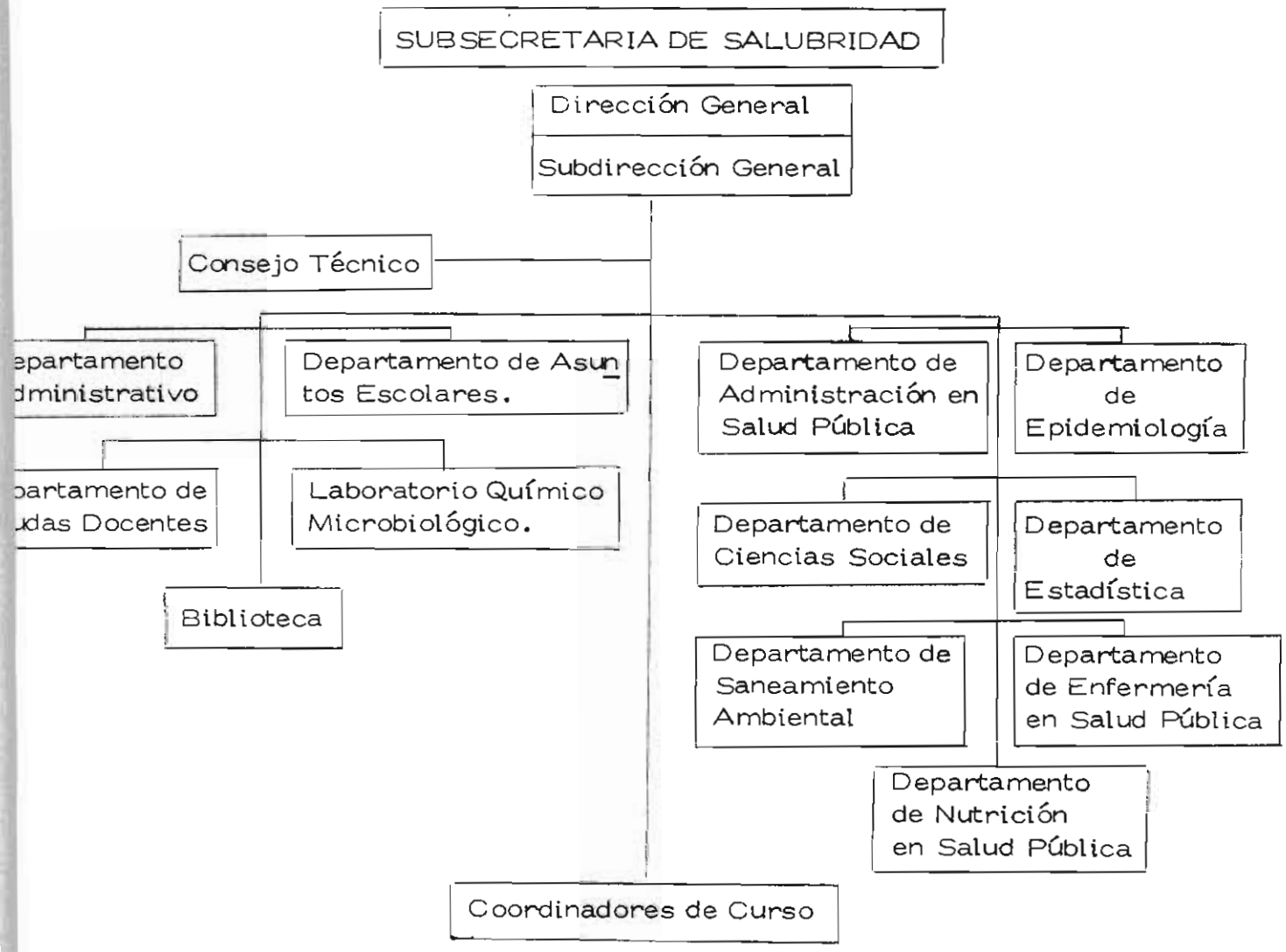
a) El desarrollo de programas de enseñanza en los campos específicos que defina cada dependencia o institución.

b) Colaboración técnica en programas de enseñanza que realiza la propia dependencia o institución.

c) El desarrollo de proyectos de investigación colaborativos.

¿Cuales serían las áreas concretas en las cuales la Escuela debiera participar?.

FTE: E.S.P.M.



FTE. Manual de Organización de la E.S.P.M. 1978.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez A. Carlos, Vital G.; Las Políticas de Salud y las luchas de los trabajadores. Cuadernos Políticos No. 19, 1979. pp. 52.

2. López A. Daniel, Almada I.; Panorama de los problemas de Salud en México. Nexos, 1979.

3. Andrade Jorge; Marco Conceptual de la Educación Médica y Salud. O.P.S. Vol. 12, No. 1, 1978. pp. 13.

3b. Véase García B. Alicia y Perrone Nestor; El problema de la evaluación en las Escuelas de Salud Pública. Educación Médica y Salud. O.P.S. Vol. 8, No. 3, 1974.

4. Cosio Villegas; citado por Alva Francisco en La población de México evolución y dilema. Colegio de México. pp.15.

5. Córdova Arnaldo; La formación del poder político en México. Ed. Era pp. 29.

6. García Juan César; Articulación de la Medicina y la Educación en la Estructura Social. Mimeo UAM (Xoch.) pp.5 .

7. Brown Richard; Salud Pública en el imperialismo. Traducción de Alberto Vasco en: Enfermedad y Sociedad. Ed. Hombre Nuevo, 1979. Colombia pp. 318.

8. Wyman Walter; Saneamiento y Progreso. Boletín del Consejo Superior de Salubridad, México, VII, 1901. pp. 97.

9. Wyman Walter, op. cit. pp. 97.

10. Orvañanos Domingo; Asociación Americana de Salubridad Pública. Boletín del Consejo Superior de Salubridad, México, Tomo XIII, No. 6, 1907 pp. 187.

11. Gochicoa A.E.; Estado actual de la fiebre amarilla en la República Mexicana. Boletín del Departamento de Salubridad Púlbica, 4a. época No. 2, 1919. pp. 42 - 43.

12. Brown Richard; op. cit. pp. 329 - 330.

13. Brown Richard; op. cit. pp. 327.

14. Semo Enrique; Historia Mexicana. Serie popular Era. pp. 240.

15. Martínez Baez Manuel; La participación de la Revolución en el desarrollo de la sanidad de México. Salud Pública de México. Vol. IX, No. 5, 1967. pp. 718.

16. Martínez Baez Manuel; op. cit. pp. 717.

17. Pereyra Carlos; Estado y Sociedad. México Hoy, Siglo XXI. pp. 290.

18. Gastélum J. Bernardo; La Higiene de México. Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad Pública. Tomo I, 1925 - 1928. pp. 11.

19. Bustamante Miguel E; Salubridad Local en México. Salubridad Organo del Departamento de Salubridad Pública. Vol. I, No. 4, 1930.

20. García Juan César; La Medicina Estatal en América Latina, 1880-1930. Mimeo UAM (Xoch.) pp. 26.

21. Dpto. de Desarrollo de Recursos Humanos; Las Escuelas de Salud Pública en América Latina. Educación Médica y Salud. O.P.S., Vol. 3, No. 3, pp. 165, 1969.

22. La Salubridad en el extranjero, Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Boletín del Departamento de Salubridad Pública. 2a. Epoca. Tomo I, No. 1-6, 1921. pp. 160.

23. Guevara N. Gilberto; La Universidad y el Estado en los años Veintes. - Mimeo UAM (Xoch.) pp. 17.

24. Véase Informe Leido por el Dr. Alfonso Pruneda vocal del Consejo Superior de Salubridad en la Inaguración de la Escuela de Salubridad. Boletín del Departamento de S.P., 1922. pp. 136.

25. Escuela de Salubridad; Memorias de Salubridad. Tomo II, 1925-1928. pp. 275 - 277.

26. Díaz E. Agustín; Relación de egresados de la Escuela de Salud Pública de México. 1923 - 1978. Mimeo E.S.P.M. 1978.

27. Alvarez Amésquita J; Historia de la Salubridad y de la Asistentencia en - México. S.S.A. 1960. pp. 227 - 230.

28. Veáse Escuela de Salubridad, Boletín de Salubridad Pública No. 2, 1927 pp. 151 - 152.

29. Informe general de labores del Depto. de Salubridad P.; Boletín de Salubridad No. 3, 1929, pp. 31.

30. Granillo Ricardo; Erogaciones de los Servicios de Salubridad en los diversos países. Salubridad e Higiene. Vol. III, No. 2, 1940. pp. 193 - 197.

31. Granillo Ricardo; op. cit. pp. 193.

32. Iturbide A. Salvador; Panorama General de la Salubridad Pública en México. Boletín de Salubridad e Higiene del D.S.P., Vol. IV, No. 1 - 2, 1941. pp. 41.

33. Ceceña José Luis; México en la órbita imperial. Ed. El Caballito, 1970, pp. 123.

34. Córdova Arnaldo; La política de masas del Cardenismo. Ed. Era, 1976, pp. 181.

35. Pereyra Carlos; op. cit. pp. 290.

36. Bustamante Miguel E.; Informe Correspondiente al año de 1933. Salubridad Organo del D.S.P., Vol. IV, No. 1 - 4, 1933.

37. Rivera Mario; La Medicina Social en el sexenio del presidente Cárdenas (trabajo leído en sesión ordinaria del círculo de estudios Ismael Cosío - Villegas, el 11 de Noviembre de 1977), pp. 5.

38. Higiene Rural y Medicina Social; Memoria del Departamento de Salud Pública, 1941, pp. 47.

39. Informe presidencial 1934 - 1935 Memoria de las labores realizadas en el D. de S.P. durante el periodo 1934 - 1935, D.S.P., 1936, pp. 4.

40. México a través de los informes presidenciales La salubridad General - S.S.A. Sria. de las presidencia. Tomo 12, 1976. pp. 147.

41. México a través de sus informes presidenciales; op. cit. pp. 151.

42. Plan cultural de adiestramiento y perfeccionan técnico del personal. Memoria de la S.S.A. 1945 - 1946, S.S.A., 1946. pp. 65 - 66.

43. Informe Presidencial 1934 - 1935; Memoria del Departamento de Salubridad Pública, 1935. pp. 52.

44. Ianni Octavio; El Estado Capitalista en la época de Cárdenas. Política de la Escuela Rural. Ed. Era. pp. 95.

45. Ceceña José Luis; op. cit. pp. 125 - 126.

46. Ramírez R. Mario; Crecimiento Económico e Inestabilidad Política en México. UNAM 1977. Cap. 6. pp. 115.

47. Ramírez R. Mario; op. cit. pp. 114.

48. Ceceña José Luis; op. cit. pp. 129.

49. García Juan César; La articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social. Mimeo UAM (Xoch.) pp. 19.

50. Cooperación Sanitaria Interamericana.- De conformidad con el acuerdo celebrado entre el Departamento de Salubridad Pública y la Oficina del - Coordinador de Asuntos Interamericanos de Wáshington el Departamento contará con la suma de $12.500,000.00, para obras de saneamiento y dotación de agua potable en 71 centros de población. De ellos corresponden a la Carretera Panamericana los siguientes: Sabinas Hidalgo, Nuevo León; El Mante, Tamps; Tamazunchale, S. L.; Acatlán, Pue.; Huajuapan, S. - Gerónimo, Ixtaltepec, Espinal, Juchitán y Tehuantepec, Oax.; S. Cristobal las Casas, Comitán y Tapachula, Chiapas. Estas obras se administrarán por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad, que ha instalado sus oficinas en el edificio del Departamento, estando al frente de - ella el Dr. Harold Hinman, el Ing. W. Martin Johnson y el señor Charles T. Pilot. Con esta oficina está colaborando la Dirección General de Ingeniería Sanitaria del mismo Departamento. Boletín del Departamento de Salubridad Pública año VI, No. 4, 1943. pp. 403.

Así mismo, por su parte la S.S.A. formuló un programa de participación de México en el conflicto mundial, dictando los puntos siguientes: Zonificación del país determinando las áreas de jurisdicción sanitaria de emergencia; Clausura de oficinas cuyos servicios no son de necesidad urgente; suspensión temporal de actividades que no sean de gran urgencia o necesidad; Movilización de las brigadas sanitarias móviles hacia las zonas donde exista mayor demanda de servicio; Intensa campaña de educación popular adecuada a la situación de emergencia. México en Estado de Guerra. Boletín del Depto. de Salubridad; Vol. VI, No. 2, 1949. pp. 162 - 165.

51. México a través de sus informes presidenciales. La Salubridad general S.S.A./Sria. de la presidencia Nux. 1976. Tomo 12, pp. 151.

52. Informe de la S.S.A. al H. Ejecutivo de la Unión; Memoría de la S.S.A. 1946. pp. 38.

53. En la práctica diaria, en el seno de una colectividad como el pueblo nuestro se ha visto una y mil veces que no es posible intervenir cuando de la salud se trata en forma de actividades puramente sanitarias, ningún ejemplo mejor podrá ser citado como el que ofrece la lucha contra las enfermedades transmisibles. Tratar a un paciente hasta liberarlo de su infección, es la base para lograr su curación, pero al mismo tiempo la base para im

pedir que tal infección alcance a personas hasta entonces sanas. Editorial. Salubridad y Asistencia órgano de la S.S.A. Tomo I, No. 1, 1944 pp. 7.

54. Pruneda Alfonso; Salubridad y Asistencia. Boletín de Salubridad y Asistencia de la S.S.A. Tomo I, No. 2, 1944. pp. 18.

55. De la Garza Brito Angel; Organización de la Salubridad en México; Higiene. Vol. VII, No. 4, 1955. pp. 104.

56. De la Garza Brito Angel; Adiestramiento y capacitación del personal sanitario. Salubridad y Asistencia. Tomo II, No. 9, 1945. pp. 57.

57. Primer Congreso de Salubridad y Asistencia; Salubridad y Asistencia. S.S.A. 1946. Tomo VI, No. 17. pp. 43.

58. En el curso de seis años hemos logrado que salgan al extranjero a perfeccionar sus estudios cerca de trescientos cincuenta jóvenes médicos. Hemos procurado seleccionar a los que vayan a estudiar un problema preciso, sobre todo aquellos que más interesan al país; algunos han estado hasta cuatro años; otros, menos tiempo. Nuestra acción ha variado desde la ayuda en obtener una beca en los Estados Unidos, hasta el pago completo de la pensión necesaria; y no exagero en calificar de perfecto el resultado obtenido, que se hará más ostensible cada día, sobre todo cuando estos jóvenes puedan desarrollar sus actividades de investigación y de trabajo organizado en los nuevos hospitales que estamos construyendo. Tenemos la satisfacción de haber despertado gran interés por la investigación científica dentro de la medicina. Los laboratorios que dejamos son ya de primer orden y es halagador ver trabajar en ellos un nuevo tipo de hombre de ciencia, que haciendo caso omiso de su interés económico, se lanza por el terreno de la sabiduría. Un avez más, va para ellos mi afecto y mi agradecimiento. Gustavo Baz Prada. Discurso de Inaguración del Primer Congreso de Salubridad y Asistencia. Op. Cit. 38.

59. De la Garza Brito Angel; Escuela de Salubridad e Higiene en el período 1940 - 1946. Salubridad y Asistencia. S.S.A. Tomo VII, No. 1, 1947, pp. 10.

60. Las funciones del Consejo Técnico iban en función de unificar las técnicas de enseñanza y los medios para evaluar las labores docentes; determinar los requisitos que deben llenar los profesores y alumnos, preparar los programas de los cursos, revisar y organizar los planes de actividades educativas que desarrollan los centros de Higiene y estaciones de adiestramiento práctico. Y a partir de 1947 se establece un nuevo nivel: la dirección y secretaría: que tienen a su cargo la dirección, vigilancia y orientación de todas las actividades de la escuela. Escuela de Salubridad e Higiene. Memoria de la S.S.A. 1947 - 1950. S.S.A. 1951. pp. 260.

61. Plan Cultural de Adiestramiento y perfeccionamiento técnico del personal. Memoría de la S.S.A. 1945 - 1946. pp. 60.

62. Plan Cultura de Adiestramiento y perfeccionamiento técnico del personal. Op. Cit. pp. 66 y Escuela de Salubridad e Higiene. Memoria de la S.S.A. 1947 - 1950. S.S.A. 1951. pp. 259.

63. Estaciones de Adiestramiento que dependían técnicamente de la Escuela de Salubridad: Centro de Higiene y estación de Adiestramiento de Tacuba D. F.; Cuernavaca, Morelos; Coatepec, Veracruz; Boca del Río, Veracruz; Guadalajara, Jalisco; Monterrey, Nuevo León; Celaya, Guanajuato.

64. Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Memorias de la S.S.A. 1949.

65. Dewey John; Democracia y Educación. Ed. Losada. pp. 234.

66. Alcocer C. J. José; Estado Actual del Adiestramiento Sanitario en México. Higiene, Soc. Mexicana de Higiene. Vol. III, No. 1, 1950, pp. 20.

67. Véase Primer Congreso de Salubridad y Asistencia. Op. Cit. pp. 76 - 79.

68. Véase; Correa V. Ma. E. Estado y Salud. Mimeo UAM (Xoch.), 1979, anexo 6.

69. Semo Enrique; Op. Cit. pp. 127 - 128.

70. Sempértegui Fdo., Félix Fdo, Pérez Elvia; Salud, Poder y Estructura Social. Mimeo UAM (Xoch.), 1976, pp. 33.

71. De la Garza B. Angel; Op. Cit. pp. 104.

72. Véase: México a través de sus informes presidenciales; Op. Cit. pp. 188-203.

73. García Juan César; La Articulación de la Medicina y la Educación con la Estructura Social. Mimeo UAM (Xoch.), pp. 23.

74. García Juan César; Op. Cit. pp. 21.

75. El Consejo directivo estaba compuesto por: El presidente del mismo (subsecretario de la S.S.A.), un vocal secretario (el director de la escuela), vocal 1° (Director general de Servicios coordinados de la S.S.A.), vocal 2° (Dir. de Salubridad en el D.F.), vocal 3° (Director de los servicios médicos rurales cooperativos), vocal 4° (director de estudios expe-

rimentales en Salubridad Pública), vocal 5° (Director de Epidemiología y campañas sanitarias), vocal 6° (El jefe de la oficina central coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural). Escuela e Instituto de - Salubridad y enfermedades tropicales.

76. Véase Editorial. Higiene, Vol. XII, No. 4, 1960. pp. 110. En las entidades actualmente hay más del 50 por ciento de jefaturas de coordinados ocupados por médicos no graduados en Salud Pública.

77. Molina G. Gustavo; La Salubridad como profesión. Higiene, Vol. VIII, No. 3, 1956. pp. 68.

78. Los puntos principales del informe Flexner son: La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas; sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos; las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorio y la experiencia clínica. Véase Julio Frenk. Cuadro clínico de la enseñanza Médica Mexicana. Nexos 1978. pp. 21.

79. Frenk Julio; Cuadro Clínico de la enseñanza Médica Mexicana. Nexos 1978. pp. 21.

80. Martínez Pedro Daniel; La enseñanza de las Ciencias de la conducta de la escuela de Salud Pública de México. Tercera reunión de Directores de - Escuelas de Salud Pública en América Latina. 1963, O.P.S./O.M.S. Publicaciones científicas. No. 92. pp. 31.

81. Martínez Pedro Daniel; Op. Cit. pp. 32.

82. Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; Op. Cit. pp. 185.

83. De la Garza B. Angel; La enseñanza de la Higiene en las Escuelas Técnicas y Superiores. Salubridad y Asistencia, S.S.A. 1945. -

84. Véase Seminarios sobre la enseñanza de Medicina Preventiva 1955 y 1956, O.P.S. Publicaciones Científicas No. 28, 1957. pp. 15 - 16.

85. Seminario sobre la enseñanza de Medicina Preventiva 1955 - 1956; Op. - Cit. pp. 1.

86. Horwitz Abraham; enseñanza Superior en Salud Pública. Segunda Conferencia de directores de Escuelas de Salud Pública en América Latina 1961. Boletín de la O.P.S., año 41, Vol. LII, No. 3, 1962. pp. 5.

87. Fassler Clara; Transformación Social y Planificación en Salud en A. Latina. Mimeo UAM (Xoch.), 1979. pp. 22.

88. Health Planning in Latin America. PAHO Scientific Publication 272. - Washington, D. C., 1973. pp. 24; citado por Clara Fassler en Transformación Social y Planificación en A. Latina. op. cit. pp. 23.

89. Vázquez Vigo Martín; Los problemas de Salud Pública en el mundo y en las Américas al término de la primera década del desarrollo; Salud Pública de México, Vol. XIV, No. 2, 1972. pp. 197.

90. Estracto del Informe final de la reunión de ministros de Salud. 1963. - Washington, D. C. Ediciones Científicas No. 92, 1963. pp. 63.

91. Fujigaki L. A.; Nava C. Humberto; El sanitarista en el desarrollo económico y social de México. Higiene, Vol. XIX, No. 6, 1968. pp. 456.

92. Cordera Rolando; Estado y Desarrollo en el capitalismo tardío y subordinado; síntesis de un caso pionero: México 1920 - 1970. Investigación Económica 123. pp. 498. 1972.

93. Grant B. John; citado por Miguel Bustamante en Salud Pública y Seguridad Social. Memorías del II congreso de la academía Nacional de Medicina, Vol. I, 1969. pp. 4.

94. Díaz E. Agustín, López M. Avelino; El médico como trabajador de la - Salud Pública; Salud Pública de México, Vol. IV, No. 3, 1962. pp. 366.

95. Dirección de Educación Profesional en Salud Pública; Salud Pública de - México, época V, Vol. VIII, No. 4, 1966. pp. 616.

96. Martínez Pedro Daniel; La educación superior y la Salud Pública; Salud Pública de México, época V, Vol. VI, No. 5, 1964. pp. 875.

97. López Martínez A; Tendencias de la enseñanza en la Escuela de Salud Pública de México; Salud Pública de México. época V, Vol. VII, No. 1, - 1965. pp. 96.

98. Díaz Esparza A; La escuela de Salubridad y Asistencia; Salud Pública de México, época V, Vol. VI, No. 6, 1964. pp. 1200.

99. Martínez Pedro Daniel; La enseñanza de las Ciencias de la Conducta en la Escuela de Salud Pública. Op. Cit. pp. 34.

100. Dirección de Educación Profesional en Salud Pública. Op. Cit. pp. 620-621. Comparando la carga docente con otros países Latinoamericanos se observa que México es el más saturado en horas.

101. López M. Avelino; La enseñanza de la Administración Sanitaria en la Escuela de Salubridad y Asistencia de México, Salud Pública de México, - época V, Vol. V, No. 3, 1963. pp. 358.

102. Depto. de Desarrollo de Recursos Humanos; Las escuelas de Salud Pública en A. Latina, Op. Cit. pp. 202.

103. Reseña de las Reuniones de las Escuelas de Salud Pública de A. Latina: Objetivos de las Escuelas de Salud Pública, 1959 en México; Enseñanza de la Estadística, 1961 en Venezuela; Enseñanza de la Administración en Salud Pública, 1963 en Brasil; Enseñanza de la Epidemiología, 1965 en Puerto Rico; Enseñanza de la Administración de Atención Médica y Hospitalaría, en 1967 Argentina y Funciones de las Escuelas de Salud Pública frente a los cambios socioeconómicos en A. Latina, 1969 en Colombia.

104. Véase Adiestramiento y formación de personal. XX Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá 1955 - 1974. O.P.S. pp. 5.

105. Véase Luna Kan Francisco; La Escuela de Salud Pública. Revista Higiene. Soc. Mex. Salud Pública, Vol. XXIII, No. 3 y 4, 1972. pp. 3.

106. Pereyra Carlos; Estado y Sociedad, México Hoy; Siglo XXI, 1979. pp. 297.

107. Véase: Fassler Clara; Transformación Social y Planificación de Salud en A. Latina. Mimeo UAM (Xoch.), 1979.

108. Pereyra Carlos, Idem. pp. 298.

109. Plan Nacional de Salud, Salud Pública de México, Vol. XVI, No. 6, 1974. pp. 943.

110. López Acuña D.; La situación de salud y la seguridad social en México, en los últimos años (problemas y alternativas) en situación presente y futura de México.

111. López Acuña D.; La Salud Desigual en México. Siglo XXI. pp. 180.

112. Véase: Ramírez C. Martha G; Dinámica y Conceptos sobre la Salud/Enfermedad en Ticul, Yuc. E.N.A.H. 1980. pp. 113.

113. Plan Nacional de Salud; Vol. II, S.S.A., 1974.

114. Véase: Martínez N. Gregorio; Recursos de la S.S.A. Higiene, Vol. XXII, No. 2, 1971. pp. 170.

115. Plan Nacional de Salud; Salud Pública de México, Op. Cit. pp. 954.

116. VI conferencia de directores de Esc. de Salud Pública de América Latina. Educación Médica y Salud, Vol. 4, No. 1-2, 1970. O.P.S./O.M.S.

117. Julio Frenk, Hdez. Héctor, Alvarez Lourdez; El mercado de trabajo médico. Reporte de investigación 1 UAM (Xoch.) División de Ciencias - Biológicas y de la Salud. 1980. pp.

118. Dirección de Relaciones Públicas y Prensa; E.S.P.M. Boletín No. 347, S.S.A. 1976. pp. 1.

119. Dir. de Relaciones Públicas y Prensa; E.S.P.M., Boletín No. 1290, - S.S.A. 1978. pp. 1.

120. Dir. de Relaciones Públicas y Prensa; E.S.P.M., Boletín No. 653, - S.S.A. 1977. pp. 1.

121. Entrevista personal con el Dr. Luis Peregrina Pellón.

122. Breilh Jaime; Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología. Mimeo UAM (Xoch.), 1977. pp. 67.

123. Breilh Jaime. Op. Cit. pp. 66.

124. VI conferencia de directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Educación Médica y Salud. O.P.S., Vol. 4, No. 1 y 2, 1970.

125. Swaroop S.; citado por Ricardo Loewe en el prólogo de Ideología y Salud. Cuadernos de Trabajo No. 36. Centro de investigación superior. pp. 9.

126. Entrevista personal con el Dr. Luis Peregrina P.

127. Loewe Ricardo; Prólogo a Ideología y Salud. Cuadernos de Trabajo No. 36. Centro de Investigación Superior. pp. 11.

128. Entrevista personal con Alumnos del curso de Salud Pública.

129. E.S.P.M.; Manual de Organización de la E.S.P.M., 1978. pp. 10.

130. VI Conferencia de Escuelas de Salud Pública, Op. Cit.

131. Laguna García José; Los principales problemas de la planificación de la Salud en México. Salud Pública de México. Vol. XXI, No. 2, 1979. - pp. 121.

132. Carlos Pereyra. Op. Cit. pp. 302.
Según cifras de la CEPAL, la tasa de crecimiento económico cayó del - 7.6% en 1973 a 5.9% en 1974, 4.2% en 1975, y 1.9% en 1976.

133. Rodríguez A. Carlos, Vital G. J.; Las políticas de Salud y las luchas de los trabajadores. Cuadernos políticos No. 19, 1979. pp. 52.

134. Entrevista personal con el Dr. Avelino López M.

135. Entrevista personal con el Dr. Ricardo Loewe.

136. Entrevista personal con el Dr. Miguel E. Bustamante.

137. García B. Alicia y Perrone Néstor. Op. Cit.

138. Loewe Ricardo. Op. Cit. pp. 6.