

La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009

Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México

MARÍA DE LOURDES ALEMÁN-ESCOBAR* | REY ARTURO SALCEDO-ÁLVAREZ**
DORIS VERÓNICA ORTEGA-ALTAMIRANO***

Se explican las circunstancias en las que se dio la formación de enfermeras sanitarias en la Escuela de Salud Pública de México desde su inicio, a principios del siglo pasado, hasta la conclusión de la primera década del siglo XXI. Se toman como marco para el análisis las diferentes épocas del estudio del proceso salud-enfermedad que son: sanitaria o premicrobiana, microbiologista, epidemiología y sistemas de salud y nueva salud pública, así como los períodos presidenciales que se recorren a través de algunos eventos trascendentes para la salud de la población y para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Se señalan los hitos del origen y desarrollo de la enfermería en salud pública, y simultáneamente se documenta la participación de la Escuela de Salud Pública en los logros alcanzados en el país durante el siglo pasado. Finalmente se plantean los retos que deberán enfrentar los programas de enfermería en salud pública en los próximos años para mejorar las condiciones de salud de la población mexicana.

This article explains the circumstances in which took place the training of sanitarian nurses at the School of Public Health of Mexico from its beginning in the early 20th Century to the end of the first decade of the 21th Century. The frame for the analysis were the different periods of the health-illness process, which means: sanitarian or pre-microbial, microbiologist, epidemiology and health systems and new public health, and also the presidential governments to which the authors refer through some events that were transcendental for the population's health and for the development of the National Health System. They point out the milestones of the origin and development of public health nursing and, at the same time, they document the participation of the National School of Public Health in the country's achievements during the last century. Finally they raise the challenges that the programs of nursing in public health will soon face in order to improve the health conditions of the Mexican population.

Palabras clave

Recursos humanos para la salud
Enfermería
Especialización
Salud pública
Análisis histórico

Keywords

Human resources for health
Nursing
Specialization
Public Health
Historical analysis

Recepción: 08 de abril de 2010 | Aceptación: 07 de julio de 2010

* Profesora e investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública. Maestra en Enseñanza Superior, Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos. Publicaciones: (2006, con J.F. Molina Rodríguez), "Participación de enfermería en el manejo de residuos peligrosos infecciosos en el primer nivel", *Desarrollo Científico en Enfermería*, vol. 14, núm. 8, pp. 302-307. CE: lourdes.aleman@insp.mx

** Profesor de la ENEO-UNAM. Maestro en Salud Pública (Escuela de Salud Pública de México-Instituto Nacional de Salud Pública). Publicaciones: (2011, con D.V. Ortega, M.L. Alemán, I. Brito, C.M. Rueda y R.A. Salcedo), "Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos", *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 1, pp. 11-16. CE: rasalced@hotmail.com

*** Profesora e investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Salud Pública. Candidata a Doctora en Educación (Instituto de Ciencias de la Educación-UAEM). Publicaciones: (2006, con I. Hernández y L.M. Arenas), "Los significados socioculturales de los prestadores de los servicios y su influencia en el programa de salud reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México", en N. González y M.I. Ángeles (comps.), *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*, Toluca/La Habana, Universidad Autónoma del Estado de México/Universidad de la Habana. CE: doris.ortega@insp.mx

INTRODUCCIÓN

Si bien la formación de enfermeras dedicadas a la salud pública inicia de manera oficial en 1922 con la fundación de la Escuela de Sanidad Pública, es necesario destacar que en México la práctica enfocada al cuidado de la salud tiene sus orígenes desde la época prehispánica, siendo ésta principalmente efectuada por las mujeres. En la cultura náhuatl, las denominadas *tlamatqui-tizitl* (INSP, 2001: 3) enfocaban sus acciones al cuidado colectivo de la salud y del ambiente. Por su labor, ellas gozaban de gran respeto y prestigio entre la población. Esto representa, en la actualidad, no sólo un antecedente histórico sino un espacio a recuperar con el fin de fortalecer el liderazgo de las enfermeras en el cuidado de la salud comunitaria y en su labor dentro de las instituciones del sector salud.

Arribar al estudio de la educación en enfermería en salud pública en México obliga necesariamente a una revisión, breve al menos, de la historia de la salud pública. Se hace referencia a los siglos XIX y XX.

El desarrollo de la salud pública suele dividirse en cuatro épocas, las que sin duda han recibido la influencia de los avances de los conocimientos médicos y de los principios de la salud pública a nivel mundial; las cuatro tuvieron su correlato en la formación de recursos humanos en enfermería: época sanitarista o premicrobiana, durante el siglo XIX; microbiologista, a finales del mismo siglo y principios del XX; época epidemiológica y de los sistemas de salud, a mediados del siglo XX; y, finalmente, de la nueva salud pública, de finales del siglo XX a la actualidad:

...la primera es la “Época Sanitarista o Premicrobiana”, que se inició desde el siglo XIX con John Snow, donde el paradigma fue la higiene y el enfoque preventivo; se basó en el saneamiento ambiental y el urbanismo. La herramienta fundamental fue la estadística descriptiva. Su aplicación condujo al

inicio del control de algunas enfermedades transmisibles.

La segunda época es la “Microbiologista”, que se inició a finales del siglo XIX y principios del XX con las teorías de Louis Pasteur, los postulados de Heinrich Herman, Robert Koch y Friedrich Gustav Jacob Henle, y los trabajos de Ronald Ross [sic]. El paradigma fue la teoría microbiana y las herramientas de análisis fueron la microbiología, la inmunología, la entomología y la epidemiología descriptiva [sic]. El enfoque preventivo consistió en [sic] las vacunas, la quimio profilaxis y la detección y tratamiento oportuno de casos, así como el control vectorial. Esta etapa, como la anterior, aún continúa y ha permitido el control de varias enfermedades transmisibles, desde la erradicación de la viruela, el control del paludismo, la fiebre amarilla, el cólera; y la disminución de la lepra.

La tercera época de la salud pública es reconocida como la de la “Epidemiología y los Sistemas de Salud”. Se inició en nuestro país a mediados del siglo XX. Los trabajos de Richard Doll y Brandford Hill sobre el hábito tabáquico y el cáncer de pulmón orientaron el desarrollo de nuevos principios de la inferencia causal en epidemiología. La principal estrategia fueron los programas preventivos enfocados hacia los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como el desarrollo de los sistemas de salud.

La cuarta época, es en la actualidad [sic] llamada de la “Nueva Salud Pública”; tiene como paradigma los modelos epidemiológicos y la concepción holística e interdisciplinaria de la salud pública. Las herramientas de análisis van desde la epidemiología molecular hasta los estudios cualitativos sobre el comportamiento. Aunque se han tenido resultados exitosos en su aplicación, en los países en desarrollo continúa siendo más terreno de la academia que de la práctica de la salud pública (Valdespino y Sepúlveda, 2002: 12-13).¹

1 Los corchetes son de los autores.

ÉPOCA SANITARISTA O PREMICROBIANA

En lo que atañe a la práctica de la enfermería, a final de siglo XIX y las primeras décadas del XX ésta se centraba en la atención del parto y el puerperio y coincide con el inicio de la ginecología y la obstetricia científicas, practicadas por los médicos. Las enfermeras sanitaristas, al introducir medidas higiénicas en la atención a la madre y al hijo, propiciaron la disminución de la fiebre puerperal y, por ende, de la mortalidad materna.

Lemuel Shattuck (Williams, 1976: 492), profesor de matemáticas y publicista, fue el primero en señalar la necesidad de una profesión orientada a promover la salud pública y personal. En su *Report of a General Plan for the Promotion of Public and Personal Health*,² que presentó a la legislatura de Massachusetts en 1850, señala la necesidad de continuar con el registro de estadísticas vitales, iniciado unos años antes por él mismo; implantar la atención a la salud infantil, la higiene escolar, la educación para la salud, la limpieza de los corrales y de las casas, y que estuvieran en buenas condiciones; y que las escuelas formaran a “las mujeres como enfermeras” (Williams, 1976: 494). No obstante el esfuerzo de Shattuck de legislar a favor del cuidado de la salud, fue hasta 1897 que Hermann M. Biggs logró establecer la primera escuela de salubristas públicos en la ciudad de Nueva York. Entre los recursos humanos preparados específicamente para la salud pública egresan las primeras mujeres enfermeras en salud pública (Williams, 1976: 495).

La Escuela de Salubridad e Higiene de México, la primera en América Latina, fue creada en 1922. Se originó con el impulso de la Escuela de Higiene y Salud Pública fundada en 1916 en la Universidad Johns Hopkins, como resultado de múltiples discusiones de

la “Reunión del 16 de octubre de 1914” con los jefes de los oficiales de salud pública ya en funciones, pero sin capacitación previa, en los distintos estados del norte de los Estados Unidos de América y la materialización de las propuestas surgidas de dicha reunión por William H. Welch y Wickliffe Rose en mayo de 1915.

Con elementos provenientes tanto de la academia como de los servicios públicos, las resoluciones se escriben en un memorándum, ahora conocido con el título de “Instituto de Higiene”, suscrito por Welch y Rose; éste versa sobre la necesidad de crear escuelas de salubridad e higiene separadas de las escuelas de medicina y con énfasis en la diversidad de áreas de formación, entre ellas, la ingeniería sanitaria y la enfermería comunitaria. Contó con el apoyo de distintas agencias internacionales, como la Fundación Rockefeller, la que más sobresaldría, desde entonces y hasta la actualidad; dicha Fundación aporta becas y subvenciones para la formación de recursos humanos especializados en sanidad pública, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos de América.

De inicio la Escuela de Salubridad e Higiene estuvo al amparo del Departamento de Salubridad, el que naciera inmediatamente después de la aprobación de la Carta Magna de 1917; surgió, por decirlo de alguna manera, como escuela básicamente sanitaria, no obstante que para esa época, en los países desarrollados, ya se encontraba muy avanzada la etapa microbiologista. Los primeros cursillos de instrucción que se impartieron tuvieron por objeto preparar a un grupo de laboratoristas, a quienes se les instruyó en todas las actividades necesarias para ser ayudantes de laboratorio, tanto en instituciones del gobierno como en otras de carácter particular.³

Con el paso del tiempo, y en atención, desde luego, a los enfoques que prevalecían en el ámbito médico, se pensó en la necesidad

2 *Reporte General del Plan para la Promoción de la Salud Pública y Personal*.

3 Instituto Nacional de Salud Pública, “Informe mensual de las labores desarrolladas en la Escuela durante el mes de julio de 1924”, Biblioteca José Luis Bobadilla, Archivo Histórico, exp. / 1924, 2 fojas.

de que la Escuela se abocara a la formación de médicos sanitarios con el propósito de que los nuevos profesionistas enfrentaran las múltiples carencias que ese sector vivía. Sin embargo, condiciones adversas de diversa índole, entre las que resalta una deficiente planta de profesores que respaldara dicho proyecto, frenaron en ese momento la iniciativa. Como medida paliativa se decidió entonces formar al personal técnico que cubriera, en algún sentido, esas carencias, y para ello se configuró un programa de instrucción para actualizar a quienes ocupaban puestos de delegados sanitarios en los puertos y fronteras, así como a algunos que desempeñaban diferentes cargos en las distintas dependencias del mencionado Departamento de Salubridad Pública. Así, durante el año de 1924 se adquirió el edificio ubicado en la calle del Chopo número 131, en la Ciudad de México, con el propósito de instalar ahí la Escuela de Salubridad.

Para el año de 1925 se hizo evidente la necesidad de formar enfermeras sanitarias, y para ello se organizó un primer curso cuyo propósito fundamental consistía en fortalecer al personal que prestaba sus servicios en la nueva organización encargada de velar por la salud pública. Para inscribirse en dicho curso —anunciado como de “enfermera visitadora”— se les exigía a las alumnas el título de enfermera⁴ y el compromiso ineludible de concluir el programa; el curso contó con la participación de 31 estudiantes, a quienes, entre otras temáticas, se les instruyó en las siguientes: higiene personal, individual y de alimentos; saneamiento, conocimiento general de las enfermedades, control de enfermedades transmisibles, vacunas, legislación sanitaria, ejercicio corporal y alcoholismo. Un año después, de acuerdo con el informe de labores correspondiente al trimestre octubre-diciembre de 1926, el 17 de diciembre de ese año, en ceremonia oficial, se entregaron diplomas a

las 31 alumnas que aprobaron el curso (DSP, 1925). Entre 1926 y 1928, el curso de enfermeras visitadoras se impartió bajo criterios y contenidos similares al primero; al parecer, el número de egresadas llegó a cubrir, en lo general, los puestos requeridos por el Departamento de Salubridad Pública, razón por la cual dejó de impartirse en ese último año (DSP, 1925).

De acuerdo con el informe de los trabajos ejecutados en el primer trimestre de 1929, para abatir la mortalidad infantil —que durante esa época era de 219.9 por mil nacidos vivos registrados (Valdespino y Sepúlveda, 2002)— la Escuela de Salubridad organizó un curso de puericultura, higiene infantil y economía doméstica con el propósito de que las enfermeras visitadoras ampliaran sus conocimientos y pudieran contribuir significativamente a la resolución del problema (DSP, 1929a).

En la década de los años treinta cobraron vida, con calidad de urgente, distintas campañas de salud pública, en atención a las numerosas enfermedades infecciosas causantes de la mortalidad en los mexicanos. Como resultado de lo anterior, y debido a la labor tan importante de propaganda que se requería para la profilaxis y tratamiento de los principales males, se consideró necesaria la creación de un programa de actualización de las entonces enfermeras visitadoras, quienes fueron capacitadas básicamente a través del enfoque sanitario o premicrobiano (DSP, 1929b y c).

Los encargados del sector salud se preocupaban entonces, básicamente, por la baja conciencia sanitaria y el nulo conocimiento que tenía la mayoría de los habitantes sobre los más elementales principios de la higiene, tanto pública como personal; sin embargo, las acciones emprendidas por el sector salud no sólo eran incomprendidas en su justa dimensión sino que, además, despertaban inquietud y causaban temor entre la población. En ocasiones, las brigadas sanitarias fueron objeto de agresiones

4 Los índices de baja escolaridad entre las enfermeras, al igual que otras profesiones, continúan hasta nuestros días, como lo señala Ángel Díaz Barriga (1998), por lo que se formó a las especialistas en sanidad en las primeras décadas de la Escuela de Salubridad e Higiene teniendo como requisito que contaran con un título de enfermera a nivel técnico.

que con frecuencia llegaban a producir muertos y heridos. Trabajar en el ámbito de la salud pública requería, desde entonces, algo de renunciación y una gran conciencia cívica.

En esa época se hicieron numerosos estudios sobre tifoidea, rabia, mal del pinto, lepra, tuberculosis, tétanos infantil, fiebre puerperal, oncocercosis, padecimientos venéreos, tifo exantemático y viruela, que constituían las enfermedades que más preocupaban a las autoridades del sector salud. Se dictaron importantes disposiciones sobre higiene sanitaria tanto en relación con las viviendas y los edificios públicos como respecto del control químico de las aguas y el aprovisionamiento de agua potable. Se crearon los servicios de estadística, para lo cual se hizo obligatorio en toda la República Mexicana el uso del certificado de defunción, y se expidió la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios. Por esa misma época se realizó el censo de 1930 y se llevó a cabo el primer Congreso Mexicano de Prevención de la Ceguera, el que condujo a una de las conquistas sanitarias de mayor importancia en ese periodo, que fue la de hacer obligatorio el método de Credé en todo el país con el propósito de controlar la bléfaros y la conjuntivitis infecciosa en los recién nacidos, enfermedades que tantos casos de ceguera produjeron entre la población infantil.

ÉPOCA MICROBIOLOGISTA

Con Lázaro Cárdenas (1934-1940) al frente de la nación, los servicios de salud pública cobraron importancia. Las enfermeras sanitarias visitadoras fueron formadas para atender las urgencias sanitarias del país y asumieron un papel significativo dentro de la estructura de los servicios de salud. Su formación fue revisada a profundidad y se acordó, entonces, introducir los contenidos curriculares correspondientes a tópicos de gran importancia; de entre ellos destacan los referidos a la puericultura, la economía

doméstica, las enfermedades transmisibles, la higiene general, el trabajo social y la eugenesia, entre otros (DSP, 1936).

Para entonces, se hizo necesaria la creación de una Oficina de Enfermería Sanitaria, la que quedó ubicada como un órgano dependiente del Departamento de Salubridad. En 1936, y como resultado de ese esfuerzo reorganizador, un grupo de enfermeras viajó a los Estados Unidos de América para recibir capacitación en salud pública, condición que hizo posible, posteriormente, consolidar las tareas de educación de enfermería sanitaria en México (Martínez *et al.*, 1993).

Durante ese periodo destaca también la labor de las enfermeras en las comunidades rurales; no obstante enfrentar condiciones precarias de toda índole, ellas cubrían una amplia gama de acciones relacionadas con la educación higiénica, la salud materno-infantil y la capacitación de promotores rurales y parteras empíricas; todos estos conocimientos coadyuvaron significativamente a mejorar la salud de esas poblaciones rezagadas. Como resultado del esfuerzo conjunto entre el entonces gobierno cardenista y las comunidades marginadas, las campañas contra el paludismo y contra la tuberculosis, y la vacunación contra el tifo, se declararon de interés público. Se creó, asimismo, el Centro de Inmunidad Contra la Viruela; se intensificaron también los estudios sobre el sarampión, la oncocercosis, la lepra, la brucelosis y la nutrición (Olivera *et al.*, 1993).

El sector educativo, desde luego, también efectuó acciones significativas de prevención de enfermedades en el ámbito escolar. En adición a la elaboración de folletos, volantes, periódicos murales, revistas y pláticas sobre higiene, se implementó la semana de la higiene en todas las escuelas del país y las prácticas de lavado de manos, cara, y limpieza de la dentadura; también se promovió la lucha contra la tuberculosis por medio de la profilaxis directa y de la indirecta: la directa tenía como fin evitar la infección de los escolares sanos e

impedir la reinfección de los contaminados; la profilaxis indirecta tenía por objeto aumentar la resistencia del organismo infantil frente a la actuación del bacilo de Koch y mejorar las condiciones ambientales de desarrollo de los niños (SEP, 1941a).

En el nivel superior, la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional creó la carrera de Enfermera rural para formar recursos humanos con un perfil sociológico e independiente del de los médicos rurales. Su misión fue eminentemente educativa y tutelar de las familias del campo, por lo que en el plan de estudios se incluyeron materias de orden social, como técnica del trabajo social, economía social y dietética, entre otras, que permitirían que las estudiantes egresaran con los conocimientos indispensables para desempeñar satisfactoriamente su trabajo en las áreas rurales de México (SEP, 1941b). En ese contexto se creó, en 1937, la Secretaría de Asistencia (Olivera *et al.*, 1993); un año antes ya se habían creado los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos, estos últimos en el ámbito agrario.

Todas estas acciones propiciaron que la mirada gubernamental se centrara nuevamente en la entonces Escuela de Salubridad e Higiene, y el 21 de octubre de 1938 el *Diario Oficial de la Federación* publicó el decreto que fijaba las bases para la reorganización de dicha escuela y su traslado, en marzo de 1939, al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, cuyo edificio estaba ubicado en la colonia Plateros, en la Ciudad de México (*Diario Oficial*, 21 de octubre de 1938), este edificio había sido construido ex profeso y modificado para cubrir las nuevas necesidades educativas. No obstante, la Escuela conservó ese nombre hasta 1953.⁵

En 1940, siendo Manuel Ávila Camacho presidente de la República (1940-1946), México aparecía a los ojos del mundo como un país relativamente poco poblado: contaba para

entonces con 19.6 millones de habitantes (Olivera *et al.*, 1993). Durante ese sexenio se iniciaron las grandes transformaciones del país, tanto en el ámbito de la economía como en el de la estructura de clases: una parte importante de la sociedad mexicana se desplazó del campo a la ciudad y con ello el país cambió su imagen agraria, que era su característica tradicional, por la de un país con un cierto desarrollo industrial y urbano. El sistema político se conservó casi inamovible y se logró una combinación de crecimiento económico con estabilidad política.

El producto interno bruto aumentó en ese sexenio en 35.9 por ciento, lo que significó un desarrollo importante apoyado en el aumento sostenido de los sectores manufacturero y de servicios. En cuanto a los aspectos demográficos, al finalizar el sexenio referido, la población ascendía a 22 millones (Olivera *et al.*, 1993).

Al frente del Departamento de Salubridad fue designado, en 1940, el doctor Víctor Fernández Manero, quien declaraba que "... la acción sanitaria se debería considerar como fundamental y su realización de la mayor urgencia" (Olivera *et al.*, 1993: 116).

Se determinó, en consecuencia, que los servicios sanitarios se reorganizaran para atender el derecho a la salud tanto del individuo como de la sociedad. Como resultado de ese esfuerzo, en ese sexenio se alcanzaron progresos de la mayor importancia en los distintos capítulos sanitarios, entre ellos, la extensión del alcance de las acciones de salud en virtud de que se lograron establecer Servicios Sanitarios Coordinados en 25 entidades, los que, sin lugar a dudas, fueron la característica que distinguió a la incipiente organización sistemática de la atención a la salud en México. A través de estos servicios se logró que las acciones y programas de salud llegaran hasta las más apartadas regiones del país (Olivera *et al.*, 1993).

5 "Decreto que fija las bases para la organización de la escuela de Salubridad e Higiene", en Valdespino y Sepúlveda, 2002: 35.

La Escuela de Salubridad e Higiene tuvo a su cargo, a partir de 1941, la formación de enfermeras sanitarias, con lo que se modificaba la noción de enfermera visitadora que había prevalecido hasta entonces, bajo el enfoque microbiologista. Los cursos que se habilitaron tenían una duración de 12 semanas (DSP, 1942), de las cuales diez se dedicaban a la instrucción intramuros y dos al adiestramiento práctico en el campo. Dichos cursos analizaban, entre otros, los siguientes tópicos: higiene y medicina preventiva; nociones sobre nutriología, dietología, bacteriología, parasitología y trabajos de laboratorio y clínicas de trabajo social. El número de alumnas graduadas fue de 244, entre los años de 1941 y 1946.

Hacia 1943, el Departamento de Salubridad (establecido en 1917), y la Secretaría de Asistencia (en 1937) (OPS, s/f) se transformaron en la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la conducción del doctor Gustavo Baz Prada. Bajo su amparo se estimuló el desarrollo de los servicios de medicina preventiva, con lo que la Escuela de Salubridad e Higiene asumió funciones relacionadas con la formación de recursos humanos para la salud. Ahí se dio mayor impulso a la enseñanza de la higiene y de la medicina preventiva; también se privilegió la necesidad de coordinar las instituciones de atención a la salud, oficiales y privadas, y, en específico, de sistematizar las actividades educativas sobre higiene. Se inició también el intercambio de profesores y alumnos de instituciones similares, nacionales y extranjeras, y se fortaleció la formación de personal de enfermería (Olivera *et al.*, 1993).

En este mismo periodo (1940-1946) se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de proteger a todos los obreros y empleados del país, llegando a convertirse, con el tiempo, en pilar determinante de todas las acciones sanitarias de la nación. También se efectuaron y ampliaron las campañas contra las enfermedades transmisibles, contra el cáncer y el bocio. Las siguientes décadas se caracterizaron por la producción de vacunas y

sueros y también proliferó la construcción de hospitales públicos. Destaca, en 1963, el Centro Médico Nacional (Olivera *et al.*, 1993: 117).

La importancia que paulatinamente fueron cobrando las enfermeras y, en específico, las sanitarias, se nota en la influencia de las acciones emprendidas por ellas, tanto en las campañas contra las enfermedades infecciosas y transmitidas por vector como en los programas de salud rural y urbano. No obstante, a nivel jurídico se instauro el mandato de que los puestos de alto mando en la salud pública del país sólo podrían ser ocupados por médicos salubristas, condición que difícilmente se cumplía (Fajardo *et al.*, 2002: 141-146), lo que trajo como consecuencia que las enfermeras quedaran subsumidas en los niveles operativos, devaluadas profesionalmente, con baja remuneración y limitadas posibilidades de acceder a puestos directivos.

En 1943 se crea la sección de enfermería sanitaria en el Departamento del Distrito Federal (SSA, 1945) para cubrir las carencias que dejara la Oficina de Enfermería Sanitaria al establecerse la SSA. El propósito de la nueva sección habría de centrarse en unificar las enseñanzas teórico-prácticas que tenían como fin la formación en servicio de estos profesionales; asimismo, se formalizó el lugar del personal de enfermería sanitaria al generarse, también en ese año, la sección de enfermería que forma parte de la estructura orgánica de la Sociedad Mexicana de Higiene —a partir de 1962 Sociedad Mexicana de Salud Pública— (Fajardo *et al.*, 2002).

El sexenio de Manuel Ávila Camacho culminó con la realización del primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, en el que se analizaron todos los campos de la salud y se delinearon las principales normas y políticas de ese sector, las que habrían de guiar el acontecer mexicano en el ámbito de la salud pública en los siguientes años (Olivera *et al.*, 1993).

Con Miguel Alemán Valdés en la presidencia (1946-1952), el país recibió un importante impulso en todos los campos, especialmente

en el económico; no obstante el obstinado esfuerzo por salir del subdesarrollo que caracterizó a este gobierno, Alemán forzó el proceso industrializador y creó riqueza sobre la base de la acumulación de capital. Las tareas emprendidas no evitaron, sin embargo, los graves desequilibrios que ahondaron la desigual distribución de ingresos, lo que impactó en la salud de la población y degradó el medio ambiente. Por lo que concierne al ámbito demográfico, la población creció en una tasa media anual de 3.3 por ciento, es decir que durante el sexenio referido se elevó en 20 por ciento, en tanto que la producción de bienes y servicios lo hizo en 43 por ciento, es decir, en más del doble (Olivera *et al.*, 1993).

La formación de personal de enfermería no aumentó ni tampoco se fortificó de modo que pudiera dar respuesta a las condiciones de salud pública que generaron tanto los procesos de industrialización como los demográficos y ambientales. Con respecto al sector salud, en ese entonces el secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Rafael Pascasio Gamboa, se dio a la tarea de fortalecer las acciones rutinarias de promoción de la salud, asistencia médica, prevención de las enfermedades y rehabilitación; expidió numerosas disposiciones y decretos y también se preocupó porque se construyeran diversos centros de salud y hospitales y se impulsaran significativamente las acciones de saneamiento del medio y de control sanitario (Olivera *et al.*, 1993).

En octubre de 1946 la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México celebraron un convenio conforme al cual la Escuela de Salubridad e Higiene se afiliaría a dicha Universidad y se concederían nuevamente grados universitarios a médicos, enfermeras, ingenieros y otros profesionales que hubieran concluido satisfactoriamente sus estudios regulares respectivos; dicho convenio se ratificó y oficializó en 1947 (SSA, 1948). La Escuela, como parte del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales,

también se propuso coordinar sus actividades con el Centro de Adiestramiento sobre la Lucha Antivenérea, con el propósito de formar una sola organización en ese rubro que facilitara la mejora y el reforzamiento de las labores sanitarias.

Con base en lo anterior, la Escuela se convirtió en una institución docente dedicada exclusivamente a la educación sobre higiene y medicina preventiva y sobre asistencia social técnica de alumnos graduados de todo el continente; ello condujo a ampliar sus programas académicos dando paso, en ese entonces, a la Maestría en Ciencias Sanitarias (que más adelante se transformaría en la Maestría en Salud Pública), al curso de enfermería sanitaria y a los de ingeniería sanitaria, organización y administración de hospitales, y al de trabajo médico social. En adición a lo anterior, a lo largo de cada año académico se realizaban cursos cortos de educación higiénica, enfermedades tropicales, laboratorio clínico y sanitario, malariología, nutriología, profilaxis de la tuberculosis, padecimientos venéreos, higiene materno infantil, bioestadística aplicada a la clínica, higiene industrial, higiene mental, saneamiento del medio ambiente y algunos otros referidos a tópicos relacionados con la preparación de los trabajadores sanitarios y asistenciales (SSA, 1949).

A partir de 1949, la Escuela se concentró en la formación de enfermeras tituladas y se estableció formalmente el programa académico de “Enfermería sanitaria” (SSA, 1949). El programa referido comenzó a impartirse trimestralmente y su duración en horas totales oscilaba entre 1 mil 240 y 1 mil 480; el plan curricular contenía, entre otras, las siguientes asignaturas: historia de la enfermería, introducción a la enfermería sanitaria, higiene del individuo y de la comunidad e introducción a las ciencias sociales. El número de alumnas que egresaron de ese programa entre 1947 y 1952 fue de 153. Durante el sexenio de Alemán se recibió un importante apoyo técnico y financiero de la Dirección de Cooperación

Interamericana para la Capacitación de la Enfermería Sanitaria y se dio preferencia, en principio, a la preparación del personal encargado de la administración y la docencia.

Durante la presidencia de Ruiz Cortines (1952-1958), las cifras globales de crecimiento económico señalaban un fuerte desarrollo aunque éste se dio de manera desigual en los distintos sectores.

Por su estabilidad política, sus incentivos y su ubicación, el país constituía un polo de atracción para los inversionistas. La inversión extranjera se dirigió a cubrir la demanda de la nueva clase media y las prósperas clases altas que estaban surgiendo, especialmente en las áreas de producción química, artículos eléctricos, alimentos procesados y automóviles, lo que generó nuevas formas de consumo y de comportamiento al interior de las familias mexicanas; se aceleraron los cambios del perfil epidemiológico del país: aumentaron las enfermedades crónicas degenerativas y los accidentes; la población urbana aumentó durante ese sexenio 33 por ciento, en tanto que la rural lo hizo sólo en 10 por ciento (Olivera *et al.*, 1993).

Con Ruiz Cortines los avances en el ramo de la educación fueron poco significativos; se promovió la participación de la iniciativa privada, en especial para el desarrollo de la enseñanza técnica. En relación con el sector salud, fue el secretario de Salubridad y Asistencia, el doctor Ignacio Morones Prieto, quien realizó una importante acción sanitaria durante su gestión. En ese periodo se fundó la Dirección General de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia y se crearon el Comité Nacional de Lucha contra la Poliomiélitis y el Programa de Centros de Bienestar Social Rural, con lo que las acciones de salud pudieron llegar a las zonas rurales más alejadas (Olivera *et al.*, 1993). En el marco de este último programa, la Oficina de Bienestar Social Rural estableció una sección de enfermería sanitaria.

Para esa época el sector salud contaba ya con un grupo relativamente numeroso de

enfermeras sanitarias, muchas de las cuales poseían una excelente preparación y amplia experiencia. Su autoridad era bien reconocida en la medida en que fuera de ellas nadie (incluyendo al director médico) tenía idea de lo que era un centro de salud; sus funciones seguían siendo, entre otras, el estudio de la comunidad, el reclutamiento y adiestramiento de personal, y la organización y supervisión de los centros de salud. Ya para 1954, en más de 80 por ciento de los estados se contaba con jefaturas de enfermería, que habían sido creadas debido al aumento del personal de enfermería y las múltiples actividades que estos profesionales desempeñaban (Martínez *et al.*, 1993).

Se hizo énfasis, entonces, en la realización de acciones propias de las comunidades rurales, en las que el trabajo de enfermería representaba una labor destacada en virtud de que ese era el profesional que más tiempo permanecía en ellas. En ese mismo año se acentuó la atención en la campaña nacional contra la diarrea y el programa de alimentación, y se intensificó la lucha contra las enfermedades que producían mayores estragos: infecciones de transmisión sexual (enfermedades venéreas), poliomiélitis, enfermedades diarreicas (diarreas), paludismo, tosferina, difteria, tétanos y mal del pinto.

Durante esa época, la que fuera Escuela de Salubridad e Higiene cobró presencia en el ámbito internacional, participando en el adiestramiento de profesionales de diferentes países latinoamericanos; como resultado de ello, y obviamente también de la influencia que recibiera de otras naciones más avanzadas en el manejo y atención de la salud, la Escuela y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales cambió su denominación por el de Escuela de Salud Pública. En ese nuevo contexto, las enfermeras sanitarias tuvieron una creciente participación en el ámbito de la docencia, así como en la dirección y planeación de escuelas, lo que redundaría en la presencia sin precedentes de dichas especialistas a nivel nacional.

ÉPOCA DE LA “EPIDEMIOLOGÍA Y SISTEMAS DE SALUD”

Entre 1958 y 1964, durante la presidencia de Adolfo López Mateos, el gobierno se propondría renovadores programas económicos a nivel nacional. Durante ese sexenio se volvió a recurrir a la política de “desarrollo estabilizador”, con la que se alcanzaron tasas importantes de crecimiento económico. La producción industrial mostró un vigoroso crecimiento de 50 por ciento, aunque ese sector fue incapaz de sobrevivir sin una fuerte protección arancelaria por carecer de competitividad en el extranjero. Para ese entonces se definieron las reglas de la llamada “economía mixta”, misma que regiría las relaciones del gobierno con el sector privado por varias décadas.

De entre las acciones más importantes realizadas durante ese gobierno destacan la nacionalización de la industria eléctrica y la ejecución del plan educativo de 11 años; esto último significó un amplio impulso a ese sector con la elaboración del libro de texto gratuito para primaria; al mismo tiempo se otorgó una gran proyección a la educación superior, tanto técnica como universitaria (Olivera *et al.*, 1993).

En lo que atañe al sector salud, el entonces secretario de Salubridad y Asistencia, el doctor José Álvarez Amézquita, inyectó especial empuje a los distintos programas de salud, lo que se reflejó en el ámbito social (Olivera *et al.*, 1993). Ese sexenio se reconoce, hoy día, como un periodo importante de la época de oro de la enfermería sanitaria en México. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), respectivamente, abrieron departamentos de medicina preventiva para beneficio de los derechohabientes; en ellos se ofrecían programas de control de enfermedades transmisibles, de fiebre reumática y detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, entre otros. Las enfermeras colaboraron activamente en la Campaña Nacional contra la Tuberculosis,

incorporándose a las unidades móviles; también participaron en las investigaciones de la vacuna BCG. Se registró también su presencia en el barco Mensajero de la Salud, el que por esos años recorría el río Usumacinta haciendo una labor muy importante de prevención y atención sanitaria (Martínez *et al.*, 1993).

A partir de 1963, la Secretaría de Salubridad y Asistencia contó con una Escuela de Enfermería que dependía de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública; su propósito fundamental era preparar personal de enfermería que laborara en instituciones sanitarias y asistenciales de la propia Secretaría y de otras dependencias oficiales o descentralizadas. La nueva escuela realizaba anualmente cursos dedicados a personas con estudios secundarios que aspiraran a convertirse en técnicas en enfermería, especialistas en salud pública, profesoras de enfermería o enfermeras con título. El plan y programa de estudios para formar a estas últimas se inspiraron, en su momento, en los programas que al respecto se ofrecían durante tres años en la Universidad Nacional Autónoma de México. Poco más tarde se abriría, también en esa institución, el programa académico único para formar, después del bachillerato y durante cuatro años, a los licenciados en enfermería y obstetricia (Martínez *et al.*, 1993).

Durante el sexenio que nos ocupa, y en lo que a la Escuela de Salud Pública atañe, ésta siguió atendiendo la formación de enfermeras sanitarias, a las que se preparaba bajo el enfoque “epidemiológico y de sistemas de salud”, razón por la cual se les otorgaba el título de “enfermeras en salud pública” (SSA, 1959). Las áreas prioritarias de estudio que dichas especialistas atendían eran, entre otras: administración sanitaria, enfermería sanitaria, medicina preventiva, enfermería en salud pública, estadística, higiene materno infantil, epidemiología, saneamiento ambiental, y organización y administración de servicios de enfermería. El número de alumnas que se graduaron entre 1958 y 1964 fue de 97.

En el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz, entre los años de 1964 y 1970, el “milagro nacional” se logró en varios sectores: el producto nacional bruto creció en 55.45 por ciento a una elevada tasa media anual de 9.2 por ciento. El sector industrial se expandió en 76 por ciento; el sector servicios en 53 por ciento y las actividades agropecuarias en 23 por ciento. No obstante estos elevados crecimientos, tanto la agricultura como la industria dejaron de ser factores dinámicos en el proceso económico al no crecer al ritmo que exigía el rápido incremento de la población y el déficit de la balanza de pagos (Olivera *et al.*, 1993).

El principal renglón del presupuesto de la administración de Díaz Ordaz correspondió al ramo de la educación, uno de cuyos mayores logros fue implantar el calendario escolar único para toda la República, lo que permitió unificar la duración de cursos del Sistema Educativo Nacional. Se realizó también una extensa labor editorial con la publicación masiva de una nueva cartilla de alfabetización, lo mismo que de cuadernos y libros de apoyo para los maestros (Olivera *et al.*, 1993).

Durante esa administración ocuparon la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública los doctores Rafael Moreno Valle y Salvador Aceves Parra. La salud pública se atendió considerando cuatro objetivos básicos: a) la promoción de la salud, enfatizándose de manera especial la educación higiénica de la población a través de valiosos programas de cobertura nacional; b) la prevención de enfermedades, que recibió especial atención a través de la vacunación sistemática y oportuna; c) la atención de las principales enfermedades, que se incrementó en todo el sistema hospitalario y centros de salud; y d) la atención de enfermedades incapacitantes, que dio origen a la creación del Instituto Nacional contra la Sordera (Olivera *et al.*, 1993).

En ese año de 1964, iniciándose prácticamente el sexenio de Díaz Ordaz, se intentó dar forma a una Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales como institución de enseñanza

para altos estudios y para la formación de profesionales de diferentes ramas de la salud, dentro de la cual quedaría ubicada la Escuela de Salud Pública; ese intento resultó inoperante y nunca se estructuró tal institución debido, al parecer, a que no se le dotó de los recursos necesarios. Tal circunstancia mantuvo a la Escuela de Salud Pública funcionando al amparo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y con sus mismos programas y estructura.

En ese momento, la Dirección General de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia promovió en el país becas para realizar actividades técnico-científicas y para asistir a congresos en el campo de la enfermería sanitaria. Sin embargo, se encontró con serias dificultades para ampliar la capacitación de dichos profesionistas, como la escasez de enfermeras con el nivel de estudios requerido y los obstáculos que algunas instituciones ponían para aprovechar las becas (Martínez *et al.*, 1993). No obstante lo anterior, el programa académico de Enfermería en Salud Pública continuó vigente, al amparo de la Escuela de Salud Pública, bajo los mismos criterios y plan curricular mencionados anteriormente. El número de alumnas graduadas entre 1965 y 1970 ascendió, con respecto al sexenio anterior, a 110.

El sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) fue una época difícil para el desarrollo económico del país. El problema de mayor importancia al iniciarse el sexenio era el enorme crecimiento demográfico, que demandaba cada vez mayor número de servicios. Surgía un México urbano y moderno dentro de un proceso de rápido crecimiento que habría de desembocar en la profunda crisis de 1975.

En ese entonces México aumentó la inversión pública, la cual se destinó fundamentalmente a renglones de bienestar social, salubridad, educación, obras públicas, subsidios a alimentos, energía y transporte, y vacunas. Fue necesario que el sector público recurriera

al crédito externo para financiar sus gastos (Olivera *et al.*, 1993).

Durante ese sexenio la política educativa se caracterizó por la reforma orientada a promover la educación nacional y a proyectar las transformaciones indispensables de la sociedad mexicana. El mismo sistema educativo nacional amplió su cobertura y calidad con la participación responsable y democrática de la comunidad. Algunas acciones relevantes fueron, entre otras, la creación de la Subsecretaría de Planeación Educativa, el impulso a las diversas modalidades de enseñanza abierta y modular, la fundación del Colegio de Bachilleres, el Colegio de Ciencias y Humanidades y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Olivera *et al.*, 1993).

Fueron secretarios de Salubridad y Asistencia durante el sexenio de Echeverría Álvarez los doctores Jorge Jiménez Cantú y Ginés Navarro Díaz. Fue un periodo especialmente activo en acciones de salud. La sociedad sufrió alteraciones sin precedentes en sus estilos de vida dado que el gobierno incorporó leyes y normas, así como nuevas tecnologías, para la atención a la salud: la píldora anticonceptiva se introdujo masivamente y se implementaron mejoras en la atención al parto y recién nacido, así como las pruebas de detección temprana de cáncer. Además, se proclamó la salud como un derecho constitucional. Los programas de mayor trascendencia fueron los de vacunación masiva que por primera vez se realizaron en el país contra el sarampión, la poliomielitis, la tosferina, la difteria y el tétanos; simultáneamente se intensificaron los programas contra la tuberculosis y el paludismo. También se intensificó, entre otros, el programa nacional de lucha contra el cáncer y se creó el programa de laboratorios regionales de salud pública, que permitieron ofrecer una mayor vigilancia epidemiológica en todo el país.

Cuatro acciones de salud tuvieron especial significado en este periodo: a) el adiestramiento intensivo que se brindó a la mayor

parte de las parteras tradicionales empíricas que venían trabajando en el país desde fecha inmemorial; b) la creación de una nueva categoría de personal médico —el médico comunitario— que, bien pagado y con suficientes recursos, fue ubicado en las regiones de mayor pobreza o más alejadas del país; c) la creación de las casas de salud, atendidas también por personal empírico adiestrado y visitadas periódicamente por médicos y enfermeras comunitarias, permitieron extender los servicios de salud especialmente a las zonas rurales; y d) el programa de paternidad responsable, que permitió disminuir la natalidad de manera sustancial y frenar el acelerado crecimiento que tenía la población del país en ese entonces (Olivera *et al.*, 1993).

Mientras esas acciones se producían, la Escuela de Salud Pública, ubicada para ese entonces en Francisco de P. Miranda, Distrito Federal, continuaba la labor de formar a las enfermeras en salud pública quienes, además de participar activamente en actividades sanitarias, coadyuvaban significativamente a erradicar enfermedades como el sarampión, la poliomielitis y la tosferina, entre otras. El número de alumnas graduadas entre 1970 y 1976 fue de 152.

Por lo que concierne al sexenio de José López Portillo (1976-1982), éste se caracterizó por su enorme complejidad. En esa época se vivió una inflación muy alta con recesión y desempleo. Ello ocasionó que el gobierno adquiriera una deuda muy importante en dólares con bancos extranjeros para mejorar la infraestructura productiva del país, pero lo que se pensó que podría originar una situación económica de bonanza se transformó en periodo de crisis en el que predominó el pago de intereses de la deuda. Se nacionalizaron los bancos privados y se estableció el control generalizado de cambios. El gobierno planteó una serie de ambiciosos planes sectoriales y regionales: primero el Plan de Desarrollo Industrial y después el Plan Global de Desarrollo, a través de los cuales se

pretendía evitar la concentración industrial y asegurar el crecimiento equilibrado del sector mediante la concesión de incentivos fiscales y subsidios en zonas y regiones estratégicas del país (Olivera *et al.*, 1993).

Se propuso llevar a cabo un Plan Nacional de Educación mediante el cual se ampliaran sustancialmente los servicios de educación básica y se fortaleciera al sector educativo. Se fundó la Universidad Pedagógica Nacional, que tenía como propósito ofrecer alternativas para la superación profesional del magisterio; y, se crearon acuerdos de coordinación para la descentralización educativa en el país. En educación básica se cubrió casi 100 por ciento de la demanda real; además, se impulsó con solidez la formación de técnicos medios. En este contexto, los recursos humanos para la salud no fueron la excepción, principalmente de enfermería y laboratoristas clínicos. Esto último se logró a través de la fundación del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP).

En el sector salud, asumieron la Secretaría correspondiente los doctores Emilio Martínez Manautou y Mario Calles López Negrete, bajo cuyas administraciones se impulsaron muchos programas del sector salud. En promoción de la salud se realizaron intensas campañas de educación higiénica y a través del programa de “Obras rurales por cooperación” se llevó agua entubada y drenaje a gran número de comunidades.

En medicina preventiva se mantuvieron los programas de vacunación, así como los diversos programas específicos de prevención de enfermedades: paludismo, tuberculosis, cáncer y oncocercosis, entre otros. Se construyeron y rehabilitaron numerosos centros de salud y hospitales (Martínez *et al.*, 1993).

Durante esa época, a raíz de la declaración de Alma Ata en 1978, en la XXXII Asamblea Mundial de la Salud, se reconoció la importante función de los servicios de enfermería para lograr la cobertura universal y la necesidad de utilizar a este personal de una manera

más eficaz haciéndolo intervenir en la planificación y administración de la atención primaria de la salud. En ese periodo la Escuela de Salud Pública pasó a formar parte de la Dirección General de Educación Profesional en Salud Pública, de la que dependían también la Escuela de Nutrición y la de Trabajo Social. En 1977, al desaparecer dicha dirección, sus funciones fueron adjudicadas a la escuela, la que absorbió a las Escuelas de Nutrición y de Trabajo Social, quedando enmarcada nuevamente en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A mitad del sexenio de López Portillo, en 1978, se estableció a nivel mundial la meta de “Salud para todos en el año 2000”. Ahí se consideró que cada país debería de organizar programas de extensión de cobertura utilizando como estrategia la atención primaria a la salud y reconociendo la labor de la enfermería en la cobertura universal. Ya para el año de 1979 se estableció el Programa en Áreas Marginadas (PAPAM) con el propósito de garantizar dicha cobertura.

El 9 de julio de este último año, la Secretaría de Salubridad y Asistencia propició la firma del acuerdo mediante el cual la Escuela de Salud Pública quedaba registrada con el número B00150 en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Casi dos años después, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* con fecha 16 de marzo de 1981, se le concedió a la Escuela de Salud Pública la categoría de órgano administrativo desconcentrado. Con base en lo anterior, se redefinieron políticas y se incorporaron algunos objetivos relacionados con la consolidación del Sistema Nacional de Salud; ejemplo de ello es el desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud (SS, 1986).

Para ese entonces, el Programa de Enfermería en Salud Pública cambió su orientación y se convirtió en “Especialidad de Enfermería en Salud Pública”, programa

académico cuya duración fue prevista en 10 meses y cuyos contenidos más relevantes se relacionaban con la estadística, el diseño de investigaciones, la sociología de la salud pública y la administración de servicios de enfermería. Las alumnas graduadas de este programa, creado en 1976, descendió con respecto al sexenio anterior, alcanzando una cifra de tan sólo 117 entre 1977 y 1982.

Por lo que toca al gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), éste se inició con una situación sumamente crítica; nuestro país vivía por entonces una profunda recesión y una inflación de casi 100 por ciento. El déficit del sector público no tenía precedente: la falta de financiamiento para la inversión era una constante y la deuda externa desmesurada. La situación nacional no era, como es de suponerse, ajena a la compleja situación mundial en la que privaban la recesión, la caída de los precios de las materias primas, el *crack* petrolero y las elevadas tasas de interés en los mercados de dinero.

La política económica del régimen del presidente De la Madrid giró alrededor de los siguientes objetivos: reducir la inflación, proteger el empleo y la planta productiva y recuperar el crecimiento económico del país. Fue también preocupación primordial de ese gobierno recuperar la confianza de la comunidad nacional y la internacional. En ese renglón se ratificó el convenio con el Fondo Monetario Internacional y se abrió el acceso a una nueva zona, muy rentable, de intermediación financiera no bancaria. Las reformas constitucionales de 1983 establecieron la rectoría del Estado en la vida económica y el concepto de economía mixta, que define la coparticipación del Estado, la iniciativa privada y el sector social. El gobierno, con el apoyo de organizaciones corporativas, puso en marcha, en 1988, casi al finalizar el sexenio, el Pacto de Estabilidad y Solidaridad Económica (PESE), que consistió en una relativa congelación de precios y salarios, aunada a un ajuste fiscal y a la fijación de la paridad cambiaria. Así, pese al golpe brutal

que significó la depresión iniciada en 1982, se logró conservar la larga estabilidad política del país y se comenzó la reestructuración del sistema productivo (Olivera *et al.*, 1993).

Durante la gestión de De la Madrid se expidió un decreto que fijó las bases para proceder al análisis de las condiciones más propicias para llevar a cabo la descentralización de los servicios de educación básica y normal, administrados hasta entonces por la Secretaría de Educación Pública. Con el mismo propósito se estableció, en cada estado de la República, un comité consultivo para determinar las características que asumiría la transferencia y se creó, como órgano de la estructura administrativa de la Secretaría de Educación Pública, la Coordinación General para la Descentralización Educativa (Olivera *et al.*, 1993).

En lo que concierne al sector salud, durante el periodo que nos ocupa, fue secretario de salud el doctor Guillermo Soberón Acevedo, quién promovió, en 1982, el Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes (PAPAMGU). También se establecieron estrategias para la modernización administrativa, sectorización, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria, con el propósito de conformar un Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitiera incrementar la eficiencia de los servicios y racionalizar los recursos. El objetivo de este sistema fue tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejora en el nivel de salud de la población.

Por esa época apareció en el mundo, y en México, en 1983, un padecimiento desconocido hasta entonces: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para el que no existía tratamiento (Olivera *et al.*, 1993). Ello condujo, en 1984, a que se estableciera en el país el derecho a la protección de la salud como derecho individual y como responsabilidad del Estado. Sin embargo, estos planteamientos se desvirtuaron al subordinarse la

política social al proyecto de reestructuración económica, y al prevalecer la lógica neoliberal en la conformación estructural del SNS y en sus sucesivas reformas.

Ya para 1985 se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud, lo que constituyó, quizá, la estrategia de mayor importancia para reorganizar el subsistema de atención para la población no derechohabiente, implementándose, asimismo, el modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS) con la participación de los gobiernos estatales y municipales (López y Blanco, 2001).

Los proyectos y programas de salud se encontraban descordinados como consecuencia de la implementación de las reformas sanitarias; una de las modificaciones que tuvo impacto en la enfermería fue el “Programa de simplificación administrativa”, con el cual se otorgaron facultades a los estados para modificar sus estructuras organizacionales bajo criterios generales dictados por la Secretaría de Salud.

Se tomó la decisión de desaparecer a las jefaturas de enfermería en los estados, lo que formalizó, una vez más, la pérdida del liderazgo de las enfermeras sanitarias al reducir su injerencia en las acciones del cuidado de la salud de la población. En su lugar, los médicos comandaron las jefaturas de enfermería, enfatizando el enfoque clínico y curativo de las enfermedades. El cambio de perfil de personal de enfermería a médico en las jefaturas estatales fue un parteaguas entre la prevención y la curación de la enfermedad en el país.

Durante ese periodo se presentó una regresión sanitaria importante: la prevención y detección temprana de enfermedades, tradicionalmente a cargo de personal de enfermería sanitaria, quedaron relegadas. Se observó un incremento en la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores tales como paludismo, dengue y tuberculosis. Sobre todo, se incrementó la morbi-mortalidad por desnutrición en escolares (Olivera *et al.*, 1993).

El hecho fortuito más importante registrado en este sexenio fue, sin duda, el terremoto de septiembre de 1985, que destruyó instalaciones hospitalarias públicas y de seguridad social; el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y los Hospitales General y Juárez de la Secretaría de Salud casi desaparecieron por completo.

Se construyeron entonces nuevas unidades hospitalarias para suplir las que se habían caído y se configuró un proyecto de reestructuración del Sistema de Salud. En el marco de dicho proyecto se creó el programa integral de desarrollo de la industria químico-farmacéutica, dentro del cual tuvo prioridad la estimulación de la producción nacional de las materias primas necesarias para la fabricación de medicamentos (Olivera *et al.*, 1993).

El 26 de enero de 1987 se constituyó por decreto presidencial, en la ciudad de Cuernavaca, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) integrado, a manera de federación, por tres establecimientos: la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI) (INSP, 1990). Derivado de esta integración, la escuela no sólo se trasladó de la Ciudad de México a Cuernavaca, sino que también inició una nueva etapa en su historia.

El proceso de modernización educativa y sanitaria a la que el país se había sumado desde los años ochenta, llevó a que la ESPM renovara e innovara frecuentemente los programas de diversos niveles académicos: especialización, maestría, doctorado y educación continua. En particular, el programa dirigido al personal de enfermería en salud pública se ofreció desde la fundación de la escuela hasta el año 2009, aunque con distintas denominaciones y orientaciones.

Las modificaciones a los programas académicos incluyeron nuevas políticas concernientes a los profesores y alumnos, entre las que destaca el establecimiento de la figura

académica de profesor-investigador, el impulso a programas de actualización docente y un riguroso mecanismo de selección de aspirantes para garantizar la calidad académica institucional (INSP, 1990).

Ya finalizando el sexenio del presidente Miguel de la Madrid, el Instituto Nacional de Salud Pública empezó a reclutar y seleccionar investigadores en el campo de la salud pública que tuvieran los mejores créditos académicos y reconocida productividad científica, para conformar su actual plantilla.

Bajo el lema “Epidemiología y los sistemas de salud”, el programa de Especialidad en enfermería en salud pública graduó, en ese sexenio, a 147 enfermeras especialistas en salud pública que mucho han contribuido a dar solución a los principales problemas que ha enfrentado el país.

ÉPOCA DE LA NUEVA SALUD PÚBLICA

El sexenio de Salinas de Gortari (1988-1994) representó indudablemente una nueva corriente dentro de las ideas generales de la plataforma política del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Las ideas del presidente Salinas generaron una importante transformación de la política tradicional del país; tales ideas partieron del concepto de que la ciencia, la tecnología y especialmente las comunicaciones habían logrado revolucionar al mundo actual y que se hacía indispensable, para que los países pudieran sobrevivir, adaptarse a estos cambios y vincularse al complicado mundo de la vida internacional. En otras palabras, se establecía el principio de que las naciones habrían de ser totalmente interdependientes y, por lo tanto, deberían aceptar la influencia de todos los factores económicos, políticos y sociales internacionales.

La política nacional quedó enmarcada en lo que se denominó “liberalismo social”. Se creó el programa “Solidaridad” que consistió en invertir recursos federales, estatales y municipales a fin de promover en las comunidades,

con el apoyo de la población, la realización de las obras públicas más necesarias.

Durante ese periodo se reprivatizaron los bancos, se estableció la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se le dio autonomía al Banco de México, se restablecieron las relaciones entre el Estado y la Iglesia, se firmó el Tratado de Libre Comercio entre Canadá, Estados Unidos y México, y se promovieron importantes reformas sanitarias y educativas (Olivera *et al.*, 1993).

Carlos Salinas se dispuso a superar los grandes problemas que enfrentaba la educación con el desarrollo de un Programa Nacional para la Modernización Educativa. Con él se atendió el rezago educativo, se revisaron los planes y programas de estudios, los libros de texto y los materiales educativos. Se impulsó la formación y actualización de profesores y la mejora de las condiciones económicas de la planta docente. Se descentralizó la administración del Sistema Educativo Nacional, buscando una mayor participación social en las tareas educativas (Olivera *et al.*, 1993).

En ese sexenio quien fungió como responsable del sector salud fue el doctor Jesús Kumate Rodríguez. De entre sus acciones políticas destacan la reiniciación de los programas de vacunación masiva contra la poliomielitis, el sarampión, la tosferina, la difteria y el tétanos; y, en 1990, el programa de vacunación universal, que destacó por sus resultados de cobertura y por la participación de las enfermeras como principales actores (Olivera *et al.*, 1993).

La incorporación de México al Tratado de Libre Comercio impulsó, en materia de salud, los procesos de certificación y reglamentación de la práctica profesional. Una de las acciones más importantes de este periodo fue la elaboración del Plan de Salud, que se realizó en combinación con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); en dicho plan se establecieron programas que permitieron definir acciones y fijar metas muy precisas. Durante

ese sexenio, y también bajo el enfoque de la nueva salud pública, el Instituto Nacional de Salud Pública, a través de la Escuela de Salud Pública de México, graduó a 86 enfermeras especialistas en salud pública.

Con Ernesto Zedillo en la presidencia (1994-2000) se reveló una gravísima crisis financiera provocada por la salida masiva de capitales especulativos. El peso, puesto en flotación, cayó en barrena y hacia el final del primer año perdió 60 por ciento de su valor, desestabilizando los mercados internacionales y situando al sistema financiero del país al borde de la quiebra (Fundación Cidob, 2002). La catástrofe total se mitigó gracias a un apresurado plan de socorro internacional.

El 21 de febrero, el Fondo Monetario Internacional, encabezado por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos, respaldó al gobierno zedillista con 51 mil millones de dólares a cambio de un drástico plan de austeridad (Fundación Cidob, 2002). El mercado financiero volvió a estabilizarse, pero México cerró el año 1995 con una recesión económica de 6.9 por ciento del producto interno bruto y una tasa de inflación de 52 por ciento.

Con un 40 por ciento de la población por debajo del umbral de la pobreza, y al menos otro 25 por ciento en sus límites, México acentuó su condición de ser uno de los países con más desigualdades de toda América Latina. Los indicadores de salud y educación de la población se vieron mermados.

En 1996, durante la XVII asamblea nacional del Partido Revolucionario Institucional (PRI), el entonces presidente Zedillo ratificó su compromiso social y revolucionario y planteó la necesidad de un cambio “en el asfixiante modelo económico neoliberal”, mismo que, empero, venía aplicando por motivos coyunturales (Fundación Cidob, 2002).

En lo que atañe al sector salud, fueron secretarios Juan Ramón de la Fuente y José

Antonio González Fernández. La reforma del campo sanitario iniciada en el mandato de Miguel de la Madrid, e impulsada durante el gobierno de Salinas, continuó y se profundizó en el de Zedillo, principalmente a través de dos vertientes: la transformación de la seguridad social mediante modificaciones a la Ley del IMSS, y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente (López y Blanco, 2001).

Con base en lo anterior, en 1995 se aprobó otra reforma del sector salud con la finalidad de garantizar servicios esenciales a los grupos de población desprotegidos y vulnerables, ampliar la capacidad y calidad de respuesta de los servicios de salud para atender las nuevas demandas derivadas de la transición y de las nuevas necesidades de salud, fomentar una cultura de protección a la salud reduciendo riesgos y promoviendo estilos de vida saludables, y modernizar las instituciones de salud mejorando, con ello, la calidad y eficiencia de los servicios.

Se establecieron también, en el marco del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), programas de salud que se estructuraron en nueve grandes componentes, con 44 subprogramas. En adición a lo anterior se crearon dos programas de extensión de cobertura: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

Se introdujo el Paquete Básico de Servicios de Salud a través de 12 intervenciones que se limitaron al saneamiento esencial a nivel familiar, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario, identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y prevención y control de tuberculosis, entre otras. El sector de enfermería en salud pública participó en todas las intervenciones y realizó 86 por ciento de las acciones (López y Blanco, 2001).⁶

6 Las intervenciones en salud conforman un irreductible de servicios de bajo costo y alto impacto, centrados esencialmente en medidas preventivas y promocionales cuyo otorgamiento es totalmente gratuito. De esta forma, los usuarios deben recibir como mínimo las acciones que de acuerdo a sus características cronológicas y genéricas les correspondan.

Este programa de reforma propuso la descentralización de los servicios de salud y la implementación, como ya se mencionó, del paquete de servicios básicos como ejes centrales para la reorganización de las instituciones públicas que atendían a la población sin seguridad social. El proceso de descentralización propuesto, al igual que su antecedente de los años ochenta, planteó la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA).

En cuanto a la ESPM, el año de 1995 marcó un hito en su configuración ya que obtuvo una mayor jerarquía jurídica. El Instituto Nacional de Salud Pública, al reestructurarse orgánicamente, se constituyó como el único de los Institutos Nacionales de Salud de México que cuenta con escuela para cursar estudios de posgrado y un cuerpo de docentes con el perfil de profesores-investigadores. La ESPM inició, desde entonces, un esfuerzo sistemático para integrar e integrarse en un todo armónico con la investigación en salud pública y su enseñanza holística.

Con base en lo anterior, se creó en 1995 la Secretaría Académica, cuya función principal es garantizar la calidad de los programas académicos; ésta, por un lado, quedó ligada directamente a la dirección general del INSP, para asegurar la participación equitativa de los centros de investigación en la docencia y, por el otro, para asumir la responsabilidad de los asuntos escolares de la institución, así como de la biblioteca y las publicaciones.

La nueva Escuela de Salud Pública cuenta, desde ese año, con la suma de todos los recursos institucionales para lograr sus fines académicos. No obstante los esfuerzos de consolidación de la docencia en salud pública y la mayor jerarquía jurídica del ahora INSP/ESPM y de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, no se contempla la figura jurídica contractual de profesores-investigadores,

con lo que se generan condiciones laborales inequitativas.

Durante el sexenio 1994-2000, y también bajo el enfoque de la nueva salud pública, la ESPM-INSP gradúo a 83 enfermeras especialistas en salud pública.

A partir del último año del siglo que concluyó, y a solicitud de la Comisión Nacional de Evaluación (CONAEVA) y de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), los programas académicos del INSP/ESPM fueron renovados. Dicha renovación se basó, por un lado, en el análisis de las funciones de la salud pública de cara al nuevo milenio y, por el otro, en las recomendaciones relacionadas con los modelos académicos. Se incorporaron las necesidades específicas de cada programa en atención a sus fortalezas y debilidades y se homologaron con aquellos otros operados en reconocidas instituciones del ámbito internacional (INSP, 2003).

El presidente Vicente Fox Quesada (2000-2006) tomó posesión como ejecutivo de la nación cuando el país estaba a punto de cerrar un excelente año económico, pero el crecimiento económico, el bienestar social y el posicionamiento internacional que México tenía vinieron a menos terminando ese sexenio.

En relación con el sector salud, el doctor Julio Frenk Mora encabezó, desde el primer momento del sexenio foxista, la secretaría de ese ramo. El eje de su propuesta se basó en la democratización de la salud, lo que significaba contar en México con un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente. En ese sentido, los retos a enfrentar para el sistema de salud fueron los siguientes: lograr la equidad entre los mexicanos en relación con el acceso a los servicios de salud; derivar de la heterogeneidad de las distintas unidades de atención los niveles de calidad aceptables que se merecen los ciudadanos; el reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema de salud se ofrezca a la gente mejores condiciones, incluyendo atención pronta y trato digno; finalmente, solucionar la falta de protección

financiera que vive el sistema de salud pública.

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, esta administración se planteó cinco objetivos acordes con los del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006: a) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; b) abatir las desigualdades en salud; c) garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; d) asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; y, e) fortalecer el sistema de salud, en particular sus instituciones públicas (Secretaría de Salud, 2001: 19).

Es preciso tener en cuenta que la enfermería, no sólo en el país sino en el mundo entero, se halla en un proceso de transición de lo técnico a lo profesional. Satisfacer las necesidades de recursos humanos de enfermería en salud pública requiere de una cuidadosa planeación para satisfacer el mercado ocupacional, en cuanto a cantidad y también en cuanto a calidad; asimismo, es necesaria la vinculación de las competencias laborales y profesionales con los avances técnicos para el cuidado de la salud.

Las tendencias de la salud pública al final del siglo XX corrieron en medio de muchas de las transformaciones más intensas de la historia de la humanidad. México, al igual que el resto del mundo, se enfrenta a estos cambios: los adelantos científicos y tecnológicos, la industrialización, la tendencia de la población a la urbanización, su crecimiento y envejecimiento, a los cambios en el modo de vida, a los rezagos de la pobreza, a la inequidad y a la diversidad cultural y étnica; condiciones, todas ellas, que se reflejan en el peso de la enfermedad.

Desde 1997 la OPS señaló deficiencias respecto de los programas de formación de recursos humanos de enfermería sanitaria. Dichos programas mostraron falta de conocimientos tanto en el impacto de los cuidados de enfermería en atención primaria a la salud de la población como deficiencias en el número, distribución por categorías y funciones del personal

de enfermería; también mostraron la división del trabajo, las condiciones y características del mercado laboral, la organización técnica y administrativa de los servicios, así como problemas relacionados con el ejercicio de la profesión. Dicho estudio concluyó que las condiciones de trabajo del personal de enfermería se han dañado notablemente (OPS, 1997).

El mayor desafío para México y otros países en América Latina es la sustitución de personal no calificado que actualmente opera los servicios de enfermería en salud pública por personal calificado. En referencia a la ESPM, ya totalmente integrada al INSP, los programas académicos enfrentaron nuevamente un proceso de revisión curricular y un replanteamiento de su propuesta pedagógica. A partir de esos años se introdujo como fundamento pedagógico la teoría del constructivismo, en sustitución de la antigua tecnología educativa. Se adoptó el diseño instruccional por competencias profesionales y se inició un proceso de sensibilización con los investigadores para renovar el estilo, la forma y el fondo de la enseñanza de las cátedras, mismo que continúa hasta la actualidad.

El Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública fue el último en entrar al proceso de revisión curricular. El problema de la disminución de la matrícula que enfrentaba en ese momento el programa se originó en la imposibilidad de los aspirantes de sustentar los gastos de su estancia por 12 meses sin contar con el apoyo financiero de las instituciones en las que se encontraban laborando, mayoritariamente. Durante el mandato de Fox, y continuando con el enfoque de la nueva salud pública, la ESPM/INSP gradúo a 85 enfermeras especialistas en salud pública. Para el año 2006 el programa se cerró por falta de demanda.

Para concluir este breve recorrido histórico, basta añadir que el inicio del sexenio del presidente Calderón Hinojosa (2006-2012), segundo sexenio del Partido Acción Nacional, se da en un ámbito político enrarecido al ganar

por un margen muy estrecho, en lo que fueran las elecciones más reñidas de la historia.

Con las ofertas de diálogo nacional y el refuerzo de las promesas sociales, el presidente Calderón ha tratado de mitigar el clima de confrontación que ha vivido el país en los últimos tres años. Hoy en día los mexicanos viven más tiempo: alcanzan una edad promedio de 72 años, y se estima que antes del año 2030 el 18 por ciento de la población tendrá más de 65 años, lo que representará un problema importante de salud y, por consecuencia, un costo financiero y social más elevado, por lo que ahora es necesario contar con recursos humanos calificados para que identifiquen y controlen los problemas de salud antes de que se agudicen, con las consecuencias de la historia natural de las enfermedades: aumento de las discapacidades, pérdida de años en la vida productiva y económicamente activa de la población y en el incremento de los costos en todos los niveles de atención a la salud, entre otros.

Actualmente, el estudio de las ciencias de la conducta y genómicas son la base esencial para explicar la predisposición a la enfermedad, así como para plantear las mejores opciones de prevención, tratamiento y control de los padecimientos crónico-degenerativos, neoplásicos, mentales y los relacionados con accidentes y violencias que predominan en las primeras décadas del nuevo siglo.

El actual secretario de Salud es José Ángel Córdoba, cuya preocupación por desarrollar recursos humanos para la salud ha quedado plasmada en la estrategia 9 del “Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud” (SS, 2007a). Sin embargo, en términos operativos, los programas estratégicos y prioritarios de atención a la salud de la población se están ejecutando con personal de enfermería habilitado o técnicos con el propósito de brindar servicios de mínima complejidad pero que responden a problemas de gran magnitud: entrega de sobres de suero de

rehidratación oral y complementos alimenticios, aplicación de inmunizaciones orales, entrega de condones y material de difusión, entre otros.

Se hace necesario hacer hincapié en que los problemas de salud pública a corto plazo son cada vez mayores y más complejos, por lo que rebasan en mucho la respuesta que el personal habilitado o técnico puede brindar; ejemplos de las acciones de salud que requieren personal de enfermería especializado en la salud pública son: consejería para enfermedades crónicas, monitoreo de padecimientos isquémicos del corazón, aplicación de pruebas de diagnóstico del cáncer, aplicación y seguimiento de inmunizaciones, tamizaje neonatal, monitoreo de uso de medicamentos controlados y control del abuso de sustancias lícitas e ilícitas.

De acuerdo con la OMS, una cobertura suficiente de enfermeras en salud pública es de una especialista por cada 10 mil habitantes (Gutiérrez-Raigosa *et al.*, 2003); en México, hasta el año 2007 se tenían registradas un total de 223 mil 081 enfermeras de todas las categorías académicas y para todos los niveles de atención para dar servicio a una población de 105 millones 790 mil 725 habitantes, siendo el indicador general de enfermeras por 10 mil habitantes de 21.1 (SS, 2007b); del total de enfermeras, una tercera parte (74 mil 360) trabaja directamente en el primer nivel de atención y la mayoría de ellas en programas de salud pública, pero se estima que solamente 8 por ciento (5 mil 948) tienen estudios de especialidad en esta área. De estos datos se infiere que la cobertura de especialistas de enfermería en salud pública es de 0.56 por 10 mil habitantes; es decir que para alcanzar el nivel recomendado por la OMS estarían haciendo falta 4 mil 631 de estos profesionales.

Actualmente los egresados del Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública han sido insuficientes para dar respuesta a las demandas del sector y también para atender las recomendaciones hechas por

la OPS respecto de la formación de recursos humanos especializados en salud pública, a pesar de haberse emitido hace ya más de una década.

En 2007 se propuso a las autoridades académicas de la INSP/ESPM que se transformara el programa de especialización al nivel de maestría específicamente para personal de enfermería; sin embargo, no se logró incluir como parte de la oferta académica de la institución. Para el año 2008, y por primera vez en la historia de la INSP/ESPM, se estableció como criterio de ingreso para cursar el programa de la especialización contar con el nivel de licenciatura en enfermería, lo que contribuyó a que sólo 30 por ciento de las aspirantes fueran aceptadas, a pesar de cubrir suficientemente los demás criterios de admisión.

En lo que va del sexenio calderonista el INSP/ESPM ha graduado a ocho alumnas (tres de ellas en el año 2008 y el resto con licenciatura en 2009 (INSP, 2010). Ese mismo año se terminó la contribución de la INSP/ESPM a la formación de recursos humanos especializados en enfermería en salud pública al cerrarse el Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública.

CONCLUSIONES

Los egresados del Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública de la ESPM-INSP hicieron valiosas contribuciones a la salud pública de México y de otros países de América Latina a lo largo de su historia, pero éstos han sido insuficientes. Para dar respuesta a las demandas del sector, y también para atender a las recomendaciones hechas por la OPS respecto de la formación de recursos humanos especializados en salud pública, y a pesar de haberse emitido hace ya más de una década, para el año 2007 se tenía un déficit cercano a los 5 mil profesionales.

No obstante ser el programa de salud pública más antiguo del país, el INSP/ESPM fue cerrado en el marco de la crisis económica y

social de 2009 y frente a grandes retos de mejora de la calidad, la cobertura y la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Todo esto se ha sumado al lento proceso de profesionalización de la enfermería en el mundo entero. La insuficiencia de personal de enfermería en todas las áreas, y la de salud pública no es la excepción, ha favorecido la migración hacia países que ofrecen mejores condiciones laborales y remuneraciones más acordes con la demanda de este personal.

México es un país expulsor de recursos humanos en enfermería en todos los niveles, incluido el de educación superior y posgrado, lo que agrava el déficit de personal especializado en la salud pública del país. Al carecer de medios financieros y condiciones laborales suficientes para retener al personal de enfermería más calificado, el mercado laboral nacional ha debido conformarse con personal habilitado, pero dicho personal, aún haciendo su mejor esfuerzo, no cubre los estándares de calidad del cuidado de la salud, ni la distribución al interior del sector ni el tipo de competencias que demanda la atención a la salud de la población.

El aporte que la especialidad en enfermería en salud pública hace es exclusivo de su perfil profesional. No puede sustituirse por ningún otro participante del equipo de salud debido a la especificidad de sus competencias, indispensables para poner en marcha cualquier programa de tamizaje, detección temprana de enfermedades y uso de herramientas y modelos propios de la enfermería para el control de padecimientos.

Poco es el personal especializado en enfermería en salud pública, y amplio y específico es el campo en el que se requiere su intervención. Las instituciones del sector salud no cuentan con el suficiente personal de enfermería especializado en salud pública, y a cambio han contratado a personal improvisado, medianamente preparado en técnicas de enfermería y sin ningún conocimiento de salud pública. El proceso de sustitución de dicho personal

por otro más calificado es deseable pero lento. La educación continua es poco factible en las instituciones del sector por el costo mismo de esa modalidad y por el pago al personal que tendría que sustituir en el servicio al que se estaría capacitando.

No obstante que está probada la efectividad de la práctica de la enfermería sanitaria a lo largo de la historia de México y la importancia que se otorga a la formación de recursos humanos en el actual Programa Nacional de Salud 2007-2012, estrategia 9, el sector salud no propicia la formación del personal de enfermería y, contrariamente, se desestimula.

En lo laboral, el personal que egresó del programa de especialización en los últimos sexenios, la mayoría mujeres, regresó a ocupar los puestos que tenía antes de cursar el año académico en el INSP/ESPM debido a que enfrenta la inequidad social referida al tipo de profesión: aún siendo licenciadas o

especialistas, ocupan puestos de enfermería general o auxiliares de enfermería. También enfrentan inequidad de género, pues perciben menores salarios que los hombres aunque desempeñen funciones similares. Y, finalmente, enfrentan también la inequidad generada por regulaciones que están establecidas en los manuales vigentes de organización de las instituciones del sector salud, que ya son anacrónicos porque establecen, entre otros, que los puestos gerenciales deberán ser ocupados por personal médico.

En el futuro se deberán gestar, en las instituciones de educación superior, programas educativos comprometidos con el personal de enfermería y con la salud pública de los mexicanos para que los y las enfermeras puedan encontrar nichos donde superarse profesionalmente y alcanzar el nivel de posgrado en salud pública para cumplir con su misión ante la sociedad.

REFERENCIAS

- DÍAZ Barriga, Ángel (1998), "Editorial. El futuro de la educación superior", *Perfiles Educativos*, vol. 20, núm. 82, octubre-diciembre, pp. 2-5.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1925), "La Escuela de Salubridad de México", en *Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad Pública*, tomo II, México, pp. 275-302.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1929a), "Informe de los trabajos ejecutados en el primer trimestre de 1929, en la Escuela de Salubridad", *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 2, México, pp. 106-114.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1929b), "Informe de los trabajos ejecutados en el tercer trimestre de 1929, en la Escuela de Salubridad", *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 58-66.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1929c), "Informe de los trabajos ejecutados en el cuarto trimestre de 1929, en la Escuela de Salubridad", *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 5, pp. 54-61.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1929d), "Informe general del Departamento de Salubridad Pública: Escuela de Salubridad", *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 3, pp. 31-33.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1936), "Escuela de Salubridad: cursos desarrollados", en *Memoria de las labores realizadas durante el periodo comprendido entre el 1º de septiembre de 1934 y el 15 de julio de 1935 por el Departamento de Salubridad Pública*, México, DSP, pp. 102-103.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1942), "La Escuela de Salubridad", *Memoria que reseña las actividades del Departamento durante el ejercicio fiscal de 1941 bajo la gestión del Dr. Víctor Fernández Manero*, México, DSP, pp. 227-229.
- Departamento de Salubridad Pública (DSP) (1944), *Memoria 1943-1944: basada en el informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión por el Dr. Gustavo Baz, secretario del ramo*, México, DSP.
- FAJARDO Ortiz, Guillermo, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela (2002), *Perspectiva histórica de la atención a la salud en México: 1902-2002*, México, OPS-UNAM, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Fundación Cidob (2002), *Ernesto Zedillo Ponce de León. Biografía de Líderes Políticos CIDOB*, en: http://www.cidob.org/es/documentacion/biografias_lideres_politicos/america_del_norte/mexico (consulta: 20 de junio de 2002).

- GUTIÉRREZ Raigosa, Addy, Miraldey Morales Trinidad y Bertha Elvia Capistrán Ocampo (2003), "Situación de la enfermería de salud pública en México. Desarrollo y perspectivas", *Desarrollo Científico en Enfermería*, vol. 11, marzo, pp. 55-59.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (1990), *Programas académicos 1990. Escuela de Salud Pública de México*, México, INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública-Escuela de Salud Pública de México (INSP) (2001), *Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública*, México, INSP-Coordinación Académica del Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública, documento interno.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2003), *81º Programa Académico 2003-2004. Escuela de Salud Pública de México*, México, INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2010), *Memoria 2009*, marzo, México, INSP.
- LÓPEZ Arellano, Olivia y José Blanco Gil (2001), "La polarización de la política de salud en México", Río de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, vol. 17, núm.1, enero-febrero, pp. 43-54.
- MARTÍNEZ Benítez, María Matilde, Pablo Latapí, Isabel Hernández Tezoquipa y Juana Rodríguez Velázquez (1993), *Sociología de una profesión. El caso de enfermería*, México, Centro de Estudios Educativos.
- OLIVERA, C. Mario, Carlos García Álvarez, Emma Olivera Gómez Tagle y Víctor Carlos Campuzano (1993), *Sesenta años de salud pública en México*, México, Talleres Gráficos de Cultura.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997), "New Challenges in the Field of Advanced Education for Nursing Personnel in Latin America", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 2, núm. 1, julio, pp. 51-56.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s/f), *Línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002*, en: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm> (consulta: 7 de abril de 2010).
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (1941a), "De la educación higiénica y del servicio médico", en *La educación pública en México, desde el 1º de diciembre de 1934 hasta el 30 de noviembre de 1940*, 3v, México, SEP, pp. 256-262.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (1941b), "Enfermera rural", en *La educación pública en México, desde el 1º de diciembre de 1934 hasta el 30 de noviembre de 1940*, 3v, México, SEP, pp. 591-593.
- Secretaría de Gobernación (1938), *Diario Oficial. Órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*, México, viernes 21 de octubre de 1938, tomo CX, núm. 42.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1945), "Actividades relacionadas con la Escuela de Salubridad", en *Memoria 1944-1945: basada en el informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión por el Dr. Gustavo Baz, Secretario del ramo*, México, SSA, pp. 50-51.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1948), *Anuario de las actividades que desarrollara la Escuela de Salubridad e Higiene durante el año académico de 1948*, México, SSA-Escuela de Salubridad e Higiene.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1949), *Anuario de las actividades docentes que desarrollara la Escuela de Salubridad e Higiene y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año académico de 1949*, México, SSA-Escuela de Salubridad e Higiene.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1959), *Anuario de las actividades docentes que desarrollara la Escuela de Salud Pública durante los años académicos de 1959 y 1960*, México, Talleres Gráficos de la Nación.
- Secretaría de Salud (SS) (1986), *Programa académico 1986. Escuela de Salud Pública de México*, México, SS.
- Secretaría de Salud (SS) (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, SS.
- Secretaría de Salud (SS) (2007a), *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, SS.
- Secretaría de Salud (SS) (2007b), *Boletín de información estadística 27. Recursos físicos, materiales y humanos*, México, SS-Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud, vol. I, pp. 72-85.
- VALDESPINO Gómez, José Luis y Jaime Sepúlveda Amor (2002), *Crónica de la escuela de salud pública de México de 1922 a 2001. Relación de sus protagonistas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- WILLIAMS, Greer (1976), "Schools of Public Health-Their Doing and Undoing", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, vol. 54, núm. 4, pp. 489-527.