

Profesionalización de la salud pública y la capacitación de sanitaristas en el Perú: 1935-1968

Professionalization of public health and training of sanitarians in Peru: 1935-1968

Carlos Bustíos Romani¹, Ruth Arroyo Aguilar¹

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Correspondencia:

Ruth Arroyo Aguilar
rarojoa@unmsm.edu.pe

Recibido: 18 de junio 2018

Aprobado: 14 de julio 2018

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Fuentes de financiamiento:
Autofinanciado

Citar como: Bustíos C, Arroyo R. Profesionalización de la salud pública y la capacitación de sanitaristas en el Perú: 1935-1968. *An Fac med.* 2018;79(3):252-61.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15319>

An Fac med. 2018;79(3):252-61 | <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15319>

Resumen

Este artículo presenta información bibliográfica y testimonial sobre la historia de la profesionalización de la salud pública y la capacitación de sanitaristas en el Perú durante el período 1935-1968, con el fin de sustentar la validez de los comentarios que se hacen sobre las razones internas y externas de los logros y limitaciones de ambos procesos durante, y al final de este período. Con este fin, el artículo se organiza en seis ítems: Antecedentes en la región de las Américas y en el Perú; profesionalización de la salud pública en el Perú (1935-1968); capacitación en salud pública y la cooperación externa en el Perú (1935-1968); programas de capacitación del personal sanitario en el Perú (1961-1963); la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1968); y, comentarios sobre la situación del sanitarista en la década del sesenta.

Palabras clave: Salud pública; Capacitación; Perú

Abstract

This article presents bibliographic and testimonials information about the history of the professionalization of public health, and the professional development of the sanitarians in Peru during the period between 1935 and 1968, in order to provide legitimacy to the comments that were made about the internal and external reasons of achievements and limitations of both process during, and at the end of this period. For this purpose, the article is organized into six sections: Background information of the region of the Americas and Peru; the professionalization of public health in Peru (1935-1968); Public health professional development and the foreign cooperation in Peru (1935-1968); the training programs for sanitarians in Peru (1961-1963); the School of Public Health of Peru (1964-1968); and, comments about the situation of the sanitarians in the sixties decade.

Keywords: Public health; Training, Peru

ANTECEDENTES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y EN EL PERÚ

En los años iniciales del siglo XX, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos había ingresado a su etapa de expansión, haciéndose necesaria la creación de una nueva profesión de funcionarios de salud pública a dedicación exclusiva, preparados para la gestión de las organizaciones sanitarias. Esta expansión exigía, entonces, contar con facilidades institucionales para la enseñanza especializada de la salud pública, aparte de los recursos físicos y financieros correspondientes. La decisión de crear una escuela de salud pública para atender esta exigencia fue el resultado de reuniones entre ejecutivos de la Fundación Rockefeller (FR) y líderes sanitarios, entre 1913 y 1916.

Para tomar esa decisión, el Consejo de Educación Médica de la Fundación Rockefeller organizó en octubre de 1914, una junta de expertos para que dieran su opinión al respecto. Junta conformada por representantes de tres escuelas de medicina (Harvard, Columbia, J. Hopkins), altos funcionarios de salud pública incluyendo a C. E. Winslow, y de la Fundación Rockefeller como Wickliffe Rose que dirigía su Consejo de Salud Internacional¹⁻⁴. Las opiniones fueron diversas y son resumidas en los siguientes párrafos.

La Universidad de Harvard, regida por Milton J. Rosenau, y el Instituto Tecnológico de Massachussets, propugnaban el desarrollo de un curso de formación de funcionarios sanitarios con predominio de los temas de ingeniería sanitaria. Curso orientado hacia la higiene industrial, la reducción de la mortalidad infantil y la promoción de la salud para escolares.

- La propuesta de la Universidad de Columbia, elaborada por E. Seligman, profesor de ciencias políticas, daba énfasis a las ciencias sociales y la economía política en dicha formación, teniendo los aspectos médicos y sanitarios un tratamiento secundario en el programa de estudios.
- Por su parte, C. E. Winslow – funcionario del Departamento de Salud del Estado de Nueva York– opinaba que una escuela de salud pública ideal de-

bía formar a todos los diversos niveles de trabajadores de la salud: “en las poblaciones pequeñas, los enfermeros en salud pública, los inspectores sanitarios y los funcionarios en salud son mucho más urgentes que los altos funcionarios médicos con una gran formación...”.

- La propuesta de la Universidad de Johns Hopkins de Baltimore, desarrollada por William H. Welch –profesor de Patología de esta Universidad– tenía un enfoque biomédico orientado a la investigación científica, con un programa de estudios que enfatizaba la estadística, la epidemiología y en la posibilidad de acceso a un hospital para el estudio de la medicina preventiva.
- Wilkliffe Rose, como representante de la Fundación Rockefeller, proponía un sistema de formación del funcionario sanitario organizado en los servicios públicos de salud en el país, que implicaba la existencia de una o dos instituciones centrales que cubrieran el campo entero de la instrucción en salud pública y utilizara como sus laboratorios y como campo de trabajo real a las instalaciones y los ámbitos de las organizaciones de salud del Estado y de la ciudad.

La redacción del informe final de la reunión quedó en manos de Rose y de Welch. Rose escribió la primera versión, que después fue corregida por Welch. En 1915, Welch y Rose presentaron su informe final a la Fundación Rockefeller (FR). El Informe presentado abandonaba el sistema de escuelas estatales, propuesto por Rose, para reemplazarlo por una Escuela definida como “un centro de investigación científica y para la generación de conocimiento”, tomando como ejemplo a los institutos de higiene organizados en Alemania.

En junio de 1916, el Comité Ejecutivo de la FR aprobó el llamado *Informe Welch-Rose*. En la parte introductoria del informe, la salud pública es reconocida como parte de un amplio movimiento social; sin embargo, los objetivos del programa curricular fueron planteados, apenas, como la capacitación de médicos y otros profesionales en la higiene pública y en la medicina preventiva. Finalmente

se optó, a pesar de las protestas de Winslow, por una orientación positivista que privilegiaba las acciones basadas en la ingeniería sanitaria y la bacteriología, postergando las tendencias que valoraban la reforma social, los componentes políticos y las ciencias sociales^{2,3,4}.

La Universidad de Johns Hopkins instrumentó rápidamente la propuesta contenida en el informe aprobado, y creó en 1916 su Escuela de Higiene y Salud Pública, que comenzó sus actividades lectivas en 1918, siendo su primer director W. H. Welch. Inicialmente no se incluyó ningún presupuesto para la formación práctica sanitaria, esto es, ningún vínculo con organizaciones locales o estatales. Sólo después de que la FR lo presionara para que se diera más atención a la capacitación en administración de la salud pública se buscó personal docente que tuviera alguna experiencia práctica en esa área administrativa^{6,7}. El Informe Welch-Rose y por extensión, la Escuela Johns Hopkins establecieron y transmitieron un modelo de formación científica del funcionario de salud pública que finalmente combió la mentalidad positivista del trabajo de investigación en el laboratorio con los métodos de administración de salud pública y el trabajo de campo epidemiológico¹.

En los siguientes 20 años se crearon otras siete escuelas de salud pública en las universidades de: Harvard (1921); Sao Paulo (1921); Toronto (1924); Londres (1924); España (1924), México (1925); y, la Habana, Cuba (1927). Todas ellas inspiradas en su organización por las recomendaciones del Informe Welch-Rose, y con programas curriculares muy semejantes, si no idénticos al de la Escuela de Johns Hopkins. En estas instituciones académicas se formaron los primeros profesionales especialistas en salud pública latinoamericanos.

El proceso de profesionalización de la salud pública llevado a cabo en los Estados Unidos desde 1918 había comenzado a impactar en el Perú no sólo a través de la importación directa de campañas sanitarias dirigidas por personal de la FR sino con la influencia general que, en el Siglo XX, los Estados Unidos tenían en nuestro país. Desde las primeras décadas del siglo

XX, la FR y, en menor medida, la Kellog y otras entidades privadas habían comenzado a otorgar becas para profesionales latinoamericanos, entre ellos los peruanos, que desearan capacitarse en Estados Unidos en el campo del cuidado de la salud de las poblaciones.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ: 1935-1968

El escalafón sanitario y la Escuela de Médicos Sanitarios: 1935-1945

En noviembre de 1934, se realizó en Buenos Aires la IX Conferencia Sanitaria Panamericana⁵; en ella, la delegación peruana, presidida por Carlos E. Paz Soldán, presentó una ponencia sobre la necesidad de un escalafón sanitario para el desarrollo de la salud pública de cada país y garantizar el cumplimiento de los pactos sanitarios. Ponencia que fue una de las recomendaciones de la Conferencia.

El 4 de julio de 1936, casi dos años después de aquella Conferencia, Paz Soldán remitió como Director del Instituto de Medicina Social, un oficio al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima, en el que se presentaba un proyecto de creación de un Diploma de Higienista “como un primer paso hacia la magistratura sanitaria”. Diploma a ser otorgado a los médicos que aprobaran un curso especial organizado por la facultad con ese fin específico. De acuerdo a este proyecto, el curso duraría tres trimestres. En el primer trimestre se incluirían las siguientes asignaturas: química aplicada a la higiene, bacteriología y parasitología, climatología y meteorología, demografía y epidemiología general; en el segundo trimestre se incluirían a las de: nutrición y alimentación pública, medicina social, higiene especial e ingeniería sanitaria. En el tercer trimestre se destinaría a prácticas en los servicios sanitarios y a la preparación de la tesis final. El proyecto de Diploma de Higienista no fue aprobado. Al respecto, Paz Soldán haría los siguientes comentarios: “Este proyecto no prosperó. Quedó como un intento docente del instituto. En su lugar, el recién nacido Ministerio (...) improvisó mediante la Dirección de Salubridad y bajo su supervigilancia una escuela de médicos

sanitarios de efímera vida educacional... Como se ve, el ideal burocrático ha superado el ideal médico social de la magistratura sanitaria”⁶.

Luego de desechar el proyecto de Paz Soldán, el Consejo de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima emitió una resolución en diciembre de 1936, por la que crea la Escuela de Médicos Sanitarios y establece su reglamento. Además, de manera concordante con esta creación, el gobierno de Benavides promulga, en enero de 1937, la Ley 8493, en la que se “declara carrera pública a la función técnica sanitaria desempeñada por profesionales de la medicina y de sus ramas y de la ingeniería sanitaria”, se crea el escalafón sanitario con cinco categorías en el Perú y se precisa que dicha Escuela será el centro superior para la preparación especializada de los futuros médicos sanitarios. El 25 de junio de 1939, con la asistencia del Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, se inauguró la Escuela de Médicos Sanitarios, teniendo como secretario el Dr. Jorge Estrella Ruíz. Seis meses después, por Resolución Suprema del 1º de diciembre de 1939, se autorizó becarios de la Dirección de Salubridad a la Escuela^{7,8}.

Para el cumplimiento del plan de estudios pertinente a ser realizado en 13 meses y organizado en tres ciclos, se acordó crear las siguientes cátedras a cargo de profesores de la Facultad. Guillermo Almenara, en organización sanitaria y en administración sanitaria. Telémaco Battistini, en bacteriología médica y en zoología médica. Víctor Cárcamo, en química sanitaria. Jorge Estrella, en legislación sanitaria. Carlos E. Paz Soldán, en epidemiología. Raúl Rebagliati, en enfermedades infecciosas y en enfermedades tropicales. Alberto Alexander, en ingeniería sanitaria. R. Pérez Buenaño, en estadística demográfica y sanitaria. Franz Schrufre, en introducción en bioestadística. Francisco Valega, en higiene personal e higiene social⁹.

Pero, la Escuela tuvo una vida efímera, debido al escaso interés de los médicos en matricularse en ella para especializarse en salud pública. El primero y, también, único curso que dictó la Escuela se inició el 16 de agosto de 1938, con solo 22

alumnos inscritos, de los cuales apenas seis lo finalizaron. En 1940, la Escuela de Médicos Sanitarios fue desactivada y las autoridades de salud buscaron otros medios para dotar al país del personal preparado para la función especializada de salud pública¹⁰.

Era evidente, que si bien la Ley 8493 había establecido las bases normativas del escalafón sanitario, no había resuelto el problema económico que suponía instrumentar un escalafón que suscitara alicientes suficientes para que esos profesionales siguieran la carrera sanitaria. A esto debe sumarse la distorsión imperante en la formación médica nacional, que parecía estar en pugna con la salud pública y colocaba a ésta y a sus profesionales en un ambiente de desprestigio en la comunidad médica. En una respuesta débil dirigida a crear aquellos alicientes, el Gobierno expidió el Decreto Supremo del 29 de diciembre de 1943, que creaba en el escalafón sanitario, una clase especial para los profesionales que se dedicaran de manera exclusiva al servicio del Estado. Otorgándoles un sueldo base, tomando en cuenta sus años de servicio y su categoría. Luego, el Congreso, a propuesta del Ejecutivo, expidió la Ley 10173, en virtud del cual se sancionó dicho Decreto, pretendiendo de esta manera asegurar la estabilidad de la carrera sanitaria de los funcionarios a dedicación exclusiva^{9,10}.

Estatuto y escalafón del servicio civil y las profesiones médicas: 1950-1968

El escalafón sanitario instituido el año 1937 dejó de tener vigencia en el país con la promulgación de la primera norma integral sobre la carrera pública: el Decreto Ley 11377, Estatuto y Escalafón del Servicio Civil, dado el 19 de mayo de 1950. Norma que generó el primer escalafón que organizó el campo del trabajo público en una estructura de clasificación de los trabajadores en cuatro categorías, que dependían del tipo de relación contractual: empleados adscritos (funcionarios), empleados de carrera, empleados a contrata y personal de servicio. Por otro lado, el Sistema de Presupuesto Público normaba los aspectos remunerativos de empleados y personal del Servicio Civil por medio de la Ley Anual del Presupuesto¹¹.

En el proceso de aplicación del Decreto Ley 11377 y en el caso de los médicos al servicio del Estado, fue necesario realizar algunas modificaciones para tratar de atender los crecientes requerimientos de personal directivo y médico de los nuevos establecimientos de salud, en especial de los grandes hospitales. En 1956 solo el 22% del total de los puestos de trabajo médico en las organizaciones públicas eran a tiempo completo; el resto de ese total a tiempo parcial, con remuneraciones muy bajas. La primera modificación fue la creación del “puesto único” para los profesionales médicos, a través del Decreto Supremo del 16 de junio de 1961. El cual fue complementado con un segundo Decreto, expedido el 1º de febrero de 1962, que al precisar el monto del haber mínimo del profesional médico, posibilitó la aplicación del primero. Por último, un tercer Decreto Supremo, expedido el 22 de julio de 1965, ordenó la nivelación de haberes de los médicos, según el principio de “a igual trabajo igual salario”, nivelación prevista a ser realizada en tres etapas¹².

Como consecuencia inmediata de la aplicación de esos tres decretos, un gran número de médicos jóvenes ingresaron al servicio público, con un rejuvenecimiento importante del personal. Además, la duración del horario del trabajo médico comenzó a uniformizarse y los sueldos se elevaron, aunque sin alcanzar los niveles deseados por el gremio médico. Pronto se hizo evidente que los sueldos pagados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) no eran aún suficientemente altos para atraer a los médicos a los puestos rurales y esta sería la principal causa de que existieran tantas vacantes médicas fuera de la ciudad de Lima.

Es necesario enfatizar que el personal profesional de los servicios de salud del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y de la Fundación Rockefeller que operaban en el Perú, eran contratados a dedicación exclusiva y en condiciones salariales y de trabajo muy superiores a las que estaban sometidos los profesionales que laboraban en el MSPAS y otros servicios públicos. Condiciones que les permitían atraer, capacitar, motivar y mantener en sus servidores un especial espíritu de trabajo y de compro-

miso en el desarrollo de sus tareas en las provincias alejadas de Lima. Así, por ejemplo, en el testimonio de un sanitarista¹³ que trabajó en el SCISP, entre los años 1946 y 1956, se lee lo siguiente:

“En 1946 me gradué como médico cirujano en la UNMSM. Este mismo año, ingresé al SCISP de manera circunstancial. Viajé a Iquitos por unos meses, luego pase al hospitalito de Contamana a Pucallpa y luego a Tingo María. De allí fui becado a Estados Unidos, donde obtuve el grado de Magister en Salud Pública en la Universidad de Minnesota (...) Fuera de Lima, el SCISP actuaba en el campo con una completa autonomía del resto del Ministerio, incluso tenía una escala remunerativa diferente para su personal. En 1946, el sueldo de un médico sanitarista del nivel local alcanzaba de 200 a 400 soles, el del director general del MSPAS llegaba a 800 soles, en cambio un médico recién egresado recibía un sueldo de 1.200 soles por ir a trabajar por el SCISP en Iquitos...El Director General del MSPAS protestó por esta desproporción... No parecía entender que si no le pagaba bien a un profesional, el SCISP carecería de éste en Iquitos”.

CAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y LA COOPERACIÓN EXTERNA EN EL PERÚ: 1935-1968

Becas en el extranjero y entrenamiento en servicios especiales

Una de las labores de mayor trascendencia que realizaron en el Perú, durante el período 1935-1968, el SCISP, la FR, la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y, en menor medida, la Fundación Kellogg, fue la capacitación del personal profesional, en las disciplinas especializadas de la salud pública, a través de becas en el extranjero.

De acuerdo a información proporcionada por el SCIPS¹⁴, entre los años 1942 y 1960 más de 150 profesionales peruanos adquirieron esa capacitación especializada en universidades y escuelas de salud pública de Estados Unidos y del continente, utilizando becas concedidas por el punto cuarto del Programa de Asistencia Técnica del Instituto para Asuntos Interamericanos (ICA) del Gobierno de

Estados Unidos. La distribución de las becas por especialidades habría sido la siguiente: salud pública: 44; servicio social: 16; ingeniería sanitaria: 14; enfermería: 9; nutrición y dietética: 6; administración hospitalaria: 5; educación sanitaria: 4; veterinaria: 3; otras especialidades: 5. En el año 1944, con una de estas becas, el Dr. Mario León Ugarte fue el primer médico peruano que alcanzó el grado de Master of Public Health en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

Por otro lado, el MSPAS informaba al respecto, que en el caso de la OPS, esta entidad concedió durante el período 1954-1960 un total de 60 becas para capacitar médicos en salud pública; y que en el período 1952-1963, el gobierno de Estados Unidos a través de su programa de ayuda externa, otorgó 48 becas en salud pública y 13 en administración de hospitales. Las becas de otras fuentes elevan el total aproximadamente a 148 médicos capacitados en salud pública y 20 en administración de hospitales en países del exterior¹⁵.

Además, en circunstancias de un creciente incremento de la magnitud y complejidad de la infraestructura médico sanitaria y de un escaso interés de la universidad peruana para capacitar al personal que debería encargarse de administrar dicha infraestructura, el MSPAS comenzó a realizar actividades de adiestramiento en servicio de su personal profesional, utilizando de preferencia las facilidades del Instituto Nacional de Salud, el Centro de Medicina Preventiva del Rímac y el Servicio Departamental de Ica. Entidades financiadas por la cooperación externa, modeladas de acuerdo con los principios de administración y sanidad importados por el SCISP y la FR. Cientos de profesionales que laboraban en el MSPAS realizaron ciclos y cursos de orientación y entrenamiento en los servicios y programas operados en el país por estas entidades. El Departamento de Selección y Entrenamiento, de la División de Servicios y Unidades Sanitarias del MSPAS, estaba encargado de orientar, dirigir y apoyar en la selección y capacitación nacional e internacional del personal de los Servicios, así como de realizar evaluaciones periódicas del personal. El De-

partamento había sido creado en 1950 con el apoyo de la FR. Estaba dirigido por el Dr. Santiago Machiavello¹⁰.

Resultados en el país alrededor del año 1961

Limitaciones cuantitativas

Pero el número de becas extranjeras asignadas al país por las organizaciones de cooperación externa para la profesionalización de la salud pública, así como el carácter eventual de las mismas, no resolvió el problema de escasez de personal capacitado para implementar los planes de desarrollo del sector público nacional de salud. Las brechas entre la demanda y la oferta de personal especializado, tanto en salud pública como en administración hospitalaria, se habían ampliado.

Todos los gobiernos que se sucedieron entre los años 1935 y 1964, aplicaron una política social que –con excepción de los momentos de crisis económica y de la gestión como ministro de economía de Beltrán– tuvo un carácter populista, con un crecimiento importante del gasto social en los ramos de educación y de salud. Como consecuencia de ello, al final del año 1964, el subsector público nacional en salud se había convertido en el mayor propietario de los medios de producción de los servicios médico sanitarios en el país, y el mayor empleador de la fuerza de trabajo del personal de salud disponible.

La información procedente de los estudios efectuados para fundamentar el Proyecto de Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública¹⁶, elaborado en 1962 por el MSPAS, con apoyo de personal de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID), puso en evidencia el gran déficit de personal capacitado en los diferentes campos de la salud pública, con relación a las necesidades mínimas calculadas para dichos campos. En este Proyecto¹⁶, con datos que correspondían al año 1961, se afirmaba lo que aparece en los siguientes párrafos.

- Hasta 1961 no fue organizada en el país la enseñanza en administración hospitalaria. “Solo 12 profesionales médicos recibieron esta preparación post-graduada en el extranjero y prestan

servicios en otros tantos hospitales, quedando la mayoría de los 231 hospitales del país –con un total de 24,645 camas– sin personal directivo especialmente capacitado para esta tarea”.

- Excepto la existencia efímera de la Escuela de Médicos Sanitarios, con seis egresados en el año 1940, no se realizó en el país ningún curso de preparación en administración de salud pública, debiendo los profesionales interesados, viajar al extranjero para obtener la preparación adecuada. “En esta forma se prepararon 126 profesionales en el transcurso de los 16 años anteriores a 1962”.
- La preparación especializada en enfermería de salud pública, ha sido llevada a cabo por medio de 12 cursos de post-graduada, desarrollados en el Centro de Medicina Preventiva del Rímac desde 1945, de los que egresaron 178 enfermeras especializadas. Desde 1958 funciona en Lima el Instituto de Post-graduada de Enfermería, que imparte un curso para formación de instructoras de escuelas de enfermería y otro para formación de supervisoras de servicios de enfermería hospitalaria. Hasta 1961 egresaron 66 enfermeras preparadas en esos dos campos específicos.
- Un total de 22 educadores de salud pública, de los cuales 16 trabajan en el MSPAS, fueron preparados en tres cursos que la División de Educación del Ministerio desarrolló en los años 1952, 1956 y 1960.
- El MSPAS desarrolló en el transcurso de los últimos 16 años, cinco cursos de adiestramiento para inspectores sanitarios. Se desarrollaron, además, varios cursillos de adiestramiento en diferentes localidades del país. En total fueron preparados 109 inspectores.
- En la última década se han desarrollado de manera esporádica cursos de adiestramiento de auxiliares de enfermería en distintas localidades del país. En 1958 fueron dictadas normas oficiales para la realización de estos cursos. Se puede estimar en 500 el número de auxiliares que recibieron este adiestramiento y que están en actual servicio.

A partir de esa información, en el mismo proyecto se concluye: “la preparación de los diferentes tipos de profesional y auxiliar de salud pública en el país, no ha logrado constituirse en una actividad regular y permanente dotada de los recursos humanos y materiales indispensables para su desarrollo. La única excepción que podría hacerse a esta formación, sería la preparación de ingenieros sanitarios que es regularmente efectuada en la Universidad Nacional de Ingeniería”.

En la tabla 1 se comparan las necesidades mínimas de personal básico de salud pública con el personal capacitado en actual servicio en el MSPAS, con el fin de cuantificar el déficit existente por tipo de personal capacitado. Déficit que variaba entre el 70,3% para médicos especializados en administración sanitaria y el 92% para enfermeras especializadas en administración y supervisión en hospitales¹⁶.

Además, en el estudio realizado en el año 1964 por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins y el Gobierno Peruano, sobre oferta y demanda de los diferentes tipos de recursos humanos de salud en el país, se informa que entre los resultados de esta operación censal se muestra, con relación a la disponibilidad de médicos sanitaristas, que en el año 1964 sólo el 4,3% del total de 5235 médicos activos empadronados se habían identificado como sanitaristas.

Limitaciones cualitativas

Actualmente, existe un consenso en reconocer que la preparación de recursos humanos para la salud sólo puede hacerse con óptimos rendimientos cuando la enseñanza es congruente con la problemática de salud, las peculiaridades organizativas y los patrones socioculturales de cada país, ante las dificultades evidentes que implica el intentar aplicar técnicas y procedimientos delineados para otros países, quizá de muy diferentes contextos ecológicos, económicos, culturales y políticos. Al respecto, el médico sanitarista Alfredo Lynch, egresado en 1948 de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, opinaba:

Tabla 1. Necesidades mínimas de personal básico de salud pública. Proyecto de Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública. Perú, 1961.

Denominación	Necesario	Personal disponible	
		Capacitado y en actual servicio	Por capacitar
Médicos			
Administración hospitalaria	48 (a)	11	37, 77,1%
Administración sanitaria	353 (b)	105	248, 70,3 %
Educadores de salud	64 (c)	16	48, 75,0 %
Enfermeras			
Salud pública	520 (d)	115	405, 77,9 %
Administración y supervisión en hospitales	510 (e)	41	469, 92,0 %
Educación (instructoras)	99 (f)	25	74, 74,7 %
Inspectores de saneamiento	520 (d)	74	446, 85,8 %
Auxiliares de enfermería	4240 (g)	500	3740, 88,2 %

- (a) un administrador por hospital del MSPAS
- (b) un administrador sanitario por cada 30 000 habitantes
- (c) un educador de salud por cada unidad de salud del MSPAS
- (d) una enfermera de salud pública o un inspector de saneamiento por cada 20 000 habitantes
- (e) tres enfermeras administradoras por cada hospital público (170 con más de 50 camas)
- (f) nueve instructoras por cada escuela de enfermería (11 escuelas oficiales)
- (g) una auxiliar sanitaria por cada 2500 habitantes (para hospitales y centros de salud)

“La enseñanza estaba diseñada para la Salud Pública de Estados Unidos (...) Ello explica, por ejemplo, que lo aprendido en ingeniería sanitaria y administración sanitaria no fuera utilizado en el Perú, en tanto su aplicación requeriría recursos humanos y económicos que no dispone-mos. Sin embargo, había materias como la bioestadística y la epidemiología, que son básicas en la preparación de todo sanitarista, así como ciertas técnicas de laboratorio para el control del agua potable y el diagnóstico de las enfermedades tropicales que eran aplicables en el país”¹⁷.

Coincidiendo con la opinión de Lynch, el historiador Marcos Cueto, después de revisar lo archivos de la Fundación Rockefeller (FR) que correspondían a esos años, concluye:

“La tradición que inspiraba las políti-cas de la FR era el modelo de las escuelas de medicina de las universidades de elite de los Estados Unidos. Este nuevo mo-delos fue promovido en el Perú (...). Los médicos de salud pública formados en los Estados Unidos fueron muchas veces socializados para trabajar en un medio que no tenía las carencias del peruano. Por ello, muchas veces su entrenamiento acabó siendo un fenómeno aislado y no repercutió en la estructura de la salud pública local”¹⁸.

Recomendaciones de las escuelas de salud pública de América Latina

Del 9 al 13 de noviembre de 1964, bajo el auspicio de la OPS, se reunió un grupo de estudio en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, con el objeto de discutir las normas que deben recomendarse a las escuelas de salud pública de América Latina. En esta reunión, el grupo consideró conveniente aceptar la definición de “Escuela de Salud Pública” expresada por el Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, de la OMS, en su décimo informe (Serie de Informes Técnicos No. 216). Esta definición dice textualmente: “La escuela de salud pública es una institución dotada de recursos adecuados, que, además de realizar trabajos de investigación y prestar servicios de salud pública, organiza cursos que duran a tiempo completo un año académico por lo menos o su equivalencia, que comprenden las materias esenciales para entender los diversos problemas sanitarios y las doctrinas, normas de organización y técnicas cuyo conocimiento es necesario en la solución de los mismos y que están abiertos a los médicos y a los profesionales afines deseosos de obtener un título académico de sanidad”^{19,20}.

Para el establecimiento de la organi-zación académica de las escuelas de sa-lud pública, el mismo grupo recomendó prestar especial atención a las siguientes

disciplinas: administración sanitaria, epi-demiología, bioestadística, saneamiento del medio, ciencias sociales, atención *médica* y administración hospitalaria²⁰.

PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL PERÚ: 1961-1963

El gran incremento de la infraestruc-tura hospitalaria, así como la expansión y desarrollo de los servicios regionales y lo-cales de salud pública en el Perú, hicieron muy notorio el problema de la escasez de personal profesional capacitado para la adecuada dirección y gestión de los hos-pitales y de los servicios sanitarios, así como más apremiante la necesidad de resolver dicho problema.

En 1958 se creó el llamado Instituto de Post-Grado en Enfermería como dependencia del MSPAS y su directora fun-dadora fue la licenciada Antonia Puente Iriarte. Las licenciadas Nelly Reátegui, Consuelo Solari, Romelia Sánchez y Ma-ría Rodríguez de Tello, completarían su personal docente. Además, contaba con la asesoría técnica de la Srta. Licenciada Nelly Rudó de la OPS. Hasta 1961, cuando fue desactivada para integrar sus re-cursos al Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública, egresaron 66 enfermeras capacitadas en los campos de administración y educación en servi-cios de enfermería²¹.

En 1961, el MSPAS, a iniciativa del SCISP, se creó el Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública, como dependencia de dicho organismo cooperativo. Programa que, luego del retiro del país del SCISP en junio de 1962, continuó como el Subprograma N° 8 del Servicio Especial de Salud Pública (SESP). El personal directivo y docente del Programa, fue seleccionado entre profesionales egresados de escuelas de salud pública extranjeras de reconocido prestigio y que, además exhibían una apreciable experiencia en diferentes niveles administrativos de la salud pública del país. Entre este personal docente seleccionado estaba el que había pertenecido al Instituto de Post-Grado en Enfermería, desactivado al crearse el Programa. Desde sus inicios, el director del programa fue el Dr. Mario León Ugarte, secundado por el Dr. Manuel Núñez Valdivia, ambos, eran distinguidos sanitaristas a los que nos hemos referido en publicaciones anteriores al tratar sobre el Centro de Medicina Preventiva del Rímac y el Servicio Departamental de Ica²².

Entre las primeras tareas que cumplió el Programa, figuró la de tratar de obtener la ayuda técnica y económica internacional suficiente para la implementación adecuada de dicho centro de capacitación. Por tal motivo, a través del Gobierno del Perú, signatario de la Carta de Punta del Este, y de manera coincidente con el contenido de la Resolución A2 –Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso– de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), preparó un plan de salud a corto plazo²³ que incluía, entre otros, el Proyecto de Capacitación de Personal. Plan de salud elaborado con la asesoría de los consultores norteamericanos de la AID del gobierno de Estados Unidos. La información procedente de los estudios efectuados para fundamentar el proyecto ya ha sido comentada en páginas anteriores.

El Plan de Salud fue sometido a consideración de la Alianza para el Progreso (Comunicación N° 9562/OCEP, 14 de marzo de 1961) con el fin de obtener un préstamo a largo plazo para su financiamiento. El proyecto de capacitación demandaba una inversión de US \$756 millones para construcción de locales y adquisición de equipos de una futura escuela de salud pública. La contribución

nacional para estos fines sería de US \$ 128 millones¹⁶. Lamentablemente, la interrupción prematura de la Alianza para el Progreso impidió la aprobación del plan y, por tanto, del proyecto.

El Centro de Capacitación de Personal, como órgano ejecutor del programa, comenzó a operar el 14 de mayo del año 1962, en un local alquilado por el SESP. Centro que, dos años después, serviría de base para la creación de la Escuela de Salud Pública del Perú. Los objetivos generales del programa eran cuatro: (i) preparar en los diversos campos de la salud pública al personal profesional de los servicios centrales y periféricos del MSPAS; (ii) colaborar con las áreas de salud en el adiestramiento del su personal auxiliar; (iii) promover el progreso técnico permanente del personal de salud pública; y, (iv) promover la investigación científica de los problemas de salud pública.

El Programa de Capacitación de Personal desarrolló durante los años 1962 y 1963 una intensa actividad en la capacitación del personal de salud pública de nivel profesional (en Lima), y de nivel subprofesional (en Lima y provincias), en colaboración con las autoridades de siete áreas de salud. Se pudo dar preparación en diferentes campos de la salud pública y en distintos niveles a un total de 354 personas: 110 fueron profesionales y 244 “subprofesionales”²². El programa contó, desde su

inicio, con la colaboración económica del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la AID para el pago de estipendios de beca a los alumnos procedentes de provincias, así como la compra de equipos adicionales, mobiliario de enseñanza y material bibliográfico.

LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ: 1964-1968

El 25 de febrero de 1964, el Gobierno, considerando que el Centro de Capacitación de Personal del SESP había adquirido la experiencia educativa indispensable y que contaba con el personal docente y las facilidades físicas básicas necesarias, creó por Decreto Supremo N° 35-64-DGD, la Escuela de Salud Pública del Perú con base al citado centro. De acuerdo con lo establecido por dicho decreto, el personal directivo, docente y administrativo del Programa de Capacitación de Personal del SESP, continuaría en el desempeño de las funciones dentro de la nueva jerarquía académica otorgada a la institución. Cuatro meses después de su creación, el 13 de junio de 1964, se realizó la inauguración oficial de la Escuela, con la participación de Arquitecto Fernando Belaúnde, Presidente de la República, el Dr. Javier Arias Stella, ministro de salud, y el Dr. Mario León, director fundador de la Escuela²⁴. Figura 1.



Figura 1. Ceremonia de la inauguración oficial de la Escuela de Salud Pública el 13 de junio de 1964, con la participación del Arquitecto Fernando Belaunde Terry (extremo derecho), Presidente de la República, el Dr. Javier Arias Stella (extremo izquierdo), ministro del MSPAS, y, el Dr. Mario León Ugarte, primer director de la Escuela. Fotografía tomada del Archivo Iconográfico de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú.

La Escuela comenzó a operar cumpliendo estrictamente los requisitos establecidos internacionalmente para este tipo de entidad académica, constituyéndose en la primera entidad no universitaria peruana encargada formalmente del posgrado en salud pública. Se la definió formalmente como un "Centro de enseñanza de nivel superior y categoría universitaria; con autonomía pedagógica y docente que tiene como finalidad contribuir al mejoramiento del nivel de salud por medio de la enseñanza, la investigación y la colaboración técnica"²⁴.

Al iniciar sus operaciones, la Escuela disponía del personal docente a dedicación exclusiva, que se detalla a continuación. Los médicos sanitaristas: Mario León Ugarte, Manuel Núñez Valdivia y Carlos Vázquez. Las enfermeras de salud pública: Antonia Puente Iriarte, Nelly Reátegui Aspajo, Victorina Torres Salinas, Romelia Sánchez y Pilar Fernández. El odontólogo y educador sanitario Wilson Alva Plascencia. Los ingenieros sanitarios: Carlos Mantilla Fernandini, Renato Escobar y Manuel Villanueva Lara. El estadístico Guillermo Abad López. Los técnicos

de saneamiento: Germán Castro Loureiro, Raúl Portocarrero y Pedro Zevallos²⁵. Figura 2.

La operación de los programas de enseñanza, investigación y colaboración se efectuaba a través de 5 unidades docentes: Epidemiología y Estadística (incluía microbiología); Administración en Salud Pública (incluye atención médica y administración hospitalaria); Saneamiento Ambiental; Educación Sanitaria y Ciencias Sociales, y Enfermería. La Escuela contaba además con los siguientes servicios generales: laboratorio microbiológico, biblioteca y medios audiovisuales, que incluían reproducción de material bibliográfico, y servicios administrativos^{24,25}.

Entre los años 1964 y 1968 la Escuela desarrolló numerosos cursos y cursillos para diferentes tipos de personal profesional. Atendiendo los requerimientos del ministerio, dio preferencia a la capacitación del personal médico y de enfermería que en esos años desempeñaban cargos directivos sin tener la capacitación personal deseada. Los principales cursos que se dictaron fueron: Regular de Salud Pública (12 meses de duración; cuatro

con 89 egresados), Administración de Atención Médica y Hospitalaria (8 meses de duración; tres con 33 egresados), Educación en Enfermería (10 meses de duración; cuatro con 39 egresadas); Administración de Servicios Integrados de Enfermería (8 meses de duración; cinco con 115 egresadas), y Enfermería de Salud Pública (5 meses de duración; cinco con 71 egresadas)²⁵.

Para realizar estas actividades, así como las vinculadas con el adiestramiento de personal técnico, la Escuela recibió de parte del UNICEF y de la AID —al igual que el Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública— aportes en mobiliario, equipos de laboratorio y enseñanza, así como vehículos para el transporte de estudiantes y para supervisar las tareas de campo. Además, UNICEF destinó anualmente cerca de cuatro millones de soles, específicamente destinados al pago de estipendios de beca a alumnos procedentes de provincias. Es gracias a esta ayuda que la Escuela pudo imprimir desde sus inicios una gran intensidad a sus labores docentes^{24,25}.

En el año 1968, los programas docentes de la Escuela eran desarrollados por 19 profesores a dedicación exclusiva y 42 profesores visitantes. Además de los fundadores, se habían incorporado al personal de la Escuela los médicos sanitaristas Jorge Castello Castello, Mariano Pimentel Benites, José Tamayo Calderón, así como la Srta. enfermera Doris Bueno Hermosa. Los profesores visitantes eran altos funcionarios del MSPAS o sanitaristas de gran experiencia y prestigio en campos específicos de la salud pública²⁵.



Figura 2. Fotografía del Dr. Javier Arias Stella, Ministro, y el Dr. Carlos Quiroz Salinas, Director General de Salud del MSPAS en la Ceremonia de Clausura de un Curso de la Escuela de Salud Pública del Perú, 1965. En la primera fila, de izquierda a derecha, los doctores Anibal Alosillas Lanao, Carlos Quiroz Salinas, Javier Arias Stella, Mariano Pimentel Benites, Humberto Tello Urbiola, y un funcionario no identificado. En la siguiente fila, segundo desde la izquierda, el Dr. Mario Lerón Ugarte, Director de la Escuela. En la última fila y en el extremo derecho aparece el Dr. Manuel Núñez Valdivia, subdirector de la Escuela. Fotografía tomada del Archivo Iconográfico de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú.

COMENTARIOS SOBRE LA PROFESIONALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN SANITARIA

Las reflexiones que los sanitaristas peruanos hacían, en los inicios de la década de 1960, sobre la profesionalización y la capacitación en salud pública del personal al servicio del cuidado de la salud de la población nacional son resumidas brillantemente por el Dr. Hugo Pesce²⁶, en el discurso que, en representación de dicho personal, expuso en la ceremonia de clausura del I Congreso Nacional de Salud Pública (1962). Las principales de esas reflexiones se presentan casi literalmente en los siguientes párrafos:

- Doctrina de trabajo compartida. Se ha puesto de manifiesto que tanto el correcto enfoque de los problemas de salud pública como su solución ejecutiva eficaz requieren un vasto equipo de trabajadores, inspirado por una misma doctrina, con adecuados conocimientos y con capacitación adecuada.
- Necesidad técnica de un escalafón sanitario. Requisitos indispensables son la práctica obligatoria de los concursos, la garantía de estabilidad en los cargos y adecuadas remuneraciones. Solo así configurada la profesión sanitaria alcanzará categoría jurídica real y podrá traducirse en instrumento de acción eficaz.
- La carrera sanitaria como un proceso de desarrollo humano. Hoy sabemos que nuestra carrera no es un mero empleo: es aprendizaje, rendimiento, superación progresivos; es firme conciencia técnica y es, por sobre toda cosa, consagración.
- La incompreensión del trabajo del sanitarista. El contemplar los densos informes que al fin del año traducen en áridas cifras la ingente masa de actividades nacionales puede inducir al profano, o en el dirigente con espíritu profano, la visión de un espectáculo rutinario de acumulación de resultados tabulables de acciones mínimas.
- El significado del trabajo del sanitarista. Permítanme afirmar, al cabo de cuatro decenas de ejercicio profesional en frecuente y largo contacto con nuestro territorio, que tras de los resultados tabulables se esconde el inmenso esfuerzo de la penosa capacitación de los fenómenos primarios, el doloroso desgaste frente a dificultades ajenas a la patología, el sacrificio físico a penalidades ignoradas, la renuncia a múltiples gajes de la civilización y, con frecuencia, esa tabulación máxima que nos brinda la incompreensión de efímeras autoridades huérfanas toda vía de conciencia sanitaria.
- El ejército de la salud. La carrera sanitaria que no ha alcanzado su plenitud ni su perfección. Está servida, sin embargo, por una legión de trabajadores que año tras año se esfuerza por

mejorar su calidad y rendimiento, en condiciones marcadamente adversas. Al reconocer sus méritos, junto con sus limitaciones, nos cabe renovar un llamado para que los poderes públicos miren con respetuosa atención al ejército de la salud y contribuyan tanto a su mayor eficiencia como a su dignificación, con la seguridad que los sanitaristas seguirán poniendo a contribución todas sus energías y virtudes y se mostrarán cada vez más dignos de la noble tarea que la nación le ha confiado.

Los comentarios de los funcionarios peruanos que trabajaron en servicios de salud administrados en el país por el SCIPS o la FR coinciden en destacar, primero, los grandes aportes que estas entidades hicieron a la tecnificación y modernización de la salud pública nacional; y, luego, las satisfactorias condiciones de trabajo, sueldo y desarrollo profesional que encontraron en estos servicios. Condiciones muy superiores a las existentes en las otras entidades de salud y que, por tanto, garantizaron la disponibilidad de personal con las competencias requeridas para el cumplimiento de los compromisos institucionales. Sin embargo, también coinciden en comentar que los avances en la modernización de los servicios no pudieron ser mantenidos a mediano plazo, ni mucho menos generalizarse al resto del país, debido a que se vieron afectados seriamente por un error de enfoque, cometido a lo largo de más de veinte años de operación. Error que consistió en pretender estandarizar en el Perú un esquema administrativo y financiero que funcionaba en Estados Unidos, sin considerar las diferencias políticas, económicas, culturales y otras de tipo contextual existentes en nuestro país²⁷.

Miembros destacados de esa generación – identificados a continuación en orden alfabético – fueron los médicos: Atkins Morales, Jorge; Battistini Sánchez, Telémaco; Bermejo Ortega, Rogelio; Cano Gironda, Luis; Carlín Ochoa, César; Castello Castello, Jorge; Collazos Chiriboga, Carlos; Cornejo Úbilluz, Joaquín; Lazarte Echeagaray, Carlos; León Ugarte, Mario; Lynch Cordero, Alfredo; Muñoz Puglisevich, Julio; Pesce Pesceto, Hugo; Quiroz Salinas, Carlos; Salcedo Fernandini, Ma-

nuel; Ugarte Ocampo, Luis Ángel; Vallejo Espinoza, Nilo; Villa Crespo, Manuel; Villalobos Carranza, Enrique. Los ingenieros sanitarios: Elmore Luján, Edmundo; Mantilla Fernandini, Luis; Vincés Aráoz, Alejandro; Zavala Cavassa, Alfonso; y, la enfermera Puente Iriarte, Antonia.

Finalmente, después de 56 años de la exposición del Maestro Hugo Pesce, debemos comentar que la participación de la primera generación de sanitaristas peruanos fue decisiva en el establecimiento de las bases de la profesionalización y la capacitación en salud pública en nuestro país, debido a la excelencia cognitiva y moral de los principales miembros de esta generación. Excelencia que les permitía superar los desafíos, las incompreensiones y las frustraciones tan frecuentes en el trabajo sanitario realizado en una sociedad con tantas carencias como la peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida F, Paim SJ. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales del Centro de Estudios Sociales y Sanitarios. 1999;75 (5):5-30.
2. Milbank Memorial Fund. Higher Education for Public Health A Report of The Milbank Memorial Fund. Commission/Cecil G. Sheps, Chairman. New York: Milbank Memorial Fund by PRODIST. 1976.
3. Litsios S. Sobre el "el proceso hasta ahora no probado de otorgar a los médicos una formación adecuada" en salud preventiva y pública. Medicina Social. 2010;5(4): 273 -284.
4. Fee E. Disease and Discovery, A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press. 1987.
5. Acta Final de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. Escalafón Sanitario. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1936;14(1):7-8.
6. Paz Soldán CE. Un Proyecto del Instituto de Medicina Social. En: Paz Soldán CE. La Congregación Profesional de los Médicos. Lima: Editorial Ansonia. 1960:83-88.
7. Facultad de Ciencias Médicas de Lima. Resoluciones del Consejo de la Facultad sobre la creación de la Escuela de Médicos Sanitarios. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima. 1936; Tomo XIX:375-380.
8. Facultad de Ciencias Médicas de Lima. Creación de la Escuela de Médicos Sanitarios. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima. 1938; Tomo XXI:456-457.
9. Estrella Ruiz J. Prontuario de la Legislación Sanitaria del Perú, Tomo IV. (Primera y segunda parte). Lima: Librería e Imprenta D. Miranda. 1947.
10. Bustíos C. Organización de la Salud Pública y de los Seguros Sociales 1935-1968. En: Bustíos C. Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3. Lima: Academia Peruana de Salu. 2008:43-99.

11. Ministerio de Salud. Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos técnicos para su desarrollo. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 8. Lima: Dirección General de Gestión de Recursos Humanos. 2009.
12. Chirinos A. Las leyes de salud en el Perú 1945-2000. Lima: Juan Gutemberg Editores- Impresores. 2001.
13. Villacrespo M. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista por Manuel Campos Sánchez el día 13 de agosto de 1984. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública: 1942-1960. Lima: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1962.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Recursos Humanos de Salud. Perú: 1967. Lima: Imprenta del SESP. 1967.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública. Alianza para el Progreso. Lima: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1963.
17. Lynch Cordero A. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevistas por Manuel Campos Sánchez los días 2 de septiembre de 1984 y 21 de enero de 1985. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.
18. Cueto M. Una Reforma Fallida: la Fundación Rockefeller, la Malaria y la Salud Pública en el Perú. Revista Peruana de Ciencias Sociales. 1990;2(2):9-29.
19. Organización Mundial de la Salud. Normas recomendadas para las Escuelas de Salud Pública. Informe Técnico N° 216. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1961.
20. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el grupo de estudio sobre normas recomendables para Escuelas de Salud Pública en América Latina. Buenos Aires: OPS/OMS. 1964.
21. Concha Andía D. Antecedentes de Capacitación Post-grado de Enfermeras en la Escuela de Salud Pública del Perú: 1962-1994. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 1994.
22. Servicio Especial de Salud Pública. Informe Anual de Actividades del Servicio Especial de Salud Pública 1963. Lima: Imprenta SESP. 1963.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PERÚ: Plan de Salud Pública con Ayuda Internacional. Programa a Corto Plazo. Lima: INDUSTRIAL Gráfica S.A. 1962.
24. León M. Capacitación de Personal de Salud Pública. En: Sociedad Peruana de Salud Pública. Actas y Trabajos II Congreso Nacional de Salud Pública Noviembre 1965. Lima. 1965:175-189.
25. Bustíos C. Segundo Capítulo: Período 1964-1968. En: Bustíos C. Historia y desarrollo de la Escuela Nacional de Salud Pública (Primera Parte). Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 1996:26-55.
26. Pesce H. Discurso pronunciado por el Dr. Hugo Pesce en la ceremonia de clausura. En: Sociedad Peruana de Salud Pública. Actas y Trabajos del I Congreso Nacional de Salud Pública (Huampaní). Lima. 1962:344-347.
27. Vallejos N. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista efectuada por Manuel Campos Sánchez, el día 20 de agosto de 1985. Lima: Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.