



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LAS IDENTIDADES SOCIALES Y SUS CONFLICTOS.
EL CASO DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA EN LA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A :

MA. ARACELI ALDANA ALCALA

DIRECTOR DE TESINA

MAESTRO VICENTE GODINEZ VALENCIA

FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D.F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI HIJA, CON MI AMOR.

**CON GRATITUD A LA LIC. CARMEN GLITIAN BERNISER Y AL
MTRO. VICENTE GODINEZ VALENCIA POR SU APOYO.**

INDICE

	Página
INTRODUCCION	6
I. MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANALISIS DE LAS IDENTIDADES SOCIALES	11
1. Movimientos sociales	13
2. Las identidades sociales y su formación	14
3. La Interacción grupal como contexto donde emerge una identidad social	18
4. Formación de la subjetividad colectiva	20
5. El discurso como expresión de la identidad	24
II. LA ENFERMERIA COMO UNA IDENTIDAD SOCIAL	27
1. La medicina como forma social de atender la enfermedad	28
2. La enfermería como identidad social	45
3. La atención de la salud en América	51
4. La enfermería en México	56

III. EL CONFLICTO COMO MOTOR DEL CAMBIO EN LAS IDENTIDADES SOCIALES	63
1. El conflicto como un proceso ideológico	63
2. Las identidades sociales y sus conflictos	66
3. La enfermería profesional en México, autopercepción, búsqueda de causas y esbozo de un proyecto	68
4. El discurso de Enfermería expresado en eventos académicos desarrollado en la ENEO-UNAM	71
IV. EPILOGO	79
V. BIBLIOGRAFIA	84
1. Conferencias consultadas	89

INTRODUCCION

En los procesos sociales se observa la determinación que ejercen los factores económicos, políticos y sociales sobre la voluntad individual, sin embargo, se observa también que la interacción de los sujetos crea coyunturas que son potencialmente transformadoras de la estructura social. De hecho, la articulación de estos dos niveles es una preocupación actual dentro de los estudios sociológicos, pues se identifica que son los individuos quienes cotidianamente producen y reproducen a través de su actividad a la estructura social, aunque no lo hagan conscientemente sino dentro de un código que pauta las relaciones entre las personas, que posibilita, obstaculiza y condiciona los cambios posibles.

Las formas de relación entre las personas en cada grupo expresan las características de la sociedad a la que pertenecen y que las distingue de las demás, por tanto se observan los problemas y las contradicciones que se padecen no sólo a nivel cotidiano sino en la sociedad en su conjunto.

Los individuos como actores sociales pueden verse desde la dimensión social de su identidad, la cual resulta del modo en que las personas se relacionan entre sí dentro de su grupo, en este sentido, la identidad social es un sistema de relaciones o representaciones.

La identidad social es un proceso activo y complejo, históricamente situado y resulta de conflictos y luchas. Las identidades emergen y varían en el tiempo. Se afirman sólo en la medida en que se confrontan con otras identidades sociales, y su característica es la autonomía, aún cuando se cifian a las estructuras, en la tensión hay posibilidad de ruptura.

En el estudio de las identidades sociales se toma en cuenta el punto de vista del propio actor, es decir, cómo se percibe a sí mismo como fuente consciente y directora de sus acciones. La identidad emerge y se afirma sólo en la medida en que se confronta con otras identidades subjetivas en el interjuego de las relaciones sociales.

Los sujetos se reconocen como identidades sociales al compartir intereses, a partir de identidades previas, de las carencias y necesidades similares o de referentes inventados. Este proceso intersubjetivo trae en consecuencia la percepción del "nosotros" y de "los otros", o sea los que no comparten las características principales de la identidad, aspectos necesarios para configurar el sentido de la acción colectiva.

Cuando en un grupo se hace esta diferenciación y se establece la oposición de intereses, se posibilita la acción colectiva, la cual para concretarse debe provenir de sentimientos de rivalidad y peligro.

La rivalidad expresa el conflicto social en el cual se construye la imagen de los otros y deviene movimiento social cuando se cuestionan las formas de dominación y por tanto las prácticas sociales y culturales, mediante la ubicación del poder como elemento definitorio de las relaciones entre los grupos que se movilizan.

Los resultados de estos actos se dan por la contradicción entre un sistema normativo deteriorado, las respuestas aprendidas cotidianamente y las posibilidades que prefigura su realidad potencial.

Con esta perspectiva teórica, en la presente tesis se reflexiona sobre el conflicto que expresan las enfermeras en el ámbito académico, en relación al escaso reconocimiento profesional y económico que reciben en las instituciones de salud, especialmente dentro de la estructura administrativa y de los médicos o en relación con ellos.

En el primer capítulo se desarrolla el marco teórico que explica la constitución de las identidades sociales, se analizan los motivos de conflicto entre ellas, las posibilidades de cambio y se identifica al discurso como una forma importante en que se revela la identidad.

En el segundo capítulo se hace una síntesis histórica de las formas sociales que se han creado para curar y atender la enfermedad. En ella se destaca la presencia del curador y de

aquéllos quienes se encargaban del cuidado del enfermo o herido en su recuperación, que, más adelante, con los avances científicos y tecnológicos dieron lugar a las profesiones del médico y la enfermera.

En el tercer capítulo se exponen algunas formas concretas del conflicto entre las enfermeras y las instituciones de salud, entre las enfermeras y los médicos y entre las enfermeras y sus compañeras de gremio. Se presentan también, fragmentos de discursos elaborados para diversos eventos científicos y académicos relacionados con la ENEO-UNAM entre 1938 y 1994.

Sin pretender hacer un análisis de contenido, se extrajeron párrafos que por su extensión evitaran malas interpretaciones. Se eligieron esos fragmentos considerando la frecuencia con que se expresan las ideas que contienen, la autoridad de las sustentantes o el nivel de difusión del evento en que se presentaron. Especialmente, se eligieron por hacer posible el esbozo de un diálogo entre las enfermeras y sus conflictos.

No se pasa por alto que lo aquí expresado se relaciona con enfermeras docentes, quienes tienen otra percepción de su realidad profesional en razón a su objeto de trabajo, que es el conocimiento, y que las hace un tanto diferentes a las enfermeras hospitalarias, las sanitaristas y las administradoras, que son cuatro facetas de su identidad profesional, por lo cual sus intereses y sus puntos de vista no necesariamente son

aplicables a todas las enfermeras, ni siquiera a todas las de nuestro país.

La revisión de lo que se ha expresado en el ámbito de una institución formadora de profesionales en esta área, como es el caso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, a través de la concepción del ser humano como el creador y a la vez producto social se hizo en busca de elementos para explicar el origen de los conflictos y sus manifestaciones y la viabilidad del cambio.

I. MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANALISIS DE LAS IDENTIDADES SOCIALES.

Uno de los objetos centrales de estudio de la Sociología desde sus inicios como ciencia a fines del s. XVIII hasta la fecha, es el cambio social. En busca de una explicación del sentido que tienen los cambios sociales se han desarrollado diferentes corrientes que permiten entender algunos de sus elementos, sin embargo aún hay muchos temas que se encuentran en discusión.

Actualmente se busca esclarecer la magnitud en que los seres humanos son actores sociales creativos o reproductores de un sistema previamente establecido; si es o no el consenso y la continuidad lo característico de las sociedades; hasta qué punto la economía determina la vida social y en qué medida los factores sociales, políticos o culturales configuran el desarrollo social. Incluso se discute si el género es una categoría sociológica.¹

A partir de la pérdida de confianza en las respuestas positivistas, el cuestionamiento teórico de la concepción naturalista de la ciencia social y la importancia creciente que se le da a la participación de los sujetos sociales en la conformación de la sociedad, se manifestó la necesidad de redefinir el objeto, métodos y esquemas explicativos de esta disciplina. En el presente se pretende articular la dimensión estructural y la

¹ GIDDENS, Anthony. *Sociología*. Alianza Editorial, Madrid, 1992, 739-740

actividad de los sujetos sociales. Se trata de comprender, no cómo la estructura determina la acción o cómo una combinación de acciones da lugar a la estructura, sino entender cómo la acción es estructurada y reestructurada en la cotidianidad.²

La reestructuración de la sociedad se lleva a cabo por los individuos, portadores de la acción colectiva en cuyo interior también se desarrolla una constante construcción y reconstrucción.

Entre los autores que desarrollan esta concepción está Touraine, para quien la sociedad es un proceso dinámico, estructurante pero no determinante, en donde las relaciones que establecen sus integrantes se caracterizan por ser resultado de la capacidad humana para imponer al conjunto sus orientaciones, su modo de gestión o de funcionamiento.³

En este sentido, las posibilidades de transformación social no son fruto de la modernidad, del progreso, de la evolución ni de la contradicción de las fuerzas productivas y las relaciones de producción sino de los actores sociales que al percibir la oposición a la realización de sus intereses en un momento sociohistórico dado, pretenden modificar la realidad a través de movimientos sociales de diversa magnitud. Estos se dan a través de conductas colectivas, luchas y movimientos sociales que

² GIROLA, Lidia, "Desafíos teóricos después de la crisis" en *Sociológica*. UAM Atzacapotzalco, Sep-dic, 1992, p.160-172

³ KUSCHICKS, Murilo, "Alain Touraine: entre el actor y el sistema" en *Sociológica*. UAM Atzacapotzalco, México, May-dic, 1988, No. 7/8, p.118-119

implican mayor organización y que tienen alcances políticos. La característica de los movimientos sociales es que surgen de un conflicto de intereses y dan lugar al establecimiento de grupos antagonistas.

I. Movimientos sociales

Giddens define a los movimientos sociales "como un intento colectivo para promover un interés común, o de asegurar un objetivo compartido mediante la acción colectiva en el exterior de la esfera de las instituciones establecidas".⁴

Los movimientos sociales tienen muchos matices y modalidades, pueden ser impulsados por algunos individuos o por grandes grupos, pueden estar dentro o fuera de la ley, llevarse a cabo en el interior del sistema social a fin de restablecer un orden que se desintegra o pierde homogeneidad, o manifestarse como "acciones conflictivas de agentes de clases sociales luchando por el control del sistema de acción histórica".⁵

Weffort, a su vez afirma que "son movimientos de minorías que reivindican el reconocimiento de nuevas dimensiones de la dignidad humana".⁶

⁴ GIDDENS, Op.cit., p.660

⁵ KUSCHICKS, Op.cit., p.1

⁶ WEFORT, Francisco. "Los nuevos movimientos sociales: la reestructuración de la política y el estado" en *Las Américas en el horizonte del cambio*. UNAM-CONACULTA, México 1992, Tomo II, pp 98-105

Sader sostiene que "todo movimiento social tiene siempre un carácter de clase, que está inscrito en su propia lógica".⁷, y cuando se estudia un movimiento social, este es un punto importante a tomar en cuenta, ya que hay que darle un marco de significación ideológica, cultural e histórica. Según este autor, los movimientos de las clases trabajadoras pueden identificarse como luchas por obtener satisfactores. El modo de alcanzar sus objetivos y la importancia que se le atribuye a los bienes materiales y simbólicos que reivindican, dependen de los significados que orientan sus acciones.

2. Las identidades sociales y su formación.

Los movimientos sociales son promovidos por los seres humanos, en un contexto en el cual hay una mezcla cambiante de conflictos latentes o abiertos, de negociaciones, de dominación impuesta, de desorden, en la que no se puede comprender el acto sino a través de los actores y de los conflictos que se les oponen y a través de los cuales la sociedad se produce a sí misma.⁸ Un rasgo importante en la constitución de las acciones colectivas es la identificación del "nosotros" y de "los otros", sin que ello determine que siempre los grupos excluyentes se unan conscientemente.

⁷ SADER, "La emergencia de nuevos sujetos sociales "" en *Acta Sociológica*. FCPyS UNAM, México, 1990, Vol. III, No.2, May-ago, 1990, p. 71-75

⁸ DUHAU, Girola y Azuela. "Sujetos sociales y explicación sociológica" en *Sociológica*. UAM Atzacapotzalco, México, May-dic, 1988, No. 7/8, p. 120

Vista la sociedad como un antecedente y una consecuencia, las relaciones sociales que los individuos establecen les permiten definir el papel que desempeñan. Según Touraine los sistemas de acción implican a los sujetos y una unidad, la cual tiene que ver con las normas, que definen funciones, estatutos y son las que constriñen la conducta.

Los sistemas sociales están integrados por instituciones, las cuales se caracterizan por sus reglas, convenciones de diverso orden, por tener diversos tipos y cantidades de recursos y por su organización a base de relaciones jerárquicas de poder. Las instituciones sociales son el escenario donde las relaciones sociales y los movimientos sociales de oposición se desarrollan.⁹

Los movimientos sociales se dan en la interacción de los sujetos, en tanto identidades sociales, que se definen como "aquéllos aspectos de la autoimagen de un individuo que derivan de categorías sociales a los que se percibe como perteneciente."¹⁰

La identidad constituye la dimensión subjetiva de los actores sociales que oscilan entre el determinismo y la libertad. La identidad se entiende como un atributo de los actores sociales, cuyos rasgos son compartidos y definitorios, además de que

⁹ *Ibidem*, p.119-20

¹⁰ TAJFEL Henri y John Turner. "Una teoría integral del conflicto social" en Programa de Publicaciones de Material Didáctico. UNAM, Fac. De Psicología. México, Semestre 90/2, p.3-42

llegan a convertirse en símbolos y adquieren una connotación valorativa, que puede ser positiva o negativa.¹¹

Desde el punto de vista de la psicología, la formación de un sujeto social, o de una identidad social, utiliza un proceso de reflexión y observación simultáneas, un proceso psíquico mediante el cual el individuo se juzga a sí mismo según lo que percibe que los otros juzgan de él, en comparación consigo mismos y con respecto a una tipología significativa para ellos. Este proceso es inconsciente en su mayor parte, a excepción de los momentos en que las condiciones internas y externas facilitan la conciencia de la identidad.¹²

Este proceso es siempre cambiante y en el mejor de los casos tiende a la diferenciación del individuo. En él se observa la interacción de factores personales y sociales.

Erikson afirma que los múltiples roles que se desempeñan, las apariencias o las actitudes por sí mismas no son la esencia de la identidad, sin embargo son aspectos principales en donde se materializa lo que se designa actualmente como búsqueda de identidad.¹³

¹¹ GIMENEZ, Gilberto. "La identidad social o el retorno del sujeto en Sociología" en *Variación*, UAM Xochimilco, México, 1992, p. 191

¹² ERIKSON, Erik. *Identidad, juventud y crisis*. Taurus ediciones, Madrid, 1989, p. 19

¹³ *Ibidem*, pp. 119-120

Desde la perspectiva antropológica, se dice que la identidad debe ubicarse como un proceso constituido por prácticas con un significado cultural, ideológico y social claramente delimitado. El individuo es en razón de su historia y sus productos, pero especialmente del sentido colectivo que éstos tienen para sus creadores. El concepto de identidad en este contexto implica tres aspectos: lo relativo a la conservación o reproducción del grupo, lo referente a la diferenciación y lo que puede señalarse como identificación.

Cada grupo social, a partir del contexto social, económico y político construye y ordena las experiencias colectivas más amplias, esto constituye la ideología, sin la cual no hay identidad.

La identidad es un proceso de identificaciones históricamente apropiadas, que le confieren sentido a un grupo social y le dan estructura para asumirse como unidad.¹⁴

Para la sociología, la identidad se relaciona con la autopercepción, el autorreconocimiento y la autoadscripción de los propios autores sociales. Supone la subjetividad de los actores sociales acerca de su unidad y sus fronteras simbólicas respecto a su relativa persistencia en el tiempo y en el espacio. La identidad emerge y se afirma en tanto en que se confronta con otras identidades en el proceso de interacción social.¹⁵

¹⁴ AGUADO, José C. Y Ma. Ana del Portal. "Tiempo, espacio e identidad social" en *Alteridades*, UAM Iztapalapa, México, 1991, Año 1, No.2, p. 32-33

¹⁵ GIMENEZ, Op. Cit., p.188

La identidad social es entonces, el resultado de la forma en que los individuos se relacionan entre sí a partir de su pertenencia a un grupo. La identidad en este sentido no es una esencia sino un sistema de relaciones e interpretaciones, un proceso activo y complejo, es un proceso de identificación que se configura en base a innumerables luchas y conflictos, en los cuales puede identificarse la búsqueda de soluciones. Por ello se considera variable.

La representación de una identidad se manifiesta a través de una imagen, mediante la cual los sujetos sociales expresan simbólicamente los rasgos que consideran propios, en un lenguaje compartido y en el que están contenidos también, el tiempo y el espacio.

3. La interacción grupal como contexto donde emerge una identidad social.

Se ha dicho que la sociedad es un proceso complejo, es escenario de las relaciones humanas a través de las cuales se obtienen los satisfactores materiales y no materiales que los individuos requieren, que tienen un contexto histórico, económico y social, en el cual los sujetos actúan desde sus múltiples identidades .

Sader sostiene que las identidades colectivas son una forma del ejercicio de las autonomías individuales.¹⁶ Es decir, que el

¹⁶ SADER. Op dt., p.80

sujeto se asocia a un proyecto, a una realidad que aún no está dada, en donde elabora su propia identidad y apoya proyectos que favorecen a la colectividad a partir de experiencias propias y del marco ideológico que es propio de la sociedad a la que pertenece.

Los sistemas sociales están constituidos de la siguiente forma: las relaciones entre papeles siempre funcionan con objetivos definidos por una autoridad legitimada y los actores se comunican a través de reglas organizacionales. En los sistemas sociales se dan relaciones de influencia que van desde la competencia hasta la hegemonía y ahí ya no hay normas preestablecidas. La historicidad, es la acción que la sociedad ejerce sobre sí, y que está unida a una forma de acumulación, de crear conocimientos, de crear un modelo cultural.¹⁷

Dentro de los sistemas sociales se manifiestan los conflictos de intereses opuestos. No se habla de una clase social determinada sino de un conjunto de identidades que resultan de la interacción, las cuales obtienen una ubicación a partir precisamente de la interacción. En este suceso, la conciencia participa activamente como una instancia de decisión, pero no como un sujeto libre de todas las determinaciones sino como quien es capaz de reelaborarlas en función de aquello que define como su voluntad.¹⁸

¹⁷ DUHAU, Girola y Azuela. *Op.cit.*, p.124

¹⁸ SADER. *Op.cit.* pp. 83-86

Los conflictos intergrupales se dan a partir de los conflictos reales de sus intereses. En los grupos, los seres humanos adoptan distintas conductas que van desde la conducta interpersonal hasta la conducta intergrupala, no se encuentran puras ni inmutables, de hecho el grupo es un proceso y en su contacto con configuraciones semejantes el resultado es cambiante y retroalimentador.

Cuando dos grupos luchan por un mismo valor: poder, prestigio o riqueza, se crean antagonismos que se convierten en hostilidad y si los recursos son escasos y están distribuidos en forma desigual la situación social se caracterizará por un "etnocentrismo penetrante y un antagonismo al exterior entre ambos grupos."¹⁹

Se dice sin embargo, que los intereses grupales incompatibles no siempre son suficientes para generar conflicto, ni son siempre necesarios en el desarrollo de la competencia y discriminación entre grupos.

4. Formación de la subjetividad colectiva.

Para estudiar de las identidades sociales y su formación, se requiere considerar el contexto social, por lo que, aún cuando para llevarlo a cabo se hace un enlace entre la Psicología, la Antropología y la Sociología, se da mayor importancia a las estructuras sociales, económicas y políticas.

¹⁹ TAJFEL Henri y John Turner, Op cit. p.12

Se considera que la vida social está determinada en gran medida por factores económicos y que en la era moderna el capitalismo es la forma de producción fundamental. Dentro de este sistema, la producción y venta de mercancías rige la vida humana y las interacciones en todos los niveles. Los mercados son cada vez más complejos y competitivos, e impulsan el desarrollo tecnológico con el fin de lograr la supremacía sobre los demás competidores.

En los aspectos no materiales de tal organización social, el poder, la ideología y el conflicto están estrechamente vinculados y se expresan en todos los ámbitos de la vida humana.²⁰

Los procesos productivos son la base para la formación de la subjetividad, ya sea individual o colectiva, personal o social, y se refiere al modo de pensar o de sentir por lo que debe enfocarse como proceso de atribución de significados y construcción del mundo simbólico.²¹

La subjetividad se genera y expresa en las interacciones sociales. En la forma en que una determinada sociedad percibe sus necesidades y el modo de solucionarlas. Los movimientos sociales se dan en el contexto en que una ausencia es definida como carencia y necesidad, y ello se traduce en motivación. Tanto el modo o tipo de acciones para alcanzar sus objetivos.

²⁰ GIDDENS, Op cit. p.743

²¹ SADER, Op cit. p.69

como la importancia relativa atribuida a los diferentes bienes materiales y simbólicos que reivindican, depende de una gran cantidad de significados.²²

La necesidad y su satisfacción permite entender las determinaciones económicas, políticas, sociales y psicoculturales, pero también las rupturas que provocan.

En la compleja interacción de esos elementos se manifiesta la posibilidad de constitución de los sujetos. Depende del significado de lo que define a un determinado grupo en tanto grupo, es decir de la posición que asume. Esto se refiere a la materialización de una identidad en instituciones determinadas, en las cuales se elabora una historia común y se regulan las prácticas colectivas.

En la formación de la identidad interviene también, la manera en que se articulan los objetivos prácticos con los valores que le dan sentido a la existencia, y especialmente de las experiencias pasadas y que permanecen en las representaciones colectivas, de donde emergerán y se tomarán formas del grupo que se identifica, reconoce sus objetivos, sus enemigos y el mundo que lo envuelve.²³

La construcción de una identidad se da en la medida en que es posible generar una voluntad colectiva y desplegar un poder que

²² *Ibidem.* p.71

²³ SADER, Op.cit. p.72

le permita construir la realidad con una direccionalidad consciente.²⁴ Un sujeto autónomo no es el que está libre de determinaciones externas, sino el que es capaz de reelaborarlas en función de lo que define como su voluntad.²⁵

Los sujetos deben comprenderse dentro de su marco de acción, en el cual se concretan sus potenciales en un proceso de actualización; reconociendo la complejidad de la realidad, que surge de sus múltiples dimensiones y entendiéndola como una síntesis de procesos temporales diversos.²⁶ El marco referencial de un individuo está compuesto por elementos tales como la clase social y la cultura de pertenencia en donde están presentes la etnicidad y el género.

Este proceso se da en dos grandes momentos: la socialización primaria, en la niñez a través de la familia y la secundaria, que se realiza a través de las instituciones y tiende a la enseñanza de roles en general. Su alcance y carácter se determinan por la complejidad de la división del trabajo y la distribución del conocimiento.²⁷

La identificación con un rol requiere de un aparato legitimador, acompañado por símbolos rituales o materiales y técnicas especiales en donde se da un aprendizaje que no da lugar al

²⁴ ZEMELMAN, "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis" en *Acta Sociológica*, Vol.III, No.2, May-ago, 1990, FCPyS, UNAM, México, 1990, p.94

²⁵ SADER, *Op.cit.* p.95

²⁶ ZEMELMAN, *Op.cit.* p.92

²⁷ BERGER, L.Peter y Thomas Luckmann. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1989, p.174

cuestionamiento. Esto sucede en ocasiones de manera 'natural' o a causa de intereses creados por quienes llevan a cabo el proceso de socialización.

Una vez que la identidad social es aprendida y cristalizada se mantiene, modifica o reforma por las relaciones sociales. Los procesos involucrados son determinados por la estructura social, y a su vez las identidades que se producen en la relación dinámica entre el organismo, conciencia individual y estructura social, reaccionan sobre la estructura social dada e influyen sobre ella.²⁸

5. El discurso como expresión de la identidad.

Una de las formas en que se expresa la subjetividad es el discurso, en él se revela la acción y el sujeto que la crea. El discurso depende del sentido que se le atribuye a las cosas. El discurso permite el diálogo entre identidades. En la corriente psicoanalítica se afirma que es a través del lenguaje que se da la toma de conciencia, el lenguaje es la forma en que el sujeto se comunica consigo mismo y con los demás, sin embargo, la palabra no es lo que designa estrictamente. Tampoco es un instrumento neutro utilizado en la comunicación.

Sader afirma que el lenguaje es condición tanto en el sentido de que condiciona a los individuos al inscribirlos en un sistema, tanto como que constituye un medio para acercarse a otras

²⁸ *Ibidem*, p.217

realidades aún no dadas. Dice también que a través del discurso se expresan los antagonismos y mecanismos de poder. Lo que se dice o no se dice, se elogia o censura integran los supuestos sociales mediante los cuales los individuos experimentan sus condiciones de existencia.²⁹

El término discurso, designa el uso ordenado del lenguaje, en una declaración que un sujeto dirige a un oyente o a un auditorio, a través de él se expresan también los antagonismos y mecanismos de poder propios de una sociedad.

En el discurso se articula poder y saber. Al reunir lo que un grupo dice con frecuencia, a veces en un diálogo consigo mismo se identifica un proceso de construcción de su identidad, se revela su capacidad para modificar la realidad, de elaborar un proyecto reivindicador y hacerlo viable. Por la subjetividad implicada tanto en el discurso como en su interpretación, se requiere cuidado para diferenciar entre lo que está dado y lo que está dándose, entre lo determinado y lo indeterminado, entre lo posible y lo utópico

La construcción de la identidad es un proceso intersubjetivo sustentado socialmente. En el caso de las identidades sociales el proceso es semejante, sin embargo, para entender el juego entre la estructura social y la acción individual, se hace necesario el análisis histórico. Por tanto aquí se revisará la evolución de la atención social a la enfermedad para ubicar la emergencia de una actividad, que con el desarrollo científico y tecnológico se

²⁹ SADER, Op.cit. p.85

convirtió en profesión, que en nuestro país alcanza los niveles académicos: técnico, licenciatura y maestría. En otros países como Canadá y Brasil se ha logrado el nivel de doctorado.

II. LA ENFERMERIA COMO UNA IDENTIDAD SOCIAL

Por la importancia que tiene para la sobrevivencia de la especie humana la curación y la prevención de enfermedades, todas las sociedades han configurado instituciones que se encarguen de hacerlo. Como un producto social, las prácticas de curación y prevención de enfermedades que llamaremos médicas, reflejan los avances científicos, tecnológicos y especialmente la ideología del grupo que las crea. Las tradiciones, las creencias religiosas, las supersticiones y los prejuicios y, en general los valores culturales de un pueblo asumen un papel no sólo en la explicación de la enfermedad sino también en la prevención.¹

En toda la historia de la humanidad el cuidado de los heridos, los enfermos, los débiles o los moribundos ha estado a cargo de distintos grupos y ha dado lugar también a distintas prácticas. La curación de un herido o de un enfermo en la sociedad primitiva podía ser hecha por el brujo o el sacerdote de la tribu, en el Medievo coexistían los sacerdotes sanadores, curanderos, sangradores, parteras y médicos.

En los inicios de la era moderna se encuentran aún, una serie de practicantes del arte de curar como son los yerberos, hueseros, parteras, y médicos cirujanos, lo que evidencia que en una gran parte de la historia de la humanidad han coexistido

¹ TIMIO, Mario. *Clases Sociales y enfermedad*. Ed. Nueva Imagen, México, 1986, p.30

combinadas o separadamente la medicina científica, medicina empírica, magia y superstición

El lugar de estas prácticas en la sociedad depende más de la efectividad percibida por los usuarios, que de su cientificidad.

Las formas de atender la enfermedad y de cuidar la salud se relacionan con el concepto social de vida humana. La formación del médico y su status reflejan a su vez, los avances científicos y tecnológicos además del grado de desarrollo de un grupo. Por ello, entendiendo a la enfermería profesional como una identidad social que surgió relacionada estrechamente a la práctica médica, en el presente capítulo se mencionan datos relevantes sobre la atención a la enfermedad y el cuidado de la salud en el contexto histórico social y económico de cuatro etapas: Sociedad primitiva, Antigüedad Clásica (aproximadamente 4000 años a.C. hasta el 476 d.C.), Feudalismo (siglos V-XV) y Modernidad (1453-1789).²

El presente trabajo enfoca la práctica médica como la atención de las enfermedades con un carácter científico y la enfermería como una labor subordinada a aquélla.

I. La medicina como forma social de atender la enfermedad

La enfermedad ha estado presente en la naturaleza desde antes de la aparición del hombre. Las enfermedades han

²BROM, Juan. *Esbozo de Historia Universal*. Ed. Grijalbo, México, 1972, p.109

ocurrido en las formas que hoy se conocen como un mecanismo de respuesta a estímulos anormales.³

La atención de los enfermos y heridos en un principio estaba a cargo de la unidad familiar, pero hubo individuos que se especializaban como curanderos que utilizaban una mezcla de remedios físicos y mágicos. Requerían el conocimiento de un gran número de medicinas, las cuales eran usadas no sólo para curar enfermedades sino para todo tipo de hechicerías.

En la mentalidad primitiva los eventos relacionados con la vida tales como el nacimiento, la enfermedad y la muerte se rodearon de magia y religión, lo que permitió la creencia en los propios poderes, y un cierto control sobre esos eventos. La lógica del uso de la magia y la religión es que causas conocidas producen efectos conocidos y efectos mágicos o inexplicables son producidos por causas mágicas.⁴

El cuidado de la salud o la vida se da en un campo donde se reúne lo objetivo y lo subjetivo: el cuerpo del enfermo y el proceso de recuperación o de muerte, que no es posible explicar o predecir y mucho menos controlar. Estos acontecimientos crean incertidumbre y ansiedad que los hombres desean resolver.

³BARRIO del. Cristina. *La comprensión infantil de la enfermedad*. Ed. Anthropos. Barcelona, 1990, p.30

⁴LEWIS, John. *Antropología Simplificada*. Cia. Gral. de Ediciones, México, 1973, p.78

Las respuestas que los hombres dan a los problemas de sentido creados por la vida y la muerte, por una naturaleza amable u hostil o por los éxitos y fracasos de los esfuerzos humanos, frecuentemente implican la incorporación de fuerzas sobrenaturales y valores trascendentales.⁵

Las reacciones ante la enfermedad y el dolor se vinculan a los sistemas de creencias y valores que influyen sobre las personas. En estos sistemas se desarrolla también un concepto de vida, de salud, de enfermedad y muerte así como de quién debe atender estos fenómenos cuándo, cómo y dónde.

La enfermedad es sentida por el hombre y es definida de diferentes maneras, en todas las lenguas existe más de un término para designarla pero siempre está implícita: deficiencia, daño positivo y un daño sentido. La enfermedad es caracterizada en forma general como un modo de vivir deficiente, malo o aflitivo.

El concepto de enfermedad tal como se ha dicho, está ligado al desarrollo de valores. La enfermedad se asocia a la impureza, y ésta a lo "malo". En la Antigüedad Clásica esos conceptos se consolidan en un sistema clasista, donde los aristócratas son poseedores de sentimientos elevados, "buenos" y de primer rango. Con la ascensión de las castas sacerdotales al poder

⁵CHINOY, Eli. *Introducción a la Sociología*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966, p.297

político, aparece la distinción entre lo puro y lo impuro y su relación a lo bueno y lo malo.

En la Antigüedad se llamó "puro" a quien lavaba su cuerpo con frecuencia, que no se relacionaba con mujeres del bajo pueblo y al que se le prohibían ciertos alimentos causantes de enfermedades. El concepto de "puro" se otorgó a la aristocracia sacerdotal, este grupo estaba apartado de la actividad mundana y era dado a elaborar ideas y a reprimir sus sentimientos.⁶

El concepto de contagio fue religioso antes que médico: la menstruación, el parto, un enfermo desahuciado eran motivos de impureza. Para entrar a algún templo había que estar puro, y si se había estado impuro o con alguien así, se perdía la pureza y había que recuperarla con ritos de purificación. Estas ideas promovieron la limpieza no sólo espiritual sino física. Es posible que estas medidas higiénicas retroalimentaran los conocimientos sobre el cuidado de la salud.⁷

Los griegos veneraban la salud y trataban de conservarla, creían en un mundo de belleza y equilibrio. La enfermedad era considerada una maldición, lo cual hacía sentirse inferior al enfermo sobre todo si el cuerpo sufría modificaciones o deformaciones. Los niños débiles y lisados eran eliminados

⁶NIETZSCHE, *Genealogía de la moral*.

⁷SIGERIST, H.E., *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Ed. Siglo XXI, México, 1981, p.21

pues se consideraban inferiores al no tener una completa salud física.⁸

En este contexto la medicina se consolida como ciencia, al saber lo que se hace y porqué, esto sucede aproximadamente 500 años a.C., desprendiéndose de la magia, pero no de la religión.

En la medicina homérica se consideraba que las enfermedades eran de origen traumático, ambiental y divino-punitivo.⁹

La formación del médico era estricta, intensa e integral. El estudiante convivía en una comunidad formada por el maestro y sus discípulos durante varios años. Ayudaba a preparar drogas, sostenía al paciente durante las operaciones y curas. Aprendía a observar los síntomas de la enfermedad y a valorarlos críticamente. Se adiestraba en el pronóstico y ensayaba las dietas y los tratamientos hasta que un día él mismo era maestro.¹⁰

Había una alta consideración social para el médico, lo que en algunas épocas le permitió ser exento del pago de impuestos. Entre los profesionales de la medicina hubo niveles intelectuales y sociales muy distantes entre sí, hubo quienes se dedicaron a la práctica viajando de un burgo a otro, y quien se dedicara a escribir tratados. Aunque había una enseñanza médica

⁸ *Ibidem*, p.22

⁹ LAÍN Entralgo, Pedro. *Historia de la medicina*. Salvat, Barcelona, 1981, p.49

¹⁰ SOMOLINOS, Germán. *Historia de la medicina*. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina. México, 1980, p.36

organizada, el prestigio de la capacidad bastaba más que un diploma.¹¹

De los médicos técnicamente formados en alguna escuela, algunos son contratados por la ciudad para cumplir funciones asistenciales o forenses y especialistas de todo tipo. Con cierta frecuencia los esclavos de médico adquieren algunos conocimientos útiles para curar a los esclavos enfermos y a gentes de escasos recursos.

En el Medioevo se considera a Cristo como el nuevo Salvador de todos los males físicos y morales. Cristo es médico del alma y del cuerpo, cura milagrosamente a los vivos y promete una vida eterna a las almas. Los primeros cristianos despreciando la vida material se acercan al cuidado de los enfermos, el cual deja de convertirse en oficio para convertirse en virtud, y va más allá de la medicina de la Antigüedad, promoviendo la atención a los moribundos y a los incurables.¹²

La medicina científica pierde terreno, florece la milagrería, la superstición seudocristiana, exorcismos y conjuros religiosos, amuletos, astrología y ceremonias más mágicas que religiosas. El saber médico es recogido, guardado, estudiado y modificado bajo los nuevos conceptos de la religión cristiana por los frailes. Es precisamente en los conventos donde, con el tiempo, se

¹¹LAIN, Op.cit. p.128

¹²SOMOLINOS, Op.cit. p.43

establecen los incipientes hospitales en principio para socorrer a los desgraciados y compadecerse del dolor ajeno.

La caridad cristiana originó el establecimiento de asilos y hospitales que dan lugar a todo tipo de enfermos. La austeridad de la vida religiosa en los conventos promueve indirectamente la recuperación de la salud y el control de ciertas enfermedades.

A lo largo de la Edad Media se repite el esquema de construcción de los monasterios, en los cuales se organizan distintas áreas para la atención de los enfermos. El *Infirmarium* para los monjes en la parte oriental de la iglesia, el *hospitale pauperum* para pobres y peregrinos, situado al poniente, junto a las puertas del monasterio. La casa de huéspedes ricos al norte, en las inmediaciones de la casa del Abad. Posteriormente se añadieron un hospital para novicios y conversos y una leprosería, ésta lejos del conjunto de las edificaciones.¹³

En esta época se le dio al enfermo una posición que nunca había tenido. La comunidad era vista como una familia donde todos debían cuidar de todos. Se exaltaban los valores como la humildad, la abnegación y el sacrificio. El cuidado de los enfermos era básicamente un sacrificio. Los hombres más famosos y que se hicieron acreedores a la santidad fueron aquéllos que se dedicaron a cuidar enfermos, especialmente a los incurables o los más repugnantes, a sabiendas de que su fin sobrevendría por contagio.

¹³LAIN, Op. cit. p.190

La enfermedad era vista como pecado o como posibilidad de redención. La medicina era la oración. Las enfermedades más importantes eran las infecciosas como tuberculosis, cólera, malaria, peste, lepra, tifo exantemático y otras.¹⁴

Con la evolución del cristianismo, el cuerpo se llegó a considerar el receptáculo del alma y había que cuidarlo. Se llegó a pensar que consultar al médico en caso de enfermedad era una obligación. Los médicos y las medicinas eran vistos como ayudas secundarias para preservar la vida. Se consideraba a la medicina como un arte pagano.¹⁵

Casi a finales de la Edad Media (fines del S.XII) existían en Europa cuatro famosos centros de estudio: Salerno, Bolonia, París y Oxford. El más importante fue Salerno, estaba situado en Italia y perteneció en algún tiempo al Imperio Bizantino, recogiendo directamente las tradiciones de la medicina griega. Poco después se funda allí un convento de Benedictinos dedicados al estudio de las ciencias, con lo cual se evita la pérdida de la continuidad científica y médica.

En Salerno la medicina no fue totalmente conventual, la ejercían hombres y mujeres, laicos y seglares en un ambiente de franca tolerancia religiosa que permitía la convivencia dentro de la escuela a griegos, árabes, judíos y cristianos. Como

¹⁴ RODRIGUEZ, Imelda. *Apuntes de Sociología Médica*. UNAM, México, 1985, p.186

¹⁵ SINGERIST, Op.cit. p.36

consecuencia, se dio la fusión de las medicinas griega y árabe y la asimilación de esa medicina a la mentalidad cristiana.

El máximo esplendor de esta escuela fue en el siglo XII. Las enfermedades eran estudiadas directamente junto al enfermo, la terapéutica se racionaliza y sobre todo, se crea una cirugía con aspectos tan nuevos y originales que incluso prepara enfermeras especializadas en la atención del enfermo y en la Obstetricia.¹⁶

Un siglo más adelante se hizo obligatoria la titulación del médico y se reglamentó su formación científica. Estas prácticas se extendieron a otras universidades, aunque no desaparecieron los curanderos de todo género, que eran los que atendían a la mayor parte de la población. La Obstetricia estaba más separada de la medicina que ésta de la cirugía.

Con la profesionalización de la medicina surgió el afán de lucro. El médico tenía una mezcla de deberes civiles y religiosos. Estaba obligado a seguir las leyes marcadas por la autoridad real como fueron ordenanzas de carácter higiénico, responsabilidad médica, honorarios, vigilancia en la confección y precio en los medicamentos. En lo religioso tenía deberes tales como insistir al paciente en que se confesara con un sacerdote.¹⁷

A partir del siglo XII y sobre todo el XIII y el XV decae el sistema medieval. Surgen los Estados nacionales, adquiere

¹⁶SOMOLINOS, Op.cit. p.50

¹⁷LAIN. Op.cit. p.240

Importancia la clase social de los burgueses al intensificarse el comercio y crecer en las ciudades, pero no se altera la base económica del sistema, la servidumbre, que empeora aún más. Tales cambios pertenecen a una nueva etapa, la Edad Moderna.¹⁸

El Renacimiento es un movimiento intelectual que marca el paso del Feudalismo a la Modernidad, en él se desarrolla un nuevo orden económico, político y social con el invento de la imprenta, la caída de Constantinopla, el descubrimiento de América, la astronomía heliocéntrica de Copérnico y la ruptura espiritual producida por la reforma luterana.

En los siglos XV y XVI, el Renacimiento implica un importante cambio en los valores al sublevarse el hombre contra la reglamentación y rigidez feudal. En la medicina este movimiento constituye uno de los tres momentos cumbres en su desarrollo. En España, los Reyes Católicos establecen el Protomedicato, que era una agrupación profesional de médicos para, entre otras cosas, sancionar la práctica en este campo y examinar a los aspirantes del título, por tal razón el número autorizado fue escaso por mucho tiempo.¹⁹

En esta época la humanidad pasó a ser el ideal moral. Se dio una lucha contra las autoridades tradicionales en la economía, la religión y la ciencia. Los descubrimientos y el comercio

¹⁸BROM, Op.cit. p.102

¹⁹LAIN, Op.cit. p.381

,modificaron la forma de vivir, de enfermar y por supuesto de morir.

Con los cambios en todos los niveles de la vida , la gente quería vivir más tiempo. Se pensaba ya que la vida no estaba determinada por Dios sino que el hombre intervenía en alguna medida, la medicina y la higiene fueron dirigidas a este fin.

Se revivieron muchos ideales de la medicina griega, pero no se recuperó el de la higiene concebido por Hipócrates y Platón, porque se ponderaba lo intelectual por encima de la armonía entre el cuerpo y el espíritu.²⁰

Los humanistas se dedicaron al estudio de la vida y de las costumbres del hombre basándose en los autores clásicos. Se desarrollaron las bases de la investigación científica, y se redujo la separación entre investigadores e intelectuales y entre ciencia y técnica.²¹

Con el desarrollo del espíritu burgués aparece una moral del trabajo, una economía urbana artesanal y comercial cada vez más basada en el manejo de mercancías, la creciente individualización en la sociedad, el creciente afán de la experiencia personal y el vivir la propia vida contra el prestigio de la tradición.

²⁰SIGENST, Op. dt. p.55

²¹BROM, Op. dt. p.112

El hombre de esta época se siente capaz de avanzar indefinidamente en el gobierno técnico del mundo mediante su voluntad y su razón. Durante los siglos XVII y XVIII algunos monarcas llaman a la corte a los sabios y promueven la fundación de Academias y Colegios y dan a ciertas universidades el título de reales.²²

Ahora ya se percibe a la enfermedad como perturbación de funciones, como un mal físico para quien lo sufre y también para la sociedad. Se percibe además, que puede preludiar a la muerte, lo que ahora ya no se ve como irremediable sino opuesto a la actual ansia de vivir y al reconocimiento de la capacidad humana de dirigir la propia vida.²³

A partir del siglo XVII se da un gran progreso con los estudios sobre la anatomía y la fisiología, por ejemplo con los de la circulación sanguínea. Se inventa el microscopio y se sientan las bases de la farmacodinamia.

En esta época se inicia la especialización institucional para la atención de los enfermos y se continúa la fundación de las órdenes religiosas dedicadas a la atención hospitalaria, una de estas fue la orden de las Hermanas de la Caridad o de San Vicente de Paul (1634).²⁴

²²LAIN, Op.cit. p.247

²³Ibidem. p.378

²⁴Ibidem. p.383

Con la aparición del estado moderno se intensifican los conceptos de estado, gobierno, nación y pueblo. Surge la idea de que la principal riqueza de una nación es el pueblo y el poder político es el poder de los ejércitos. Para entonces el estado ya se había hecho cargo de los hospitales como instituciones de salud.²⁵

Hay una paulatina sustitución de la caridad por la filantropía y la participación de instancias civiles en la subvención y régimen de los hospitales, que se van secularizando en alguna medida sin perder su primitivo carácter religioso.

Con todo ello no se mejora la calidad de la atención, más bien se padece el hacinamiento de enfermos, la escasez de los recursos de todos tipos y pésimas condiciones higiénicas lo que traía como consecuencia deficiencias en la alimentación, la frecuencia de heridas purulentas y gangrenosas y la constante necesidad de realizar las cirugías en los pabellones. La estadía en un hospital de estas características era terrible.

La mentalidad ilustrada promueve la ayuda médica a los menesterosos a través de sociedades de ayuda mutua en Inglaterra y la atendida por el Estado en Francia, Austria, España, Rusia y Prusia, bajo el concepto de beneficencia pública, esta última resulta deficiente. La medicina tiene para entonces tres vertientes: la higiene, la medicina legal y la militar.²⁶

²⁵SOMOLINOS, *Op.cit.* p.53

²⁶LAIN, *Op.cit.* p.383

Se separa tajantemente la medicina de la Iglesia y se reduce su relación a un orden práctico y moral. Crece la participación del Estado en el control de los deberes del médico.

En la segunda mitad del S.XVIII Morgagni funda el método de investigación y concluye que el funcionamiento anormal es la causa de lo que aparece como síntomas de la enfermedad. También en este tiempo se inician los sistemas médicos modernos, aunque Galeno, Avicena e Hipócrates siguen siendo los autores más estudiados. Hay un auge de la enseñanza clínica, la creciente atención a la docencia quirúrgica, las cátedras de botánica. El puesto del cirujano era menor al del médico y más cuando éste era titulado. Cuando crece la importancia de la cirugía se iguala con el médico y crece su prestigio. En el ejercicio profesional médico intervienen corporaciones profesionales.

A partir del siglo XIX las enfermedades se buscan en los tejidos y medio siglo después en las células. Entonces la cirugía recibe un fuerte impulso con la aparición de la anestesia y la antisepsia.

También en la segunda mitad del siglo XIX, con el desarrollo de la bacteriología se comprende más a las enfermedades infecciosas. Los descubrimientos de Pasteur, Lister, Neisser,

Eberth, Koch y los Curie solucionaron grandes problemas de la humanidad respecto a la salud.²⁷

Con el comienzo de la era industrial y el paso al Capitalismo la vida cambia en todos sus aspectos, el dinero asume la forma de capital, se promueve la empresa, la ciencia tecnificada, el trabajo asalariado, la proletarización de grandes grupos humanos y la fragmentación del proceso productivo donde el hombre pierde cada vez más el sentido de su participación y su individualidad. Hay una creciente intervención del estado en la vida privada a través de la vida pública. Se intensifica la lucha de clases y se da una paulatina secularización de las masas populares.²⁸

Las enfermedades que más afectan a la población siguen siendo las infecciosas: pulmonía, tuberculosis, fiebre tifoidea, malaria, reumatismo articular agudo y meningitis. estas enfermedades incidían en los pobres, ya sea por sus condiciones de vida o por la mayor exposición a los agentes patógenos.

La industrialización acentuó la enfermedad en los grupos económicamente débiles. El trabajo extenuante en las fábricas, que no exentaba a mujeres o niños, asociados a la subalimentación, las condiciones precarias de la vivienda, el hacinamiento, la falta de servicios higiénicos, creaban las condiciones ideales para la enfermedad.²⁹

²⁷ BARRIO, del. Op.cit. p. 37

²⁸ LAIN, Op.cit. p.537

²⁹ TIMIO, Op.cit. p.47

El pauperismo de los suburbios industriales explica la mayor frecuencia de las llamadas enfermedades habituales, aumento en la mortalidad y la producción de nuevas formas en su manifestación sintomática.³⁰

En este momento histórico, la medicina estudia la parte biológica del hombre, que adquiere dentro del capitalismo una importancia fundamental por ser el único elemento de la totalidad social capaz de convertirse en fuerza de trabajo y valorizar el capital. Proceso que significa la existencia del capitalismo como modo de producción.

La medicina en este contexto es indispensable, ya que permite que la parte biológica del hombre se mantenga en condiciones dentro del proceso productivo. La salud y el estado del cuerpo son concebidos como una misma realidad y todos los procesos que amenacen tal posibilidad pasan a constituir las enfermedades.

El verdadero status de la medicina y su objeto de estudio se esconden detrás de un aparente deseo por lograr el bienestar abstracto del cuerpo humano.³¹

En las universidades se crean cátedras de higiene y aumenta la preocupación por la salubridad en los cuarteles, barcos, prisiones, minas y fábricas.³²

³⁰ LAIN, Op.cit. p.5

³¹ CUELLAR, Ricardo y Florenda Peña. El cuerpo humano en el capitalismo. Ed.Folios, México, 1985, p.122

La medicina moderna introdujo una concepción de la enfermedad que considera sus orígenes de carácter físico, y explicables en términos científicos. La aplicación de la ciencia al diagnóstico y a la cura médica es una característica principal de los sistemas sanitarios modernos.

Otras características de esta medicina son la aceptación de los hospitales como el marco para hacer frente a las enfermedades más graves, en donde se cuenta con el apoyo de tecnología avanzada y el desarrollo de la profesión médica como cuerpo con un código ético reconocido y un poder social importante. La medicina científica requirió personal formado con rigor excluyéndose el curandero y el autodidacta.

A partir del siglo XIX se puede identificar un cambio de actitud ante la enfermedad por la estimación de la vida y la salud, además de la creciente confianza en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del médico, el cual se forma en la Universidad y a él acude ya la mayor parte de la población. Los curanderos aún están en el panorama social y no siempre ejercen su trabajo con pobres o incultos.³³

A partir de esta época el médico cura con mayor seguridad y amplía las probabilidades de la prevención; se puede decir que la medicina cada vez es más eficaz pero más cara.

³² LAIN, Op.cit. p.384

³³ *ibidem*. p.539

La tecnificación del diagnóstico y el tratamiento, la colectivización de la asistencia médica y la especialización cambian la figura del médico, que incluso por intereses de la institución, se vuelve funcionario.³⁴

Las guerras tienen una gran importancia en el desarrollo de la medicina. La medicina militar moderna nace con los hospitales de campaña y fue progresando poco a poco hasta el gran avance que logró en las guerras napoleónicas.

El siglo XX se caracteriza por sus conmociones sociales, políticas y económicas. La crisis económica se extiende a todo el mundo, llevando la miseria y la violencia a las grandes masas humanas. Después de la Segunda Guerra Mundial se amplía en los países occidentales las medidas de seguridad social.³⁵

2. La enfermería como identidad social

La atención cotidiana a los enfermos en el principio de la humanidad se hizo a través del grupo familiar. Posiblemente la mujer en razón a las condiciones biológicas de la maternidad y la crianza de los hijos se adjudicó la labor de cuidar a los enfermos y a los débiles.

En la Antigüedad, en base a la organización social, las mujeres poseían un bajo status y no recibían educación formal, sin

³⁴ *Ibidem*, p.668

³⁵ BROM, *Op.cit.* pp. 221-223

embargo, desde mucho antes de la era cristiana había obstetras, mujeres especialmente educadas para atender partos, que podrían considerarse una suerte de especialistas médicas.

El cuidado de los enfermos se consideraba como trabajo de esclavos y carecía de técnica. Hay que recordar que había un fuerte sentido de la pureza y la salud como un valor que no era accesible a todos los seres humanos.³⁶

El médico griego evitaba tocar al enfermo y en otras sociedades de la Antigüedad incluso por pudor, las mujeres nobles que podían utilizar los servicios de un médico sólo referían sus dolencias y utilizaban figurillas para indicar la parte del cuerpo afectada.

En el cristianismo la atención a la enfermedad por parte de los médicos dio un giro total. En esta época las mujeres continuaban desarrollando las labores más humildes, ahora ya con un marco religioso de abnegación y caridad, el cuidado de los enfermos tenía un vínculo más natural con ellas.

La enfermería como actividad socialmente reconocida tiene un origen poco claro. Se asocia a las actividades médicas en las épocas de luchas y combates, dentro de las órdenes religiosas por caridad y amor a Dios.

³⁶ BRAVO, Peña Federico. *Nodones de Historia de Enfermería*. Impresora San Carlos, México, 1976, p.67

Con la construcción de hospitales, el cristianismo se esforzó por organizar grupos para la atención de enfermería. Se formaron órdenes religiosas femeninas, masculinas y mixtas. Su misión era servir y atender al enfermo, enseñar y adiestrar a otras personas en esas labores y tratar de llevar una vida sencilla y humilde. algunas órdenes extendían su labor a la casa familiar y hacían las labores domésticas indispensables.³⁷

Con las Cruzadas, por las epidemias y los estragos de los enfrentamientos, algunos caballeros fueron a los monasterios a aprender a cuidar enfermos y a construir albergues hospitalarios. Si eran nobles hacían labores médicas, si no lo eran, se llamaban hermanos entre sí y se dedicaban a cuidar enfermos.

Adoptaban rígidos principios cristianos de humildad, justicia y misericordia, pureza y sacrificio. Dieron origen a la enfermería militar. Entre otros legados se encuentra el uso del uniforme, derivado de los hábitos religiosos. Se dice que el uniforme que después sirvió de pauta para el de las enfermeras fue ideado por la orden de los Benedictinos.³⁸

Por toda Europa fueron creados los hospitales por las órdenes religiosas, siendo los primeros refugios en los monasterios para dar asilo a los viajeros y ayudar a los necesitados y enfermos.³⁹

³⁷ BRAVO, Op.cit. p.32

³⁸ Ibidem, pp.34-36

³⁹ Ibidem, p.29

Años más adelante, en la época del Renacimiento, las condiciones políticas, la rebelión protestante, el nivel bajo que había alcanzado la medicina en el oscurantismo y la posición de las mujeres, afectaron la enfermería. El alejamiento de los feligreses a la Iglesia redujo las órdenes religiosas y los practicantes y también se destruyeron monasterios

Con el paso de la medicina del monasterio a las universidades la medicina encontró un refugio que no tuvo la enfermería, la cual permaneció bajo la guarda de las órdenes religiosas.

En la sociedad industrial siglos más tarde, la mujer se encargaba de otras labores. Se le permite trabajar en las fábricas incipientes. El cuidado de los enfermos había caído de nuevo en una baja consideración social, aunque aún había órdenes religiosas creadas para la enfermería.

En 1836, un pastor de Iglesia luterana y su esposa crearon un hospital-escuela en Alemania que pretendía dar a la enfermería un sustento científico sin perder su condición de servicio al débil. Este hospital tuvo la influencia de la orden de las Hermanas de la Caridad, aunque podían ingresar mujeres seglares a él.

El trabajo era muy pesado, la disciplina estricta, usaban un uniforme austero y se les inculcaban principios morales además de que recibían clases por parte de un médico. Extendían su labor en algunos casos fuera del hospital, aunque ello les

reportaba problemas por el concepto que prevalecía respecto a sus labores. Para evitar la mala consideración que se hacía de las enfermeras, se les nombró "diaconesas". Se les inculcaba la obediencia al médico y la responsabilidad.

A mediados del siglo XIX surgió un personaje que produjo cambios profundos en la enfermería. Florencia Nightingale, mujer de la alta sociedad inglesa que luchó por su fuerte vocación social y que con altas dotes de inteligencia y conocimientos logró configurar la enfermería profesional en la que se reconoce la enfermería actual.

En 1853 Florencia Nightingale fue invitada a formar un grupo de enfermeras para apoyar a su país en la guerra de Crimea, cargo que aceptó y desarrolló de forma tal que le valió múltiples reconocimientos. Con ella a la cabeza, se reunieron mujeres de varias órdenes religiosas y en 1854 estaban frente a dos hospitales llenos de heridos de guerra y sin recursos de ningún tipo. Ella organizó la prestación de servicios de enfermería y utilizó las relaciones con políticos de la época para obtener lo indispensable en su labor.

La enfermería que promovió Nightingale por su origen era militar, se fue convirtiendo gradualmente en un servicio de salubridad que trabajaba de la mano con la nueva ciencia sanitaria. Como hasta ese momento el ejército no contaba con mujeres enfermeras el grupo de Inglesas no tenía una posición

dentro de la organización y como eso no era posible, se creó una forma de disciplina adecuada.

Dos años más tarde regresaron a su país y Florencia recibió un fondo para crear una escuela. dedicó muchos años al ejército y también visitaba hospitales, siempre hacía sugerencias que eran bien recibidas y que ayudaron a mejorar el servicio a los enfermos. Promovía una mejor atención por medio de mejores condiciones de salubridad y una mejor dirección y construcción de las instituciones. Difundió la necesidad de utilizar datos fidedignos para planear los servicios y lograr los objetivos. Pasó de los problemas militares a los de la salud pública, con lo que fortaleció la labor de la enfermera además de profesionalizarla.⁴⁰

Hasta la Primera Guerra Mundial la enfermera se ocupa mucho de los trabajos de limpieza y orden para la comodidad del enfermo, encargándose también de la elaboración de alimentos. Las prácticas de enfermería eran muy simples.

Los administradores de hospitales militares idearon a la auxiliar de enfermería. La epidemia de influenza que se extendió en Europa después de la Primera Guerra Mundial evidenció la ayuda que ellas daban y fueron empleadas en gran escala por la Cruz Roja.⁴¹

⁴⁰ JAMIESON, Ma. Elizabeth. *Historia de la Enfermería*. Ed. Interamericana, México, 1968, p.128

⁴¹ FRANK, Charles Marie. *Desarrollo histórico de la Enfermería*. Congregación de las Hermanas de la Caridad., México, 1959.

3. La atención de la salud en América

Las culturas prehispánicas que se extendieron aproximadamente desde el Perú y el norte de Chile en el Sur hasta el Trópico de Cáncer en el norte, tuvieron una duración breve. Se iniciaron a partir de la era cristiana y terminaron violentamente con la conquista europea en la primera mitad del siglo XVI.

Los aztecas tuvieron una sociedad con elementos de comunismo primitivo y de la sociedad de clases. La tierra era de propiedad comunal. Tenían profundos conocimientos de medicina y por sus progresos en la botánica poseían grandes conocimientos de herbolaria, muchos de los cuales pasaron a la farmacopea internacional en la época de la Conquista.

Los pueblos civilizados de América nunca pudieron unificarse, sus grandes imperios no destruyeron el sistema comunal primitivo y su organización era una mezcla de éste y el estatal, lo cual permitió a los conquistadores en un plazo muy breve someter a la población indígena. Sin embargo su cultura no fue exterminada y muchos de sus elementos pasaron a integrar las nuevas naciones latinoamericanas junto con las aportaciones españolas.⁴²

De 1519 a 1521 Cortés conquistó México. En las zonas de población indígena avanzada los españoles suplantaron a la

⁴² BROM, Op.cit. pp.35-38

nobleza local y la población aborígen quedó sujeta y explotada. Así se formaron pueblos mestizos. Los grupos más primitivos fueron exterminados o despojados y aparecieron sociedades constituidas fundamentalmente por inmigrantes. La población nativa fue mermada por las matanzas, el trabajo excesivo y las enfermedades nuevas para ellos. El alcoholismo con bebidas que no acostumbraban se sumó a las causas de enfermedad y muerte.

En la organización de las colonias se creó el Consejo de Indias con el supuesto de proteger a los indígenas, pero la tendencia era el trato al indígena como si fuera menor de edad, lo que facilitó su sumisión y por ende su explotación.⁴³

La medicina prehispánica tuvo un gran desarrollo, como fue registrado por los religiosos que traían la misión evangelizadora.

Los indígenas atribuían sus enfermedades a factores religiosos y naturales, específicamente a los dioses, los signos calendáricos, los brujos y la naturaleza. Su concepto de salud y enfermedad tenía un contexto místico, sobrenatural, pero un amplio sector de las enfermedades y de las terapéuticas eran concebidas y practicadas con elementos exclusivamente naturales. Tenían conocimientos de herbolario medicinal, que sorprendieron a los europeos, y sobre elementos animales y minerales curativos. Conocían perfectamente la anatomía humana, y distinguían un médico verdadero como aquél que se

⁴³ *ibidem* . p.121

basaba en la observación y la experiencia, de uno falso, el cual usaba hechizos y conjuros.⁴⁴

El médico se formaba en centros educativos. Su enseñanza estaba a cargo de sacerdotes. Había mujeres médicas y probablemente su formación era semejante a la de los hombres aunque estaban más encaminadas a las patologías femeninas. Actuaban en todos los campos como traumatología, oftalmología y cirugía. Uno de los requisitos básicos para que la mujer pudiera dedicarse a esta actividad es que hubiera pasado su edad reproductiva, para ser considerada "pura". En este sentido, la cultura de los aztecas tenía puntos en común con la de los españoles y eso incluye considerar a la mujer como un ser subordinado al hombre, aunque la maternidad era muy valorada y la obstetricia no era una especialidad médica de segunda.

El uso de los elementos curativos se basaba en un largo aprendizaje no falseado por prejuicios doctrinarios sobre su naturaleza fría o caliente, conceptos que eran diferentes a los conceptos europeos.

El médico tiene una alta consideración social, se le ve como sabio, que sigue un método, examina y experimenta, que devuelve la salud a través del masaje, la manipulación de los huesos, purga, sangra, corta, cose y hace reaccionar a los

⁴⁴ ANZURES y Bolaños, Ma. del Carmen. *La Medicina Tradicional en México*. UNAM, México, 1983, p.17

pacientes. Hay otros elementos curativos que están presentes y que pueden considerarse psicorreligiosos.⁴⁵

En esta sociedad también coexistían distintos tipos de sanadores: médicos, cirujanos, parteras, hueseros, sangradores, los que daban yerbas para abortar, adivinos, los que echan las suertes y los que sacan objetos dañinos del cuerpo.⁴⁶

Los españoles se interesaron por esta medicina e introdujeron la suya a través de publicaciones, crearon cátedras y facultades de medicina, trajeron médicos, establecieron hospitales y crearon una serie de ordenanzas sanitarias. De lo anterior surgieron diferentes medicinas que incluyeron hasta las prácticas de los esclavos africanos.

En la Nueva España funcionó el Protomedicato a través de un médico que supervisaba la práctica en este campo, sin embargo fueron pocos los médicos europeos que vinieron a América y la atención de los enfermos estuvo en manos de los religiosos, los curanderos indígenas y de todo tipo.

El concepto que prevalecía era el de la caridad cristiana y el personal que atendía a los enfermos estaba constituido por religiosos, hombres y mujeres. La atención evidenciaba la clase social a la que se pertenecía, y en la atención a los pobres se sufrían todas las carencias.

⁴⁵ *Ibidem*, p.32

⁴⁶ ORTIZ de Montellano, Fernando. *Medicina, Salud y Nutrición Aztecas*. ED. Siglo XXI, México, 1994, p.45

La América precolombina estaba relativamente libre de enfermedades por su 'purificación' en el tránsito del hombre primitivo de Europa a América a través de lugares de baja temperatura, la escasez de animales domésticos y que no había hacinaientos.

Tenían una buena nutrición y poseían resistencia para las enfermedades infecciosas. Había enfermedades venéreas y los padecimientos más frecuentes eran las enfermedades gastrointestinales y respiratorias. Había una alta tasa de natalidad y una elevada mortalidad infantil. Su expectativa de vida era aproximadamente de 37 años, se puede comparar con la de Francia a finales del siglo XVIII, que era de 29 años.

Los aztecas desarrollaron importantes medidas de salud pública y tenían una gran estima por la limpieza personal.⁴⁷

A partir del choque de las dos culturas, en México la curación y prevención de enfermedades atraviesa una serie de etapas bajo la influencia de sucesos mundiales en todos los campos, incluidos los avances científicos y tecnológicos, pero con el estigma de su condición de dependencia económica. Los logros en el campo de la salud, en especial a la atención de los grupos mayoritarios, reflejan iniciativas personales o de proyectos sexenales que se frenan en el contexto de la situación económica política y social.

⁴⁷ *Ibidem*, pp 148-157

4. La enfermería en México

En nuestro país, como ya se dijo, desde antes de la conquista se tenía un alto respeto por la salud. Existían diversos sanadores y entre ellos, la mujer se ocupaba de la atención perinatal, que en su contexto cultural era de gran valor por el aprecio que se tenía de la llegada de un nuevo ser al mundo.

Se puede considerar que esta labor era una especialidad médica en la que se mezclaban conocimientos objetivos sobre el embarazo, el parto y su patología, y actividades de prevención de enfermedades y cuidado de la madre y el niño, así como de una labor educativa para el bienestar familiar y la conservación de la salud.

La enfermería como una actividad socialmente reconocida apareció más tarde, de hecho, los españoles trajeron a América su antigua tradición de construir hospitales a causa de la serie de epidemias que se desataron en la población indígena y española a raíz de la conquista. El primer hospital de México edificado por orden de Cortés fue en 1524, llamado de la Inmaculada Concepción. En sus inicios era para hombres y fue atendido por una orden de hermanos enfermeros.

A medida que se afanzaba la colonia se levantaron hospitales por toda la República Mexicana. La orden de los franciscanos cubrió todo el país. Construían un convento y dentro de él instalaban una escuela y un hospital. Su organización y

funcionamiento fue obra de religiosos con apoyo económico de particulares y en ocasiones del gobierno.⁴⁸

Cuando se hacen las persecuciones religiosas, las instituciones son controladas por la Junta de la Beneficencia Pública, alrededor de 1850.

La enfermería fue ejercida empíricamente por religiosos, hombres y mujeres caritativos y abnegados pero sin conocimientos técnicos. En 1844 llegaron a México las monjas de la orden de las "Hermanas Grises", fundada en Francia en 1634 con el fin de atender enfermos. A nuestro país llegan por la solicitud del Dr. Manuel Andrade, con el compromiso de dar servicio desinteresado en los hospitales, casas de beneficencia y a pobres y menesterosos, aunque sin reconocimiento por parte del gobierno. Este grupo llegó a hacerse cargo hasta de hospitales militares y finalmente en 1876 fueron expulsadas del país, aunque el gobierno de Benito Juárez, después de una investigación cuidadosa ordenada al Protomedicato, que aún estaba en funciones, aceptó que esa orden también llamada "Hermanas de la Caridad" continuara ejerciendo su labor pero manteniéndose dentro de los claustros y evitando el proselitismo con los enfermos.

Los regimientos para el servicio de las religiosas inicialmente prohibían la atención de pacientes con enfermedades venéreas,

⁴⁸ BARRAGAN, Mercado Lorenzo. Historia del Hospital General, De. Lerner Mexicana, México, 1968, p.26

cuyos servicios sólo administraban. Estos regimientos datan de 1847 para el Hospital de San Juan gobernado por Sor Micaela de Ayans, prototipo del trabajo administrativo en enfermería.

Las superiores se encargaban de la selección y entrenamiento de las religiosas que ejercerían la enfermería y buscaban a la servidumbre para los trabajos de aseo, lavado, planchado y proveduría.

Los principios de esta orden religiosa eran muy estrictos, lo que traía en consecuencia un personal muy resistente y trabajador, hacían lo que se necesitara sin recibir retribución alguna y aceptando condiciones precarias de vida. Su papel era atender a los enfermos y a los médicos, supervisar a las auxiliares, algunas preparaban pocimas y otras controlaban las dietas. Su labor fue poco reconocida a pesar de ser muy ardua.⁴⁹

A su salida del país, el Hospital que ellas atendían se entregó a la Beneficencia Pública. Se convocaron mujeres seglares para ser preparadas como enfermeras, los requisitos eran: 'cultura social, sentido humanitario, trato afable, hábitos de limpieza personal y con un nivel de estudios de Normal u Obstetricia'.

A partir de entonces fueron traídas al país en diversas ocasiones a enfermeras estadounidenses para preparar a las aspirantes. Se estableció el uso de uniforme. su formación incluía

⁴⁹ MALVIDO, Elsa. "Las Hermanas de la Caridad en México, en el siglo XIX" en *Memorias de la XII Reunión Nacional de licenciados en enfermería*. ENEO-UNAM, México, Oct. 1992, pp.23-36

desde el tendido de cama, reconocimiento de síntomas y signos, aseo y comodidad del paciente, dietas manejo de líquidos, tratamientos como duchas, lavativas administración de purgantes y de medicamentos. Posteriormente asepsia y antisepsia quirúrgicas, así como técnicas en el quirófano tanto de cirugía menor como cirugía mayor, y finalizaban con la enseñanza de la Obstetricia. Se cuidaban mucho las actitudes : bondad, buen humor, buena voluntad y sobre todo recordándoles que 'la enfermera no es ni puede ser médico'.

Esta situación con ligeras variantes se repitió durante mucho tiempo, en que fueron traídas enfermeras extranjeras para la formación de personal en este campo.

En 1907 se inauguró la primera escuela de enfermería del país, aprobada por la Dirección General de Beneficencia Pública, con la idea de permitir a la mujer mexicana la realización de una actividad productiva fuera de su hogar, que en sí es un hecho importante en esa época. Los requisitos fueron: buena salud, buena moralidad y ser menor de 30 años de edad, y cumplir un plan de tres años de estudio . sus materias se relacionaban con el trabajo en los pabellones.

Los reglamentos a seguir eran muy rígidos y se ponía énfasis en aspectos morales, de higiene, comportamiento hacia sus compañeras y autoridades y en la austeridad en el vestido y el arreglo personal.

En 1911 el plan de estudios se incorporó a la Universidad Nacional Autónoma de México. La enfermería de ese tiempo tiene un fuerte cariz militar. En 1920 los servicios de salud pública se orientan a la vacunación de la población. Por la gravedad de la situación epidemiológica en el país a causa de que en Veracruz se difunde la peste bubónica y la fiebre amarilla, se organizan cursos de enfermería sanitaria. Este campo de acción recibe mucho apoyo y se busca reforzar la preparación de sus enfermeras con estudios en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

Durante el gobierno cardenista, la enfermería sanitaria recibe un gran impulso al ser considerada indispensable la prevención de enfermedades en la constitución de una sociedad industrializada, son elegidas las enfermeras como el personal del área de la salud, que trabajando en equipo desarrolle una labor educativa con la población. sin embargo aún se le considera bajo la responsabilidad del médico.⁵⁰

En 1935 el trabajo de las parteras es asimilado a la enfermería en las escuelas. En 1960 en la maternidad Maximino Avila Camacho prohíbe que los partos sean atendidos por enfermeras, y el IMSS suprime de sus tabuladores a este personal. Sin embargo se permite que las enfermeras ejerzan la Obstetricia en las zonas donde no haya médicos. En ese momento histórico se

⁵⁰ PEREZ Loreda, Luz. "Características de los Servicios de Enfermería al inicio del siglo XX". pp.37-49

Identifican tres tipos de enfermería: la sanitaria, la hospitalaria y la obstetra.

En 1944 el Dr. Everardo Landa ocupó la primera dirección de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM (ENEO-UNAM), y desde 1938 enfermeras del Hospital General y el Hospital Juárez organizaron convenciones donde hablaban del fortalecimiento de la identidad profesional de su gremio.

En la década de los años 50, surgen muchas escuelas de enfermería con nuevos modelos de formación, con programas postbásicos para preparar personal más especializado. Elementos comunes de las escuelas fueron: la contratación de médicos para la enseñanza, la diversidad de planes de estudio, el enfoque biológico, la enseñanza con énfasis en la práctica, la falta de coordinación de ésta con la teoría, la utilización de la estudiante como mano de obra gratuita por los hospitales que se prestaban como campos clínicos para prácticas.

En 1963 en la ENEO-UNAM se nombra por primera vez una enfermera para la Dirección. De 1964 en adelante, han crecido los servicios médicos institucionales y han requerido cada vez mayor especialización de médicos y enfermeras. Han sido creados diversos niveles y especialidades.

En las escuelas se ha incrementado notablemente el número de matrícula y la proporción de hombres respecto a las mujeres

también, aunque aún es mayor el número de aspirantes a la carrera de medicina.¹

Como puede verse, la enfermería se ha caracterizado a lo largo de la historia como una actividad de servicio, realizada en principio por esclavos o personas de baja condición social, en parte por la fuerte carga ideológica de la concepción de la enfermedad como impureza y de acuerdo al escaso control del contagio, que convertía al enfermo en un riesgo o una carga onerosa.

La atención a los enfermos se convirtió en actividad predominantemente femenina en razón de que la mujer atiende las labores domésticas y la crianza y cuidado de los hijos y la familia, y a que el hombre se orientó a las actividades más intelectuales, científicas y tecnológicas, es decir aquellas más cotizadas socialmente. La enfermería, ya como profesión ha obtenido el sustento teórico de todas las ciencias que se relacionan con la salud, pero sus actividades dependen de las decisiones del médico.

La atención de los enfermos tiene su marco en la moral cristiana, que determina el desarrollo de valores tales como la caridad y la abnegación. Paralelamente, también se le da un alto valor a lo científico y a la disciplina, que se traduce en fuertes estructuras administrativas, directoras totales, cuyas jerarquías

¹ MARTINEZ B. Matilde y otros. *Sociología de una profesión. el caso de enfermería*. Ed. Nuevaomar, México. 1985, p.82

se forman según el tipo y nivel de conocimientos, y esto es válido para todo el personal que labora dentro de ellas.

Históricamente la enfermería ha cambiado según los avances en la medicina y en la tecnología que apoya a esta última, sin que las necesidades de las mayorías sean tomadas en cuenta. Las motivaciones para su especialización se dan en gran medida por el valor otorgado a los conocimientos y a la colaboración en Instituciones de tercer nivel. Aún cuando esto sucede, en la actualidad hay una seria preocupación por redefinir su rol , consolidar su gremio y lograr una mayor estimación a su labor en lo social y lo económico. Son muchos los factores predeterminantes de esta profesión, sin embargo se busca el cambio.

III. EL CONFLICTO COMO MOTOR DEL CAMINO EN LAS IDENTIDADES SOCIAL

1. El conflicto como un proceso ideológico

En las sociedades capitalistas la interacción humana está determinada por las relaciones de clase, en donde un grupo domina al otro en razón a la posición que guardan respecto a la posesión de los medios de producción. Las múltiples instituciones sociales legitiman las relaciones de producción basadas en un sistema de explotación. La presencia de intereses antagónicos determina la existencia de conflictos que son un mecanismo para el ajuste de normas adecuadas a nuevas condiciones. El potencial destructivo de los conflictos que surgen en un sistema social está determinado por la cantidad y la calidad de los intereses que se oponen y la relación que guardan entre sí.¹

Los conflictos se manifiestan en una polaridad que va desde la resistencia pasiva hasta una rebelión efectiva. El intento por establecer un orden legítimo y la aceptación o el rechazo del grupo dominado expresan una forma de interacción frecuente entre grupos. Se considera que las relaciones sociales están en esencia cargadas de tensión.²

¹ REX. *Problemas fundamentales de la teoría sociológica*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1971, p.147

² *Ibidem*, p.156

Los alcances de un conflicto no pueden ser determinados , porque en él se combinan elementos complejos tales como: la génesis del conflicto, los objetivos del grupo que lo promueve, y las condiciones sociohistóricas en que se desenvuelve, en un interjuego cuyo resultado es impredecible.

Hasta aquí se ha hablado del conflicto entre clases sociales, pero las clases se forman sobre la base de la relación de individuos y los grupos con los medios de producción. Las actitudes de los individuos reflejan la estructura jerárquica de su sociedad y la forma en que es vivida, es decir, está presente la subjetividad en más de una forma.

En los conflictos sociales se expresa la capacidad de una clase para realizar a través de su práctica, sus intereses propios, los cuales están en oposición con los intereses de la otra clase, y la capacidad para ejercerlos. Esta relación implica dominio y subordinación y se caracteriza como una relación de poder.³

El poder está presente en la interacción social, no directamente determinada por la estructura. El poder, la ideología y el conflicto están íntimamente ligados. No siempre implica riqueza, pero en las sociedades capitalistas la riqueza casi siempre implica poder, que además es altamente gratificante para quien lo detenta. También se liga a elementos sociales e individuales como son el nivel y tipo de conocimiento que se posee, la

³ POULANTZAS, Nicos. Poder político, clases sociales en el estado capitalista. De. Siglo XXI, México, 1973, p.126

actividad productiva que se desarrolla, la cercanía con los grupos de poder, el género al que se pertenece y la etnicidad.

La autoridad es una modalidad del poder que se funda en un sistema de creencias compartidas. Se justifica por la obediencia voluntaria y trae como consecuencia la legitimación de las jerarquías de decisión y de mando, así como la obligación de someterse a las reglas establecidas.⁴

La sociedad moderna es burocrática, lo que implica una jerarquía de autoridad clara, con reglas escritas que gobiernan la jerarquía de funcionarios que trabajan tiempo completo por un sueldo. En este contexto todas las instituciones dependen de la especialización del conocimiento y la transmisión de información.

En las múltiples instituciones sociales actuales se requieren profesionales especializados, los cuales tienen una mayor autonomía en su trabajo que los individuos que no tienen este nivel académico.

El control que pueden ejercer los profesionistas sobre sus actividades laborales varían según el tamaño y el nivel de burocratización de la organización para la cual se trabaje, también está presente la naturaleza de la profesión y la fuerza de sus asociaciones profesionales. Parte del poder de los

⁴ MILLS, Wright. Poder, política, pueblo. F.C.E., México, 1973, p.3

profesionistas en las organizaciones se deriva de su rol como controladores del acceso a una calificación de públicos amplios.

2. Las identidades sociales y sus conflictos.

La sociedad es un conjunto de individuos en interacción continua. Los individuos se reconocen a sí mismos reconociéndose en los otros, e interactúan a partir de las representaciones que tienen de sí mismos y de los grupos a los cuales pertenecen, así como de los otros y de sus respectivos grupos. Esto es un proceso de identificación, el cual cambia y se desarrolla constantemente, puede considerarse como un proceso de diferenciación. La identidad no es una propiedad intrínseca del sujeto sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional.⁵

La identidad en su dimensión personal o social es un proceso activo y complejo, históricamente situado y resultante de conflictos y luchas.⁶ No puede concebirse como el resultado de las condiciones en que se constituye ni como preexistente en la acción social que ejerce, debe considerarse como constituida y constituyéndose a partir de condiciones estructurales y a través de la interacción.⁷

⁵ GIDDENS, Op.cit. pp.318-328

⁶ GIMENEZ, Gilberto, "La identidad social o el retorno del sujeto a la Sociología", en *Verónica*. UAM Xochimilco, México, 1992, p.201

⁷ GIROLA, Op.cit. p.167

En el proceso de construcción, una identidad puede atravesar por crisis y conflictos, las primeras designan momentos cruciales, puntos de giro necesario, cuando el desarrollo ha de adoptar una u otra dirección, recopilando recursos para un crecimiento, una recuperación y una ulterior diferenciación, esto es aplicable a individuos o a grupos.⁸

Los conflictos varían en intensidad y resultados. Surgen en la interacción humana al compartir una estructura común, en las situaciones problemáticas de la interacción intergrupales e intragrupal y cuando los valores que se poseen entran en conflicto con la realidad.⁹

El conflicto también se relaciona con la forma en que se asume la posibilidad del cambio.

A partir de un conflicto puede darse un cambio como transformación o mutación. El primero es adaptativo y gradual, no afecta la estructura y se origina por las variaciones externas; la segunda supone una alteración cualitativa del sistema, el paso de una estructura a otra.

La mutación a su vez, puede dar como resultado dos situaciones, la asimilación y la diferenciación. La asimilación se da en la amalgamación o la incorporación y la diferenciación, en división o proifleración.¹⁰

⁸ ERIKSON, Op.cit. p.14

⁹ GIMENEZ, Op.cit. p.

¹⁰ *Ibidem*, p.202

3. La Enfermería profesional en México, autopercepción, búsqueda de causas y esbozo de un proyecto.

La enfermería como identidad social tiene un origen difuso. Surge como un servicio cuyo objeto de trabajo, la enfermedad, tiene una connotación de impureza y un valor negativo dentro de la sociedad. A ello se suma la subordinación de su labor al saber médico y a las políticas de salud nacionales e internacionales.

Una parte de su identidad fue determinada por los valores de la moral judeocristiana que aportaron las órdenes religiosas que se dedicaron a la atención de los enfermos. Quienes además, dejaron su sello en el uniforme usado por las enfermeras. El color blanco (indicador de pureza), la austeridad en el arreglo personal y en el diseño del uniforme, la cofia, que es una síntesis del manto con el que cubrían su cabello las religiosas enfermeras, muestran su influencia en muchos países, actualmente. Otra parte de la identidad se formó con el rigor, la disciplina militar y la racionalidad científica que promovió Florencia Nightingale, creando así, la enfermería profesional.

La enfermera se relaciona en primera instancia con el médico, el cual representa el conocimiento y la capacidad de evaluar a

otros. Incluida a ella, en cuanto al "modo de vivir la vida, su posición frente a las normas y el grado de su transgresión".¹¹

Su relación se da en una estructura de poder, en donde el opuesto es el médico, cuyo rol es el de defensor de las Instituciones del estado y al cual se le confiere la autoridad para hacer respetar el reglamento del hospital sin intervenir en su estructura económica y social.¹²

El escenario donde interactúan son las Instituciones de salud, que son regidas por el estado y en las cuales, los cambios estructurales han sido mínimos desde su aparición. Parte de su estabilidad se debe a la rigidez de los roles que ahí se desempeñan y del status que se les otorga. Las enfermeras se encargan de las labores administrativas secundarias y de controles de material que le ocupan una parte importante de su tiempo y sus energías.

El status de enfermería es bajo, entre otras razones por ser una actividad de servicio, subordinada, por tener un limitado grado de control sobre sus condiciones de trabajo, por estar fragmentado en infinidad de tareas rutinarias que no están siempre relacionadas con personas y por ser un trabajo en el cual la mayoría son mujeres, que además recibe un bajo salario.

¹¹ MENDES Gonçalves, Ricardo. Medicina e Historia. De. Siglo XXI, México, 1984. p.38

¹² GUATTARI, Félix. Psicoanálisis y transversalidad. Ed. Siglo XXI, México, 1976. p.24

Otras de sus características son las de laborar en instituciones fuertemente burocratizadas en las que es constante la supervisión, en que la jornada de trabajo está saturada de actividades y que exige una completa dedicación por el nivel de responsabilidad y el trabajo físico que se desarrolla. Los días de trabajo pueden ser cambiados de horario según las necesidades de los servicios y se tienen que realizar guardias, lo que limita la vida familiar y el desarrollo personal y social.

La percepción social de la enfermería es diversa, hasta hace unos años, se apreciaba y respetaba su labor. Con la masificación de los servicios de salud, su burocratización y la habilitación de personal no calificado para realizar labores de enfermería, su imagen social ha cambiado.

Su formación profesional es biológica. Depende en mucho, de las necesidades de las instituciones de salud y del desarrollo tecnológico. Hasta la creación de la Licenciatura, la mayoría de las estudiantes iniciaban su formación profesional a una edad muy temprana (15 años), en la que su identidad personal se veía fuertemente impactada por sus experiencias ante la enfermedad, la muerte y el ambiente de las instituciones de salud y su funcionamiento.

A la fecha no se ha creado un movimiento gremial que obtenga reivindicaciones económicas y políticas. Se han formado Colegios y Asociaciones pero hasta este momento la lucha por lograr la unidad de su grupo encuentra muchas limitaciones. En

este rubro también se cuenta con la estratificación de enfermería en distintos niveles académicos: enfermeras auxiliares, técnicas, licenciadas y especialistas, que trae como consecuencia la división de estos profesionales en grupos cuyos intereses también son antagónicos y que reproducen la lucha de poder en la que están insertas.

En cuanto a la especialización, se definen cuatro grandes campos de la enfermería: la salud pública, la atención hospitalaria, la administración y la docencia unida a la investigación. Considerando que el objeto de trabajo configura una parte de la identidad, es posible decir que cada uno de esos campos da origen a una concepción diferente de la profesión, de su status y de su relación intragrupal e intergrupala, y por ende de la posibilidad de tomar conciencia y de dirigir el cambio.

Los y las enfermeras en la actualidad se pronuncian por los cambios, y ello se manifiesta en su discurso.

4. El discurso de Enfermería expresado en eventos académicos desarrollados en la ENEO-UNAM .

El lenguaje es el vehículo del pensamiento lógico y también el medio para lograr la autoconciencia. El razonamiento o discurso que expresan los individuos revela procesos mentales y sociales que permiten captar la forma en que se vive la realidad. No puede olvidarse que el que escucha lo hace a partir de su

subjetividad, es decir, interpreta, y con ello la objetividad se limita.

Solamente con objeto de ilustrar algunos de los conflictos exteriorizados en el discurso de Enfermería, se tomaron fragmentos de conferencias impresas en Memorias de distintos eventos académicos y que se conservan en la Biblioteca de la ENEO de la UNAM. No son los más representativos ni los únicos, pero se eligieron considerando la frecuencia con que esas ideas se presentan o la autoridad de quien las expresó.

Se pretende hacer a través de ellos, algunas reflexiones en torno a la autopercepción de las enfermeras en su identidad social y la construcción de su proyecto para el cambio.

La percepción que se tiene de la profesión:

La profesión de Enfermería existe como respuesta a una necesidad de la sociedad y contiene ideales relacionados con la salud del individuo y de la colectividad. Las enfermeras dirigen sus energías hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento y la seguridad de una muerte tranquila cuando la vida termina. Valora y considera al ser humano como ser bio-psico-social, capaz de establecer objetivos y tomar decisiones con derecho y responsabilidad de elegir su autocuidado a la salud según sus creencias y valores. La enfermería es una

profesión dinámica de apoyo que se guía por un código ético y se fundamenta en los cuidados.¹³

Esta definición contrasta sobremanera con las siguientes:

Desgraciadamente aún no hace mucho tiempo, la Enfermería no era tomada como una verdadera profesión científica, y a la Enfermera tampoco se le consideraba como una compañera y colaboradora indispensable del médico, capaz de razonar y pensar por sí sola, ya que siempre tenía que desarrollar y resolver sus problemas de Enfermera por medio del pensar y del sentir del o de los médicos, con quienes tenía que trabajar...¹⁴

Una profesión relativamente reciente que está muy evolucionaba en ciertos aspectos y es consciente de que debe progresar en otras áreas en las cuales no alcanza aún a reflejar aquél complejo de características total que es propio de una profesión.¹⁵

Uno de los problemas que enfrentamos como profesión es que aún no podemos articular claramente qué es este cuidado

¹³ NAJERA, Rosa Ma. "Enfermería, un rumbo por descubrir y un camino a construir" en *Memorias de la XIII Reunión Nacional de licenciados en enfermería*. ENEO-UNAM, México, oct. 1992, p.129

¹⁴ LEIJA Paz, Emilia. "Labor social de la enfermera" en *La enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos*. Ed. de la Sociedad de cirugía, México, 1938, p.35

¹⁵ HALL, Catherine. "¿Quién controla a la profesión? Rol de la Asociación Profesional" en el *Informe del 15º Congreso Cuadrinial, Congreso Internacional de enfermeras*. México, mayo 1973, mecanografía de la sesión plenaria, p.2

que Enfermería define como una ciencia y un arte, y qué es la Enfermería profesional. ¹⁶

¿Cómo se explican estos problemas?

El desarrollo de la Enfermería en México ha estado ligado al desarrollo de los hospitales dentro de una medicina curativa más que a cualquiera otra práctica del sector salud. ¹⁷

"...La evolución del pensamiento científico en Enfermería refleja desproporcionadamente los modelos tanto idealista y materialista positivista con rasgos apenas de la concepción histórica social. Expreso esto porque considero que nuestra concepción del entorno se deriva básicamente de la descripción, ante la cual, en general, asumimos una actitud aséptica, sin atrevernos a buscar el componente social implicado y sin atrevernos tampoco a eliminar de raíz, cierto grado de anomia conceptual desde hace tiempo sentida y diagnosticada. ¹⁸

¹⁶ GRISPUN, Doris. "Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico" en *Memorias de la p.177 ...*

¹⁷ VÁZQUEZ Molina, Elpidia. "Análisis estadístico retrospectivo de los elementos que interactúan en la funcionalidad del Hospital Centro Médico La Raza" en *Memorias de las III Jornadas Conmemorativas del sexto aniversario de las Instalaciones Básicas de la ENEO, ENEO-UNAM, México, 1985, p. 42*

¹⁸ SÁNCHEZ Estrada, Teresa. "La evolución del pensamiento científico en Enfermería" en *Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados...p.74*

"La atención de Enfermería que se proporciona consiste en una serie de acciones delegadas por el médico y es difícil identificar acciones propias del personal de Enfermería. ¹⁹

La exigencia de una respuesta polivalente trae como consecuencia una carencia en la precisión de su papel fundamental, que se refleja en falta de identidad manifiesta en la debilidad de sus denuncias y exigencias profesionales, aunado a ello la manipulación que se ha hecho en aras de la sublimación: la consecuencia ha sido el sometimiento a desempeñar funciones en condiciones desventajosas, falta de prestaciones dignas, salarios bajos, jornadas nocturnas y prolongadas además de condiciones estresantes que produce el contacto con el sufrimiento humano. Todo esto la coloca en una condición desventajosa para participar en algunos campos que le permitan prepararse mejor y progresar. ²⁰

La Enfermería como práctica social no está aislada de los procesos que caracterizan a la sociedad. Se encuentra encuadrada dentro de la situación social que pasa actualmente por graves problemas económicos y movimientos políticos frecuentes y diferentes a los experimentados en otros tiempos.

¹⁹ESPINO Villafuerte, Ma.Elena y Ana Ma. Padilla Aguirre "Lineas de investigación: para el desarrollo de servicios de enfermería" en *Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados...*p. 111

²⁰OROZCO Escárcega Ana y Alejandra Martínez Gómez "Desarrollo de la profesión de Enfermería en México UAM-X en *Las profesiones en México* Núm.9. Enfermería. UAM Xochimilco, México, 1991, p.56

que seguramente trascenderán en todas las áreas de desarrollo del país.²¹

¿Con este panorama, cuál es el proyecto de cambio?

Las instituciones educativas deberán reorientar sus planes y programas de estudio para desarrollar en sus egresados conocimientos, habilidades y capacidades que coadyuven a un desempeño de mayor calidad y estimular la identificación profesional además de sus habilidades específicas profesionales, el Licenciado en Enfermería se caracterizaría por un mayor dominio y comprensión del conocimiento aplicable a la Investigación clínica, epidemiológica y de su propia formación y práctica, asimismo deberá integrar a su ejercicio profesional conceptos de la administración moderna en materia de recursos, resolución de problemas, toma de decisiones, manejo de conflictos y liderazgo para la productividad. Las nuevas expectativas demandan de este profesional el desarrollo de una actitud emprendedora basada en la decisión, audacia, seguridad en sí mismo y por supuesto autoestima personal y profesional."

22

"Los jóvenes enfermeros deben incorporarse a actividades que estimulen su desarrollo y rompan con las tradiciones que los atan a una carrera subjetivamente considerada como propia de la

²¹ RODRÍGUEZ Velázquez, Juana. "Perspectivas de Enfermería" en *Memorias del Segundo Congreso Nacional de Intercambio Académico*... p. 59

²² CASTRO Ceja, Ma. Teresa. "Equilibrio de la oferta educativa con las nuevas perspectivas de la estructura ocupacional de Enfermería" en *Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados*... p. 139

mujer, de sacrificio y abnegación y de fuerte dependencia en todos sus aspectos.²³

"Las organizaciones de Enfermería y el sistema de salud deberán comprobar con investigaciones, el efecto de las innovaciones en el papel de Enfermería que se dirigen a apoyar los programas de extensión de cobertura, los resultados de los cambios que se hagan en el campo de la docencia para incrementar la calidad y cantidad de preparación de recursos humanos y los efectos de nuevas formas de administración de los servicios de Enfermería."²⁴

"Propugnar por un modelo de Enfermería no significa que las personas no incursionen en posgrados multidisciplinarios, significa sí, que los esfuerzos y recursos de las Escuelas y Facultades y de otros organismos se apliquen al desarrollo de la especialización, maestría y doctorado específicos del campo de Enfermería, lo que conlleva a la sistematización disciplinaria, la instalación definitiva de la actividad investigativa y el ensayo controlado de modelos de atención.

La preparación de enfermeras en postgrados de disciplinas afines no sólo es necesario sino indispensable para contar con profesorado que contribuya a la conformación del postgrado en

²³RODRÍGUEZ Velázquez, Juana. "Práctica y formación de los recursos humanos en Enfermería" en *Las profesiones en México*, p.37

²⁴MONTALVO Hernández, Virginia. "Problemas y cuestiones significativas para la investigación en Enfermería en los programas de atención de salud del tercer nivel." en *Memorias de las III Jornadas Conmemorativas*...p.91

Enfermería. Esto ya es una tendencia en los países Industrializados.²⁵

...Las Escuelas de Enfermería tienen que cambiar en muchos aspectos como son: el tratar a los estudiantes como objetos, usar términos mecanicistas como productos agregados, enfocar el proceso educativo en lo cognoscitivo y técnico, crear habilidades sin tomar en cuenta la atención humanizada, restringir el proceso de enseñanza aprendizaje a objetivos de comportamiento, información actual y/o técnicas, tolerar poder y roles de dependencia y estudiantes, separar el conocimiento del quehacer y del ser. Fijando la entrada a la práctica en el título en vez de cómo educar a un profesional pensante y comprometido en la salud y en el cuidado humanizado acorde con la misión social, moral y científica de Enfermería en la sociedad.²⁶

²⁵ GALLEGOS Cabrales, Esther. "Modelo de posgrado que requiere la Enfermería para su desarrollo" en *Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados...* p.94

²⁶ MANFREDI, Maricel. "Instituciones formadoras en el desarrollo de nuevos modelos de atención" en *Memorias del II Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. FENAFEE y OPS. México, oct.1990, p.43

EPILOGO

El estudio de las identidades sociales representa un reto para explicar de qué forma el ser humano es producto y productor social en un proceso dialéctico, e identificar los factores de cambio.

Los individuos se convierten en actores e integran grupos que pueden denominarse identidades sociales y que a través del ejercicio de su autonomía generan movimientos que reflejan su momento histórico social y tienden al progreso.

Los movimientos sociales propiamente dichos pueden ser de muchos tipos. Básicamente buscan reivindicaciones, por lo cual son característicos de grupos cuyos derechos son sistemáticamente menoscabados. Tienen un carácter de clase y poseen su propia lógica. Implican conflictos y crisis según la magnitud de la oposición de intereses, la acción que desencadenan al cuestionar el sistema productivo en que se insertan y la calidad y cantidad de los aspectos que involucran.

Dentro de la estructura social, los individuos eligen su forma de acción, ya sea desde su identidad social o desde su identidad personal. La expresión y defensa de sus intereses puede darse desde cualquiera de los dos niveles, esto configura un proceso activo y complejo que se retroalimenta a sí mismo sin perder su marco de clase social. En tal estructura, se da una lucha desigual por el poder, que además se acentúa en tanto los recursos de

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

poder que están en disputa y los recursos para la lucha son escasos.

El proceso de formación de las identidades sociales en un marco social y económico, su configuración a partir de movimientos sociales motivados por los conflictos que se dan entre identidades sociales cercanas, se ejemplifican en esta tesina con la relación entre las enfermeras y médicos en el contexto de las instituciones de salud.

Desde hace tiempo se manifiesta un conflicto de intereses, según el punto de vista de las enfermeras. En nuestro país ha sido creciente su expresión de acuerdo a lo que se escucha en el discurso de enfermería, pero aún no se dan logros concretos.

Los problemas que enfrentan hasta ahora pertenecen a condiciones tales como: el significado cultural que posee la enfermedad, una formación rígida en la que subyace la exigencia de fuertes valores morales, que no se hace en otras profesiones, laborar dentro de una estructura administrativa inflexible hecha por médicos y que pretende dar un carácter científico a las instituciones de salud. Otra sería dificultad es la carencia de un modelo social que le permita orientar su cambio fuera de los modelos tradicionales de las relaciones de poder, elaborados en razón a la posesión de conocimientos y más aún en el tipo de conocimientos que permiten evaluar a otros (en la capacidad para conservar la salud o cuidar el cuerpo) que son características

del saber médico y que se ha tomado por ellas como punto de referencia y de identificación de un grupo al que no pertenecen.

A estas contradicciones se suma el hecho de no haber logrado constituirse como un grupo en defensa de sus intereses, lo cual se manifiesta en la dificultad para formar grupos políticos o identificar la dirección del trabajo para el cambio.

En el discurso de las enfermeras se expresa la necesidad de luchar y modificar su realidad como profesión. Identifican la determinación del marco económico en las políticas mundiales de salud, que privilegian la medicina curativa, en donde la figura más importante entre los profesionistas del área de la salud sigue siendo el médico y su principal auxiliar, la tecnología. Son conscientes también de que las tendencias en las instituciones públicas que atienden la salud son la masificación del servicio y la economía en los gastos, que van en detrimento de la contratación de personal adecuado, de su superación y de su desarrollo profesional.

Respecto al marco cultural, observan que la situación de la mujer a pesar de ser mejor en algunos aspectos en relación a otras generaciones, en otros no ha cambiado, por ejemplo, aún tiene la responsabilidad del cuidado de la familia y la educación de los hijos, y soporta el lastre de una sociedad machista, marginal. Reconocen que tampoco se ha dado el aprendizaje del trabajo en grupo, y que todo esto está presente en la identidad de la enfermera.

Han concientizado su papel como predeterminado por las instituciones de salud, el desarrollo tecnológico, las políticas nacionales e internacionales de salud, la condición de género y los recursos económicos de que se dispone socialmente..

Las estrategias que han elegido en su lucha son: la obtención de mayor preparación académica (metodología y tecnología), la formación de grupos políticos que apoyen esta estrategia, la ocupación de puestos en los niveles de decisión en el área de la salud y la inclusión en modelos empresariales, en busca de niveles gerenciales en la prestación de servicios independientes. Otra de las estrategias para el crecimiento es la búsqueda y promoción de un liderazgo a nivel de atención primaria de la salud.

Entre los conflictos que se identifican y las estrategias para su resolución, se perciben discrepancias. En los planes de estudio actuales, se continúa la tendencia biomédica. Las asociaciones de enfermeras congregan a las enfermeras líderes, generalmente vinculadas con la docencia, cuyo punto de vista es centralizado y se manejan en un esquema de poder. Resaltan en la formación de las nuevas generaciones de enfermeras la visión cientificista restando importancia en la relación con el paciente, en las labores que consideran ya no pertenecientes a su perfil profesional.

Al hablar de liderazgo omiten los beneficios de la desprofesionalización en la atención de la salud de las mayorías. Con esta perspectiva pretenden abordar como propios los conocimientos de otras disciplinas, creando modelos de atención sustentados en interpretaciones. En la búsqueda de su autonomía profesional, han perdido de vista que la comunidad no las identifica como independientes de las instituciones de salud o del trabajo médico, lo cual se relaciona con el concepto de vida, salud y enfermedad que tiene la población.

Las cargas culturales de género, la pertenencia a una sociedad clasista en un país subdesarrollado, sumadas a las crisis políticas, económicas y sociales en todos los niveles, y los cambios que se están dando en la actualidad sólo pueden enfrentarse a partir de una sólida identidad personal sustentada en el desarrollo motivacional, congruencia en lo intersubjetivo y en el desarrollo integral de la persona, lo cual se reflejará en una potencial identidad social.

BIBLIOGRAFIA

AGUIADO José C. y Ma. Ana del Portal.

‘Tiempo, espacio e identidad social’ en Altitudes. UAM Iztapalapa, México, 1991. Año 1, Núm 2, 128 pp.

ANZURES y Bolaños, Ma. del Carmen

La medicina tradicional en México. UNAM, México, 1983, 201 pp.

BARRAGAN Mercado, Lorenzo

Historia del Hospital General. Ed. Lerner Mexicana, México, 1968

BARRIO del, Cristina

La comprensión infantil de la enfermedad. Ed. Anthropos, Barcelona, 1990, 254 pp.

BERGER, Peter L. y Thomas Luckmann

La construcción social de la realidad. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1989, 233 pp.

BRAVO, Peña Federico.

Nociones de Historia de Enfermería. Impresora San Carlos, México, 1976, 167 pp.

BROM, Juan.

Esbozo de Historia Universal. Ed. Grijalbo, México, 1972, 245 pp.

CUELLAR, Ricardo y Florencia Peña

El cuerpo humano en el capitalismo. Ed. Folios, México, 1985, 171 pp.

CHINOY, El

Introducción a la Sociología. Fondo de Cultura Económica, México, 1966, 423 pp.

DUJAU, Emilio, Lidia Cirola y Antonio Azuela

'Sujetos sociales y explicación sociológica' en Sociológica. UAM Azcapotzalco, México, Mayo-Dic. 1988, Año 3, No.7/8,392p

ERIKSON, Erik

Identidad, Juventud y crisis. Taurus Humanidades, España, 1989, 283 pp.

FRANK, Charles Marie

Desarrollo Histórico de la Enfermería. Congregación de las Hnas. de la Caridad, México, 1959.

GIDDENS, Anthony

Sociología. Alianza Editorial, Madrid, 1992, 846 pp.

GIMENEZ, Gilberto

'La identidad social o el retorno del sujeto en Sociología' en Versión. UAM Xochimilco, México, 1992, 278 pp.

GIROLA, Lidia

'Desafíos teóricos después de la crisis' en Sociológica. UAM Azcapotzalco, México, Sep-Dic 1992, Año 7, No.20, 401p

GUATTARI, Félix

Paleocomités y transversalidad. Ed. Siglo XXI, México, 1976, 323 pp.

JAMESON, M. Elizabeth

Historia de la Enfermería. Ed. Interamericana, México, 1968, 439 pp.

KUSCHICK, Mario

'Alain Touraine: entre el actor y el sistema' en Sociológica. UAM Atzacapotzaco, México, May-Dic 1988, No.7/8, 117-129 pp

LAIN Entralgo, Pedro

Historia de la Medicina. Salvat, Barcelona, 1981, 722 pp.

LEWIS, John

Antropología simplificada. Ca. Cal. de Ediciones, México, 1973, 157 pp.

MALVIDO, Elsa

'Las Hermanas de la Caridad en México en el Siglo XIX' en Memorias de la XIII Reunión de Licenciados en Enfermería. ENEO-UNAM, México, Oct. 1992, pp.23-36

MARTINEZ Baritez, Matilde y cols.

Sociología de una profesión: el caso de Enfermería. Ed. Nuevaomar, México, 1985, pp 302

MENDES Gonçalves, Ricardo

Medicina e Historia. Ed. Siglo XXI, México, 1984, 204 pp

MILLS, Wight

Radix, política, pueblo. F.C.E., México, 1973, 480 pp.

NIETZSCHE, Federico

Genealogía de la moral.

ORTIZ de Montellano, Bernardo

Medicina, Salud y Nutrición Aztecas. Ed. Siglo XXI, México, 1994, 364 pp.

PEREZ Loredo, Luz

Características de los Servicios en Enfermería al Inicio del Siglo XX en Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. ENO-LINAM, México, Oct. 1992, pp. 37-49

POULANTZAS, Nicos

Poder político y clases sociales en el estado capitalista. Ed. Siglo XXI, México, 1973, 471 pp.

REX

Problemas fundamentales de la teoría sociológica. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1971, 231 pp.

RODRIGUEZ, Imelda

Apuntes de Sociología Médica. UNAM, México, 1985, 419 pp.

SADER, Eder

La emergencia de nuevos sujetos sociales en Acta Sociológica. F.C.PyS.-UNAM, Mayo-Ago. 1990, Vol. III, No. 2. 55-88 pp.

SIGERIST, Henry

Hitos en la Historia de la Salud Pública. Ed. Siglo XXI, México, 1981, 98 pp.

SOMOLINOS, d'Arcols, Germán

Historia de la Medicina. Soc.Mex.de Historia y Filosofía de la Medicina, México,
1980, 92 pp.

TAJFEL, Henri y John Turner

Una teoría integral del conflicto social en Programa de publicaciones de Material
Didáctico. UNAM Fac. de Psicología México, Semestre 90/2 p.3-42

TIVIO, Mario

Clases Sociales y Enfermedad. Ed. Nueva Imagen, México, 1986, 144 pp.

WEFFORT, Francisco

'Los nuevos movimientos sociales: la reestructuración de la política y el estado en
Las Américas en el horizonte del cambio. UNAM-CONACULTA, México, 1992,
Tomo II, pp.98-105

ZEMELMAN, Hugo y Guadalupe Valencia

Los sujetos sociales, una propuesta de análisis en Acta Sociológica. UNAM FCPy
S, México, Vol. III, No.2, Mayo-Ago 1990, pp. 89-104.

CONFERENCIAS CONSULTADAS

1. CASTRO Ceja, Ma. Teresa

'Equilibrio de la oferta educativa con las nuevas perspectivas de la estructura ocupacional de Enfermería' p.139

2. ESPINO Villafuerte Ma. Elena y Ana Ma. Pacilla Aguirre

'Líneas de Investigación para el desarrollo de Servicios de Enfermería'. pp.110-122

3. GALLEGOS Cabalates, Esther

'Modelo de posgrado que requiere la enfermería para su desarrollo', pp. 93-109

4. GRSFJN Dois

'Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico' pp.176-184

5. NAJERA, Rosa Ma.

'Enfermería, un rumbo por descubrir y un camino a construir' pp.123-131

6. SANCHEZ Estrada Teresa

'La evolución del pensamiento científico en Enfermería' pp.71-75

en Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, ENEO-LINAM, México, Oct. 1992.

1. MONTALVO Hernández, Virginia

'Problemas y cuestiones significativas para la investigación en enfermería en los programas de atención de salud del tercer nivel.' pp.29-37

2. VAZQUEZ Molina, Elicla.

'Análisis estadístico retrospectivo de los elementos que intervienen en la funcionalidad del Hospital Centro Médico La Reza. pp. 39-90

en *Memorias de las III Jornadas Conmemorativas del Sexto Aniversario de las Instalaciones Fieles de la ENEO-UNAM-UNAM-ENEO*, México, Agosto 1985, 131 pp.

LEJA Paz, Emilia

'Labor social de la Enfermería' en *La Enfermería en la Segunda Asamblea Nacional de Quijano*. Ed. de la Sociedad de Cruzes, México, 1938, 33-54 pp.

MANFREDI Meical

'Instituciones formadoras en el desarrollo de nuevos modelos de atención' en *Memorias del II Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería*, FENAFEE y OPS, México, Oct. 1990, pp. 41-50

RODRIGUEZ Velázquez, Juana

'Práctica y formación de los recursos humanos en Enfermería' en *Las profesiones en México*. Núm. 2, UAM Xochimilco, México, 1991, pp. 29-39

RODRIGUEZ Velázquez, Juana

'Perspectivas de Enfermería' en *Memorias del segundo Congreso Nacional de Intercambio Académico*. Universidad Autónoma de Puebla. Escuela de Enfermería, Puebla, Oct. 1988, pp 59-70