

41061



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGÓN**

"ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA
PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA
EN LA UNAM, SU GÉNESIS Y
CONFORMACIÓN; ¿PUGNA DE DOS
PROFESIONES O NEGACIÓN DE ESTE
CAMPO DE ESTUDIO?"

TESIS

**QUE PRESENTA LA LIC. MARÍA DE LA LUZ
GAONA VÁZQUEZ PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRA EN ENSEÑANZA
SUPERIOR.**

ASESOR: MATRA. ROSA MA. SORIANO RAMÍREZ

SAN JUAN DE ARAGÓN, ESTADO DE MÉXICO

2005

m340994



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.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

2

I. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO.

1. El campo de la salud y sus connotaciones teóricas. 10
2. La obra de Eduardo Liceaga, precursor de los estudios de la enfermería y del área de la salud. 20
3. La tradición alemana y norteamericana en el estudio de la enfermería. 29
4. El Consejo General de Salubridad y La Academia Nacional de Medicina en la enfermería. 36
5. La instauración de la primera escuela de enfermería en México e inicio de la pugna de dos profesiones. 55

II. LA INDUSTRIALIZACIÓN MEXICANA Y SU RELACIÓN CON EL CAMPO DE LA SALUD.

1. Condiciones socio económicas de México. El proceso de urbanización. 70
2. Problemas epidemiológicos y su vinculación con las condiciones sociales desde la perspectiva del campo de la salud. 86
3. Aparición de la enfermera visitadora: la inmersión con la realidad. 105
4. La Escuela de Salubridad; estructuración de un campo del saber. 117
5. La etiología del campo de la Enfermería. Reproducción de un mito. 133

III. LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ENFERMERÍA; PROPÓSITOS Y REALIDADES.

1. Proyecto democrático universitario frente al Proyecto de desconcentración territorial. 157
2. Los modelos de formación académica de la licenciatura en

enfermería y obstetricia en la Educación Superior en México;	174
3. Los modelos de ejercicio profesional de la licenciada en enfermería y obstetricia en la UNAM; el proceso de masificación de la Educación Superior.	188
4. Las necesidades básicas en el campo de la salud en México; los riesgos reales de la actualidad.	201
5. El área de la Atención Primaria a la Salud, su repercusión social y los límites del ejercicio profesional de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; continuación de un mito.	216
CONCLUSIONES	234
ANEXOS	
1. Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros	238
2. Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina. Carrera de Enfermería. 1906- 1916.	239
3. Principales Causas de Muerte. México. 1922	242
4. Convocatoria a los Médicos que deseen Inscribirse a los Cursos de 1923. Escuela de Salubridad.	243
5. Reglamento de la Escuela de Salubridad	246
6. Reglamento para los Servicios de Enfermería Sanitaria.	252
7. Causas de Mortalidad General. 1954- 1962.	257
8. Primer Plan de Estudios de la Carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. 1967-1968.	258
9. Guía para el Proceso de Atención de Enfermería.	259
BIBLIOGRAFÍA	260

INTRODUCCIÓN

Esta Investigación nace de la inquietud personal al querer encontrar la explicación de lo que pasó en el transcurrir del tiempo para que la enfermería siguiera inserta en una noción empobrecida (1) frente al cuidado (2) del enfermo, cuando su formación entonces la visualizaba con posibilidad de actuar en forma independiente de la tutela médica (3)

Se plantearon los propósitos u objetivos a alcanzar con este estudio a partir de identificar los fundamentos históricos y sociales presenten en la época en que se funda la primera escuela de enfermería, comprendiendo la influencia del proceso de industrialización que se dio en el país en la primera mitad del siglo XX que influyó en el campo de la salud, determinado el proceso salud-enfermedad de entonces, todo esto para identificar la relación que tuvo con la formación de la enfermera y en su ejercicio profesional.

Se partió de la Identificación clara de que en nuestro país la enfermería nació en el terreno empírico (4). Con ciudadanas mujeres, que no recibieron ningún tipo de formación para actuar frente al individuo enfermo y menos aun con el sano; posteriormente, al diseñarse el primer plan de estudios para formar enfermeras, se entró en el campo educativo correspondiente para pasar del empirismo a lo académico (5) en dos momentos: el correspondiente a lo que después se denominó nivel técnico o intermedio (6), y el correspondiente al nivel profesional o superior (7)

Para desarrollar este proceso de profesionalización, que de acuerdo a Collière, se inicia justo con "la formación en una escuela que ha de otorgale un diploma de enfermera convirtiéndola en eje de este proceso" (8); el estudio toca tres periodos históricos:

El primero pretende contextualizar el campo de estudio de la enfermería, para lo cual se delimita lo que se entenderá como campo de la salud y la teoría que lo

(1) Si la enfermería puede ser definida como la ciencia y el arte del cuidado, y entonces sólo se visualizaba como a una ayudante del médico que sólo estaba frente al enfermo para aspectos de tratamiento y no de cuidado, se puede coincidir en que estaba reducida. Jamelison. 1978. Pág 25

(2) Genéricamente, son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana. Medina. 1999. Pág 41

(3) Garantizando la disponibilidad de un ayudante que le proporciona los instrumentos que requiere para la exploración del enfermo, para establecer un tratamiento que el ayudante debe seguir fielmente, esto marca su formación y la ineludible presencia del médico que es quien sabe de la enfermedad, es su campo de formación, pero requiere una ayudante. Collière. 1993. Pág. 116

(4) Que declara que el único medio de conocimiento es la experiencia. Farfán. 1998. Pág 25

(5) Sinónimo de escolar. Incián. 1975-1988. Cuadernos del CESU # 28. Pág 47

(6) Concepto puntualizado como aquel nivel escolar cuyo antecedente lo representan los estudios correspondientes a aquellos efectuados posterior a la primaria o sea la secundaria y posteriormente realizan estudios de una disciplina. González. 1985. Pág 56

(7) Estudios cuyo antecedente es los estudios del nivel medio superior (preparatoria) y posteriormente se forman en una disciplina universitaria. González. 1985. Pág 60

(8) Collière. 1993. Prólogo

sustentó en la etapa correspondiente a fines del siglo XIX e inicios del XX, toda vez que es el momento en que se generó la primer escuela de enfermería en México. En esta etapa se identifica en primer lugar los antecedentes de la enfermería a partir de que quienes ejercían una actividad que se puede decir, tenía similitud con lo correspondiente a la enfermería, lo hacían en el empirismo, esto es sin una formación previa y sólo considerando que las mujeres que la desarrollaban, tenían consigo las características que les daba el ser de ese sexo; estas mujeres –cuidadoras-enfermeras otorgaban un cuidado significado por corresponder a “ser la fuente necesaria del Eros, la fuente que la determina (...). En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor o compromiso” (9)

Aun cuando esta mujeres-cuidadoras-enfermeras no poseían saberes, entregaban al enfermo los cuidados que le permitían cubrir el déficit de autocuidado que enfrentaban. El autocuidado connotado como lo definiera Dorothea Orem “la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar; es la capacidad del ser humano para proteger su integridad física y psicológica” (10)

En esta primera etapa se identifica la conformación del modelo médico, cuyo propósito fue el estudio de la enfermedad, que ya se desarrollaba desde la dominación española y se consolidaría entonces, como sucedía en el resto del mundo.

Como un momento determinante, se explora a aquel personaje identificado como precursor de la formación de la enfermera y que marcó el desarrollo de estas prácticamente hasta los inicios de la adquisición del nivel universitario. Pero la posición del médico se dio debido a que para él y su gremio quienes habían estado al cuidado de los enfermos, mujeres-cuidadoras-enfermeras, empíricas, reconocían en ellos al poseedor de saberes para el manejo de la enfermedad, indiscutible y por tanto, autoridad, quienes decidían todo sobre la enfermedad y por extensión, que no por inclusión, del enfermo.

Sin embargo el cuidado que esas mujeres-cuidadoras-enfermeras prodigaban, como lo definirían los propios enfermos años más tarde (11) “es el cuidado que la enfermera presta a las necesidades presentadas por el paciente, no sólo en el plano físico, sino también en lo emocional y espiritual”, “... la asistencia que la gente da a un paciente, no sólo en la parte física, sino ve a la persona en sí, observa al paciente principalmente a aquellos graves”; “asistir al paciente de acuerdo con sus necesidades, hace por él lo que él no puede hacer por sí mismo, para su bienestar”. A esto los médicos no le dieron el valor que tenía y orientó el cuidado de los enfermos a la sólo realización de procedimientos de tratamiento,

(9) Medina. 1999. Pág 37

(10) Orem. 1993. Pág 79

(11) Fátima da Silva et al. Revista Enfermeras. # 120. Chile 2002

reduciendo así los cuidados de enfermería y en su lugar surgió el rol de enfermera en forma preponderante, lo cual va a ser definido puntualmente a partir del referente extranjero que se asumió.

Se recupera la tradición extranjera en la formación de la enfermera, a partir de los aportes de la llegada de ciudadanas de origen alemán y norteamericano y su influencia para la enfermería mexicana. Justo en estas dos naciones en donde la enfermedad poseía una noción biologista en la que lo único importante fuera las alteraciones físicas del cuerpo, que se manifestaran necesariamente articuladas a la enfermedad, es donde la enfermería se desarrollaría también de cara a la enfermedad.

Así mismo se incursiona en el proceso histórico de dos organismos que generaron pautas a seguir en el campo de la salud o sanitario, pretendiendo identificar su influencia en el desarrollo de la formación y ejercicio de la enfermería, estas son el consejo general de salubridad y la academia nacional de medicina.

Finalmente en esta primera fase del estudio, se revisan los componentes históricos y epidemiológicos presentes en el momento de instaurar la primera escuela de enfermería y con ello el inicio de la pugna (12) entre las profesiones de medicina y de enfermería que se arraigó con mayor fuerza al paso del tiempo.

En el segundo periodo del estudio, se recupera el proceso de industrialización del país durante los años de 1910 a 1960 y su relación con el campo de la salud. Se aborda el proceso de urbanización (13) alrededor del cual se identifican las condiciones socio económicas que vivía la población circunscribiéndose al Distrito Federal por ser la entidad federativa donde se asentó la primera escuela de enfermería del país y que más adelante fuera incorporada a la UNAM.

Durante este periodo ante el proceso de industrialización, las condiciones de vida de la población cambiaron, cambios que no serían recuperados por la formación de la enfermera, por que aunque las enfermedades que se enfrentaron registraron algunos cambios, el plan de estudio de estas no cambió.

Así el surgimiento de las especialidades médicas se daría desarticulado con las necesidades de la sociedad, estas obedecerían a las necesidades de conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad como sustento de la aplicación de la tecnología desarrollada para el diagnóstico y el tratamiento.

Se abordan los problemas epidemiológicos y su vinculación con las condiciones sociales desde la perspectiva del sistema nacional de salud, expresión esta última

(12) Al estar insertas ambas profesiones en la enfermedad e incluso visualizada como objeto de estudio de ambas, necesariamente se pusieron frente a frente, cuya mayor expresión fuera la carrera en la especialización a que se sometieron . Martínez et al. 1985. Pág 214

(13) Lagagne. 1985. Pa' g 110

de la organización social ante esa problemática, a la luz de la cual supuestamente se estaba desarrollando la formación de la enfermera. Esto al analizar el plan de estudios, se identifican elementos que sugieren una formación enfocada más a generar enfermeras, que personajes aptos para ejercer la enfermería (14), esto es más para ser un buen ayudante y poco para cuidar al enfermo fuera este atendido en el hospital o fuera de él.

Posteriormente se aborda el surgimiento de la formación de la enfermera visitadora como una respuesta más inserta en la realidad que se vivía; en la formación de la enfermera visitadora se significa la creación de la escuela de salud pública que estructurara saberes hasta ese momento dejados de lado ante la sólo atención del enfermo hospitalizado y ante la problemática evidenciada por la epidemiología, hubo que dar una respuesta diferente.

Así el campo de la enfermería tuvo un crecimiento en la especialización, aun cuando persistió la atención al enfermo hospitalizado lo que reafirmó el mito (14) generado con la creación de los estudios de la enfermería; continuaba dejando de lado aquel otro que también enfermaba pero no se hospitalizaba y además todos aquellos factores identificados como determinantes del proceso salud-enfermedad.

Sin embargo entrar en el terreno de formación en salud pública también estuvo signado por dos componentes importantes: uno el protagonismo de la enfermedad que continuaba vigente, en un nuevo escenario como lo fueran el hogar y la comunidad; el otro la tutela médica que si se viviría diferente y que posibilitó que la enfermera visitadora ganara cierta autonomía en el ejercicio profesional. En este nuevo escenario la enfermera desarrollaría nociones de gestión, de decisión, de organización, de evaluación en forma importante, pero no se ahondaría en el cuidado.

El tercer periodo corresponde a la formación de la enfermera, sus propósitos y sus realidades que abarca de los años 60 a finales del siglo XX.

Con el propósito de analizar el escenario en que se daba la formación de la enfermera y enmarcar sus fines en una realidad, se revisan aquellos proyectos de gestión vividos en la Universidad Nacional Autónoma de México. Se plantean algunas consecuencias de estos proyectos en que generarían situaciones profesionales a futuro y que hasta el momento han quedado sin someterse al proceso de investigación que posibilitaría dimensionar su real aportación a la profesión y a la profesionalización.

Paralelamente al desarrollo de los proyectos de gestión, se le concede a la enfermería el acceso a la educación superior, esto es al nivel universitario que se

(14) Plantea que la formación de la enfermera obedecía más a formarlas para asumir el rol y dejaban de lado los conocimientos que requería para dar cuidados. Collière. 1993. Prólogo.

expresaría a través de los modelos de formación académica cuya exploración se concretizó a identificar sus diferencias y coincidencias, así como la influencia y repercusiones que los proyectos de gestión dieron a la profesión, esto por corresponder al propósito de este estudio.

Pero el desarrollo de la formación de la enfermera debía dar respuesta a las necesidades de la población que enfrentaba riesgos diferentes ante los estilos de vida (15) adquiridos en el devenir histórico. Si la población enfrentaba problemas patológicos cuya resolución se daba en el primer nivel de atención (16) al corresponder al bajo riesgo (17), la enfermera seguía siendo formada principalmente para atender problemas patológicos de mediano y alto riesgo, desde luego en la aplicación de tratamientos exclusivamente. La respuesta a por que continúan siendo formadas así, requiere de otro tipo de estudio en que vincule a otros procesos y que rebasan este estudio.

Posteriormente se revisan las necesidades básicas de la salud y la aparición de la atención primaria a la salud en México, su expresión social y las potencialidades que ofertó a la licenciada en enfermería y obstetricia para el ejercicio profesional en el cual aun ha estado vigente el mito de su formación, si se toma en cuenta que continuaría en la noción de tener como eje a la enfermedad que no hay que olvidar que es el objeto de estudio de la medicina, y el cuidado que es el objeto de estudio de la enfermería continúa en segundo plano, esto en los servicios de salud, no así en el plano académico en el que se iniciaría un proceso de recuperación, recreación, análisis y reconstrucción de la competencia de la enfermera y los requisitos de su formación en la enfermería y la obstetricia.

Fialmente se plantean algunas conclusiones en las cuales se expresa la necesidad de recuperar al objeto de estudio de la enfermería y que le de sustento a la formación de la enfermera en el ejercicio profesional en los servicios de salud de la licenciada en enfermería y obstetricia, que ciertamente es el recurso que posibilitaría alcanzar la salud a la población.

(15) Collière, 1993. Prólogo

(16) Soberón. 1985. Pág 75

(17) Álvarez. 1985. Pág 5

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

"No, no es la solución tirarse bajo un tren ..., ni apurar el arsénico...ni guardar en los páramos ... antes de liarse el manto a la cabeza y comenzar a actuar

Ni concluir las leyes geográficas, contando las vigas de la celda de castigo No es la solución escribir, mientras llegan las visitas, ... ni encerrarse en el ático de alguna residencia ... y soñar, con la Biblia ..., debajo de una almohada de soltera.

Debe haber otro modo...Otro modo de ser humano y libre. Otro modo de ser."

Rosario Castellanos (fragmento de *Meditación en el Umbral*).

En este primer capítulo se presentan aquellos elementos que matizaron el inicio de la profesionalización (1) de la Enfermería en México.

Como una primera instancia, se expone la determinación del campo de la salud, que se identifica como tal desde la teoría y la práctica, lo que permitió conocer bajo que circunstancias reales se creó la carrera, que representaba básicamente el ir acercándose a los referentes europeos que disponían de profesionalizaciones en diversas carreras (2), entre las que se encontraba la Enfermería.

El campo de la salud se conforma a partir del de la enfermedad; en esta perspectiva la profesión, se constituye supeditada a las nociones de aquellos

(1) Proceso que se estructura alrededor de los campos del conocimiento que han que adquirir y de las tecnologías que hay que emplear, implicando un cuestionamiento de la práctica ilustrada por el comienzo de una investigación que da lugar a la constitución de un patrimonio propio. Collière. 1993. Pág. 109

(2) Santoni. 1996

padecimientos que en mayor proporción, acechaban a la población mexicana limitándose al avance médico científico que en esa época se tenía de estos, esto como resultado de la óptica de la medicina que nació para el estudio de la enfermedad (3)

En este sentido el doctor Eduardo Liceaga personaje destacado en el campo de la medicina y favorecido por el Presidente de la República, que en ese momento era el General Porfirio Díaz, (1867), conocedor de los deseos de éste de que México fuera semejante a países como los europeos, Estados Unidos y Canadá, aunado a su interés personal de que "los pacientes recibieran una mejor atención en tanto el médico dispusiera de asistentes capacitados", propuso la creación de la carrera de Enfermería, con un concepto reduccionista de ésta, que fuera connotada como cuidadora del ser humano enfermo únicamente y no del ser humano en su postura de persona.

En el continente europeo, Alemania e Inglaterra representaban en esos momentos, el mayor avance en el terreno de la Enfermería; en América fueron los Estados Unidos razón por la que las autoridades mexicanas de inicios del siglo XX considerarán la necesidad de solicitar la intervención de estas naciones en la creación de la profesión en nuestro País (4)

Esto fundamentó la presencia de enfermeras de esas nacionalidades como iniciadoras de la carrera, que ciertamente motivaron a que jóvenes mujeres mexicanas manifestaran su interés por estudiar y más adelante prestaran sus servicios en los hospitales.

El gremio médico para esta época contaban con muchos años de existencia y por ende de madurez profesional tanto en el campo académico como profesional; constituyeron la Academia Nacional de Medicina, órgano científico que los agrupaba y que durante el gobierno del Presidente Madero fue elevada a rango de órgano consultivo del gobierno (5), lo que les confirió a estos la investidura de líderes en el campo de la salud y legitimó su hegemonía.

En este capítulo además se señala el impacto que la Academia de Medicina y el Consejo Superior de Salubridad tuvieron en los inicios de la profesión de enfermería y como determinaron su permanencia hasta la actualidad.

Para finalizar se recuperan estos planteamientos y se analizará la primera escuela de enfermería dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, sus características y los propósitos por los cuales se creó, así como su repercusión

(3) Foucault. 2001. Pág 102

(4) Pérez Laredo. 1986.

(5) Fernández. 1956. Pág 18

(3) Foucault. 2001. Pág 102

(4) Pérez Laredo. 1986.

(5) Fernández. 1956. Pág 18

social ante la situación que se vivía en los albores del siglo XX.

La situación social se circunscribe al cuidado que la nueva profesión hizo de los individuos en su condición de enfermos, que en otros momentos fueran atendidos en forma intermitente por los médicos en sus etapas de formación, principalmente.

En este capítulo se construye el panorama que se vivía en esa época y que condicionó la creación de la profesión de Enfermería desde la lógica del gremio médico quien determinó la directriz que debía seguir esta profesión; esto debido a que para el médico, la enfermera representaba la presencia de un elemento formado en quien podrían descansar la atención del enfermo y por tanto, sujeto de tratamiento, atribución sólo de él.

1.1. EL CAMPO DE LA SALUD Y SUS CONNOTACIONES TEÓRICAS.

En este apartado se puntualiza la perspectiva de salud que existía en el país que condicionó el campo de esta, tanto política como socialmente; los fundamentos teóricos en los cuales se desenvolvía, en función de los servicios personales.

En el México Antiguo la connotación de salud, no se circunscribe a lo físico, es decir a la estado del cuerpo: para los mexicanos de entonces, el estado de salud tenía que ver con la cosmogonía en la cual necesariamente se ubicaba al cuerpo. Fue a partir de la presencia española que esta noción de salud cambió en apariencia para los mexicanos, quienes continuaron sus prácticas de atención recuperando continuamente sus raíces.

En ese entonces, el bienestar del ser humano se depositaba en manos de quienes eran investidos para comunicarse con los dioses: los chamanes, curanderos o brujos, conocidos con el nombre de Ticitl, cuya autoridad era aceptada plenamente. Al enfrentar resultados no calculados, hacía acto de presencia su referente religioso y buscaban las explicaciones en el pensamiento mágico de Ticitl que efectuaba los rituales que se requerían; un ejemplo es aquel que efectuaba ante la presencia del lucero de la mañana (Venus), esta ordenaba a sus "pacientes" que hicieran penitencia; si existían manifestaciones corporales del malestar, se recurría a la basta herbolaria de que se disponía (más de mil doscientas especies), la que conocían a profundidad, generalmente a través de sus antepasados también curanderos (7)

(6) Es la organización de los servicios de atención a la salud, por niveles de atención, la sistematización de la referencia de los pacientes y la regionalización geográfica. (Ovalle. 1985).

(7) González.1979).

Desde el nacimiento la partera Ticitl, encomendaba a la diosa Citlalicue al recién nacido a quien dirigía las siguientes palabras:

"Señora que sois madre de los cielos, y os llamáis Citlaltónac y también Citlalicue, a voz se enderezan mis palabras: y mis voces y os ruego imprimáis vuestra virtud, cualquiera que ella es, dadla, inspiradla en esta criatura" (8)

Cuando enfrentaban alteraciones corporales especialmente los niños, Ticitl invocaba a Citlalicue para que le devolviera la salud, diciéndole:

"Madre mía, la de la suya estrellada, tú hiciste a éste, tú le diste la vida, pues, ¿cómo tú también estás contra él?, ¿cómo te has vuelto en contra? Cierto es que tú le hiciste vida, cierto es que en tus manos recibió el ser" (9)

De esta manera connotaban la salud los antiguos mexicanos; evidentemente no hay semejanzas con aquella correspondiente a la Colonia, o mas bien a la que pretendieron los colonizadores que adoptaran los nativos, quienes encontraron la forma de conservar sus creencias a pesar de todo y que a la fecha persiste entre algunos grupos concretos de población, básicamente asentados en las áreas rurales del México actual.

Desde esta perspectiva, el concepto de salud rebasaba el plano físico para acceder al espiritual que era realmente lo importante para nuestros antepasados, esto es desde una lógica mágico- religiosa y de acuerdo con las castas de esa sociedad (10)

Sin embargo, ante las afecciones corporales (11), desarrollaron un cuerpo de conocimientos terapéuticos empíricos, sustentado en la botánica de la cual disponían con amplitud y que habrían de sorprender a los conquistadores; como lo señala Bernal Díaz del Castillo, a la cita:

"Hay calle de herbolarios, donde se venden raíces y yerbas de salud, en cuyo conocimiento empírico se fundaba la medicina..., los boticarios ofrecen ungüentos, emplastos y jarabes medicinales...";
Otros recursos eran las sangrías, los masajes, el baño termal o temascal, las dietas y algunas formas de cirugía (12).

Entre las causas de muerte que enfrentaron, se identifican problemas de malformaciones hereditarias y congénitas, esto se corrobora a través de lo que cita Alfonso Reyes:

"...hay aposentos donde viven familias de albinos, de monstruos, de enanos, corcovados y demás contrahechos" (13)

(8) González. 1979)

(9) González. 1979.

(10) Ovalle. 1985. Pág 121

(11) Sahagún hace un análisis muy completo sobre las enfermedades que afectaban a la población; señala por regiones corporales cada una en forma detallada

(12) Díaz del castillo.

(13) Reyes.1983. Pág 56

El ahogamiento era otra causa que se identifica en tanto tenían un lugar al cual iban los que morían por agua denominado Tlalocan; los que fallecían en las batallas subían al paraíso del Sol; otras causas principales fueron aquellas propias del parto, lo que justificaba que las michuaquetzque (mujeres muertas en el parto) fueran al paraíso de Cintli. La embarazada era considerada como algo muy especial al compararla con la tierra fértil que daba "frutos nuevos" (14)

Con la presencia de los españoles en el territorio mexicano, el enfoque de la salud sufrió cambios ante la nueva óptica europea impuesta, vigilada puntualmente por el Tribunal del Protomedicato.

De las acciones de la sociedad mexicana, las relacionadas con la salud representaron las más acotadas por la autoridad española, los chamanes, curanderos, parteras, fueron vigilados y perseguidos cotidianamente, la población recurría a estos personajes para atender las dolencias que les afectaban y para el nacimiento de los nuevos integrantes de las familias. Los conocimientos sobre la herbolaria que poseían, eran transmitidos de una generación a otra, por lo tanto los chamanes, curanderos y parteras representaban un oficio familiar, en esa relación de maestro-hijo o pariente cercano, como lo definiera Santoni.

El Protomedicato, órgano integrado por médicos españoles que realizaban una persecución de chamanes, curanderos y parteras por considerarlos "ignorantes" en las nociones de la enfermedad y de la salud, y sí lo eran en los conocimientos europeos que los médicos poseían, pero en contraste conocían a la sociedad mexicana y sus dolencias. El Protomedicato además certificaba a los médicos existentes formados en España, lo que los colocaba en desventaja por no conocer nada sobre los mexicanos, sus costumbres, hábitos y cultura de tal manera que para obligar a los nativos a recurrir a los médicos, lo hicieran impositivamente penalizándolos si no acudían a ellos.

La teoría en que se apoyaba el campo de la salud del México Antiguo, que no corresponde a la noción de la Colonia, fue lo que se conoce como empirismo al no estar sustentado en el método científico europeo, que si bien existía, en nuestro país no se conocía.

La presencia de los españoles generó profundos cambios en materia de salud, se introdujeron agentes infecciosos desconocidos que encontraron las condiciones propicias para implantarse, como la inexperiencia de los organismos de los nativos, generando una nueva patología. En el libro de Chilam Balam se ilustra lo anterior:

"no había enfermedad; no había dolores de huesos; no había fiebre para ellos; no había viruelas; no había dolor de vientre; no había consunción..." (15)

(14) Reyes. 1983. Pág 58

(15) Chilam Balam. 1984. Pág 54

La situación de la población era grave, ahora había epidemias y hambrunas que la diezmaron en forma importante, lo que favoreció el dominio español; la práctica médica basada en los avances europeos en manos sólo de los médicos, se efectuaba en los hospitales creados para ese fin cuyo manejo quedó en manos de la iglesia, circunstancia que posibilitaba la conversión a la fe católica y el convencimiento de los beneficios de la sumisión, logrando además su concentración en poblados de tal manera de representar mano de obra barata para los conquistadores; sin embargo la población nativa era atendida en un hospital⁽¹⁶⁾ creado sólo para ellos, no porque pretendieran que fueron merecedores de atención distinguida, sino para evitar las posibles mezclas con españoles y criollos.

Entre las acciones bélicas de los españoles, se identifica la introducción a México de la vacuna contra la viruela⁽¹⁷⁾ a través de la expedición de Francisco Javier Balmis y la enfermera de origen español Isabel Cendala y Gómez⁽¹⁸⁾ en 1804⁽¹⁹⁾, circunstancia realizada con una oportunidad cuestionable debido a que la enfermedad (viruela) se trajo con la conquista y casi tres siglos después llegó la vacuna, la cual aun no se conocía plenamente; como ejemplo de ello es el hecho de desconocer como trasladarla de un sitio a otro, para ello los españoles la inocularon en niños de un hospicio entregados al cuidado de una enfermera quien además debía vigilar su evolución y en el momento pertinente transferirla a otro niño y así conservarla hasta llegar a tierra⁽²⁰⁾, e iniciar el mismo proceso con los nativos y españoles residentes en el país. De esta manera coadyubaron a interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad que cobraba vidas en una alta proporción⁽²¹⁾

Las autoridades, los médicos y la población privilegiada como los españoles y criollos, habían desarrollado una noción de salud medicalizada que no correspondía a la entendida por los nativos en los que seguía existiendo un pensamiento mágico lo que originaba la búsqueda de sus antiguas prácticas para atender este aspecto.

Durante el siglo XIX ante la independencia del país, se le expropiaron los bienes a la iglesia entre los cuales se incluyeron los hospitales, estos desaparecieron en su gran mayoría debido a la crítica situación económica que se enfrentó.

El saber y la práctica médica se encontraba atrasada con respecto a los avances de Europa, debido a la presencia del Protomedicato cuyo influencia duró más de doscientos años.

La autoridad de entonces creó la Facultad Médica que substituyó en sus funciones

(16) Hospital de Naturales. Martínez. 1993. Pág 87

(17) La vacuna fue creada por el médico Eduardo Jenner en el siglo XVII

(18) Enfermera española responsable de cuidar a los niños en que se transportó la vacuna.

(19) Ovalle. 1985. Pág 135

(20) Jamelson. 1978. Pág 305

(21) Ovalle. 1985. Pág 96

al Protomedicato, fue estructurado con ocho médicos y cuatro farmacéuticos; controlaba a las profesiones de médicos, cirujanos, farmacéuticos, parteras, flebotomianos y dentistas. Uno de sus propósitos fue unir en una sola profesión aquellas que pertenecían a la medicina, considerando en estas las cinco primeras. Con la creación de este organismo se continuó la institucionalización del campo de la salud.

Después del atraso del saber médico, se estructuró un plan de estudios muy actualizado, a decir del Dr. Liceaga, sin plantear los criterios adoptados para éste y ya unificado como lo pretendiera la Facultad Médica; en el caso de las carreras de partos y farmacia, no se menciona que ocurrió con sus planes de estudio pero no fueron incorporados a la de medicina; se señala que el catedrático de obstetricia daría dos cursos al año, uno para estudiantes de medicina y otro

para las mujeres dedicadas al "arte de los partos"⁽²²⁾. Posteriormente se creó el Consejo Superior de Salubridad, substituyendo a la Facultad Médica a iniciativa de Casimiro Liceaga.

Una manifestación de la institucionalización de que era objeto la salud es lo que cita Martínez Cortés sobre las parteras, que prestaban sus servicios en los hospitales:

" mujeres que eran examinadas por el Consejo Superior de Salubridad y debían tener cuando menos dos cursos de partos y la fe del alcalde de "buenas costumbres y vida recta" así como pagar \$ 16 pesos" ⁽²³⁾

Pero la población seguía sin coincidir con la autoridad y el gremio médico con respecto a la salud, en tanto "los curanderos y los chamanes abundaban en toda la República" como una manifestación de la perspectiva que representaba para ellos, que además seguían siendo utilizados por la mayoría de las personas, el Consejo Superior de Salubridad los perseguía en forma tenaz ⁽²⁴⁾

Desafortunadamente esta práctica persecutoria de lo perteneciente a la cultura del México Antiguo, continuó a través del tiempo, sin discriminar sus beneficios o no, sólo existió el argumento válido de no ser europeo y por tanto no científico.

Se desarrolló la medicalización de tal suerte que se creó una Farmacopea Mexicana ⁽²⁵⁾ que contenía aquellas substancias que utilizaban los boticarios en la preparación de las recetas indicadas por los facultativos autorizados (médicos) y en la que se debían basar sus prescripciones.

Este modelo medicalizado correspondía al vigente en los países desarrollados el

(22) AHFM. Exp 4

(23) Martínez. 1996. Pág 96

(24) AHSSA. PA; AS; CI; Exp. 12).

(25) Martínez. 1996. Pág 136

cual sólo abordaba el tratamiento de la enfermedad con sustancias medicamentosas y que no tomaba en cuenta la influencia del ambiente y los aspectos psicológicos del ser humano, rechazaba la importancia de los determinantes histórico - sociales en el proceso salud - enfermedad, que convirtió al hospitales en el centro estratégico de atención e impulsó la industria farmacéutica, así como la relevancia que adquirió la disposición de numerosos equipos de alta tecnología, vigente hasta nuestros días.

La población continuaba enfermando y muriendo ante las epidemias de "vómito prieto" (26) en el noreste, cólera en Oaxaca y Chiapas, y los azotes cotidianos de enteritis, tosferina, neumonía, paludismo, viruela, tifo y hambrunas debidas básicamente a las inclemencias del clima, por efectos de plagas y de inundaciones causadas periódicamente por la ruptura de un dique ocurrido en la ciudad de México, durante la conquista y que no se reparó sino hasta después de la guerra de independencia (27)

Con la llegada de nuevos conocimientos de microbiología y ante las epidemias que flagelaban a la población se crearon el Instituto de Patología, el Laboratorio de Microbiología, el Instituto Antirrábico y el Instituto Médico Nacional, instituciones destinadas al estudio de las enfermedades consideradas como entes aisladas y ahistóricas, la creación de estas instituciones, representaron la manifestación de prosperidad en tanto reproducían lo propio de los países europeos; sin embargo estas no fueron accesibles al pueblo, pero sí la reafirmación de la institucionalización de la salud.

Lo que ocurrió en el este siglo sobre el avance médico tuvo dos referentes, el europeo y el estadounidense, incorporó además la asepsia (28), aun cuando sus efectos fueron limitados; estos nuevos conocimientos representaron un elemento importante para el control de las enfermedades.

Durante las dos últimas décadas del siglo XIX, la noción de salud que sólo consideraba lo corporal, continuó vigente en el discurso de los funcionarios del gobierno, en los profesionales de la medicina, los farmacéuticos y demás profesionales de la salud que se identifica a través de una serie de acciones desarrolladas en este campo y que no respondían a los requerimientos de la población, ante las afecciones que enfrentaban y que señala puntualmente Ovalle y ante las cuales no se identifican acciones ex profeso (29).

Aun cuando sólo se asumía lo corporal como componente de la salud, en la ciudad de México, se enfrentó a la ausencia de drenaje, a la falta de disponibilidad de

(26) Conocida después como fiebre amarilla.

(27) Ovalle. 1985, pág. 182 y González. 1985, pág. 98

(28) Serie de acciones cuyo propósito es mantener libre de microorganismos un área

(29) Ovalle. 1985. Pág 65.

agua intradomiciliaria, la falta de áreas destinadas a la recolección de basuras y a otras condiciones de saneamiento, como alumbrado público y pavimentación; durante el gobierno del General Porfirio Díaz, hubo una serie de protestas de personas notables pertenecientes a la clase social pudiente, que manifestaron su preocupación por el posible surgimiento de brotes epidémicos de enfermedades entre la población, como ocurría en otras partes del país, lo que representó para ellos y sus familias, inseguridad. Parece que los profesionales de la salud, no relacionaban todo esto con la presencia de enfermedades y la población sí; sin embargo estos sabían de la teoría de los miasmas que ya había sido superada con la aparición de los conocimientos microbiológicos que les permitió identificar que no eran los olores los causantes de la enfermedad sino los microorganismos, información que no se difundía de tal manera que la población la supiera.

Pero aun cuando la teoría miasmática fue superada, el ambiente jugaba un papel importante en la salud, que al parecer no fue incorporado sino muy adelante en el tiempo con el surgimiento de la Salud Pública.

Debido a la efervescencia de la clase social alta, el entonces ministro de Fomento, Colonización, Industria y Comercio, el Lic. Vicente Riva Palacio en 1878, le envió un mensaje al Dr. Eduardo Liceaga en su calidad de presidente del Congreso Médico (30) para que convocara a una reunión con el propósito de determinar las medidas indispensables sobre salubridad en la Ciudad de México, similares a las dictadas dos años antes. El citado mensaje decía:

"Siendo muy general la alarma que hay en esta Capital por el peligro de que se desarrolle una epidemia a causa de la fetidez que se advierte en el aire atmosférico que, según opinión de la prensa y de diversas personas, proviene de los miasmas..." (31)

En estas declaraciones se identifica un saber limitado por quien dirigía este campo, sobre la causalidad de las enfermedades ya rebasada en otros países, evidencia además, el desconocimiento de los condicionantes ambientales que favorecían la generación de estas y el concepto de que la población había que decidirle todo por ser incapaz de poder determinar lo que le convenía, a quien no se le podía dar a manos llenas por no saber hacer el mejor uso de ello, un ser al cual no se le podía enseñar más que lo mínimo indispensable por no comprender, componentes considerado para el actuar político y social de ese entonces (32)

Por otro lado los gobernantes le concedía al médico total autoridad técnica en salud, desconociendo a los otros profesionales existentes como la partera y el dentista que no pertenecían al citado Congreso Médico, aun cuando la primera era preparada escolarmente en la misma escuela que estos; situación de hegemonía

(30) Organismo constituido por médicos que funcionaba sólo ante emergencias.

(31) Fernández, 1978. Pág. 105

(32) Fernández, 1978. Pág. 135

profesional que va a persistir prácticamente hasta nuestros días.

La medicalización vigente en Europa y adoptada en México a la luz de la cual se proporcionaba atención a la población, generó un desconocimiento de la salubridad que no se incorporaba a la salud, aun cuando se creó el Código Sanitario en 1861, durante el Gobierno del Lic. Benito Juárez, siendo el primero en el Continente Americano, este componente seguía sin pertenecer al campo de la salud (33). Este tipo de instrumentos destinados a los aspectos ambientales, (fue base del diseñado por los Estados Unidos), hace evidente el interés que se le concedía a este campo, que ciertamente no correspondía al modelo vigente del mundo de la farmacología (34)

La noción de enfermedad se colocó como noción de salud, la cual correspondía a no estar enfermo del cuerpo; en esta época existía la convicción de los profesionistas de la salud, de que la presencia de las patologías obedecían a una sola causa y que ésta se debía únicamente a la presencia de microorganismos o a la alteración funcional y anatómica del cuerpo y aun cuando se utilizaba el término sanitario este no correspondía al nivel de los determinantes sociales como el empleo, el acceso a la educación, las condiciones de la vivienda, la disposición de energía eléctrica, agua potable, manejo de basuras, desechos entre otros, que no eran asociados a la salud y por tanto tampoco se consideraban en la enseñanza de los profesionales ni de la práctica profesional (35); sin embargo el Consejo de Salubridad Superior, dictaba disposiciones para el manejo higiénico de los alimentos en expendios públicos, la lucha contra la rabia, la regulación de la introducción de agua potable y alcantarillado y la vigilancia de puertos y fronteras, y que por carecer de autoridad oficial y de ámbito nacional, no eran acatadas sus recomendaciones (36)

Aquí parece ser que el término de "salubridad" tenía una connotación de ambiente, de "saneamiento del ambiente", pero nunca se relacionaba con el estado de salud de los seres humanos.

Con esta óptica para la Escuela de Medicina se diseñaron sus planes y programas para capacitar a los médicos (37) en la atención del enfermo toda vez que enfrentara un proceso patológico; la prevención aun no hacía su aparición, aun cuando ya se aplicaba la vacuna contra la viruela como se citó anteriormente.

Con esta noción de la salud en el cual no se identifican los referentes europeo y norteamericano quienes ya habían incorporado los aspectos sanitarios, se determinó el avance de la medicina y más adelante el de la enfermería, tanto en el campo académico como en la atención.

(33) Fernández. 1978. Pág 141

(34) Fernández. 1978. Pág 107

(35) ANFM. Exp 10

(36) Fernández del Castillo. 1978. Pág 107

La principal inquietud de avance en el conocimiento de salud estuvo representado por el conocimiento sobre las patologías y su manejo, mediante la farmacología la cual estudiaba aquellas sustancias químicas y biológicas que combatían al agente causal (microorganismos); la medicina interna y la patología, rama de la medicina a través de las cuales identificaban las afecciones que el agente causaba al organismo del ser humano desde la anatomía y la fisiología.

En el terreno teórico surgieron paulatinamente las subespecialidades dedicadas al estudio de las enfermedades asociadas a grupos específicos de personas con características iguales o de sus aparatos y sistemas, así se conforman la pediatría, la ginecología, la otorrinolaringología, la oftalmología, la psiquiatría, la gastroenterología, y otras aun más específicas hasta fragmentar el estudio del cuerpo humano a expresiones mínimas como la actual especialidad de la ortopedia de la mano (estudio de afecciones traumáticas ostiomusculares).

Más adelante la existencia de las subespecialidades médicas van a tener su referente en la formación académica de la enfermería, que a su vez será objeto del desarrollo de la profesión para la atención del enfermo, convirtiéndose en el principal fin de la mayoría de los egresados de los profesionales de la medicina y de la enfermería.

Con esto se puede identificar la pugna de ambas profesiones que tenían como objeto de estudio la enfermedad, aun cuando fue la medicina quien surgió para ello, como lo cita Foucault (37)

Paralelo al desarrollo de los conocimientos médicos, se identificó el avance y crecimiento de equipos e instrumental en apoyo a la medicalización y la cirugía, hasta convertir a la salud paradójicamente, en un mundo de enfermedad que determinó también la investigación en este campo, generando un componente económico subyacente, lo que favoreció principalmente a las empresas extranjeras, propietarias de la tecnología expofesa (38)

La noción de salud en los inicios del siglo XX, va a representar la importación para que en México se crearan las escuelas de enfermería, que fuera la de dar una atención "moderna" (39) al enfermo, acorde al avance mundial en salud. En las unidades hospitalarias que funcionaban, existían "enfermeras prácticas" (40) que para su condición de mujer de ese momento, exigencia de cambiar su residencia a estas instituciones de tal manera de contar con ellas en todo momento del día o de la noche (41)

(37) Foucault. 2001. Pág 124

(38) Carmona. 1995. Pág 110

(39) La connotación de moderna, hace referencia a ser similar de lo que ocurría en países extranjeros.

(40) Mujeres que proporcionaban los cuidados necesarios a los enfermos hospitalizados y que no eran sujetos de ningún tipo de adiestramiento o formación académica. (Latapf et al. 1985, pág. 75)

(41) AGN: 921. 345

En el panorama epidemiológico se seguían identificando como causas de enfermedad y de muerte la fiebre amarilla que afectaba lo mismo niños que adultos en la mayoría del territorio nacional, el cólera, la tuberculosis, las diarreas y las afecciones respiratorias en los niños y las afecciones asociadas al parto, problemas que generalmente no eran atendidos en los hospitales por afectar principalmente a la población del área rural, donde no se disponía de estos y en las ciudades en que existían tenían un acceso diferenciado a las unidades hospitalarias como lo ilustra la existencia de unidades destinadas a las colonias extranjeras española, inglesa y franco-belga-suiza, principalmente en la capital del país.

De esta manera las "enfermeras prácticas" trascendieron los hospitales para incursionar en la comunidad junto con los agentes sanitarios, hecho que se abordará más adelante, así como la adopción de la salud pública vigente en otros países desde tiempo atrás.

Estas dos aproximaciones de atención a la salud de otras latitudes, no cambiaron la noción de salud, pero sí sus sustentos teóricos a los que incorporaron los conocimientos los campos de la salud pública, la medicina preventiva y la atención primaria, entre otros y que alcanzaron también a la enfermería, sin que se reflejen en el campo de ejercicio profesional, en tanto ésta se siguió realizando desde la medicalización y su dimensión curativa.

La Salud Pública definida por Winslow planteo que había que impedir las enfermedades, esto es entrar en el terreno de la prevención que además significaba a la promoción de la salud como un componente a incorporar, ya no era sólo saber sobre la curación de las enfermedades, sino adicionar acciones que las evitaran o retardaran su aparición.

La Salud Pública además incorporaba a la comunidad como un actor activo en acciones de salud y por otro lado consideraba al medio ambiente y su saneamiento para el control de las enfermedades. Este nuevo campo del saber hablaba también de la educación de la población sobre el desarrollo de acciones a favor de su salud y que asumirían conjuntamente médicos y enfermeras. Podría decirse que se dio inicio a la noción de autocuidado que aparecería en el campo de la salud, en la década de los ochenta (42)

La noción de "educación de la población" se circunscribió a entregar a los individuos, información sobre la prevención de enfermedades, concretamente a través de diversas aproximaciones que pretendían generar cambios de conducta, pero que nunca se evaluaron para identificar si el efecto correspondía a lo esperado.

Por vez primera se cita la figura de la enfermera en el campo de la salud; de una

(42) Uribe. 1999. Pág 444

enfermera formada en las aulas, con conocimientos ex profeso. Fue la Salud Pública quien empezó a considerar los estilos de vida como componente determinante (43) del nivel de salud (44) de la población. Con estos conocimientos de Salud Pública era posible dar frente a los problemas epidemiológicos que más afectaban a la población.

De los saberes de la Salud Pública se aceptó que el proceso salud - enfermedad del ser humano rebasaba la unifactorialidad, que los factores sociales, económicos, políticos y culturales tenían una intervención en este proceso y que se requería del desarrollo de acciones con aproximación a la prevención, que posibilitaban el retraso de la aparición de procesos patológicos (45)

Sin embargo el surgimiento de la Salud Pública y de la medicina Preventiva no generaron un cambio radical en el campo de la salud que continuó destinando el mayor número de recursos a la atención del enfermo, y que continuó marcando el desarrollo del campo educativo al conservar la formación de los profesionales de la salud, desde esa misma lógica.

Las enfermeras se formó a partir de conocimientos teóricos sobre el cuerpo humano, sus funciones y sus alteraciones como consecuencia de los procesos patológicos y el desarrollo de técnicas (46) para desarrollar procedimientos para la atención del enfermo hospitalizado, concretamente en la aplicación de tratamientos.

Si la Salud Pública hablaba de acciones anticipadas a la aparición de la enfermedad, en la formación de las enfermeras no se asumió así, lo que refleja el interés de seguir adquiriendo conocimientos sobre las enfermedades, no sobre como evitarlas.

La óptica del Dr. Liceaga sobre la enfermera no se modificó, posibilitando su influencia en la formación escolar y en su inmersión en los servicios de atención a la salud, como se muestra a continuación.

1.2. LA OBRA DEL DR. EDUARDO LICEAGA; PRECURSOR DE LOS ESTUDIOS DE LA ENFERMERÍA Y DEL ÁREA DE LA SALUD.

En este apartado se plantean las razones explícitas que tuvo el Dr. Eduardo Liceaga para promover la creación de la carrera de enfermería, como una

(43) Frenk. 2000. Pág 130

(44) Vega. 2000. Pág 45

(43) Frenk. 2000. Pág 130

(44) Vega. 2000. Pág 45

(45) Ovalle. 1993. Pág 88

profesión más del campo de la salud, apoyándose en las coyunturas políticas que poseía y que posibilitaron su determinación sobre ésta, basada principalmente en la presencia de referentes extranjeros, que fuera la dimensión vigente en esa época.

Como profesión su desarrollo escolar estuvo inmersa en el campo de la salud, en ese sentido no claramente delimitado, posibilitando la prevalencia de la óptica del precursor de la misma.

Eduardo Liceaga, amigo íntimo del Presidente de la República, General Porfirio Díaz, estudió la carrera de médico en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México en los años de 1868 a 1875, lugar que seleccionó por el prestigio que tenía en el país.

Su padre abogado y político, asumió la gubernatura del Estado de Guanajuato en el período de 1859 a 1872, ciudad en donde nació y vivió hasta la conclusión de sus estudios de preparatoria, hecho que posibilitó el inicio de sus estudios en la Capital, donde se trasladó en 1859 ingresando a la escuela de medicina para estudiar dos cursos previos, lo que generó que la carrera de médico la iniciara hasta el año 1861.

Gestionó y obtuvo por intervención de un amigo y condiscípulo, la tutoría del médico y sacerdote guanajuatense, Ladislao de la Pascua (47) como requisito para su ingreso a la Escuela de Medicina y de la cual, este había sido director y entonces fuera maestro.

Al iniciar sus estudios de medicina, Eduardo Liceaga obtuvo la preferencia del Director de la escuela, el Dr. Ignacio Durán; a la muerte del padre de Liceaga, víctima de tifo, este quedó sin el apoyo económico necesario, lo que generó que le asignaran la plaza de prefecto de la escuela de medicina, obteniendo así los recursos necesarios para continuar sus estudios; por otro lado el director lo presentó con una familia que lo adoptó simbólicamente, otorgándole los cuidados que requería (48). En esta época, para su clase social, era recomendable la pertenencia familiar en cuyo seno se adquirían los indispensables valores morales y sociales.

En el ámbito nacional el clima social y político que se vivió en ese entonces en el país, se reflejó sólo parcialmente en la capital, la población y la vida transcurrió con un ambiente incierto, pero que posibilitó el funcionamiento de ésta sin mayores problemas.

El Lic. Benito Juárez (1858), entonces Vicepresidente, asumió la Presidencia de la

(46) Collière. 1999. Pág 118

(47) El Dr. De la Pascua ya había sido director de la escuela de medicina. (AHSSA. Salubridad Pública.)

(48) Fernández. 1978. Pág 101

República ante la renuncia del general Ignacio Comonfort, entonces de la fracción liberal, lo que generó una lucha ideológica constante con los que se decían conservadores que terminó por dejar su cargo ante las presiones. El Lic. Juárez de igual preferencia liberal que su antecesor, no fue reconocido por los conservadores que determinaron que el Presidente fuera el general Félix Zuloaga quien se instaló en Palacio Nacional. Esta circunstancia reflejó plenamente el clima existente y el antagonismo entre conservadores y liberales, pugna que llevó a guerras intestinas nuevamente.

Los conservadores creían que el engrandecimiento de la patria sólo se lograría con el mantenimiento de los antiguos moldes, costumbres o sistemas y los liberales sostenían la tesis de la reforma de las ideas y de los sistemas (49)

El país enfrentó las consecuencias de los desacuerdos políticos de estas dos fracciones que generaron el vía crucis del Presidente Juárez, la intervención francesa y la instauración del segundo imperio a partir de la presencia de Maximiliano y Carlota en su calidad de Emperadores de México, entre otros.

Los conservadores pugnaban por la intervención extranjera, concretamente de Francia para dirigir al País, argumentando la incapacidad de los mexicanos para alcanzar una nación progresista, esto originó que constituyeran una comisión que viajara a Europa, en busca de su representación en México. Esto originó que el gobierno del Lic. Juárez tuviera asentamientos temporales a lo largo del territorio nacional, incluso en el extranjero (50)

El gobierno del Lic. Benito Juárez de ideología declarada como liberal, pugnó por la consolidación de la independencia del país, dispuestos a combatir cualquier intervención extranjera, convencidos de las capacidades de los mexicanos de alcanzar la paz y estabilidad, base del desarrollo que se requería en ese momento.

En tanto en la Capital, la Escuela de Medicina, que una de sus características fuera que los alumnos estuvieran de internos continuó funcionando sin contratiempos preparando a los que serían médicos, como en el caso que nos ocupa con Eduardo Liceaga.

La circunstancia de haber ganado las preferencias del director de la Escuela, generó que Eduardo Liceaga fuera promovido para incorporarse a la Sociedad Filarmónica, primero como invitado y después como socio hasta llegar a ser el tesorero; más adelante pasó a formar parte de la planta docente, con la cátedra de fisiología auditiva (51); en la escuela de medicina también formó parte del personal académico.

(49) Zertuche. 1985, pág. 147

(50) González. 1986, pág. 118

(51) Anatomía y fisiología de la audición.

En su trayectoria de estudiante, el Dr. Liceaga recibió un sinnúmero de reconocimientos entre el que se destacó la obtención de la medalla al mérito escolar instituido por Maximiliano en reconocimiento al desempeño académico; después este último cerraría la Universidad antes de su fusilamiento.

Esta circunstancia fue una manifestación clara de que las situaciones políticas e ideológicas no representaban ningún problema para el gremio médico en tanto que vieron con buenos ojos la adjudicación de la presea a uno de sus estudiantes, quien además era protegido del director; desde luego por pertenecer a la clase acomodada, su posición no podía ser la misma que la del resto del pueblo, ni las consecuencias del clima social les afectaba igual.

Liceaga egresó de la escuela e inició su ejercicio profesional en uno de los hospitales existentes en la Ciudad de México, fundado por la Emperatriz Carlota para la atención del parto, donde fue nombrado jefe del servicio de maternidad y posteriormente director del mismo (52)

Los movimientos políticos y sociales continuaron en el País y ante la intervención francesa, el gobierno mexicano inició un enfrentamiento armado al frente del cual fue designado el joven General Porfirio Díaz, paisano del Presidente quien desarrolló un brillante papel al vencer al ejército francés y lograr su expulsión, al igual que la desintegración del incipiente imperio de Maximiliano y Carlota de Habsburgo.

Superada esta fase de inestabilidad, finalmente el Lic. Juárez se instaló en el Palacio Nacional como Presidente de la República y con el reconocimiento necesario como tal. Una vez alcanzada la paz, el general Díaz visitó la Ciudad y estableció una primera relación (1874), con el Dr. Liceaga, al acudir al hospital en que trabajaba éste y felicitarlo por la labor que realizaba al proporcionar consultas gratuitas y sin restricción de horario, a la población indigente, que día a día iba en aumento, situación que llamara tanto la atención del General debido a que no era una conducta habitual de gente de su nivel socio económico.

Llegado el momento, ante la convocatoria emitida, el General Díaz y el Lic. Juárez serían contendientes para la Presidencia de la República y a la muerte de este último y después de las correspondientes elecciones, Díaz asumió la Presidencia, por primera vez en 1877 (53)

En ese tiempo también el Dr. Liceaga contrajo nupcias cuando tenía veintiséis años de edad, con una joven de la clase acomodada de la Capital con quien estableció su residencia matrimonial en el centro de la Ciudad, para lo cual adquirió en compra una casa propiedad de la familia Romero Rubio con quien

(52) Fernández. 1978. Pág 130

(53) González. 1989. Pág 45

entablaron una amistad perdurable, sobre todo entre la Sra. Liceaga y una de las hijas, la Señorita Carmelita Romero Rubio, situación esta que más adelante iba a representar la llave que abriría las puertas del éxito profesional a Eduardo Liceaga al asumir el liderazgo en el campo de la salud del país, por veintiocho años consecutivos.

La amistad entre Eduardo Liceaga y Porfirio Díaz se afirmaba cada vez más, confiriéndose visitas mutuas en sus respectivas residencias, lo que originó que el General Díaz conociera a la Señorita Romero Rubio con quien contrajo nupcias, siendo Presidente de la República; por esa amistad de ambos, Liceaga fue invitado a colaborar en el Gobierno de entonces como presidente del Consejo Superior de Salubridad y basado en su pertenencia a la Academia de Medicina (54) también asumió la presidencia de ésta.

La Patria se iba estabilizando poco a poco, cesaron las guerras internas, se acabaron las amenazas de la invasión extranjera, excepto de los Estados Unidos de la que su Presidente exigía el pago de una vieja deuda económica a cambio de no invadir el territorio nacional como cobro de ésta, lo que motivó que el Presidente Díaz planeara visitar ese País y mantener la cordialidad entre ambas naciones y la tan anhelada paz, que al fin se había alcanzado.

Paz cuestionada porque en tanto la capital lo estaba, el resto del territorio enfrentaba una pobreza incompatible con ella, lo que generó eterna preocupación por la sobrevivencia que requería gran inversión de esfuerzos e interés, no dejando nada para ocuparse por el combate y aun cuando la población exigía desde diversas aproximaciones, quienes gobernaban con el Presidente, mantenían la "paz" sin escatimar esfuerzos (55)

Estados Unidos fue visitado en varias ocasiones por el Presidente Díaz y un grupo de sus colaboradores más cercanos entre los cuales se identificaba al Dr. Liceaga, quien optimizó esas oportunidades para confrontar los conocimientos médicos vigentes en su País y los que se desarrollaban en la Escuela de Medicina, en el Consejo Superior de Salubridad y la Academia de Medicina. Comentó este que los saberes de los médicos mexicanos se encontraban a nivel de competencia internacional y que en México se contaba con avances que aquellos aun no poseían, tales como: el Código Sanitario, la duración de los periodos de "cuarentena" (56) para las diversas epidemias (57), el establecimientos de medidas de control en las zonas fronterizas y portuarias, entre otras.

Como director de la Escuela de Medicina, Liceaga reformó el plan de estudios de la

(54) Organismo colegiado constituido por médicos que paulatinamente fue ganando

(55) Delgado. 1985. Pág 114

(56) Tiempo señalado para mantener en aislamiento a las personas durante los periodos de contagio de las enfermedades transmisibles.

(57) Denominación que se da al comportamiento de las enfermedades transmisibles, con respecto a su propagación geográfica y entre las personas.

carrera de médico al considerar que se le daba mayor importancia a la parte teórica que a la práctica esta era muy pobre para el tipo de profesión, en la que sus saberes requerían de demostración. Desde esta perspectiva introdujo el desarrollo de prácticas en hospitales substituyendo a aquellas que realizaban en cadáveres, sobre todo en la cátedra de anatomía, y por otro lado incorporó las asignaturas de: obstetricia, higiene (58), medicina legal y moral.

La noción del Dr. Liceaga era que sólo el médico debía atender los asuntos del cuerpo cuando éste enfrentaba alteraciones en su funcionamiento, razón por la cual promovió y logró que se anexaran a la Escuela de Medicina, las carreras de partos, dentista y farmacia, ya existentes en la Ciudad (59); mas adelante se fusionó la carrera de partos a la de médico.

Durante el último periodo gubernamental del General Díaz, el Dr. Liceaga viajó nuevamente a Europa en donde observó grandes centros hospitalarios y la existencia de enfermeras preparadas en ellos, le informó al Presidente, obtuvo su aval para el establecimiento de un hospital que aglutinara los aun existentes y que sería el más grande del País, así se constituyó el Hospital General, ubicado en la ciudad capital, actualmente aun en servicio.

Al fin se inauguró el gran hospital en el año de 1905 y fué nombrado director del mismo el Dr. Liceaga; para ese entonces había dejado la presidencia de la Academia de Medicina, pero fungía como director de la escuela de medicina y presidente del Consejo Superior de Salubridad; en la ceremonia inaugural, pronunció un discurso cuyo contenido reflejó la ideología tanto de la profesión médica como del sistema de salud que le ofrecían a la población. El discurso decía:

[" Las necesidades administrativas habían hecho independiente la asistencia de los enfermos de la enseñanza de la medicina, pero la pedagogía moderna, estableciendo como base de la instrucción y de la educación, la enseñanza objetiva, impone el deber de hacer la enseñanza de la medicina en el enfermo mismo. Para conseguir este objeto, en el presente caso, es necesario engranar estas dos ruedas de la administración, de manera que contribuyan al doble fin de hacer más eficaz la asistencia de los enfermos y más perfecta la enseñanza de la medicina; [...](60)

Con este discurso el Dr. Liceaga estableció una pedagogía basada en los postulados de Dewey quien declaró que "el modelo pedagógico debía introducir el trabajo formativo en lugar de la antigua enseñanza formal"; este pedagogo, representante de la Escuela Nueva postuló entre otras a las actividades manuales con finalidad formativa y no de capacitación, la introducción primaria de materias optativas, la substitución del esfuerzo y la repetición por el interés, el empleo de

(58) Esta se refería alas acciones de aseo individual que se le aconsejaban a los enfermos y que favorecían la salud.

(59) Latapí, 1990. Pág 47

(60) Academia De Medicina. 1989. Pág. 11

actividades estéticas y técnicas como factor de educación de la personalidad y no como la adquisición de habilidades (61). Esto se observa en el siguiente fragmento del discurso:

"[...]es indispensable que el personal de la Escuela de Medicina[...]forme parte del personal encargado de la asistencia de los enfermos. Si las personas que se dedican al estudio[...]a la cabecera de los pacientes, son las que llegarán a adquirir mayor experiencia en el conocimiento de las enfermedades y el modo de curarlas[...]Esa es la razón por la que se han confiado un gran número de los servicios a los jefes de clínica o a profesores que cultiven determinadas especialidades[...]" (62)

Además de las nociones recuperadas por el Dr. Liceaga sobre la postura pedagógica de Dewey, este sostenía que la formación del individuo debía obedecer más a los requerimientos de la empresa (63), esto es para que serían utilizados y en base a esto, generar los conocimientos y las habilidades.

Para los funcionarios mexicanos los Estados Unidos representaban un importante referente lo que motivó que este, en esta época visitara en varias ocasiones ese país, durante las cuales el clima de la delegación mexicana era de mantener la cordialidad entre ambas naciones; el Dr. Liceaga posibilitador de esto confería elogios que fueron recibidos con desdén, así cita éste:

"Estaba yo cerca del senador Conklin y comencé a hacerle cumplidos sobre el grado de refinamiento a que se había llegado en su país... y me contestó: "Esto no es cuestión de cultura sino de dinero. Con dinero se compran flores...un maitre d´hotel...y que dé al comedor el aspecto que usted admira". "Repliqué que significaba cultura elevada la construcción de escuelas modelo como las que hay en este país, de establecimientos científicos,... volvió a contestarme que eso también era cuestión de dinero, pues que con él se hacían venir de Europa los pedagogos., hombres de ciencia,..." (64)

Pero aun con la poca cordialidad mostrada al menos en esa ocasión, ese país seguía siendo un importante referente, como se observa en el siguiente fragmento del discurso del Dr. Liceaga, en el cual además se identifica la noción que tenía de alumno y de maestro, así como de salud.

"[...]Para contribuir a facilitar la enseñanza de la medicina y para que los estudiantes estén siempre cerca de los enfermos[...]la Escuela de Medicina esté cerca del hospital [...]como se hace [...]en los Estados Unidos y como se hace en las clínicas de Moscú[...] entretanto [...]se han construido[...] anfiteatros para dar las lecciones de clínica, una vasta sala de operaciones con asientos dispuestos [...]en forma de anfiteatro, para que los alumnos puedan presenciar las operaciones quirúrgicas[...]" (65)

(61) Santoni. 1996, pág. 256

(62) Fernández. 1978, pág. 75.

(63) Arce, en Vázquez et al. 1996. Pág 146

(64) Fernández. 1978, 189. Pág. 83

(65) Fernández. 1978.Pág. 84

De esta manera puede decirse que se desarrolló el proceso enseñanza - aprendizaje a la luz del modelo de enseñanza tradicionalista en la que el maestro era el poseedor del saber y que el alumno era un receptor solamente.

El Dr. Liceaga pugnó por la formación del médico desde la escuela funcionalista vigente en el país; así planteó:

"... Señores: no vais a recibir un edificio nuevo sino una institución; tendréis el deber no sólo de conservarla, sino de perfeccionarla; ella os proporcionará la ocasión de hacer el bien a vuestros semejantes, no sólo con el auxilio de vuestra ciencia, sino con dulzura de vuestras maneras, la comprensión de sus sentimientos y las palabras de consuelo para su espíritu. Os vais a encargar de hacer práctica y fructuosa la enseñanza de la medicina: vais a formar hombres científicos que puedan competir con nuestros vecinos del norte y con los del sur del continente. Tenemos una deuda que saldar; en el espacio transcurrido del año 33 al de 80 del siglo pasado, tuvimos en México la supremacía de la enseñanza y de la práctica de la medicina en todo el hemisferio occidental; después de esta fecha, los médicos norteamericanos cambiaron la forma de enseñanza y no sólo nos alcanzaron, sino que nos superaron. Lo mismo ha sucedido con nuestros compañeros de Chile y la Argentina; tenemos el deber de recobrar nuestra perdida posición científica". (66)

Lo que señaló el Dr. Liceaga sobre el retraso que enfrentó la medicina en el siglo XIX obedeció a las circunstancias que se vivían en el país abandonado por sus colonizadores que estaban más preocupados por los sucesos internos que atravesaban a España en el ámbito político y económico, cuya repercusión principal era la pérdida del poder, que los mexicanos identificaran plenamente como la coyuntura para la liberación de esa nación. Esto se reflejó en diversas instancias de la vida nacional, entre los que se identificó al sector salud, como lo citó el Dr. Liceaga en el caso de la carrera de medicina.

El avance en el conocimiento médico que señaló Liceaga y su detrimento posterior, en realidad no benefició, ni afectó a la gran población, en tanto que la "medicina científica" de entonces estuvo destinada a la atención de los problemas de los criollos y de los españoles; los mexicanos eran atendidos por brujos, chamanes y comadronas, como se cita en el punto número uno de este capítulo.

Ciertamente los anatomistas, cirujanos, flebotomianos (67), ejercían en forma independiente sus profesiones, las cuales eran reguladas por el Protomedicato. Los había que ejercían en los hospitales existentes, siendo los menos. Debido a las condiciones de vida de la población, que enfrentó un deficiente estado nutricional, un saneamiento ambiental deteriorado, viviendas generalmente compuesta por una sola habitación para familia de más de seis miembros, la falta de servicios públicos como drenaje, pavimentación, agua potable, una deficiente disposición de

(66) Fernández. 1978. Pág 85

(67) No se denominaban médicos, existían estas profesiones que correspondían al campo del conocimiento de la medicina.

basuras (68), la gente tenía una alta morbilidad (69) y mortalidad (70), cuyas causas conocidas fueron ampliadas a las importadas por los colonizadores, ante las cuales sus conocimientos eran pobres o no los poseían.

El pronunciamiento del discurso del Dr. Liceaga en el acto inaugural del Hospital General, estuvo cargado de los imaginarios de éste sobre la profesión médica en base a sus experiencias vividas en sus visitas a Europa, cuna del avance científico y de la disposición de un gran centro hospitalario semejante a los de aquellos países y a los norteamericanos, que también visitó en varias ocasiones.

Aun cuando en otros momentos el Dr. Liceaga hizo mención a su interés por las condiciones sanitarias de la ciudad capital y a las epidemias que azotaban a la población a lo largo del país, en este discurso expresó una vez más lo que para él era la salud y ser médico ante las afecciones físicas de la población; ambas declaraciones manifiestan una contradicción, que se identifica en la parte final de su discurso:

"[...]Señores: para reivindicar nuestro puesto en el continente, no necesitamos más que aplicar nuestra inteligencia, toda nuestra voluntad, perfeccionamos en el ramo que hemos elegido para ejercitar nuestra actividad. Este es el contingente que debemos a nuestra Patria.

El País en donde cada hombre se empeña en perfeccionar la ciencia, el arte, la industria a que dedica su energía, ese país, digo, se hará grande, pues la suma de esas unidades activas forma la nación. En este hospital nuestro Gobierno ha acumulado un gran arsenal que pone a vuestra disposición para que en vuestras manos se convierta en Instrumento de hacer el bien a nuestros semejantes y eficaz y fructuosa la enseñanza médica. Parodiando la bella frase con que el Presidente terminó su discurso el inaugurar el ferrocarril de Oaxaca, os diré: Compañeros: ya tenemos los útiles se trabajo: ¡Vamos a trabajar" (71)

El Dr. Eduardo Liceaga fue un privilegiado durante una época muy cruenta para los mexicanos concretamente en el terreno de la salud, en el cual sin duda tuvo las posibilidades de incidir para diseñar y desarrollar políticas democráticas que posibilitaron la modificación del panorama epidemiológico, pero que además se requería de poseer una conciencia social, noción que él no tenía porque representaba poner en riesgo su propia hegemonía (72)

Su liderazgo en las principales instancias como: el Consejo Superior de Salubridad, la Escuela de Medicina, la promoción que le confirió a la Academia de Medicina y a la realización de todo tipo de Congresos Médicos, señalan claramente que quería para el gremio médico, como clase social privilegiada sin contar en ello a la salud de la población en general.

(68) Se identifica la recolección, resguardo, ubicación y destino de los residuos dentro de las viviendas.

(69) Razón en la cual se consideran las causas de enfermedad de la población.

(70) Razón en la que se consideran las causas de muerte de la población.

(71) Fernández. 1978. Pág. 90

(72) Privilegios y canónjas dadas únicamente a partir de su amistad personal con el Presidente de la República.

Como epílogo de su actuación pública en la vida de México promovió la edificación de un Manicomio Central (73) ubicado en lo que en ese entonces representó las afueras de la Ciudad (1907); hoy corresponde a la unidad habitacional Lomas de Plateros del barrio de Mixcoac perteneciente a la Delegación Política Miguel Hidalgo, y a la creación de una carrera destinada a prepara "al ayudante del médico", como él interpretó reduccionistamente la función de esas escuelas existentes en otros países como Inglaterra, Alemania, Estados Unidos, Canadá, entre otros, con una idea más justa y que fue la carrera de Enfermería (1907).

Con los inicios del funcionamiento del Hospital General y ante la carencia de enfermeras formadas como tales, el Dr. Liceaga invitó a enfermeras alemanas y norteamericanas, para que se pusieran al frente tanto de los servicios de enfermería del nosocomio, como de la dirección de la escuela cuya creación había solicitado al Presidente de la República, posteriormente la anexaría a la escuela de medicina, ubicándola en las instalaciones del Hospital General; tres años después la citada escuela pasaría a formar parte de la Universidad Nacional de México. (Anexo # 2)

Quedó así en manos del gremio médico el diseño y desarrollo de lo que las enfermeras deberían saber y de lo que deberían hacer, situación que permaneció hasta muy avanzado el siglo XX, como se verá más adelante y que condicionó el origen de la profesión y su crecimiento como tal.

1.3. LA TRADICIÓN ALEMANA Y NORTEAMERICANA EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA.

En este apartado se identificará la influencia de los países extranjeros, concretamente Alemania y Estados Unidos en la construcción de la profesión de Enfermería en México, para dimensionar la perspectiva con que se generó y marcó su desarrollo.

La presencia de Alemania y de Estados Unidos representó una dimensión modificada del nacimiento inglés de la enfermería laica y académica y en el ejercicio profesional, conservando de ésta el humanismo de Florencia Nightingale, esto es la entrega de sus cuidados al ser humano, en su calidad de desvalido, sobre todo ante la enfermedad, ella fué la creadora de los estudios de enfermería en grupos no religiosos.

México adoptó a la enfermería profesional a partir de la óptica médica que no se

(73) Hospital destinado a la atención de enfermos mentales, en donde se les recluía y mal atendía por personal no capacitado.

modificó por la presencia de enfermeras extranjeras profesionales cuya permanencia ciertamente fue corta, sustituida por enfermeras mexicanas, tanto en el ámbito académico como en los servicios de salud, pero con una visión matizada de la misma y sin los antecedentes de su nacimiento y evolución.

En la profesionalización de la enfermería un punto medular lo constituyen las diaconisas pertenecientes a una orden religiosa protestante en Alemania, cuya fundación tuvo como propósito "capacitar a mujeres para que se hicieran cargo de los problemas de la educación de los presos", "de la asistencia a los pobres y de la atención de enfermería"; pero cuando trató de interesarlas en esas labores se encontró que el sentimiento popular condenaba la asociación de "mujeres buenas", esto es con conductas socialmente aceptables, con malhechores y decretaba que "aquellas consideradas decentes para la buena moral, debían permanecer en casa".

El pastor Fliedner fundó un hospital para proporcionar atención a los enfermos y tener un campo para la instrucción de las diaconisas; en ese entonces las amistades del pastor en el país y en el extranjero, le dieron información sobre la falta general de buenas enfermeras, lo que generó que este visualizara a las diaconisas como la solución ideal al problema.

La Sra. Fliedner se encargó de seleccionar a las muchachas que serían diaconisas, asignarles las tareas como: la limpieza de la casa, los trabajos de cocina, lavado y cuidado de la ropa, también había que cuidar el jardín que proporcionaba fruta y hortalizas. El "arte de la enfermería teórica y clínica" lo enseñaba un médico que se auxiliaba en un manual que utilizaba en el hospital de la Caridad de Berlín; las estudiantes estudiaban también farmacia y "pasaban el examen del Estado para farmacéuticas" (74)

El proyecto del pastor y su esposa alcanzó fama lejos de Alemania, motivo por el cual los visitaron de Inglaterra dos enfermeras Elizabeth Fry y Florence Nightingale, entre otras muchas personas interesadas en conocer detalladamente el proyecto y reproducirlo; en el caso de Miss Nightingale fue base para la creación de su proyecto obviando el componente religioso.

Los Fliedner cubrieron dos objetivos en este proyecto, el humanístico calificado como el servicio a la población más necesitada y por otro lado la difusión de la naciente religión protestante que mostraba así los "beneficios" que traía a los feligreses significando que la pobreza y las enfermedades eran consideradas como una castigo del dios católico (75).

El modelo Fliedner no fue una novedad ya que su referente se encuentra en la obra de Vicente de Paul, en las Hermanas de la Caridad católicas, quienes habían

(74) Jameison. 1978, pág. 245.

(75) Nació en su país de origen, en ese entonces. Jameison. 1978. Pág 305

demostrado la superioridad de su preparación para la enfermería durante doscientos años antes de que él tomara prestado el nombre de diaconisas, quienes poseían una gran aceptación de la población a nivel mundial.

El proyecto de las diaconisas, su preparación y labor, generaron: a) la fundación de un hospital de ciento veinte camas, b) un asilo para mujeres dementes, c) una escuela para niños de todos los credos, d) un asilo para muchachas protestantes, e) una escuela diurna para mujeres, f) una escuela normal que otorgaba títulos para la práctica de la enseñanza y g) un asilo para mujeres expresidarias y "magdalenas" (76)

Las diaconisas se interesaban en la enfermería, daban servicio en salas separadas para hombres, mujeres y niños, así como en unidades para enfermedades contagiosas y para convalecientes; también se hacían cargo de la farmacia, la cocina, la lavandería, el cuarto de coser y el jardín.

El proyecto del pastor Fliedner, segundo en su tipo, sirvió de base para que se creara la enfermería laica especializada más tarde, con algunos ajustes y que influyera en el propio proyecto de las diaconisas; algunos de los cambios efectuados fueron:

"Un curso de tres años; edad mínima de diez y ocho años para la admisión; cartas de cura y médico certificando buena moralidad y salud; período de prueba de tres meses a un año; limitación de dinero para gastos menudos (unos 25 dólares al año); Enseñanza por medio de clases y conferencias; Rotación de prácticas en los departamentos del hospital y la escuela; División de los estudiantes en grupos de primer año, segundo año y enfermeras jefe; Uniforme" (77)

Todas estas características de la profesión de enfermería, en Alemania, serían recuperadas en nuestro país por el Dr. Liceaga, al promover su creación, quien por sus frecuentes viajes conocía bien el modelo, sus antecedentes, desarrollo y resultados.

Es importante destacar que las diaconisas protestantes al establecer la carrera de enfermería adoptaron algunas características de las católicas, aun cuando hubo más de un siglo de diferencia entre ambos proyectos; así:

"No provenían de ningún grupo social en particular; se levantaban a las cinco de la mañana y trabajaban y estudiaban hasta las nueve de la noche; por la noche los enfermos era atendido por ellas mismas a través de subturnos; el uniforme que utilizaban era de un color para los días de trabajo y de otro para los domingos; lo cubrían con un delantal, colocaban un cuello blanco sobrepuesto y usaban un gorro tipo cofia." (78)

(76) Jameison. 1978. Pág 178

(77) Jameison. 1978. Pág 249

(78) Jameison. 1978. Pág 290

El pastor y su esposa inculcaban principios morales a las alumnas y les enseñaban "la necesidad de una cooperación leal con el médico en beneficio del paciente". Las diaconisas debían irse a vivir a la escuela lo que les ofrecía cierta seguridad al no tener que viajar para llegar y de ahí eran enviadas al hospital, a casas particulares y en ocasiones en misiones distantes para cubrir las necesidades de atención de enfermería; por todo esto cobraban los Fliedner (79)

La labor de la diaconisas se exportó a varios países, llegó entre otros a los Estados Unidos, específicamente a las ciudades de Pittsburg y a Milwaukee, y así a América. En Hamburgo fundaron la Asociación de Enfermeras Domiciliarias y en Inglaterra el Instituto de Hermanas Enfermeras; en Londres la Orden de Hermanas de San Juan, primera orden religiosa protestante dedicada totalmente a la enfermería, símil de las Agustinas católicas que fuera la orden de enfermeras más antigua; en Inglaterra se identificó también la introducción de un grupo menor de mujeres más o menos preparadas de la clase superior en la enfermería.

Con la labor de las religiosas en la enfermería se logró que la atención hospitalaria mejorara de tal manera hasta lograr que:

"un número creciente de personas influyentes aprendieron a apreciar la ventaja de poder contar con mujeres cultivadas que se hicieran cargo de ellas y de sus familias en caso de enfermedad" (80)

Lo declarado como labor de las religiosas puede ser considerado como el cuidado del ser humano, sin tomar en cuenta su estado de salud-enfermedad, lo que corresponde a lo planteado por los estudios de la antropología del cuidado realizados por la enfermera francesa Lining y que cita ampliamente Collière.

En América la enfermería escolarizada, esto es objeto de formación escolar se desarrolló, en primera instancia en los Estados Unidos, cuyas primeras experiencias fueron durante la guerra civil, ya tenía informes sobre la obra de Florence Nightingale, así como del proyecto de Henri Dunant para formar una organización neutral de voluntarias para atender a combatientes de todos los ejércitos en pugna; más adelante nacería así la Cruz Roja Internacional (Dunant fue su creador).

En ese país se desarrollaron amplios círculos de mujeres o sociedades de ayuda a los soldados; a Washington fue enviado uno de estos grupos de mujeres y la asociación local de médicos, solicitaron al gobierno la creación de una Comisión Sanitaria para que a través de esta se le proporcionara la atención necesaria a los individuos que se habían alistado para combatir en la guerra. Esta Comisión Sanitaria realizó un sin fin de acciones en beneficio de los soldados, organizó trenes hospital y dispuso de médicos y enfermeras para ser asignados a estos;

(79) Jameison. 1978. Pág 308

(80) Jameison. 1978. Pág 291

entonces la enfermería laica de ese país, no se encontraba organizada, sólo aquella perteneciente a las congregaciones religiosas católicas y protestantes.

La personalidad y labor de Florence Nightingale había llegado a los Estados Unidos, lo que despertó en jóvenes mujeres el interés por la enfermería, avalado por un grupo social que apoyó la necesidad de disponer de enfermeras.

Sin embargo la enfermería conceptualizada por Florence Nightingale representaba la creación de "ayudantes del médico" a lo cual circunscribió su modelo, dejando de lado aquella noción del cuidado de los grupos religiosos citados anteriormente.

Una de las personas que más apoyó esta línea de pensamiento sobre la preparación de las enfermeras, fue la primera mujer médica en el mundo que además tenía amistad con Miss Nightingale; conocía bien los argumentos de ésta, los que compartía plenamente, como fuera de esperar.

Como un primer paso para ello, se organizaron cursos breves prácticos en diversos hospitales del país para capacitarlas en la atención de heridos de guerra, y por la gran demanda que tuvieron aumentaron significativamente.

De este grupo de enfermeras capacitadas surgieron mujeres que transmitieron sus conocimientos y experiencias pues muchas de ellas se dedicaron a escribir libros al respecto; una de las más sobresalientes (81), intentó crear una escuela de enfermería de guerra, sin lograrlo.

Con la experiencia generada por la guerra, las autoridades de Washington aceptaron la necesidad de crear la enfermería militar, basada en las aportaciones de Miss Nightingale:

"Ninguna enfermera había de contar menos de treinta años de edad, y todas ellas habían de ser lo más caseras posible. Su indumentaria había de ser del tipo más sencillo. Estaban prohibidas las cintas, las alhajas y toda clase de adornos" (82)

Se estableció un salario para las enfermeras, su organización fue apoyada con el surgimiento de grupos de enfermeros (83) en varios puntos del país.

Los Estados Unidos crearon su propia Cruz Roja, adoptando el modelo alemán de 1822, después de algunas vicisitudes de su precursora Clara Barton, quien fuera después su primera presidenta.

Los médicos norteamericanos se informaron sobre el modelo de preparación de enfermería conocido como Nightingale, preocupados por la mejora necesaria en la atención de los pacientes

(81) Jameison. 1978, pág. 291.

(82) Jameison cita este dato como un evento sobresaliente, aun cuando no menciona el nombre de esta enfermera.

(83) Maza Brito. 1978, Pág. 320

Sin embargo estas no fueron las primeras escuelas en los Estados Unidos; en el hospital de Nueva Inglaterra para Mujeres y Niños y en Boston, Massachussets, prepararon enfermeras bajo el modelo alemán Keiserswerth, nombre con el que se identificó el proyecto del pastor Fiedner.

La noción de la enfermera Inglesa Florence Nightingale, se asentó rápidamente en todo el país e incluso se exportó al Canadá, alcanzó un total de trece en el territorio estadounidense y en un lapso de diez y ocho años, este modelo sufrió modificaciones por razones económicas; conservó dos de sus principios fundamentales: poner al frente de las escuelas a mujeres por considerarlas expertas en la enfermería y que los cursos ponían el acento en una práctica de mucho tiempo.

La falta de profesoras de enfermería hizo que se adoptara el modelo didáctico lancasteriano la característica de que los alumnos de grados superiores enseñaran a los de grados inferiores (84), que confería a las estudiantes de segundo año la responsabilidad de enseñar las prácticas a las de primer año; las escuelas dependían de los hospitales y las alumnas fungieron como mano de obra de estos, generó la procuración de una atención más eficaz de los pacientes de la que habían recibido anteriormente.

En el segundo año de la carrera, las alumnas empezaban a hacerse cargo de cuidados a enfermos dentro y fuera del hospital, aumentaron con ello los ingresos hospitalarios a partir de los honorarios extras que les cargaban a los enfermos por este servicio.

Era muy frecuente que las estudiantes no terminaran su curso, sino que ejercieran como enfermeras independientes, lo que les daba la oportunidad de una mayor retribución en el campo de la enfermería domiciliaria; esto originó que se redoblaran los esfuerzos para cubrir las necesidades de enfermeras en los hospitales existentes; se consideraba un lujo tener ese nuevo personaje.

La escuela del hospital de Bellevue, de Nueva York, fue la primera que se estableció como exponente del plan Nightingale en América y proporcionó precursoras de la enfermería reformada, su principal característica consistió en el diseño de un sistema de teoría y práctica, lo que dio ventaja a las estudiantes en la atención particular de enfermos que podían complementar sin ningún problema.

Con esta experiencia en la formación de las enfermeras, se establecieron escuelas en las diversas regiones del país, llegó a Baltimore en conexión con el hospital Johns Hopkins, cuya fundación tuvo el propósito de ser el modelo a seguir en América de los hospitales americanos; la escuela de enfermería fue dirigida por

(84) Santoni. 1996. Pág 285

una enfermera a quien se le denominó principal, quien introdujo varias innovaciones como: a) reducción de la jornada, b) un periodo de dos horas libres entre la jornada, c) disposición de tiempo para las comidas, d) presentó el estudio de la carrera como un desarrollo equilibrado, intelectual y manual, e) escribió libros ex profeso para la enseñanza, ante la carencia de materiales. De la escuela de Hopkins egresaron enfermeras precursoras de literatura especializada en la enfermería.

Otro de los hospitales fue el de Nueva York, las jóvenes graduadas descubrieron un nuevo campo de ejercicio, este fue "la atención de enfermos pobres"⁽⁸⁵⁾, para lo cual fundaron una casa de asistencia ubicada en los barrios; posteriormente se conoció como Centro de Atención de Enfermería Sanitaria. La atención que se proporcionaba iba más allá de las dolencias físicas, incluía todo tipo de problemas, desde enfermedades físicas hasta aquellos de tipo moral y aun social. Esta noción tuvo más correspondencia con aquel cuidado del ser humano, ya descrito.

Estas enfermeras aprendieron a percibir que detrás de las causas bacterianas que les había enseñado, existían causas sociales que originaba las enfermedades, por ejemplo, la ignorancia para protegerse de la enfermedad, abriendo nuevas perspectivas a la enfermera visitadora ⁽⁸⁶⁾; identificaron que existía un campo laboral a partir de la detección de las condiciones sanitarias prevalecientes en las casas y aun de las escuelas.

En la última década del siglo XIX una enfermera egresada del plan Nightingale, maestra de la escuela de medicina de St. Mungo, introdujo un curso preliminar de instrucción teórica en el que conjuntó a estudiantes de las carreras de medicina y de enfermería y sólo en la práctica fueron separadas ⁽⁸⁷⁾

Las escuelas de enfermería en general, establecieron como requisitos de ingreso: edad entre los veinticinco y treinta y cinco años, poseer buena cultura general; entre otras más, así como asumir:

"Las tradiciones británicas de disciplina se exportaron a otros países, y la vida de la enfermera vino a regirse por una mezcla curiosa de reglamento militar y costumbres heredadas del ejército y de las órdenes militares, combinados con una buena dosis del ascetismo cultivado por los monasterios"; señalan entre las características de las estudiantes que estas "...habían de actuar, no se les pedía ni se esperaba de ella que pensarán. Si no aprendía a recibir una orden, ejecutarla y a no hablar en absoluto cuando les asaltaban dudas o el deseo de saber, se iba para casa.

Y si fallaban sus conocimientos de administración doméstica, corría el mismo riesgo ..." ⁽⁸⁸⁾

(85) Jameison. 1978. Pág 350

(86) Denominación que se dio a aquellas enfermeras cuyo campo de trabajo era fuera de las instituciones hospitalarias, esto es el hogar, la escuela, la industria, etc.

(87) No es posible conocer la denominación de estos grupos; la bibliografía sólo los cita en forma genérica. patrocinaron, a través de la Asociación Médica Norteamericana, la formación de escuelas modernas en todo el país.

(88) Jameison. 1978. Pág 301

Esto muestra que filosóficamente la connotación de enfermera correspondía al acuñado en México al establecer la carrera.

Otra peculiaridad de la enfermería de Estados Unidos, fue el no uso de uniformes en sus inicios y que más adelante cambiara gradualmente hasta establecer uno dependiendo de la escuela de origen; el uso del gorro, después cofia, tuvo como propósito el cubrir el cabello que se usaba largo en ocasiones debajo de la cintura y cuyo lavado se hacía "sólo cuando era necesario"; aun no sabían mucho sobre los microorganismos; se sostendría después que este era un medio de transmisión de microorganismos patógenos.

El uso del uniforme tiene entre sus propósitos el de homogeneizar a los integrantes de un grupo en su imagen, por otro lado señalar la pertenencia de grupo y marcar límites; oculta la ideología de aquellos que ejercen el liderazgo desde fuera del grupo para mantener presente su pertenencia. En el caso de enfermería, se tenía además la finalidad de crear una barrera de protección al enfermo en tanto que el uniforme sólo se usaba para la atención de estos.

La creación de la carrera de enfermería recuperó la tradición alemana a partir de su proyecto Fliedner, aun cuando en ese momento histórico ya no estaba vigente y la norteamericana, del cual sólo adoptó lo referente a la práctica independiente de médicos y enfermeras, el ejercicio hospitalario y posteriormente el sanitario.

La carrera de enfermería mexicana no sólo se basó en las tradiciones de Alemania y de Estados Unidos, sino de las posturas del Consejo de Salubridad Superior y de la Academia Nacional de Medicina, instancias dirigidas por médicos y que llevaron a la práctica su filosofía y la del gobierno.

En ese momento el presidente del Consejo de Salubridad Superior era el Dr. Liceaga, miembro activo de la Academia Nacional de Medicina, organismo que dirigiera en dos ocasiones durante el porfiriato, época vigente en ese momento.

El referente europeo, que fue adoptado en forma continua en nuestro país, hizo su aparición en la enfermería, desde estos dos organismos médicos, se determinó las estrategias a seguir para la atención a la problemática epidemiológica que vivía la población mexicana aun cuando el Dr. Liceaga declaró ser la procedente, los resultados con respecto a la alta mortalidad, las causas de muerte, enfermedad y las altas tasas de morbilidad, señalaron lo contrario.

Esta forma de abordar la problemática de salud de la población, fue la base desde la que se determinó el enfoque de la carrera de enfermería y el perfil de sus egresadas.

1.4. EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD Y LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EN LA ENFERMERÍA.

Adentrarse en el Consejo Superior de salubridad y en la Academia Nacional de Medicina permitirá conocer la dimensión filosófica e identificar el papel que les correspondió durante la última década del siglo XIX y las iniciales del XX, para establecer la lógica de su intervención en las profesiones de la salud, fundamentalmente en la enfermería.

El gobierno del México Independiente en 1836, durante la presidencia de Antonio López de Santana, creó una serie de organismos que asumieron las acciones de salud y su funcionamiento.

Como uno de los primeros pasos que se dieron, fue la organización del territorio nacional, constituyéndose así Departamentos que substituyeron a los Estados y se creó el Distrito Federal con aportaciones territoriales de: Cuernavaca, Texcoco, Huejutla, Tlanepantla, Tultepec, Toluca y Tulancingo y asentó en este la Capital y el Supremo Gobierno (89); los demás Departamentos correspondieron a cada uno de los Estados.

El nuevo Departamento (Distrito Federal), cuyo gobernador fue el coronel José Gómez de la Cortina, organizó su cuerpo de gobierno y un organismo de este, cuya función sustantiva sería el control de las acciones de salud, creó la Facultad Médica (90) en substitución del Protomedicato (ver punto 1.1 de este capítulo), aglutinó a ocho profesores médicos-cirujanos y cuatro farmacéuticos; esta junta desarrolló dos actividades: una fue examinar y certificar a médicos, cirujanos y farmacéuticos y otra formular "Código de Leyes Sanitarias" (91). La Facultad ofreció la posibilidad de que tanto los médicos como los cirujanos que tuvieran cuatro años de ejercer, dieran un examen a manera de regularización con el fin de integrar ambas ramas y originar un profesional: médico cirujano; en adelante se exigió la preparación a los alumnos del Establecimiento de Ciencias Médicas o Colegio de Medicina.

El nuevo organismo rector del campo de la salud funcionó durante los siguientes cuatro años, la nueva reestructuración del país ya no justificaba la existencia de una Facultad Médica, esto originó la conjunción de los médicos de este organismo con los catedráticos del Establecimiento de Ciencias Médicas (92) quienes se dieron a la tarea de diseñar un "Reglamento de estudios Médicos, de Exámenes y del

(89) Martínez, 1993

(90) Denominación dada al organismo rector de la salud en el Distrito Federal.

(91) Martínez cita los primeros trabajos sobre el Código Sanitario y algunos reglamentos sobre salubridad pública, sin especificar cuáles. Consejo de Salubridad del Departamento de México", documento que en su tercer

(92) Posteriormente Facultad de Medicina de la UNAM.

capítulo puntualizó la composición y atribuciones del Consejo y las características de los miembros. Decía:

"El Consejo estaría constituido por cinco miembros titulares, de los cuales deberían ser médicos, uno farmacéutico y otro químico; serán miembros titulares por esta vez los tres individuos que forman actualmente la Facultad Médica, la que dentro del tercer día de publicado este ordenamiento, propondrá los temas, una de farmacéuticos y otros de químicos, para que el Gobierno y Junta Departamental elija entre ellos al químico y farmacéutico que han de ser miembros titulares del Consejo,[...]para ser electos[...] haber cumplido treinta y cinco años de edad y llevar diez de ejercer legalmente la profesión, de los cuales seis habrían sido precisamente en el Departamento de México[...], estos miembros titulares, que tendrán lugar cada ocho años[...]; los titulares nombrarán cada año, de entre los individuos de su seno, un vicepresidente y un secretario, pues el presidente nato del Consejo será el Gobernador del Departamento;[...] además[...] existirán siete adjuntos y un número indeterminado de honorarios[...], estos últimos serán el director y los catedráticos de higiene y medicina legal del Establecimiento de Ciencias Médicas" (93).

Es evidente como el gremio médico estaba pendiente de los movimientos políticos que se daban en el País, situación que capitalizarán para asentar su hegemonía aun vigente, en el campo de la salud; a este campo correspondían también las parteras con una antigüedad similar y con un buen arraigo entre la población, sin embargo no figuraron en la creación del Consejo, al igual que los flebotomianos y los dentistas, que prácticamente manejaban los médicos, como se corrobora a través de los siguientes datos.

El primer Consejo Superior de Salubridad estuvo integrado, como titulares por: Casimiro Liceaga, Manuel de Jesús Febles y Joaquín Villa, médicos de la Facultad Médica; el químico Leopoldo Río de la Loza y como adjuntos los médicos Agustín Arellano, José María Varela, José María Martínez del Campo, Pedro Escobedo y José Ballesteros, así como por los farmacéuticos Ignacio Baz y Rafael Martínez. (94)

Otra de las atribuciones del Consejo fue la autorización del ejercicio profesional de parteras, médicos, cirujanos, farmacéuticos, flebotomianos y dentistas, profesionales de la salud de entonces, así como señalar que operaciones les estarían permitidas practicar; también intervino en lo referente a medicamentos y boticas, y cuidó que los almacenistas sólo vendieran sustancias medicinales a los farmacéuticos, que en las boticas estuviera un profesor diplomado y que no se vendieran:

"Remedios secretos sin previo examen, aprobación y licencia". A este respecto el Dr. Martínez Cortés señala en su libro que "a juzgar por la abundancia de la documentación respectiva, el control de boticas y medicamentos fue una de las acciones más socorridas del Consejo" (95)

(93) Martínez. 1993. Pág. 17

(94) AHSSA. 1850. Exp. 6

(95) Martínez. 1996, pág. 34

Las Memorias de la Secretaría del Consejo de 1842 menciona la obra de la Academia de Farmacia: La Farmacopea Mexicana, que no tenía en su poder debido a la falta de pago que el Gobierno no había efectuado a este grupo y que requerían como herramienta para las visitas establecidas a las boticas (96)

Cabe mencionar que entre la información se detectó que la autoridad de que se pretendió investir al Consejo Superior de Salubridad fue poco respaldada por los gobernantes, hecho que se fue aumentando hasta generar la suspensión temporal de sus funciones como se verá más adelante. Aun así fue atribución de éste conservar y propagar la vacuna antivariolosa y visitar los establecimientos de enseñanza médica, hospitales, cárceles y casas de beneficencia para mejorar las condiciones higiénicas; años más tarde también intervino en el control.

Una de las más relevantes atribuciones adjudicadas al Consejo fue la creación del primer Código Sanitario, y que estuvo en vigencia hasta finales del siglo.

A partir de los datos disponibles se identifica una ambivalencia en cuanto al ámbito de control del Consejo, en tanto para la legalización de la práctica de las profesiones la salud se circunscribió al Departamento de México; para la vigilancia de las boticas, la regulación de los panteones, el cuidado de los hospitales, casas de beneficencia, cárceles, mercados, limpieza de calles y desecación de pantanos, fué todo el País.

Figura Número 1

Multas que Aplicaba el Consejo de Salubridad Superior

- Boticas, por visitas bienal 21.00
- Los Ayuntamientos, como pensión Cantidad Variable
- Multas Cantidad Variable
- Pensión por carnes Cantidad Variable
- Pensión por las vacas que ordeñan en la Ciudad & Cantidad Variable
- Panteones. Por cada cadáver que se sepultaran en nichos o sepulcros particulares, 2.00
- Donación de los catedráticos del Establecimiento de Ciencias Médicas. Tercera parte de su Sueldo
- Examen y Registro para obtener diploma para ejercer su profesión en el Departamento de México. Cantidad Variable

Fuente: Martínez. De los Miasmas y Efluvios al Descubrimiento de las Bacterias Patógenas. Los Primeros Cincuenta Años del Consejo Superior de Salubridad. México. 1996
& Lo recaudado tenía la finalidad de crear la cátedra de obstetricia en la Escuela de Parteras (98)

(97) AHSSA. 1842. Exp 11

(98) AHSSA. 1842. Exp 14

A nivel nacional creó la "policía sanitaria", entendida como la administración de una ciudad o país desde el punto de vista de la salubridad pública, para lo cual se establecieron Ordenanzas Municipales, se acuñó el concepto de salud pública como la "ausencia de enfermedades y epidemias" (99), sus acciones fueron encaminadas a los individuos de una comunidad para que no enfermaran en forma masiva.

Las Ordenanzas se ocuparon además de los enfermos indigentes y de los leprosos, la organización de la sociedad y de los médicos en caso de epidemias, dictaban las obligaciones de las parteras, médicos y cirujanos; a través de una comisión de hospitales reservaban un número de camas para la atención de enfermos en las epidemias y vigilaban su buena atención corporal y espiritual, por parte de médicos, cirujanos, practicantes (100) y curanderos.

Los enfermos hospitalizados debieron ser atendidos aplicando todas las medicinas, alimentándolos de acuerdo a su estado, teniéndolos aseados, limpios y contentos, actividades éstas correspondientes a enfermería, que ciertamente no se cita a ninguna enfermera entre el personal del hospital y que hace suponer que eran asumidas por alguno de los antes mencionados profesionales.

Ante la búsqueda de legitimar estas acciones y su desarrollo intra hospitalario, se identifica que estas unidades de asistencia citan la existencia de enfermero mayor y enfermero, aun cuando no se definen las acciones que les fueron adjudicadas (101)

Ya en funciones el Consejo Superior de Salubridad envió a Cuernavaca un grupo de facultativos integrado por flebotomianos, farmacéuticos, parteras, médicos y dentistas, quienes informaron a su regreso que en otras regiones del país había quienes ejercían sin título como matronas (102) dedicadas a la obstetricia para quienes recomendaron:

"se les dieran lecciones semanales bajo la dirección del facultativo encargado de la asistencia en las cárceles para lograr su completa instrucción en beneficio de la humanidad que reclama este arreglo por los notables excesos que cometen en los partos que asiste..." (103)

Con respecto a las epidemias, el Consejo Superior de Salubridad integró una Junta de Sanidad en cada inicio de año compuesta por un Regidor, un Síndico, el párroco más antiguo, un "facultativo" y dos o más vecinos, su función medular era dar aviso al Ayuntamiento sobre la existencia o posible invasión de una epidemia, de lo cual debía elaborar "una cuartilla sencilla del método curativo del mal para uso de los pobres", dividir la ciudad en cuarteles, establecer un "lazareto" (104) provisto de

(99) Martínez. 1993. Pág 121

(100) Estudiantes de medicina que prestaban sus servicios en el hospital.

(101) Archivo Histórico de la Ciudad de México. AHCM. 1857

(102) Denominación que se le daban a las parteras que no tenían estudios y después se les llamó empíricas.

(103) Martínez. 1996. Pág. 20

(104) Especie de hospitales para confinar a los enfermos y proporcionarles la atención que requerían; esto a falta de hospitales, sobre todo en las áreas rurales.

bancos, frazadas y utensilios necesarios" y asignar dos vecinos para atender a los enfermos y supervisar a los "sirvientes y enfermeros", además contratar los servicios de alimentación para los enfermos y de botica para el suministro de medicamentos, acción esta última que realizaban aun cuando no hubiera epidemia. (105)

En 1841 se señaló la existencia de un enfermero para realizar acciones durante las epidemias (106) en la atención de hospitales, semejante a las efectuadas en Europa en el siglo anterior, lo que marcó el inicio de actividades sanitarias.

Ubicar a los enfermeros al lado de sirvientes bajo la vigilancia de un ciudadano común, dimensiona a la enfermería desde una labor que no requería condiciones especiales ni de poseer conocimientos.

Esto sugiere la perspectiva del nivel de conocimientos de medicina que se tenían básicamente de los agentes causales de las epidemias, sobre la cadena y forma de transmisión, el período de incubación, las características del huésped y la intervención del ambiente, aspectos que en Europa se manejaban a partir de los descubrimientos de Pasteur, Kock y otros (citados en el punto 1.1 y 1.2 de este capítulo) y que inexplicablemente no retomó el Dr. Liceaga sino en la circunscripción de puertos y fronteras y no ante las frecuentes crisis epidémicas y cuyas consecuencias hicieron víctimas a su mejor amigo y a su propio padre.

De las acciones realizadas para la población, las cartillas representaron un recurso recuperado frecuentemente, diseñadas a partir de mensajes breves con el fin de proporcionar medidas de control ante problemas epidémicos, formulación que no consideró las características del consumidor, de acuerdo con Anne Staples la alfabetización era pobre, junto con las condiciones de salubridad hacían una realidad poco favorecedora para un efecto benéfico (107)

A la renuncia del Dr. Casimiro Liceaga fue nombrado el Dr. Manuel Carpio como Presidente del Consejo en 1850; en esta época el Químico Leopoldo Río de la Loza, señaló algunas acciones de la industrialización como "riesgosas para la salud pública" como: el alumbrado con gas, la existencias de fábricas que producían gases que expulsaban al aire, los accidentes por vehículos públicos: diligencias y camiones; además se empezó a visualizar la salud en el trabajo a través de la vigilancia de las medidas para la prevención de accidentes en tenerías y curtidurías a partir de la información sobre los obreros lesionados al caer dentro de las pilas de trabajo y las condiciones de los talleres de orfebrería y fundición de la Escuela de Artes y Oficios para mujeres (108)

(105) Martínez. 1996. Pág. 23

(106) Presencia súbita de una enfermedad en una región determinada y que afecta a la mayoría de la población que ahí radica.

(107) Vázquez. 1996. Pág. 54

(108) Martínez. 1996. Pág. 75

De acuerdo con sus atribuciones de salud pública, el Consejo Superior de Salubridad tuvo que ver con las basuras y deyecciones; recomendó el establecimiento de un sitio para depositar las basuras, "... entre el sureste y suroeste de la Ciudad para que los vientos dominantes no infestaran a ésta con sus miasmas...", así mismo indicaron la instalación de un sumidero (109) en la misma región a partir de una excavación bardeada para evitar que los gases que se despedían llegaran por los efectos de los vientos, a las vías respiratorias de los capitalinos.

Ante el riesgo que enfrentaron los tripulantes de los transportes de las "inmundicias", el Consejo logró que se construyeran albañales y letrinas en las casas habitación y estableció como requisito indispensable la autorización de construcciones de viviendas.

Ciertamente lo señalado dejó ver las condiciones sanitarias ambientales que la población vivía, los riesgos para la salud presentes, las deficiencias de urbanización que la Capital enfrentaba y que podría decirse con esto se identificaron las condiciones al respecto de las demás poblaciones del País; situación que tuvo mucho que ver con el panorama epidemiológico de ese entonces y ante las cuales no se notaba la presencia del Consejo.

El Consejo Superior de Salubridad recabó información mensual con respecto a los nacimientos y las muertes, los enfermos hospitalizados según enfermedad causal; de los dos primeros eran enviadas por las parroquias que desde la Colonia asumieran esta actividad ante la presentación de los recién nacidos para el bautizo y porque los cadáveres se sepultaban en los panteones ubicados en las iglesias; los enfermos hospitalizados estaban en manos de religiosas y religiosos. Ante la intervención de Estados Unidos con fines expansionistas (Delgado. 1993), se produjo un enfrentamiento armado entre ambos países, lo que iriginó que el gobierno mexicano le encomendara al Consejo la organización de hospitales de sangre (110)

Estableció tres: uno en la Universidad a cargo del químico Ríó de la Loza quien contó con siete profesores de medicina y cirugía, dos controladores, tres practicantes, un flebotobiano, dos enfermeros, cinco hermanas de la caridad (111) y una señora voluntaria. Otro ubicado en la "casa de ejercicios" bajo la dirección de Joaquín Villa, vicepresidente del Consejo, quien contó con seis profesores de medicina y cirugía, cuatro practicantes, un contralor, dos enfermeros y cinco hermanas de la caridad y una señora voluntaria. Un tercero cuya dirección fue encomendada al Dr. Manuel Robredo, no se sabe quien colaboró con él.

(109) Sitios en donde se depositaban las deyecciones llevadas por los camiones exprofesos que eran conducidos por una tripulación.

(110) Destinados a la atención de los soldados heridos en los enfrentamientos armados.

(111) Preparadas para la enfermería académicamente. Alatorre. 1999. Pág 54

Los hospitales de sangre organizados por el Consejo se ubicaron en la Capital y en el resto del País estuvieron a cargo del cuerpo de Salud militar, el Ministerio de Guerra y Marina apoyados por cuatro servicios quirúrgicos también organizados por el Consejo (112)

Aun cuando no existían escuelas para la formación académica de las enfermeras, estas figuraron en las unidades señaladas, incluidas por la necesidad de otorgar a los enfermos la atención de enfermería que requerían, aun cuando la calidad fuera muy elemental, situación inevitable dada la falta de preparación de estas, pero que el Consejo y quienes dirigían las unidades de atención no visualizaban como necesaria en ese tiempo.

Ante la epidemia de cólera ocurrida en el país, una vez superada la crisis el Gobernador del Distrito Federal, Miguel María de Azcárate informó la suspensión del bando del dos de septiembre de 1850 que prohibía la introducción y venta de frutas, verduras, ciertas carnes, pescados; volvían a la normalidad pulquerías y vinaterías.

Estas prohibiciones tuvieron importantes repercusiones económicas y un costo social nada despreciable, motivo por el cual el Gobierno no hacía lo que el Consejo proponía o derogaba disposiciones fijadas en sus opiniones; esto da idea de la real autoridad que ese organismo tenía en la materia.

En el segundo imperio (1865 a 1867), Maximiliano determinó que el Ministerio de Gobernación integrara las dependencias que asumieran lo siguiente: 1) la policía de seguridad, ornato y salubridad; 2) la higiene pública y 3) las casas de beneficencia, hospitales y cementerios; con esta lógica en enero de 1866 quedó instalado el Consejo Central de Salubridad (hasta entonces Consejo Superior de Salubridad, que duró casi veinticinco años) y fue asignado José María Reyes como secretario del mismo, quien envió al Ministerio el correspondiente texto del acta, que a la letra decía:

"Reunidos en la casa del secretario del Consejo Superior de Salubridad, que suscribe, los señores D. Manuel Bermejo, D. Rafael Martínez,, D. Francisco González, D. Manuel María Carmona y el que suscribe como miembros titulares y los señores D. Aniceto Ortega, D. Domingo Arámburo, D. Lauro María Jiménez, D. Francisco Armijo. D. Ángel Iglesias, D. Agustín Andrade, D. Maximiliano Río de la Loza y D. Evaristo Bustillos, como adjuntos, se dio lectura a un oficio de los señores D. Gumersindo Mendoza y D. Alfonso Herrera, renunciando a la comisión que se les daba por sus muchas ocupaciones. Enseguida se dio lectura a la circular en la que se les citaba y a la parte de la ley que demarca las atribuciones del Consejo, y todos, prestaron el juramento correspondiente. Habiéndose declarado instalado el Consejo, se procedió al nombramiento de comisiones para proponer los reglamentos higiénicos, y se acordó que los miembros titulares formaran el correspondiente a la corporación" (113)

(112) AHSSSA. C.136. Exp. 3, 446.

(113) Fernández. 1978. Pág. 55

Las atribuciones y la organización que debía seguir el Consejo, estuvo contenido en la Ley sobre Policía General del Imperio, en la que además se señaló que ese organismo se apoyaría para dar cumplimiento a sus encomiendas, en las Juntas subalternas de salubridad en las capitales de los Departamentos, las juntas de sanidad de los puertos y de delegaciones de sanidad en el resto de las poblaciones.

Con respecto a los miembros titulares se señaló que deberían ser tres médicos y dos farmacéuticos; de los adjuntos serían dos químicos, dos veterinarios y el resto por médicos cirujanos.

Desde luego la partera seguía sin pertenecer a este organismo, situación incompatible con la postura médica posterior en la cual además de incorporar los conocimientos de obstetricia al plan de estudios, en el futuro cambiarían la denominación del título que diría "médico, cirujano y partero"

Este nuevo Consejo extendió su intervención hasta los temascales que deberían tener determinadas características para obtener la autorización para funcionar; incorporaron lo relacionado al agua potable, rastros, la construcción de hospitales, normaron el manejo de enfermos "que constituyeran un peligro para la salud de los demás"; cárceles, fábricas, la notificación de casos de envenenamiento criminal y aborto, y el establecimiento de un incipiente certificado de defunción; por otro lado se les encomendó el cuidado de los criaderos de sanguijuelas y gusanos hematófagos (114)

Las modificaciones que se dieron en esta etapa significaron que el Consejo tuviera una cobertura nacional y no sólo en el Distrito Federal. El emperador expidió un decreto por medio del cual liberó a los peones endeudados; limitó las horas de la jornada de trabajo a diez horas, abolió los castigos corporales, obligó a los patrones a proporcionar asistencia médica a los jornaleros y estableció escuelas gratuitas (115)

Sin embargo esas medidas no se instrumentaron en el beneficio de la población; al menos en salud, las condiciones continuaron iguales, lo que generó que se enfrentara, los estragos de las epidemias, la alta mortalidad infantil y la presencia de enfermedades transmisibles, entre otras.

Con la caída del imperio y la reestructuración de la República, el Consejo recuperó su antigua denominación, conservó las nuevas atribuciones asignadas y como una de sus primeras intervenciones de ese momento, fue dada ante casos de tifo (116) que se presentaron en el Hospicio de Pobres (117) en donde además constataron

(114) Se utilizaban para extraer sangre, procedimiento empleado básicamente en el tratamiento de todas las enfermedades. (Martínez. 1993).

(115) Delgado. 1993. Pág. 175

(116) Enfermedad transmisible por parásitos del cuevo cabelludo.

(117) AHSSA. Caja 10, Exp 13

las deplorables condiciones sanitarias que privaban; participó en asuntos de regulación de la prostitución por considerarla un problema de salud pública, especialmente en lo que se refiere a la transmisión de enfermedades venéreas, principalmente la sífilis, padecimiento altamente contagioso que generó en el paciente periodos de crisis con lesiones visibles y etapas latentes por afectar órganos internos a largo plazo.

Durante esta gestión el Consejo solicitó la clausura de un dispensario homeopático por no contar con los "requisitos de la ley" aun cuando el Presidente Antonio López de Santana durante su pasada gestión, expidiera títulos de médicos homeópatas, y estableciera un hospital homeopático.

El Consejo Superior de Salubridad logró que la vacuna antivariolosa (118) fuera aplicada en forma obligatoria, lo que se certificó a través de registrar la palabra "vacunado" en el acta de nacimiento que se expedía en el Registro Civil y el incumplimiento equivalía a aplicar multa de cincuenta centavos a diez pesos; esta certificación fue requerida por los establecimientos de Instrucción y Beneficencia, quien en caso de detectar una persona no vacunada debía proceder a aplicársela.

Con el propósito de ejercer el debido control sobre la vacunación, se establecieron varios sitios para su aplicación: uno central, en la casa del inspector general el médico Luis Muñoz y cuatro sucursales: el hospital de San Hipólito, la parroquia de Santa Ana, la casa de la pólvora cita en la plazuela de San Lucas y en la escuela Municipal ubicada en la calle del Sapo # 8. Por cada vacuna que aplicaban los médicos se les pagaban dos pesos. En el resto del País se estableció una organización similar para este fin.

La vacunación estuvo a cargo de los médicos por la consideración de riesgo que se tenía ante el manejo de una sustancia purulenta a la que le conferían un cierto grado de desconfianza; más adelante con estas mismas características del producto, la aplicación fue asumida por las enfermeras, no identificado en los registros elementos para determinar las causas de esta transferencia.

Justamente por los temores manifestados, la Academia de Medicina formó una comisión que dictaminaría los riesgos reales y concluir con el debate que se había generado entre los médicos al respecto y que los tenía inquietos.

El Consejo enfrentó una severa crisis que originó la propuesta de su desaparición (1877); había albergado a prominentes médicos como Gabino Barrera, Manuel Carmona y Valle, e integró a nuevos miembros entre los que se identifica a Eduardo Liceaga, Aniceto Ortega, Ladislao de la Pascua.

Es en 1877 cuando Gobernación determinó que el Consejo pasara a depender de

(118) Producto que prevenía la enfermedad denominada viruela.

la Dirección de la Beneficencia Pública quien no les dio ningún soporte económico; Gobernación pidió se definiera la situación del organismo para lo cual integró una comisión que decidió su desaparición a partir de un documento con la resolución que fue firmado únicamente por el Dr. Eduardo Liceaga; el documento contenía además la propuesta de transferir las atribuciones a la Academia de Medicina.

Esta situación es una clara nota de la noción de salud prevaleciente en el gremio médico y que no había sufrido ningún cambio desde tiempo atrás; por otro lado era el médico el único personaje en el campo de la salud, que pertenecía a un gremio ex profeso con pretensiones de adquirir el nivel de decisión político (119) y sobre todo la ideología del Dr. Liceaga defensor del status de su profesión, y que en su oportunidad daría resultados de gran envergadura para estos.

Aun cuando se cita en las fuentes bibliográficas consultadas, la situación de descalificación del Consejo por parte de las autoridades políticas, no se menciona nada con respecto a los beneficios reales que la población tuvo con la presencia o por la falta de apoyo que enfrentó; los resultados plantean únicamente financiamiento, sueldos de los miembros y remoción de su dependencia.

El Consejo permaneció por orden presidencial y volvió a depender de Gobernación; se designó presidente de este al Dr. Ildefonso Velasco, secretario al Dr. Nicolás Ramírez de Arellano y tesorero al Dr. Domingo Orvañanos.

Los descubrimientos de Roberto Koch generaron una nueva lógica de la salud en México en los últimos años del siglo XIX (120); erradicaron las ideas de "miasmas", se importaron los conocimientos sobre el cólera (121), de la cual se determinó que el agente causal se eliminaba por las heces fecales diarreicas, que debido a sus toxinas "envenenaba" al organismo; planteó la recomendación de hervir el agua para beber y la perfecta cocción de los alimentos; el manejo de los excrementos con ácido fénico.

Estos y otros hechos sobre descubrimientos de agentes causales de enfermedad, originaron conceptos nuevos sobre inmunidad natural y adquirida y el inicio del desarrollo de la industria farmacéutica tan particularmente favorecida en tanto se requerían desinfectantes o antisépticos y medicamentos para los tratamientos.

Sin embargo la noción de salud no cambió en esencia, lo que se deja ver claramente en las decisiones adoptadas en el manejo de los enfermos circunscribiéndose a la aplicación de tratamientos, pero no al establecimiento de acciones en el terreno preventivo, ni pugnando por el mejoramiento de las condiciones ambientales coadyuvantes.

(119) Propusieron que el Gobierno reconociera a la Academia como cuerpo consultivo en consideración a que eran la corporación más antigua. Lograrían esto hasta el gobierno del Presidente Madero.

(120) Aun cuando los primeros años del siglo se habían hecho descubrimientos de este tipo en los países de Europa

(121) Se considera como producto de las deficientes condiciones de saneamiento ambiental en que vivía la población, como resultados de la situación socio económica.

Con una nueva identidad basada en el apoyo de Gobernación y en las nuevas atribuciones conferidas por Maximiliano, el Consejo funcionó realmente y fue durante la administración del Presidente Manuel González, y el ministro, el general Carlos Díez Gutiérrez que funcionó como autoridad sanitaria y fuera consultado por el ministerio en asuntos de higiene pública.

A la muerte del Dr. Ildelfonso Velasco fue designado como presidente del Consejo Superior de Salubridad el Dr. Eduardo Liceaga quien señalara en sus escritos que:

"...el Consejo pensó en el que esto escribe, contando sin duda con que la amistad personal que me ligaba con el señor general Díaz, Presidente de la República (122) y con el señor licenciado Manuel Romero Rubio, en aquella época ministro de Gobernación, podría servir de lazo de unión entre la autoridad administrativa y el Consejo..., creí que sobre todo buscaba la influencia que pudiera yo tener, como amigo, sobre las autoridades..." (123)

La posición privilegiada del Dr. Liceaga fue dada desde el primer gobierno del General Díaz, declarado como integrante del Consejo buscando beneficios personales sin considerar a la población mexicana; el inicio de la dirección del organismo en manos del médico Liceaga ganó grandes beneficios al grupo menospreciado en el pasado, pero elevado como asesor del Presidente en esta nueva etapa.

El Consejo fue definido por el Dr. Liceaga, como un organismo cuya función medular fuera la higiene, vista esta como la salud de las colectividades o grupos, que sólo había quedado en el discurso, ofreció prepararse puntualmente en esto ante su reconocimiento de no poseer conocimientos al respecto en tanto no tuvo aproximaciones de este tipo en la escuela de medicina.

Con la designación de Eduardo Liceaga como presidente del Consejo, se inició una etapa nueva que a decir del propio médico "Se renovaba, por elección, la presidencia del consejo cada mes y al siguiente de mi entrada mis amigos tuvieron la exquisita deferencia de nombrarme presidente, elección que renovaron todos los meses posteriores", y que análogamente a la permanencia del general Díaz en el gobierno de la República, se extendió a veintiocho años (1885 a 1903).

La presidencia del Dr. Liceaga estuvo cargada de decisiones adoptadas (124) de las asumidas por los Estados Unidos como aquella en que determinó que los buques procedentes de Europa, que llegaran por Veracruz y que trajeran casos de cólera o personas sospechosas de padecer esta enfermedad, fueran llevados éstos a la Isla de Sacrificios en donde permanecían en aislamiento hasta su recuperación y determinar que no enfermarían; acciones similares a la que los norteamericanos realizaba a partir de la Isla Ellis y otra, antes los inmigrantes extranjeros (125)

(122) Segundo periodo del Presidente Díaz.

(123) Fernández. 1978. Pág. 59

(124) Sin un análisis con respecto a si estas medidas eran las idóneas para nuestro País y si los resultados que aquella nación en realidad obedecían a estas acciones en tanto que rápidamente fueron substituidas por ser innecesarias.

(125) Delgado. 1993. Pág. 162

Aun cuando en el discurso se asentó que el Consejo Superior de Salubridad representaba una autoridad en salud de ámbito nacional ya desde la administración de Díaz, el Dr. Liceaga puntualizó que los puertos y ciudades fronterizas respondían a las estrategias que cada gobierno estatal determinara y que el riesgo real respecto de las epidemias era que las medidas de ingreso al País carecían de uniformidad, hecho que lamentablemente generó resultados inconvenientes pues se propició la epidemia de cólera ya citada.

Esto es una clara evidencia de que las influencias del Dr. Liceaga sólo beneficiaron a los miembros del Consejo, nunca a la población que al menos en las declaraciones oficiales "era la razón de ser del organismo" pero que no tradujo en acciones para estos, para garantizar la seguridad por las epidemias que enfrentaron frecuentemente diezmandolos en sus integrantes más vulnerables: los niños y los ancianos.

Los puertos y fronteras anteponian los intereses económicos que se trastocaban con la limitación y prohibición de entrada al territorio nacional, obedecían a que México era una nación con un "gobierno financiero" en el que "una hábil gestión sustituía la honrada economía", no importó el costo real de estas medidas.

Finalmente se logró que las medidas conducentes sobre salud fueran determinadas por el Consejo, se asentaron en el Código Sanitario, en todo el ámbito nacional; en este documento se declaró la obligatoriedad de los médicos, directores de escuelas y colegios, jefes de talleres y fábricas y aun de jefes de familia de informar a la autoridad sanitaria, la existencia de enfermedades transmisibles, aislar a los enfermos contagiosos, la desinfección de habitaciones y objetos ocupados por enfermos de este tipo.

Pero la importación de modelos del extranjero, concretamente de Europa y de esta de Francia, continuaron y se incrementaron; así se formuló el reglamento de Sanidad Marítima que a decir del Dr. Liceaga "... de acuerdo con los actuales progresos de la ciencia sanitaria..."; viajó nuevamente al viejo continente con el propósito de descansar y realizar estudios médicos y quirúrgicos y como:

"[...] Se hacia prácticamente la higiene en las grandes poblaciones[...]", a dos años de asumir la presidencia del Consejo; asistió al Congreso Internacional de Higiene (al cual no había sido invitado) en la ciudad de Viena de donde adoptó la noción del sistema para la transportación de aguas servidas al exterior de las casas hasta las afueras de las ciudades; en ese entonces los habitantes de la Capital mexicana aun arrojaban los desechos a la calle como durante la Colonia; en este mismo tema visitó Londres, Brúcelas, Bélgica, esta última de donde importó las medidas de aislamiento para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas a través del establecimiento de "pequeñas casas para alojar a las personas que rodeaban a los enfermos en aislamiento, [...] este procedimiento se aplicaba a los obreros y a la gente pobre, pues los de la clase acomodada eran aislado en su propio domicilio"; "[...] me enseñó la manera de hacer prácticamente la fumigación de las habitaciones[...]; Ya en París había yo aprendido[...] la

desinfección de las ropas en las estufas de Genest y Hersher" las cuales adquirió y trajo a México. (126)

En Berlín pudo observar los procedimientos de fertilización de la tierra con aguas servidas y la potabilización de estas hasta obtener agua para consumo humano; en Roma observó el transporte de agua potable a la ciudades a través de acueductos; visitó también al Dr. Pasteur que recién había descubierto la vacuna antirrábica, la que trajo a México y se efectuó la aplicación de esta vacuna por primera vez en abril de 1888 y se creó el primer servicio para aplicar esta vacuna que fue denominado Instituto Antirrábico y se puso al frente a un médico jefe (127)

Lo anterior reitera el peso del referente europeo en la política mexicana, tal fue la decisión del Presidente de la República de lograr un país similar a los de aquel continente, que no había límite para que sus colaboradores y asesores viajaran para esas latitudes y adoptaran lo correspondiente a sus diversas especialidades.

Esta situación se reflejó en el Consejo Superior de Salubridad quien después del regreso de su presidente se dio a la tarea de generar diversos reglamentos sobre aspectos de saneamiento básico, esto es las instalaciones de aprovisionamiento de agua, manejo de desechos y basuras, ventilación de las viviendas, entre otras; sobre sanidad en diversas áreas, venta y manejo de medicamentos, impuestos sanitarios y algunos referentes a procedimientos técnicos de la salud como: práctica antiséptica en la atención del parto; la proyección del Consejo fue en aumento y su autoridad impuesta ante las protestas no escuchadas de la población como lo cita el Dr. Liceaga en un fragmento de sus recuerdos:

"El Consejo imponía la obligación de desinfectar las habitaciones en donde había habido casos de enfermedades transmisibles...no estando el público acostumbrado a las intervenciones de la autoridad en su domicilio privado, oponían una gran resistencia... por el temor de que las sustancias desinfectantes alteraran las telas de que estaban revestidos los muebles, los tapices, las alfombras, los cuadros, los marcos dorados de los espejos, etc., otras veces porque acudían a sus médicos..., que casi nunca era bien ejecutada..."; "Con las mismas dificultades tropezó la visita domiciliaria... para conocer las instalaciones sanitarias en cada casa...". (128)

Ciertamente se importaron avances en la Salud Pública pero estos nuevamente se circunscribieron a la capital y a la denominada "clase acomodada" (129), como lo señaló el Dr. Liceaga en sus escritos, en tanto las condiciones que señala sobre la vivienda de la población rebasó con mucho aquellas que enfrentaba la mayoría, quien desde luego no tenía alfombras, tapices y demás, ni tampoco tenían médicos que los atendieran en la enfermedad.

La autoridad del Consejo se imponía pues continuaba sin impactar, aun cuando se

(126) Fernández. 1978. Pág. 77

(127) Fernández. 1978. Pág. 62

(128) Fernández. 1978. Pág. 63

(129) Rojas. 2000. Pág 103

habían traído "los avances de Europa", estos que fueron adoptados y no traducidos a las situaciones del País, sólo eran seguidos si alguna empresa privada los objetivizaba como ocurrió con aquellos reglamentos sobre urbanización que pretendieron introducir como condición la construcción de casas habitación y que únicamente en nuevos fraccionamientos pudieron imponer y hacer que trabajara la Comisión de Ingeniería Sanitaria (130) de ese organismo, cuyas funciones se extendían también a rastros, establos, pensiones de caballos, etc.

También trajo a México conocimientos sobre insectos vectores (131), de parasitología, sobre vacunas y sueros preventivos y curativos; además algunas medidas para el manejo del enfermo transmisible ya citadas, entre las cuales estuvo la colocación de un rótulo en su casa indicando su presencia para que favorecieran el aislamiento vigilado por el médico inspector sanitario.

Durante la administración del Dr. Liceaga el Consejo se integró además de él con diez vocales de los cuales seis fueron médicos, un veterinario, un farmacéutico, un ingeniero sanitario y un abogado; creó el puesto de secretario general y el de oficial mayor. Alguno de sus miembros estudiaron en París asuntos como la parasitología y continuó adquiriendo equipo francés para el laboratorio como microscopios, accesorios de microfotografía, de proyección entre otros más, además de periódicos de higiene, de ingeniería sanitaria, libros y otras publicaciones periódicas para completar la biblioteca, tales como: archives of internal medicine, bolletin de l'Intitute Pasteur, bolletin general de thérapeutique, comptes reudus hebdomadaires de l'académie de sciences y muchos títulos más.

Desde la lógica del presidente vitalicio del Consejo, estableció lazaretos en varios puertos e islas de entrada al país y logró que se incrementara el presupuesto de \$ 36 000 a \$ 741 155 y señaló que esto:

"[...] se debió principalmente al apoyo del señor general Díaz durante el largo período que duró su presidencia. El señor general Díaz dio esta amplísima protección a todas las obras que se refieren a la higiene, convencido, como los mejores estadistas del mundo, de que todo lo que tiende a conservar la salud, a prolongar la vida y a mejorar la especie humana, es la base fundamental del engrandecimiento de una nación. Consigno aquí este voto de agradecimiento del consejo a nuestro gran hombre". (132)

Licéaga logró que la salud y la higiene de ese momento se reflejara en el panorama epidemiológico; que aquellas epidemias que tanto la diezmaron pertenecían al pasado, que los niños y las madres ya no murieran en tan altas proporciones, que los índices de vacunación hicieran que prácticamente nadie enfermara y se estuvieran tocando los límites de la erradicación; pero lo que

(130) Organismo perteneciente al Consejo Superior de salubridad.

(131) Aquellos en cuyo interior el microorganismo completa su gestación y sirve de vehículo para transportarlo a personas sanas.

(132) Fernández. 1978. Pág. 64

realmente pone de manifiesto inequívoco es el beneficio que los integrantes del Consejo vivieron como nunca antes: cobraron un sueldo regularmente, diseñaron reglamentos de cuanto tema quisieron (aun que los siguieran pocos), viajaron a Europa incontables ocasiones tanto a descansar como a estudiar e importar conocimientos y equipo, contaron con un local propio, con instalaciones independientes para sus diversas comisiones y les fue otorgado el rango de órgano asesor del Gobierno; todo desde luego por haber designado al Dr. Liceaga presidente permanente, prácticamente autónomo, cuyas decisiones se aceptaban sin ningún cuestionamiento de nadie.

Por si lo anterior no hubiera sido suficiente, durante la gestión de esos veintiocho años, se efectuaron a instancias de México o como sede , un sin número de

eventos de corte nacional e internacional y su presidente asistió a otros tantos como representante del País, tanto con temas relacionados con la salud, como de temas diversos como:

"elaboración del código de derecho internacional", "patentes de invención, dibujos y modelos industriales", y "de marcas de comercio y la fábrica"; "tratado de extradición y protección contra el anarquismo"; "recomendación sobre la creación de una comisión arqueológica"; "convención relativa a los derechos de extranjería"; etc. (133)

Paralelamente a la existencia del Consejo Superior de Salubridad cuyos inicios fueron cuarentos, pero que alcanzara la prominencia citada, existía otro organismo que aglutinó a los profesionales de la medicina. Resurgió la Academia Nacional de Medicina (134)

Señala Somolinos que ante "la crisis que enfrentó la profesión médica":

"en 1835 alumnos del Establecimiento de Ciencias Médicas,[...]comenzaron a publicar un periódico en el cual informaban sus vicisitudes para aprender[...]"(Somolinos.1979).En el reglamento de las Comisiones Permanentes de la Academia se cita que "[...]en 1864, durante la intervención francesa nació la sección médica de la Comisión Científica, un año después se separó y pasó a ser Sociedad Médica de México; ocho años mas tarde adoptó el nombre de Academia (135) y en 1887 pasó a ser Nacional.

Con la intervención francesa como jefe del ejército, vino el médico Carlos Alberto Ehrmaun quien recuperó la asociación médica que se encontraba en un compás de espera justamente por el clima imperante, y de la cual fue designado presidente.

A la salida de los franceses, el médico Miguel F. Jiménez se hizo cargo de la

(133) Fernández. 1978. Pág 77

(134) Sus inicios se remontan a 1732; se reorganizará nuevamente en 1836 y después de una nueva suspensión, se retomó continuando hasta la fecha.

(135) Santoni1996. Pág. 177

presidencia de la Academia Nacional de Medicina, recuperó de esta manera la dirección por los mexicanos.

Desde esta dimensión la Academia tenía los más claros y legítimos propósitos gremiales al constituirse y funcionar en beneficio de los médicos, que no de la población a la cual entregaban sus servicios, y menos aun influir en otras profesiones de este campo del conocimiento, como lo sería más adelante la profesión de enfermería existente, aun en manos de personal surgido de la propia población sin una preparación académica expofesa.

Los médicos, como el resto de los profesionales de entonces, desde la etapa de independencia, quisieron entender el nuevo conocimiento europeo; trajeron libros, ideas de la medicina francesa que a decir de entonces, estaba inspirada en el sensualismo de Condillac y el idealismo de Hegel, nociones señaladas en el punto # 1 de este mismo capítulo.

Los referentes de estos dos filósofos europeos marcaron el quehacer de los médicos, para quienes Francia significaba lujo, elegancia, novedad en todo: historia, política, ciencia, que generó que muchos médicos viajaran a ese país para estudiar, como se citó al referirse al Consejo Superior de Salubridad y que además ejercía el control de la práctica médica.

En esta época la Ciudad de México presentó un panorama ecléctico; lo mismo se podían observar transitar ostentosos carruajes, la moda más elegante, que barrios y espectáculos insalubres, lóbregas plazuelas, oscuras callejas, zangas rebosando de inmundicias, anchos caños sembrados de desperdicios, sucios muladares, casuchas sin ventanas, lúgubres fondas y sucias pulquerías; hubo epidemias de: cólera e influenza (136), brotes de escarlatina y de mal del pinto; este panorama se había presentado tres años antes y había cobrado diez mil vidas en un mes, situación que generó la publicación de bandos, se prohibió todo lo que ofreciera riesgos de enfermar y se señalaron las severas sanciones sino se seguía lo indicado.

En realidad consultado sobre el Consejo Superior de Salubridad, no hay evidencia que permitan conocer cual era su posición de cara a la enfermería.

La Academia Nacional de Medicina que resurgió con dos propósitos fundamentales en el discurso: contribuir al progreso y extender los conocimientos y descubrimientos. La Academia se organizó a partir de secciones como: patología, higiene, medicina legal y estadística médica; medicina veterinaria; materia médica y farmacología; fisiología y antropología. A través de esta óptica, por áreas, se identificó la línea de pensamiento imperante, que si bien abarcó las especialidades desarrolladas en aquellos horizontes, no obedeció a las necesidades de la

(136) Padecimiento viral, cuyo inicio brusco con escalofrío, fiebre, dolor de cabeza y de articulaciones y decaimiento general, altamente transmisible. Acuña et al. 1990. Pág 98

población que enfermaba y moría de padecimientos como el cólera, la fiebre amarilla, el tifo, entre otras pertenecientes al terreno de las transmisibles, que requerían de atención comunitaria no hospitalaria. Lo comunitario incluía acciones de saneamiento básico, nutrición, mejoramiento de la vivienda, que poco tenían que ver con los planteamientos de la sociedad médica, excepto la sección de higiene.

Lo anterior se corrobora con lo que señala Fernández del Castillo:

"[...]Lo que se llamaba el tifo de México, el tarbadillo o fiebre petequial, era lo que hoy es para nosotros el tifo exantemático; en cambio del "typhus" de Europa, era la fiebre tifoidea" (137)

Pero las nociones se adoptaban, no se adaptaban de acuerdo con las condiciones propias del país, aun cuando fueran erróneas. La Sociedad Médica cambió su nombre a Academia de Medicina de México como una medida para renovar al organismo ante la apatía que mostraban sus integrantes; en 1877 esta empieza a recibir subvención del gobierno por determinación de la Cámara de Diputados y en 1878 pasó a depender de la Secretaría de Justicia e Instrucción Pública por disposición del Presidente Díaz (138)

Nuevamente se hizo evidente que la política propició coyunturas sabiamente utilizadas por el gremio médico, que durante el siglo XIX solidifica su identidad.

La profesión médica basada en la tradición de ser una de las más antiguas en el mundo y en el país, dimensionó su propia existencia desde una perspectiva que los ubicaba como poseedores de un liderazgo "nato e incuestionable"; con esto constituyó un organismo propio que le confería aun más prestigio y legitimó su superioridad como gremio y profesión.

De alguna manera quienes estudiaron medicina representaban a la clase pudiente, denominación dada por el mismo Dr. Licéaga en sus memoria y que parece referirse a lo que sería hoy la clase media alta y alta económicamente hablando, si se considera que la mayoría de las escuelas existentes eran privadas como resultados de la penetración del sistema lancasteriano quien dirigía en ese entonces el sistema escolar a través de centros intruccionales. La clase alta puso en manos de profesores privados la educación de sus hijos, estos profesores en muchas ocasiones no nacionales avocados en México; otra práctica muy extendida de esta clase social fue enviar a sus hijos al extranjero (139)

El considerarse privilegiados, ciertamente no fue exclusivo de los médicos, sino de abogados, ingenieros y demás facultativos de entonces, la educación no estaba al

(137) Fernández. 1956. Pág. 56

(138) Vázquez.1996. Pág. 78

(139) Estos no estudiaban en México, se preparaban en Europa (Martínez. 1996)

alcance de todos, eran notables quienes podían estudiar, lo cual no ha cambiado en la actualidad.

Desde esta lógica, los médicos incursionaron en colegios y academias, lo que generaba espacios propios de recreación, de identidades y de progreso académico, entre otros.

La medicina identificó el valor de constituir asociaciones científicas escenario sobre el cual defendieron su permanencia en la aproximación del campo de ejercicio laboral que en un momento dado fue cuestionada su existencia. Por estas mismas causas lograron sostener al Consejo Superior de Salubridad.

Es fácil entender que la filosofía vigente en la Academia Nacional de Medicina, correspondía a la de la escuela de medicina y después a la del Consejo Superior de Salubridad; sustentado esto en que sus miembros eran únicamente médicos.

Estos profesionales de las ciencias de la salud, conocedores de ser únicos en esta área del conocimiento, organizaron congresos nacionales avalados por las autoridades gubernamentales en donde se encontraban infiltrados médicos defensores de la hegemonía grupal; en estos eventos estaban también ingenieros, veterinarios, farmacéuticos, con la personalidad de "médicos".

Pero los médicos tuvieron que enfrentar lo que significaba la expulsión de la orden religiosa de las Hermanas de la Caridad quienes tenían en sus manos la asistencia de enfermos en los hospitales y generó que enfrentaran la situación de decidir el camino a seguir para solventar el problema de no tener quienes cuidaran a los enfermos.

La decisión fué que los practicantes médicos asistieran a los enfermos cuya atención fue complementada por enfermeras empíricas que desde antes habían sido contratadas por las religiosas.

Esta situación generó que el Consejo Superior de Salubridad, a través de su presidente el Dr. Eduardo Liceaga, buscara la solución en base a los referentes extranjeros, se identificó aquellos de atención a enfermos hospitalizados a partir de un recurso humano preparado ex profeso: la enfermera.

Sin embargo la reaparición de la Academia Nacional de Medicina, al igual que la del Consejo Superior de Salubridad, de acuerdo con la bibliografía existente, no intervino en el problema que se enfrentó para el cuidado de los enfermos hospitalizados por enfermeras empíricas, aun que su experiencia de viajar constantemente al extranjero, no identificaron nada en relación a enfermería, y la necesidad de que las enfermeras aprendieran como determinar que cuidados requerían los diferentes tipo de enfermos y otros conocimientos que posibilitaría un

cuidado de mejor efecto ante los procesos patológicos que la población enfrentaba.

Aun cuando se habían enfrentado epidemias que mermaron a la población y que había sido necesario atender a los enfermos en sus hogares, al parecer no se consideró el trabajo de la enfermera para estas situaciones.

Finalmente a enfermería no le fue útil ni ventajosa la existencia y la trayectoria de esos dos organismos para el campo de la salud, que normaron, programaron, evaluaron y controlaron tanto al personal formado en una profesión, como a aquel disponible tradicionalmente.

Esto se explora y plantea en el siguiente punto, en que un evento tan trascendental como fue la instauración de la primera escuela de enfermería, no tuvo ninguna participación de estos dos organismos, sino sólo intervino de la noción de una sola persona y sus intereses gremiales.

1.5. LA INSTAURACIÓN DE LA PRIMERA ESCUELA DE ENFERMERÍA EN MÉXICO; INICIO DE UNA PUGNA DE DOS PROFESIONES ⁽¹⁴⁰⁾.

En este apartado se trabajaron los paradigmas con que se crea la profesión de enfermería en su dimensión académica; entender su gestación en todos sus aspectos, y el antagonismo permanente con la profesión médica.

Fue un médico quien visualizó la creación de la primera Escuela de Enfermería; ¿pero cómo tradujo éste, las nociones vigentes en Francia, Alemania y Estados Unidos?; ¿qué motivó realmente a quien se ha identificado históricamente como el precursor de los estudios de enfermería?; ¿cómo se plantearon los beneficios que la población tendría con una nueva profesión de las ciencias de la salud?.

Revisar lo anterior permea las razones bajo las cuales nació la enfermería académica, esto es aquella que se originó por conocimientos ex profeso y el grado de participación que tuvieron quienes la ejercían, esto como una objetivación de la lógica de la política de salud de ese entonces, traducidas por quien tomaba las decisiones en este campo del conocimiento.

(140) Al ser formadas en la misma lógica del médico, esto es en el conocimiento, manejo, tratamiento y control de enfermedades desprovistas de enfermos, se genera una competencia en la cual la enfermera exige evidenciar su cuerpo de conocimientos en ese campo, su competencia al saber sobre tratamientos a partir de medicamentos y aun en el campo quirúrgico, sobre la determinación de los cuidados que el enfermo requiere y se enfrenta a la descalificación y la afirmación tásita de "sólo haga lo que se le ordena, usted no sabe, no es nadie para decidir lo que le conviene al enfermo, a mí no me va a enseñar nada sobre el paciente". Collière. 1999. Pág 109- 180

Como se ha expuesto anteriormente, quienes gobernaban esta época y sus colaboradores sintieron una gran admiración por Europa, concretamente por Francia y por los Estados Unidos; al parecer creían que de esta forma se tenía asegurado el éxito y progreso del país.

Se adoptaron modelos diversos en campos distintos, tanto de servicios, como académicos, pero no fueron traducidos a la realidad mexicana sino que fueron copiados en cada uno de sus puntos; en el campo de la salud Europa generó conocimientos, producto de las investigaciones sobre los agentes biológicos causales de enfermedad que fundamentaron el avance farmacológico y la industria fabricante de equipo y mobiliario para la atención del enfermo, situación comentada en puntos anteriores.

Las importaciones en salud, alcanzaron a la enfermería, que existía en el país desde la colonia y cuyo servicio sólo era para la atención de los criollos y españoles, básicamente en el período de enfermedad; aquellos otorgantes de esta atención en su mayoría fueron enfermeros empíricos del sexo masculino.

Con la llegada de la orden religiosa católica de la hermanas de la Caridad preparadas en Francia como enfermeras, se inició la atención preparada ex profeso del enfermo hospitalizado, en este campo.

Las religiosas convocaron a mujeres para incorporarse a la atención de enfermería del paciente hospitalizados en virtud del incremento de estos y ante el requerimiento de ayuda para ellas; sólo les pedían voluntad para ello; en el gobierno de Lerdo de Tejada, se aplicó la ley y expulsó la orden religiosa lo que generó que la asistencia hospitalaria de los enfermos quedara como se citó.

Entre las características de esas mujeres en cuyas manos quedó la enfermería, se estableció como requisito, que debían ser solas o sin familia, para posibilitar su residencia dentro de los hospitales para disponer de ellas en cualquier momento de día o de noche, como ocurriera con las religiosas; esto propició que las candidatas provinieran de diversos estratos sociales, básicamente viudas sin hijos y solteras de la clase baja económica, que no les importaba la imagen familiar de la época que descalificaba férreamente el hecho de que las mujeres vivieran fuera del núcleo familiar; y prostitutas a quienes dedicarse al cuidado de enfermos les aseguraba casa y comida, pero además se acercaban a la aceptación social "al lavar sus culpas con acciones de labor altruista".

La determinación de las religiosas para convocar a mujeres para ejercer la enfermería, tiene como referente los planteamientos de Collière que señala:

"... Los cuidados proporcionados por mujeres, alientan la idea de que cuidar dignifica y eleva la condición de los pobres, los desfavorecidos, los más desprovistos..."

Las mujeres siempre han sido curanderas[...], han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas... Sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas... Durante miles de años, los cuidados habituales, es decir los cuidados que sustentan la vida de cada día, están vinculados fundamentalmente a actividades de la mujer. Es ella quien da a luz, es ella la encargada de "ocuparse de todo lo que mantiene la vida cotidiana en sus menores detalles" (141)

Lo declarado por Collière, establece claramente el perfil de la enfermera que en ese entonces se tenía para determinar a quienes convocar para trabajar en el hospital en el cuidado de los enfermos.

Por otro lado, si se visualiza que las mujeres-enfermeras ejercían por tradición "una medicina sin diploma", es justificable el nacimiento de esa citada pugna, al acotar el cuidado de estas de los enfermos, que entre otras declararan y sostuvieran que "las enfermeras sólo deberían cumplir sus órdenes" y su calidad de "ayudantes del médico" (142)

Con la salida de los españoles, después de la Independencia del País, los hospitales que aun funcionaban, abrieron las puertas a los mexicanos que así lo requirieron ante la serie de epidemias de que fueron víctimas; los conocimientos importados sobre las bacterias, hicieron que el médico visualizara la nueva complejidad de la asistencia a los enfermos, hecho que generó la aproximación de los facultativos nacionales a sus eternos referentes extranjeros e identificaron que además del médico, se preparaba a la enfermera (143)

Cada jefe (144) de hospital desarrolló diversas estrategias para cubrir la condición de disponer de "enfermeras capacitadas", así algunos diseñaron programas de adiestramiento de duración y contenido variable. La adopción de modelos para la preparación de este personal, se aterrizó a la realidad desde de la autoridad del campo de la salud quien eliminó las características que Francia, Alemania y Estados Unidos trabajaron sobre la preparación de las enfermeras.

Florencia Nightingale consideró en ese entonces que la educación de la enfermera debía hacerla "la enfermera en el lecho del enfermo", al traducir el modelo de ésta, Francia y Estados Unidos determinaron poner al frente de las escuelas de enfermería a mujeres que fueran enfermeras; Alemania una vez superado el modelo Kaiserswerth ya descrito, a partir del surgimiento de un grupo de enfermeras que manifestaron su descontento lo que les ganó ser identificadas como "hermanas rebeldes" o "hermanas libres", desarrolló el modelo Nightingale.

(141) Collière. 1999. Pág 20-23

(142) Licéaga. 1978. Pág 25

(143) Jamelson. 1980).

(144) Durante la permanencia de la orden religiosa Hermanas de la Caridad, estas fungieron como directoras de los hospitales, denominadas "administradoras" como ocurriera en los Estados Unidos (AHCM. 1862)

Al importar esas nociones a México, el Dr. Eduardo Liceaga, en su calidad de autoridad máxima en salud, declaró que el "médico requería de contar con un asistente capacitado para garantizar la atención del enfermo" y que "solicitaría al señor Presidente de la República la creación de una Escuela para formar enfermeras" lo que permitiría disponer de personal preparado y así lograr la idea de agrupar a los hospitales existentes en la capital en uno sólo y de esta manera propició la construcción del Hospital General.

Viajó nuevamente a Europa para identificar las características del hospital, su funcionamiento y diseño; allá observó además que la atención del enfermo se encontraba en manos de enfermeras adiestradas para lo cual visitó algunas de las escuelas existentes en varios de los países de aquella zona, pero el Dr. Liceaga modificó lo observado, determinando lo que señala la Lic Hinojosa:

"[...]observó la organización y funcionamiento de las escuelas de enfermería,[...] y retomó lo observado[...] para la enseñanza de las enfermeras que iban a laborar en este nuevo hospital" (145); esto fue modificado en una parte esencial cuando determinó "que debían ser enseñadas por los médicos[...]" (146)

A su regreso a México el Dr. Liceaga promovió un curso de adiestramiento de enfermeras de dos años de duración, del cual egresaron treinta personas, quedado trece en el Hospital General; a esta enfermeras capacitadas se les denominó "enfermera primera" como una diferenciación de aquellas que no tenían estudios.

El Dr. Liceaga tuvo muy presente su influencia con el general Díaz, quien a esas alturas de la administración a su cargo, enfrentó un cambio radical como lo señala Luis Cabrera al manifestar que "... hasta 1900, el gabinete del general Díaz había sido un cuerpo meramente administrativo;... en adelante lo vemos convertidos en un cuerpo político..."; se generó tal movilidad en el gabinete alcanzando a gobernación de donde dependía en Consejo Superior de Salubridad (147)

El Presidente de la República, preocupado por una situación nueva para su gobierno, al ser solicitado por su gran amigo el Dr. Liceaga la fundación de una Escuela para Enfermeras, dejó en manos de este ese proyecto en todos sus aspectos; el presidente del Consejo Superior de Salubridad, desarrolló una serie de acciones para la creación de la citada escuela, así realizó la convocatoria para reclutar candidatas, que deberían cubrir los requisitos establecidos: tener primaria terminada, buena salud, veinte años de edad y una constancia de buena conducta. (148)

El Consejo Superior de Salubridad obtuvo una respuesta satisfactoria y se inició la capacitación de enfermeras, (se recordará que no eran sujetos de ningún tipo de

(145) Se refiere al Hospital General.

(146) Martínez. 1978. Pág. 89

(147) Hinojosa. s/f. Pág. 5.

(148) Zertuche. 1988. Pág. 102

formación escolar), aun sin el diseño de un plan de estudios; en 1906 se aprobó el programa que se siguió para prepararlas, con una duración de tres años y cuyas características fueron las que se señalan en la figura # 2. "Las alumnas requerían estar Internas en el hospital "... con el fin de avalar una atención permanente las veinticuatro horas; se exigió mucha pulcritud y limpieza en su persona y uniforme, este último se lo daba la institución" (149). El desarrollo del programa de estudios (figura # 2), quedó bajo la dirección de un médico.

El concepto de enfermera de las autoridades mexicanas, que encabezaba el Dr. Liceaga, fue en desacuerdo con los planteamientos de Florencia Nightingale y la de aquellos países donde existían escuelas de enfermería desde inicios del siglo XIX; para los médicos que en esa época manejaban la política de atención a la salud y la educativa en esta rama, la idea presente era que la enfermera "sólo era ayudante del médico", como lo señaló el Dr. Liceaga (150) y por tanto con lo planteado en el plan de estudios era suficiente.

Desde luego que de acuerdo con lo que quienes ejercían la enfermería, el fin de esta era el cuidado de los enfermos, sin considerarse si estaba o no de acuerdo el médico y desde luego muy lejos de lo que aun únicamente ayudante, le correspondía. Cierto es que el médico era quien establecía los tratamientos a seguir con el enfermo, pero también es cierto que la enfermera realizaba acciones de logística, dietología, acondicionamiento de áreas, manejo del grupo familiar del enfermo, aprovisionamiento de medicamentos, su preparación química y su ministración, lavado y arreglo de ropa de cama y del enfermo y otras más.

Todo esto requería de saberes como administración, psicología, sociología, filosofía, bioquímica, parasitología, psiquiatría, obstetricia, entre las necesarias que debieron ser incluidas en el programa de estudios (151). En la figura # 2, que señala las asignaturas que cursaban cada año las estudiantes de enfermería también dan sustento para que se hubieran incluido algunas de las asignaturas que se proponen como obstetricia, psiquiatría y psicología, si se considera que el cuidado implicaba no sólo la atención del cuerpo, como lo consideraba la medicina.

Con el contenido del plan de estudios de entonces, se identifica claramente que la enfermera era preparada únicamente para el cuidado de enfermos, siempre bajo las órdenes del médico que sólo concebía a la enfermedad como su objeto de estudio, en tanto que aun cuando la noción de cuidado implicara una relación de cuidadora-persona cuidada, como define Henderson "... la asistencia del individuo enfermo..., en el cumplimiento de los actos que contribuyen ... al restablecimiento de la salud y que llevaría a cabo por sí mismo, si tuviera bastantes fuerzas, voluntad y saber" (152)

(149) Jamelson. 1978. Pág. 223

(150) Jamelson. 1978. Pág. 226

(151) Pérez. 1985. Pág. 56

(152) Collère. 1999. Pág. 142

En México el modelo inglés fue totalmente distinto; su creadora Florence Nightingale que enfrentó y rebasó la oposición de los médicos para la formación académica de las enfermeras, aquí no lo logró; si la formación de este personal había sido determinado por otro profesional de las ciencias de la salud, estos habían de ejercer un control que representó entonces un grillete aun presente a finales del siglo XX.

Figura # 2

Plan de Estudios *

Primer Año	Anatomía, Fisiología y Curaciones
Segundo Año	Higiene Curaciones en General Pequeña Farmacia
Tercer Año	Curaciones Cuidado de los Niños, Parturientas y Enajenados

* Tomado de Jameison. 1980. Pag. 365

Pero el Dr. Liceaga enmascaró esa noción mexicana de la enfermería y en base a la postura porfiristas de importación del extranjero, gestionó lo procedente para obtener enfermeras de origen alemán y norteamericano para dirigir el Hospital General próximo a inaugurarse, hecho ya citado anteriormente; estas enfermeras dejaron prematuramente el país, situación que no deja de tener visos de peculiaridad para esa época lo que puede interpretarse desde dos dimensiones: una, que la amenaza muy evidente de quebrantamiento de "la paz" generara en aquellas la conveniencia de retirarse, y la otra, que su desarrollo profesional de calidad, acorde a su preparación académica, fuera motivo de inquietud para la profesión médica, al generar en las mexicanas la pretensión de imitarlas y exigir una independencia de estos profesionales, por otro lado quizás ofrecía una competencia en la atención del paciente tanto dentro del hospital, como en la asistencia domiciliaria muy asentada en sus países de origen y fueron objeto de "agradecer su apoyo", e invitarlas a retirarse.

Por los resultados históricos enfrentados por las profesionales de la enfermería, parece que la segunda posibilidad tiene su sustento que sin duda fue reforzada por los movimientos sociales creciente de entonces y que fue adoptado como la causa oficial de su retirada de México. La efímera presencia de las enfermeras alemanas, en menos de un año, nunca ha sido sustentada, posiblemente el Dr. Liceaga no

obtuvo los resultados que tenía en su imaginario de que estas profesionales fungieran como excelentes "ayudantes médicas", lo que generó que volteara su atención hacia los Estados Unidos en donde también tenían una tradición y logró que se incorporaran dos de ellas, pero tampoco representó lo que se esperaba e igualmente prescindió de su apoyo, no sin obtener un plan de estudios formulado por ellas para la formación de enfermeras y que no se disponía de su contenido, lo que hace que se ignoren sus coincidencias y divergencias de aquel que se venía desarrollando (anexo # 2).

Que el Consejo Superior de Salubridad a través de su presidente hubiera recurrido al extranjero no fue una novedad, lo que realmente fue peculiar es que no haya recurrido a Francia en el entender de que a quien el Presidente Díaz pretendía que México se pareciera, era a ese país y por otro lado, era el país del cual habían tomado lo procedente para la carrera de medicina. Francia poseía una cimentada tradición en preparación de la enfermera en ese entonces.

Con todo esto y una vez obtenido el aval presidencial, en 1907 se inauguró la Escuela de Enfermería con sede en el Hospital General y más adelante, con una dependencia administrativa de la escuela de medicina que dirigía el Dr. Liceaga, quien diseñó el reglamento que rigió el funcionamiento de esta.

Los acontecimientos acaecidos en el país, ocupaban la atención del Presidente; la industria, el comercio y los servicios, los fabricantes, los banqueros y los altos funcionarios gubernamentales constituían una elite de residentes en las ciudades como Guadalajara, Puebla, Mérida, Querétaro, Monterrey y San Luis Potosí con características comunes con respecto a las condiciones de salubridad deficiente; la iniciativa privada estuvo constituida básicamente por extranjeros con espíritu de egoísmo gracias al cual logró beneficios abundantes que no quiso compartir las ganancias con su mano de obra, formaron una burguesía ostentosa que conoció muchos placeres (154)

La educación oficial fue para los ciudadanos de clase media y alta económicamente, sobre todo la educación superior; las relaciones obrero patronales se deterioraron y algunos gobernadores advirtieron de esto sin hacer nada; se produjo la huelga de Cananea, la protesta de los obreros textiles de oriente y el conflicto de los ferrocarriles del norte entre otros, se constituyó el Gran Círculo de Obreros Libres, los empresarios textiles empezaron a pagarles menos a los trabajadores, exigiéndoles más.

Por otro lado se deterioró de manera importante la dieta de la población debido básicamente a las técnicas de siembra sujetas al temporal y que generaron un déficit de alimentos que necesariamente afectó lo que consumían, tanto por la carencia, como por los costos existentes.

(154) González. 1993, pág. 78

En este clima se inició el funcionamiento de la Escuela de Enfermería como ya se citó, con un programa académico que sería cambiado cada año por el director del hospital (155), su desarrollo se apoyó en el documento conocido como "manual práctico de la enfermera" (156) de origen estadounidense cuyo contenido "podían cambiar a iniciativa de ese director y con la aprobación de la Dirección de la Beneficencia"; las clases se dieron una vez por semana para lo cual la dirección proponía a los médicos que fungirían como maestros.

En el panorama internacional los países que tenían escuelas de enfermería, sus egresadas desarrollaban acciones en la comunidad como visitadoras domiciliarias, permitiéndose superar muchos de los problemas sanitario asistenciales.

El Dr. Liceaga a quien el gremio médico y algunas enfermeras le reconocen sus "acciones vanguardistas" en lo que él denominó "Higiene Social" cuyo principal fin fue "...evitar que los sanos enfermen", despreció el trabajo de las enfermeras en la comunidad, cuyas acciones hubieran hecho que los problemas de salud que cobraron vidas de la población humana, disminuyeran o se controlaran más prontamente en la historia mexicana como se demostró en los años venideros cuando apreció la enfermera visitadora.

La tradición alemana, descrita en el punto 1.3 de este capítulo, fue recuperada inexplicablemente, casi punto por punto por el Dr. Liceaga, al establecer la primera Escuela de Enfermería en México basada en ese modelo (157) y no otro de los más difundidos, exitosos y vigentes en otros países, incluyendo la misma Alemania, que para ese entonces había modificado esa primera aproximación de las diaconisas enfermeras que adoptó nuestro país.

Quizás estas decisiones y medidas dadas por el Dr. Liceaga evidenciaron la ausencia de un organismo rector que aglutinó a un grupo de personas, que debieron valorar otros elementos de la salud y sus recursos y no sólo la noción médica tan arraigada en este personaje que determinó el perfil de la enfermera, vigente hasta muy avanzado el siglo XX.

La Universidad Nacional inició su funcionamiento basado en la noción de ser "un centro tendiente a ahondar en todos los ámbitos de la ciencia..."; sin embargo la ya existente Escuela de Enfermería no fue considerada para integrarse a ella de acuerdo con el discurso que señalaba la función que esta naciente institución tendría. No hay claridad sobre esto, sólo que esa escuela pertenecía a la nación y su fin no correspondía al señalado para la Universidad.

El Dr. Liceaga tuvo la noción de que la enfermera dependía del médico, noción que trascendió hasta generar desacuerdos de ambas profesiones y originar un

(155) AHSSA. Caja 2, exp 18

(156) AHSSA. Caja 10, exp 2

(157) Se refiere al modelo Fieldner, descrito en la página 27, párrafo tercero, de este documento

antagonismo con la conciencia que las enfermeras adquirieron sobre la relevancia de su función frente al ser humano enfermo.

En 1907, año en que se inauguró el Hospital General se nombraron como jefes de enfermeras a las mexicanas Eulalia Ruiz Sandoval y María Quiroz, ante la partida de las extranjeras; más adelante, una de ellas sería nombrada jefe de enfermeras del mismo hospital; cabe mencionar que fue la primera enfermera mexicana egresada de la Escuela de Enfermería en ocupar este cargo (158)

Cuando la Escuela de Enfermería fué incorporada a la Universidad Nacional al estar incorporada a la escuela de medicina que fuera a su vez incorporada a la Universidad Nacional; la escuela de medicina ofrecía dos carreras más: la de Enfermera y la de Partera, estas dos tenían la misma duración y sus profesores eran médicos (159). Más adelante se estableció que para ser partera primero se debía ser enfermera.

La enfermera fue vista como "un verdadero auxiliar del médico", noción ya comentada en párrafos anteriores, lo que manifestó años más tarde la Enfermera y Partera Carmen Leija Paz de Ibarra durante la bienvenida dada a las estudiantes de enfermería; este hecho es puntualizado por la Lic. Hinojosa quien marcó que se pedía que quienes estudiaran esta carrera fueran sólo mujeres, obedeciendo esto a que "desde el seno familiar la mujer era educada para el sometimiento, la obediencia, el sacrificio y efectuar labores domésticas" (160)

Que la enfermería estudiara no fue la diferencia para su ejercicio en los servicios de salud como el hospital, paradigma del servicio de atención en este campo, tenían asignadas acciones que obedecían a su símil de las labores domésticas como "organizar, servir, consolar y aliviar a los pacientes o enfermos" (161)

Si esa fue la óptica de las intervenciones de la enfermera, es comprensible que no se pretendiera que supieran más en lo técnico, de esta manera reproducían bien la ideología del gremio médico, la cantidad de tiempo que participaban en la atención del enfermo que por lo general era de diez y siete a veinticuatro horas diarias, generó que no dispusieran de tiempo para la reflexión, el análisis y la identificación de hacia donde orientar sus acciones y modificar su situación de formación y profesional.

Difícilmente se identifica la postura de la sociedad con respecto a la creación de la Escuela y la carrera de enfermería en la noción de beneficio o no, de si este recurso humano podría o no mejorar la atención de los enfermos en los hospitales; para evaluar esto, sólo contó con la opinión médica que consideraba poseer la autoridad para ello.

(158) Martínez. 1985. Pág. 135

(159) Hinojosa. s/f. Pág. 9

(160) Castañeda. s/f, pág. 25

(161) Jameison. 1978. Pág. 235

La enfermería generó algunas organizaciones como la "Asociación de Enfermeras Lady Cowdray", fundada en homenaje a la vizcondesa que deseó que las señoritas de la alta sociedad estudiaran enfermería y que fundó junto con su esposo dentro del Hospital Inglés, situado en el Distrito Federal desde 1911.

Las enfermeras egresadas de la Escuela de Enfermería asumieron una gran cantidad de actividades, que como se cita anteriormente, no sólo fueron de atención al enfermo, debido a que los médicos iniciaban su intervención en el hospital hasta que eran pasantes de la carrera, estas asumían actividades relevantes desarrollando gran destreza y habilidad en los campos de anestesia, fisioterapia, obstetricia, rayos X, pediatría, trabajo social y quirúrgico, para las cuales no poseían los conocimientos necesarios pues el plan de estudios seguía siendo el mismo.

En el transcurrir del tiempo se creó el Departamento de Salubridad como un organismo rector de la salud, su primer jefe el general y Dr. José María Rodríguez, quien retomó la problemática patológica que vivía la población como la presencia de sífilis para lo cual diseñó un reglamento de profilaxis, así como la fiebre amarilla, la peste, el tifo, la viruela, entre las más sobresalientes.

De esta manera las políticas de salud y la atención del individuo, se orientaron hacia la prestación de servicios en las zonas rurales y en la reorganización del Consejo de Salubridad; se creó una sección de higiene infantil en la cual las enfermeras tuvieron una destacada labor en el control y en la erradicación de las enfermedades transmisibles (Anexo # 3)

Nuevamente la autoridad de salud no identificó a la enfermería que se desarrollaba en los países europeos, donde habían funcionado exitosamente a través de acciones en el terreno de la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, la higiene escolar, la salud en el trabajo, entre otros.

El hospital abarcó la atención a la salud, se dejaron de lado aquellos elementos de la cotidianidad de la población a la cual servían, se fundaron estos establecimientos y se diseñaron las políticas del país; aun cuando en la práctica era copiar lo que otros países hacían, nunca se adoptó al modelo de funcionamiento del hospital norteamericano, en el cual este otorgaba servicios en la comunidad.

Durante estos primeros años del siglo XX en que se estableció la primera Escuela de Enfermería y que funcionó bajo la "tutela" de la profesión médica, cuyos representantes estuvieron pendientes de que la enfermería fuera dirigida y controlada por ellos, no solo decidieron que debía estudiar, por cuanto tiempo, como trabajar en los hospitales, cuando debían empezar a trabajar en la comunidad, sino que además determinaron que para funcionar acorde con ellos, la

enfermera sólo desarrollara algunas habilidades y destrezas, para cuidar al enfermo como ayudante.

Con esto se da un panorama de las condiciones en que surgió la carrera de enfermería en México y las bases de la pugna que generaría entre la carrera de enfermería y la de medicina, al pretender la primera liberarse de la segunda en su desarrollo.

Si el desarrollo del país alcanzó un sin número de profesiones, este no llegó a la de enfermería que era controlada puntualmente por la profesión médica, que entre otras consecuencia enfrentó que la instrucción secundaria, determinada para otras carreras, no alcanzara a la de enfermera; por otro lado, al interior del hospital el control no permitió que adquirieran conocimientos para desarrollar sus capacidades de liderazgo, así como de administradoras en la organización y realización de congresos y la logística hospitalaria dejada en manos de estas. La profesión médica ejerció un total control de las enfermeras: en los concimientos que debían adquirir y en los hospitales enfrentaban jornadas de hasta doce horas diarias que dificultaban que tomaran las decisiones de su formación y de las acciones con el enfermo, posibilitando continuar dirigiendo a la profesión de enfermería por la de medicina.

Mantener la hegemonía médica, generó complejidad en la identificación de los beneficios de la profesión de enfermería para su intervención en la atención de la población, que ante la problemática epidemiológica que enfrentaba, era el elemento idóneo para el control y disminución de las causas que afectaban principalmente a la población. Esto último se dimensionó mejor al surgir la enfermera visitadora que dio resultados en este sentido y que señala puntualmente el Dr. Bustamante al citar que "las enfermeras se adentraban a lugares inaccesibles para aplicar las vacunas que hicieron posible el control y posterior erradicación de algunas enfermedades consideradas epidémicas (162)

Al paso del tiempo y la acentuación de la problemática de salud, obligó a salir del hospital al médico, lo que generó que la situación de la profesión de enfermería cambiara, ante el surgimiento de la enfermera visitadora, personaje semejante al existente en países europeos y el norteamericano, cuya principal característica fue el trabajo comunitario (163); eso no tuvo atractivo para el médico y lo dejó en manos de la enfermera, al menos en sus inicios.

Esto originó que se destacaran algunas enfermeras, quien fueron enviadas a Estados Unidos a estudiar becas principalmente salud pública (164)

(162) Bustamante, 1985. Pág. 125

(163) Acciones desarrolladas en el hogar, la escuela, la fábrica.

(164) Maza B. 1978, pág. 245

Realmente con la llegada de la formación escolar de la enfermera, se dejó atrás el empirismo en que esta se encontraba inmersa, es verdad que la autoridad de inicios del siglo XX importó la formación de esta, pero también es cierto que esta medida obedeció principalmente al cubrir un aspecto más ausente en el país que quería pertenecer al concierto internacional y que estaba dispuesto a dar los pasos necesarios para lograrlo.

La creación de la carrera de enfermería no obedeció únicamente a que se considerara la calidad del cuidado que se proporcionaba al enfermo y que merecía recibir la más alta calidad en la atención, tampoco por considerar que quienes cuidaban a los enfermos requerían poseer conocimientos y habilidades posibilitadoras de generar un cuidado congruente a las condiciones de los enfermos, no obedeció a una conciencia cobrada por quienes desarrollaban acciones de enfermería, sobre la conveniencia de poseer conocimientos para otorgar cuidados y todas las demás acciones que se les encomendaron realizar.

En realidad fue un acto político desarrollado por el gobierno de ese entonces que coadyubó a proyectar una imagen del país cuyo principal propósito fue impactar en el extranjero y generar una noción de que había una enorme disposición de crecimiento cultural de la sociedad mexicana y por otro lado al interior del país, dar la idea de avance y crecimiento que nos iba igualando a otros países en el mundo.

Con la formación escolar de la enfermera, viabilizó que la profesión médica generara la noción de requerían de un ayudante para la ardua tarea de curar y que aun cuando ya existían las enfermeras estas debían ser formadas para ello, que los más adecuados para ello eran ellos que conocían bien el proceso de las enfermedades y que además estarían bajo su tutela al ser sus ayudantes, esto para la sociedad civil y aun para la médica a la cual además les abría un camino hasta entonces limitado, el de la educación continua, que con la presencia de "ayudantes" (165) posibilitaba la situación de dejar a los enfermos en el hospital en "buenas manos".

Con estos argumentos, además se abría un camino diferente para las mujeres, sobre todo para aquellas rechazadas por la sociedad que fueron quienes respondieron a la convocatoria para incorporarse un gremio naciente, sin importar el papel que representarían e incluso con complacencia si ahora tendrían una identidad propia y aceptada por la sociedad.

Esta noción de ayudante asumida con complacencia por quienes ejercían un oficio (166) y no una profesión (167) generó que las enfermeras asumieran actividades

(165) La connotación de ayudante es aquel que no decide, aquel que recibe indicaciones y las sigue, no cuestiona, ni juzga y por lo tanto no requiere de conocimientos más allá de los adquiridos para vivir. Collière. 2000. Pag 188

(166) Se construye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social y que garantiza en primer lugar y ante todo, un servicio a la comunidad. Collière. 2000. Pag Prólogo

(167) Grupo de personas que han conseguido un título, un estatus, mediante una formación, con el fin de ejercer una actividad. Collière. 2000. Prólogo

como formulación de dietas, administración de anestésicos, atención del parto, manejo de rayos X, atención de enfermedades de niños, entre otras que posteriormente analizadas y reflexionadas por los médicos identificaron que correspondiendo al campo de la enfermedad y su manejo, debían ser recuperadas por ellos, eliminando así a "sus eficientes ayudantes".

Con el avance de la profesión de enfermería, que se dio principalmente en el mismo terreno de la medicina, esto es el terreno de la enfermedad, para lo cual se especializaron y desarrollaron, no modificaron esa noción de "ayudantes del médico" que no sólo se circunscribió a esos profesionales, sino que alcanzó a aquellos otros que fueron surgiendo como psicólogos, nutriólogos, dietistas, químicos, laboratorista y aún personal no profesional como camilleros, intendentes, afanadores y que a la fecha ha representado una ancla para el crecimiento de la profesión de enfermera.

Pero surgirían otros componentes de la vida nacional que necesariamente matizarían el desarrollo de la profesión de enfermería. El avance continuaría para el país, que congruente al desarrollo mundial, asumiría nuevas formas de trabajo, de asentamientos humanos, de escolaridad, de urbanización, entre otros, que alcanzó también al campo de la salud.

CAPÍTULO II

"LA INDUSTRIALIZACIÓN MEXICANA Y SU RELACIÓN CON EL CAMPO DE LA SALUD"

LA INDUSTRIALIZACIÓN MEXICANA Y SU RELACIÓN CON EL CAMPO DE LA SALUD

"... no nos llevaban mezquinos intereses, ni ambiciones bastardas, ni siquiera los oropes de la gloria, no; no buscábamos ni buscamos la pobre satisfacción del medro personal, no anhelábamos la triste vanidad de los honores, ni queremos otra cosa que no sea el verdadero triunfo de la causa ..."

Emiliano Zapata. 1910

Al iniciar el siglo XX, la economía de México se desarrolló basándose en el proceso de industrialización, que sustentó la vida nacional en todos sus renglones; este proceso generó diversas consecuencias en la sociedad mexicana.

La educación, la salud, el empleo, la vivienda, el saneamiento, la electrificación, entre otros renglones sufrieron modificaciones, que se reflejaron en las condiciones de vida de la población cuya expresión más precisa lo dio un proceso consecutivo llamado urbanización.

En el renglón educativo la necesidad de dar respuesta a la preparación de los trabajadores; la capacitación que demandaba la industria marcó la formación de profesionistas, técnicos y obreros.

Esto permitió que en la vivienda mexicana en el Distrito Federal incluyera nuevos materiales en su construcción, así como habitaciones que no se consideraron antes; con ello el saneamiento se modificó de acuerdo con las nuevas condiciones de la vivienda y su entorno, reflejadas en la urbanización que requerían las ciudades y las áreas de las industrias que producían desechos propios de los procesos de fabricación y transformación.

La salud de la sociedad enfrentó diversos resultados con el actual proceso de industrialización del país de esa época, en tanto el ámbito de trabajo generó riesgos para la integridad del trabajador y para el grupo familiar, resultados nuevos de una patología laboral generada a partir del proceso socioeconómico de entonces; por lo que el sistema de atención a la salud requirió de una preparación del personal entre el que se identificó a la enfermera, congruente a las causas de morbilidad y de mortalidad relacionadas con la economía y sus actividades; las condiciones de vivienda, de urbanización y la dinámica poblacional consecuente, reflejó plenamente un nuevo proceso salud – enfermedad.

En este capítulo se hace una revisión del proceso de industrialización, como sustento del proceso salud - enfermedad que enfrentó la población, reflejo puntual del panorama epidemiológico, la respuesta social organizada a través del sistema nacional de salud y el surgimiento de la enfermera visitadora, instituida en una escuela creada para la formación de personal de salud, que dió respuesta a las necesidades de la sociedad y que posibilitó la definición del campo de la Enfermería de ese momento.

La profesión de enfermería, como el de las demás profesiones de las ciencias de la salud, debió dar respuesta a las condiciones sociales, políticas y económicas de la sociedad de ese momento histórico.

Analizar estos puntos permitirá identificar las condiciones en que se vivió un campo profesional reciente en el país, que ha persistido y que al incursionar en los tiempos actuales, habría que recuperarlas como sustento para evaluar el como ha seguido construyéndose y hasta donde ha dado respuesta a las necesidades de la población.

2.1 CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS DE MÉXICO; PROCESO DE URBANIZACIÓN.

El México de finales del siglo XIX e inicios del XX, presentó un escenario peculiar cuyas características de la salud, pusieron de manifiesto la presencia de enfermedades epidémicas, lo que ofreció una complejidad difícil de salvar,

básicamente por la pobre disponibilidad de recursos tanto materiales, como tecnológicos y de personal.

La efervescencia social tan vigente y permanente, atravesó la vida del país y de sus habitantes, reflejándose principalmente en los aspectos educativos y de salud, cuyas consecuencias se puntualizaron anteriormente.

Con un panorama epidemiológico conformado por padecimientos transmisibles en su mayoría, un saneamiento básico deficiente, constantes epidemias, con una ocupación económica basada en las actividades primarias principalmente y un alto analfabetismo, entre las características más sobresalientes, se inicia siglo XX.

Un siglo en el cual el mundo, había superado gran parte de esas situaciones, a partir de nuevos conocimientos congruentes a esta problemática, posibilitando el abordaje y superación de estos.

Como resultados de la Revolución, las importaciones que alcanzaron el 43.8%, de mercancías producidas con materias primas exportadas por México; el 26.3% fueron materias primas y el 29.9% camiones, tractores, locomotoras, motores, útiles - herramientas, equipo de construcción, partes y refacciones para "fabricar" nacionalmente algunos de estos bienes (168)

El Producto Interno Bruto, en los últimos quince años del porfiriato, fue de 2.7%, superior al registrado después de la Revolución de 1.7% (1921-1935). Las relaciones agrícolas de producción del porfiriato cambiaron radicalmente con la reforma agraria iniciada en 1913, gracias al reparto de tierras, el impulso al crédito y a la educación rural (169)

Las relaciones sociales de producción en la industria y los servicios, también enfrentaron cambios significativos; recuperados en la Constitución de 1917 y en la Ley Federal del Trabajo de 1931 entre las que se encontraron: "la implantación de la jornada de ocho horas y un día de descanso obligatorio a la semana" (170)

"El pueblo agobiado de miseria y opresión, y asfixiado por la falta de libertades políticas y sociales, apoyó estas demandas y con su intervención hizo triunfar a la Revolución", al tiempo que con la derrota de sus propias fuerzas se abrió el periodo de consolidación de una burguesía pro imperialista y explotadora, de la cual Guillermo Montaña señala:

"[...], Producto del movimiento de 1910 [...], es una burguesía inculta, expendiente, despilfarradora y poco frugal a diferencia de otras,[...] que se han desarrollado independientes por los caminos del capitalismo [...], la burguesía

(168) Ovalle. 1985. Pág 135

(169) Gracida. 1990. pá g 86

(170) Gracida. 1985. Pág 118

mexicana dominada utiliza los servicios sociales, asistenciales y de salubridad como armas de demagogia, mediatización de las masas y de extensión de su ideología propia[...], desquiciados de sus fines [...], inútiles muchas veces por defecto y otras porque las obras realizadas aparecen como carteles políticos y no instituciones de servicio social, tal es el caso de los hospitales y las escuelas que proliferan a las orillas de las carreteras como meras fachadas,[...] sin contenido ni finalidad[...]"(171)

Podría decirse que lo señalado tan crudamente por Montaña se reflejó en los programas de salud, de vivienda, asistenciales y de orden social de ese momento, que por lo general, no atendió a las necesidades de la población, sino con propósitos políticos y que ocasionalmente coincidían con la problemática de las comunidades, lo que se reflejó en la manera en que se otorgaban los recursos de una forma (172)

Para el campo económico pos revolucionario, la disponibilidad de la información fue deficiente (173) producto de los movimientos sociales que generaron un resguardo cruento de esta, sin embargo a partir de su disponibilidad el planteamiento obligado, fué reconocer que hubo un crecimiento incuestionable (174), lo que sugiere que la población debió vivir una época de bienestar creciente que se reflejó hacia varias vertientes.

El gobierno del General Victoriano Huerta, contó con el apoyo de los banqueros, los industriales, los comerciantes, el alto clero y el ejército; estuvo matizado por las evidentes condiciones de vida de los que lo apoyaron y en quienes el bienestar se manifestó; no así en el pueblo que lo rechazó, un pueblo integrado por campesinos, obreros, mineros, pequeños agricultores e intelectuales de la clase media, cuyas condiciones de vida expresó claramente el diputado Isidro Fabela a través del discurso que pronunció durante la celebración del día del trabajo, que se celebró por primera vez; este decía:

"[...]millones de seres respetables y no respetados, que pasan la vida pesada y melancólicamente trabajando siempre para los demás en medio a la monotonía doliente de la pobreza,[...] sin más aliciente que la conquista del pan de todos los días, sin más consuelo que los dulces quererres del hogar, sin más descanso que el de las noches, sin más esperanza que la conservación del salario[...]" "Ellos construyeron los palacios principescos que adornan los bulevares para ostentación desdofiosa y altiva de los dueños ricos[...]" "patrones que tiene bajo su férula el estómago de los obreros". "El primero de mayo[...], representa las tendencias de la clase obrera[...]; nuestras leyes arcaicas y opresoras[...], incapaces de penetrar los ideales del pobre" (175).

(171) Carmona et al. 1996, pág. 78

(172) Carmona et al. 1996. Pág 135

(173) Se documenta ampliamente en la Introducción del libro *El Milagro Mexicano*, al advertir el cuidado que se requiere al consultar las estadísticas nacionales, sobre todo de esa época, en que fueron tan manipuladas hasta creer en la existencia del citado milagro. Carmona et al. 1996, pág.96

(174) Carmona et al. 1996. Pág 204

(175) La mortalidad general presentó las más altas tasas de los últimos años y la infantil también sufrió un incremento a partir de las afecciones gastrointestinales y respiratorias, enfermedades tradicionalmente asociadas a las condiciones de la vivienda y del saneamiento básico.

La intervención del diputado Fabela deja entrever que aun cuando la situación económica era desfavorable, aun cuando las actividades económicas se vieron matizadas por la contribución del petróleo como una base de despegue para otros renglones como las manufacturas cuyo crecimiento fue significativo, la agricultura y otras actividades primarias también se vieron beneficiadas; los servicios en donde se ubicó a la educación y a la salud, también reportaron un significativo crecimiento. Sin embargo, era cierto que este crecimiento no alcanzó a toda la sociedad, generando lo que marcó el diputado Fabela en su discurso.

Ante este panorama es de esperar un reflejo en todos los aspectos, principalmente en la educación y en la salud. La calidad de vida de la población mostró la situación, de enfrentar epidemias y la exacerbación de algunas de las afecciones que se habían controlado, como la fiebre amarilla.

Para el período de 1926 a 1934, la economía enfrentó un estancamiento, resultado lógico debido a la pertenencia al mundo capitalista, que a nivel mundial se encontraba en crisis; fue hasta el gobierno de Lázaro Cárdenas que el país enfrentó un crecimiento económico, cuyos principales indicadores reportaron alzas constantes como se cita:

"[...] Petróleo y transportes 6.5 veces; los servicios (inclusive gobierno y comercio) 7.5 veces; industria eléctrica y producción de bienes manufacturados 11 veces; construcción 13 veces; actividades agropecuarias 3.5 veces; minería sólo 50 % en casi un tercio de siglo. El producto total ascendió anual en promedio de 1.8 % [...]" (176)

El desarrollo económico que se calificó como cierto para este periodo, generó en la población una ocupación significativamente mayor que en épocas pasadas, en prácticamente todos los renglones de la economía. Basado en los datos señalados, se declaraba que los resultados de la economía de México podría compararse con la de los países más desarrollados de esa época, como se menciona en el Milagro Mexicano:

"[...] en algunos años aislados e incluso en ciertos periodos las tasas de crecimiento de la economía mexicana han sido superiores a las de un gran número de países capitalistas que reportan estadísticas a los organismos internacionales, con todo lo cual se baten palmas y se asegura que México crece a un ritmo que es de los más elevados del planeta[...]". (177)

El crecimiento económico de esta época se evidenció en la agricultura, que además de generar ocupación en la población, también aseguró la alimentación de ésta, posibilitó el abasto de materias primas para la creciente industria nacional y para la exportación que se encontraba en franco incremento.

(176) Silva. 1989, pág. 122

(177) Ecarmona et al. 1996. Pág 78

Lo anterior se documenta con lo que señala Gracida sobre la industrialización:

"Surge un México que se industrializa y ve aparecer y crecer grandes ciudades, un México que, como las naciones más desarrolladas, produce ya aparatos eléctricos - que hacen más amable la vida, [...] , capaz de atraer la presencia de cadenas como Sears Roebuck o Woolworth, de ver llegar la televisión y los concursos de belleza" [...] (178).

Los establecimientos industriales empezaron a usar la energía eléctrica al contar con el suministro que lo permitió; el uso de la energía eléctrica marcó un importante parte aguas en el desarrollo del país y surgieron fábricas de tejidos de algodón, lana y yute; peletería y calzado; azúcar y piloncillo; pastas y conservas alimenticias; destilerías y plantas vitivinícolas; cervecería; cigarrillos y puros; papel; imprenta; química (productos esenciales para la industria), loza y vidrio.

Por otro lado el capital bancario igualmente comenzó a mostrar interés por las actividades de transformación, surgieron así las grandes fábricas de calzado, y la producción de nuevos productos químicos, cemento y el establecimiento de la industria siderúrgica; así mismo se estableció la industria cigarrera.

A través de la General Popo (1924), se introdujo maquinaria moderna, se inició un programa experimental para la fabricación de llantas e impermeables; se estableció la fábrica Colgate Palmolive que producía jabones y la empresa Dupont quien fabricaba productos químicos (1925); Simmons que fabricaba colchones (1927); Sherwin Williams fabricante de pinturas (1929), por mencionar aquellas principales y cuya permanencia se extendió hasta muy avanzado el siglo XX.

Aún en la tercera década del siglo XX la industria mexicana seguía produciendo sólo bienes de consumo, e importando bienes de capital, situación esta que se documenta con lo siguiente:

"Los empresarios mexicanos y extranjeros radicados desde años atrás en el país, también efectúan inversiones crecientes, sobre todo en industrias tradicionales como alimentos, bebidas, textiles, papel, calzado, muebles, etc., aunque no dejan de concurrir con energía a la siderurgia y minerales de productos metálicos [...], e impulsar industrias relativamente poco desarrolladas, como la del cemento y materias primas para la construcción[...] (179).

Las plantas de capital mexicano eran empresas propiedad de los grupos monopólicos surgidos en el cambio de siglo, tal es el caso de compañías como: Metalurgia Mexicana Peñoles, S.A., Vidriera México y Fábrica Nacional de Vidrio, S.A., propiedad de los grupos formados a partir de las cervecerías Moctezuma, Cuauhtemoc y Modelo respectivamente.

La nacionalización de los ferrocarriles (1937), la expropiación petrolera, el manejo

(178) Gracida. 1990, pág.75

(179) Gracida 1995, pág. 75

de los transportes por el Estado y la base energética, abrieron nuevas posibilidades para apoyar directamente al proceso de industrialización y encauzar su rumbo.

El proceso industrial se mostró en muchos mas renglones, los citados son los principales que orientaron el proceso total y que condicionó a su vez las actividades de la vida nacional entre la que figuró uno de las más claras manifestaciones: la urbanización (180), que también contribuyó a marcar el rumbo a seguir en el campo de la salud y de su atención.

Las condiciones de urbanización no habían cambiado para mejorar, si para enfrentar una ambiente insalubre, resultado del crecimiento de la población en edad económicamente productiva y su relación con aquellas actividades reales a las cuales se dedicaban.

Se estableció que debían normarse todas las acciones del ser humano, la reivindicación de una vida salubre e higiénica fue vista como requisito fundamental al que debían plegarse los asentamientos humanos en general y las viviendas en lo particular. Este fue el momento en que se legitimó y cobró vigencia el reordenamiento urbano, con las acciones de:

- a) ampliación y alineamiento de calles y avenidas,
- b) pavimentación y alumbrado públicos,
- c) desaparición de todos los recovecos en que pudieran depositarse basura y desechos,
- d) libre circulación de aire,
- e) persuasión de que el sol era uno de los germicidas más solventes (181)

El proceso de pavimentación y alumbrado público que contribuían a resolver el problema de insalubridad y hostilidad del espacio urbano nocturno, llegó a ser obsesiva. Esta conciencia empezó a plasmarse en reglamentos diversos, a través de los cuales se intentaba llevar a la sociedad, a abandonar viejos hábitos y propiciar la higiene.

Se incrementaron las obras de saneamiento, drenaje y alcantarillado de la ciudad de México; en la vivienda se introdujo el empleo del "sistema inglés" para evitar que los gases infestaran las habitaciones, con el "cespol"(un tubo de salida del agua utilizada en sanitarios y lavabos), como una contribución por parte de los arquitectos de la época (182)

Sobre la vivienda los arquitectos señalaron que esta debía poseer las siguientes características, para que fuera salubre: llenar determinadas condiciones de limpieza, facilidad de evacuación de los desechos, cantidad y calidad del agua de

(180) Sólo se aborda la correspondiente al Distrito Federal.

(181) González. 1996, pág.142

(182) González. 1996. Pág 145

que se disponga, humedad, ventilación, termalidad, luminosidad, composición arquitectónica y dimensiones (183)

Como parte de la urbanización, se importaron sistemas de transportación más eficaces, como los tranvías tirados por sangre y posteriormente eléctricos; se duplicó la oferta de nuevos fraccionamientos y se descubrió que la renta del suelo urbano era otra fuente de cuantiosas ganancias.

En el ámbito educativo, se inauguró la Escuela Nacional de Altos Estudios, organismo cuyo propósito fue organizar la investigación que hasta ese momento se llevaba a cabo en forma particular en las escuelas profesionales, pero en forma inconexa; se reabrió la Universidad Nacional, con el aval del Congreso y del Gobierno, ante lo cual el maestro Justo Sierra señaló:

"Sería posible asignarle a la Universidad la tarea de demostrar que nuestra personalidad tiene raíces indestructibles en nuestra naturaleza y en nuestra historia; que participando de los elementos de otros pueblos americanos, nuestras modalidades son tales, que constituyen una entidad perfectamente distinta... La Universidad entonces tendrá la potencia suficiente para coordinar las líneas directrices del carácter nacional..." (184)

Como consecuencia del proceso de urbanización se construyeron escuelas con un freno importante, aun cuando, basándose en estudios hechos en Estado Unidos, cuyos pedagogos declararon que "México estaba obligado a establecer setenta y cinco mil escuela" (185); Francisco Bulnes declaró al respecto:

"Otro dictamen pedagógico [...] de ciento veinticinco pesos mensuales para sueldo de profesor, renta de casa, pago de servidumbre, libros de enseñanza, material escolar de toda clase, atenciones higiénicas y ovaciones a los señores "jefes políticos", a sus esposas o a sus concubinas.[...] El tesoro de los estados que debían pagar esto[...], apenas reunía anualmente para toda clase de gastos[...] Siempre me ha disgustado de los pedagogos que en sus estudios de aplicación social no hacen uso de las cifras, se limitan a manejar ideales [...]" (186)

Si en el país se requerían esa cantidad de escuelas, lo comentado por Bulnes hace evidente las condiciones económicas y sociales en que vivía la población, así como la poca importancia que se dieron a los aspectos educativos, esto aunado al clima político prevaleciente que generó una limitada inversión en este renglón. El mismo Francisco Bulnes comentó:

"Haciendo esfuerzos colosales para la farsa de la instrucción pública en México, los estados llegaron a reunir de cinco a seis millones de pesos anuales que, repartidos en sesenta mil escuelas imaginarias, debían proporcionar a cada una para todo

(183) Lagagne et al. 1990. Pág 62

(184) Sierra Justo. Discurso en la sesión inaugural del XVII Congreso Internacional de Americanistas, el 8 de septiembre de 1910. En Obras Completas. México. UNAM. 1984. (Sierra. 1984, pág. 145)

(185) Monroy. 1985. Pág 110

(186) Bazant. 1985, pág. 75

gasto ochenta pesos por año. Se llegaron a establecer once mil [...]. La mayoría de los profesores ganaban de ocho a veinticinco pesos mensuales. Todo iba perfectamente, porque ni los maestros enseñaban ni los discípulos aprendían; había concurrencia de alumnos en las escuelas solamente los días que las visitaba el inspector de Instrucción Pública o un jefe político no complaciente. Se sacaba la ventaja de tener quieta la vanidad del medio pelo y convencido al cuerpo diplomático, que nos estudia, nos revisa, nos observa y nos huele, de que México protegía la instrucción pública" (187)

Con la reapertura de la Universidad la enseñanza superior se aglutinó al asumir las escuelas preparatoria, secundaria para mujeres, bellas artes, comercio, ciencias políticas, jurisprudencia, ingeniería, medicina (188), normal y altos estudios, entre otras.

Para el campo de la salud, se inauguró el Manicomio Central, hospital destinado a la atención de los enfermos mentales recluidos y que se conociera como "La Castañeda"; la falta de personal preparado para atender este tipo de enfermos generó que se desatendieran e incluso se abandonaron; al paso de los años representaría una gran deficiencia en el campo de la salud. Tanto el hospital psiquiátrico, como el Hospital General (189), fueron creados similares a los existentes en otros países visitados por el Dr. Liceaga en su calidad de Presidente del Consejo Superior de Salubridad. Ambos establecimientos de salud fueron objeto de disponer de personal falto de capacitación, esto es empírico, a excepción de los médicos.

Se dieron más inauguraciones de unidades de salud entre los que desatacaron el Instituto de Higiene, el Hospital para enfermos Tuberculosos de Huipulco y el Instituto Nacional de Cardiología que se construyeron bajo un programa nacional diseñado por arquitectos mexicanos.

Con estas declaraciones las promesas de mejora propuestas por la Revolución Mexicana tuvieron el mismo efecto que las anteriores, sin embargo la mayoría de la población continuó enfrentando la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, la incomunicación, la desnutrición y las altas tasas de mortalidad.

La Ley Federal del Trabajo, permitió al Departamento de Salubridad atender las disposiciones del Presidente Ortiz Rubio, expresadas a partir de la creación de los Reglamentos de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo. El de Higiene del Trabajo, fue expedido hasta el gobierno del Presidente Rodríguez, lo que posibilitó complementar la atención de los trabajadores.

(187) Bazant. 1985, pág. 125

(188) Hospital creado para los enfermos mentales o psiquiátricos y que se conoció como "La Castañeda"

(189) El Dr. Eduardo Liceaga realizó viajes a Europa para traer a México "los adelantos" al respecto, en base a los cuales se construyó este hospital. (Fernández. 1996).

La Secretaría del Trabajo estableció la Comisión para el Estudio de la Silicosis (190) con la participación del Departamento de Salubridad, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Sindicato de Mineros y la Cámara Minera.

Con estas medidas se atendieron padecimientos generados por la industrialización, al menos en la formulación de documentos que manifestaron la preocupación de las empresas que de esta manera participaron en la instrumentación de los compromisos internacionales.

Fue el Presidente Lázaro Cárdenas quien creó la Oficina de Higiene Industrial, como parte del Departamento de Salubridad Pública (191), destinada a la vigilancia de los establecimientos industriales; se estudiaron para ello los riesgos en el aspecto de patología del trabajo: neumoconiosis (192), intoxicación por monóxido, de los desperdicios industriales, entre otros.

El Departamento de Salubridad Pública participó en los comités de higiene de las industrias y en la promoción de actividades deportivas de los obreros, como demostración de la preocupación de las empresas por la salud de sus trabajadores, en tanto estos funcionaran como la fuerza de trabajo requerido.

Dentro del ámbito económico, la década de los cuarenta fue considerada como de un vigoroso desarrollo, apoyado por el sector industrial; los recursos políticos y económicos del Estado se orientaron hacia el mayor impulso a la industria manufacturera.

Otros renglones económicos importantes fueron los de: agricultura, ganadería, minería además de la producción para el consumo interno, se hizo para exportación; se desarrolló la capacidad de importación, mediante la producción agropecuaria; sin embargo la demanda externa continuó como el motor que movía al sistema, en lo interno; se apoyó la producción agrícola para impulsar las exportaciones.

Se instaló la industria turística para la captación de divisas; la rama petrolera generó el desarrollo de la red de oleoductos y el equipo de transportación en diversas zonas del país y en el renglón eléctrico se aumentó la capacidad instalada.

Desde la lógica del proceso de industrialización que se dio en México, se dificultó la conformación de un sector de bienes de capital, generó compras al extranjero de maquinaria y equipo.

(190) La Silicosis es una enfermedad propia de trabajadores expuestos a la inhalación de partículas generadas por materiales utilizados en los procesos industriales, que afecta a los pulmones y que toda vez iniciada no se detiene; como consecuencia de esta, la capacidad de este órgano sufre una disminución lenta y constante, hasta llevar al enfermo a la muerte.

(191) Institución rectora de l campo de la salud de ee entonces, precursora de la SSA.

(192) Nombre actual de la silicosis

Debido al surgimiento de la industria petrolera, en 1938 se creó Petróleos Mexicanos; en 1944 empezó a funcionar el sistema hidroeléctrico más importante del país a cargo de la Comisión Federal de Electricidad, el Estado inició a profundidad su participación directa en estas ramas; también fundó Altos Hornos de México y Guanos y Fertilizantes.

Parafraseando a Fernando Carmona cabe ilustrar la realidad con unos cuantos hechos y cifras: de 1966 a 1969, el valor del producto agrícola total a precios constantes, sólo logró aumentar de 1.1 al 2.4% anual, muy por debajo del crecimiento demográfico general de alrededor de 3.5% al año; aunado a esto la población que se dedicó a las actividades agropecuarias fue cinco veces menos que la ocupada en la industria y los servicios (193)

El Distrito Federal, capital de la república, en donde la situación vivida representaba condiciones peculiares, en 1967 el 96% de la población era urbana, el producto bruto fue de 86.2 miles de millones, para educación se destinó el 40% del total del presupuesto a las escuelas pre primarias y a la educación superior seis veces más que en otras Entidades Federativas.

El resto del país enfrentó situaciones más cruentas, con mayores contradicciones, presupuestos menos favorecedores para enfrentar sus condiciones, causa de la emigración de la población hacia las áreas urbanas.

En el caso de la distribución de la riqueza, sólo el 0.9% de las familias ganaban 63 veces más (promedio de \$ 10 000 mensuales) y el 62% de los mexicanos recibían el 15.9% de los ingresos totales del país (152)

En la década de los sesenta, el gobierno mexicano empezó a preocuparse por la alta dependencia tecnológica del extranjero en el terreno económico, situación que se puso de manifiesto a través del penoso desarrollo científico nacional y las limitaciones económicas que se vivieron (194)

La economía generó áreas de trabajo que requirieron de conocimientos de Economía, Ingeniería Química, Física, Matemáticas, entre otras y sin un plan educativo global y de carácter prioritario además de la UNAM y el IPN, surgieron siete institutos tecnológicos y dieciocho universidades regionales cuyo fin fue la formación de personal en esas áreas.

El proceso de industrialización de la economía generó situaciones diversas, se abrieron fuentes de trabajo que suponían mejoras en la calidad de vida que a su vez dio estilos de vida diferentes y además sustentó el proceso de urbanización en "beneficio de la comunidad", fundamentalmente de las ciudades

(193) En 1940 fue seis veces más.

(194) Bazant. 1985. Pág 61

Sin embargo el proceso de urbanización que produjo circunstancias y recursos posibilitadores de bienestar, se analizó desde diversas ópticas, tal es el caso de los arquitectos que señalaron:

"El urbanismo es importante instrumento de dominación para el imperialismo, como espejismo de la realidad, como escapismo enajenante de su propias insuficiencias, como un medio más de la industria de la conciencia capitalista para ilusionar falsamente y anestesiar [...] y como paliativo tranquilizador de las contradicciones políticas y sociales inherentes al sistema [...]" (195)

Ciertamente esta perspectiva de los arquitectos merece la reflexión, aun cuando para muchos modificó los estilos de vida desde el confort y el cambio de algunos hábitos como el baño, el aseo de la vivienda, la conservación de los alimentos, que tuvieron repercusiones en el estado de salud-enfermedad de la población, como se puntualizará mas adelante.

Como parte del proceso de urbanización la edificación de viviendas obedeció a la emigración campesina del campo a las ciudades, que dieron origen a las llamadas "manchas urbanas", al invadir zonas verdes; en el caso concreto de la Ciudad de México las áreas verdes sacrificadas fueron Xochimilco y Tláhuac principalmente y tangencialmente afectó el abasto de verduras y leche, con la disminución de áreas dedicadas al cultivo y al pastoreo.

Por otro lado la emigración rural hacia las ciudades generó que el gobierno que a través de sus dependencias, se encargara de llevarles servicios públicos que además tuvieron como finalidad dar respuestas partidistas a la población, al representar la demanda potencial de votantes.

Si bien es cierto que la urbanización de las ciudades se aceleró con los movimientos migratorios señalados, esta encuentra su sustento principal en la industrialización que exigía de sus trabajadores la adopción de costumbres diferentes y que por lo tanto requería para estos recursos comunitarios acordes, así debían trasladarse de sus hogares a los centros de trabajo, cumplir con un horario estricto de entrada y salida; disponer de alimentos que llevaban previamente preparados de sus casas, el uso de ropa especial en condiciones específicas de limpieza y presentación.

Ciertamente con las modificaciones de hábitos y costumbres y de sus entornos domiciliarios, también enfrentaron la presencia de factores de riesgo a la salud (196) que generaron padecimientos diversos, lo que originó cambios en el proceso salud-enfermedad (197)

(195) Langagne. 1990, pág. 56

(196) Aquello que tiene posibilidad de causar un daño. OPS. 1985. Pág 10

(197) Ovalle. 1985. Pág 78

La población padeció infecciones gastro intestinales (198) y respiratorias (199), principalmente en los menores de cinco años y en los ancianos, que están asociadas a las condiciones del medio ambiente interno domiciliario y al estado de nutrición, renglones ambos nuevos para esta población.

Consecuencia de las condiciones intradomiciliarias de ese momento, hicieron su aparición los accidentes en el hogar como causa de enfermedad y de muerte; así mismo con el tránsito de automóviles y camiones que se había incrementado, también aparecieron los accidentes de tránsito con un comportamiento epidemiológico similar, esto es, la población perdía la salud y la vida por estas nuevas nosologías .

Se planteo la necesidad de contar con transporte público y caminos adecuados, instalaciones eléctricas intradomiciliarias, así como de suministro de agua y drenaje, entre otras muchas condiciones urbanísticas.

El crecimiento de la edificación urbana en el Distrito Federal, se puede plantear como: irrupción continua de campesinos que huyen de la miseria del campo y que sólo poseían su fuerza de trabajo, improvisaban viviendas en zonas de asentamientos irregulares, que mas adelante lograron regularizar y sustituir los materiales perecederos por duraderos; este proceso se fue repitiendo al paso del tiempo ante la constante emigración del campo.

Pero el proceso de urbanización no sólo tuvo efectos benéficos para la población asentada en las ciudades, también tuvieron que enfrentar resultados adversos como lo señala el Arquitecto Lagagne:

"La conformación de la actual estructura urbana dificultó la eficiente dotación de servicios e infraestructura de apoyo a la producción, el eficaz aprovechamiento de recursos productivos y el justo mejoramiento de la calidad de vida de la población urbana y rural" (200)

Para esta época el proceso de urbanización, planteo la necesidad de tener una vida salubre e higiénica como un requisito fundamental al que debían plegarse los asentamientos humanos en general y las viviendas en lo particular; cobró vigencia el reordenamiento urbano, el alineamiento y la ampliación de calles y avenidas, la pavimentación y alumbrado público, la desaparición de todos aquellos sitios en que pudieran depositarse basura y desechos y favorecer la libre circulación del aire.

Se dictaron reglamentos a través de los cuales se pretendió hacer conciencia en la sociedad para que abandonaran viejos hábitos y propiciar la higiene; se incrementaron las obras de saneamiento y drenaje y alcantarillado.

(198) Enfermedad que afecta al aparato digestivo por presencia de microorganismos. Vega. 2000. Pág 78

(199) Enfermedad que afecta al aparato respiratorio acusadas por microorganismos. Vega. 2000. Pa' g 88

(200) Langagne. 1990, pág. 58

Como parte importante de la urbanización se declararon las condiciones que debía tener la vivienda en que morarían las personas y se determinó que:

"La limpieza absoluta de la casa no sólo depende de las costumbres de aseo [...], de ciertas disposiciones [...] sanitarias [...]; toda la habitación, para que sea salubre, tiene que llenar determinadas condiciones de limpieza, facilidad de evacuación de los desechos, cantidad y calidad del agua de que se disponga, humedad, ventilación, termalidad, luminosidad, [...]" (201)

En el Distrito Federal, en los cuarenta se inició la construcción de fraccionamientos (202) con el apoyo financiero necesario del sector privado, surgieron las colonias Lomas de Chapultepec, Hipódromo y Condesa, entre otras, que rápidamente se llenaron de casas que querían reproducir el estilo "colonial californiano"; estas casas fueron ocupadas por las clases sociales privilegiadas o altas a quienes más favoreció en ese entonces la urbanización.

Se construyeron edificios públicos diversos, entre los cuales se puede citar el Centro Médico Nacional, la Ciudad Universitaria, la Secretaría de Recursos Hidráulicos, la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas y el Instituto Politécnico Nacional, obedeció todo esto a los intereses de la autoridad sin considerar la intervención de la sociedad.

En esta misma década se edificaron los primeros edificios destinados a los nuevos centros de salud (203) en el Distrito Federal, patrocinados en su construcción y equipamiento por organismos extranjeros, en estas unidades la población los identificó como "centros de higiene", tenían como finalidad la realización de acciones preventivas, basadas en la educación higiénica o para la salud. De esta manera se recuperaron los aspectos preventivos y se adjudicaron a unidades de salud.

Bajo esta organización político geográfica de la capital de la República, los centros de salud se asentaron en los principales cuarteles (204), a los que la naciente Secretaría de Salubridad y Asistencia denominó Jurisdicciones Sanitarias.

El primer centro de salud fue ubicado en el nororiente del Distrito Federal, en la colonia Peralvillo, una de las más populosas de esa época; el segundo ubicado en la Colonia Veinte de Noviembre, en la zona centro; el tercero, se ubicó en la avenida Mariano Escobedo esquina Marina Nacional al poniente y el cuarto correspondió a Ixtapalapa, en la zona oriente.

Los arquitectos de mediados del siglo XX se plantearon el conflicto de conjugar lo

(201) González. 1996, pág. 143

(202) Conjunto de viviendas asentadas en un área geográfica en la cual se proporcionaban servicios de urbanización comunes para un número considerable de familias. Lagagne. 1990. Pa 78

(203) Unidades de consulta médica para la atención de la población de bajos recursos económicos. Soberón. 1985. Pag. 101

(204) Espacios geográficos en que se subdividía al Distrito Federal.

nacional y lo moderno para la sociedad en general, determinaron proyectar y construir para conglomerados, se llevó a la población promedio el "beneficio" de la urbanización que poco les había alcanzado y surgieron así las unidades habitacionales como el Centro Urbano Presidente Alemán al sur de la ciudad, primero de este tipo (1 080 departamentos en un área de menos de diez mil metros), habitaciones que ofrecían bajos costos de producción y la oferta de un gran número de viviendas en un solo espacio que requirió de instalaciones únicas de suministro de agua, drenaje, energía eléctrica, pavimentación y demás servicios públicos.

Otras de las "cualidades" de este tipo de vivienda colectiva, fueron la reducción de distancias a recorrer, las grandes áreas de esparcimiento; así se construyeron la Unidad Modelo al sur del Distrito Federal y se inició el Centro Urbano Presidente Benito Juárez, ubicado en el centro de la ciudad que presentó doce tipos (205) distintos de departamentos a diferencia del primero, que sólo contaba con cuatro.

De acuerdo con Fernando González, este tipo de vivienda colectiva fue muy bien acogida por la sociedad de la clase media a quien estuvo destinada principalmente, quienes estuvieron convencidos de sus beneficios y ventajas, lo que generó rápidamente que los multifamiliares fueron modelo a seguir, a partir de lo cual se construyeron las unidades habitacionales: Santa Fe, Independencia, Cuauhtemoc, Aragón, Kennedy Nonoalco Tlatelolco, Villa Olímpica, Lomas de Plateros, La Patera y El Rosario, entre otros (206) ubicados en diferentes puntos geográficos.

En el renglón de la salud, para esta década, el Distrito Federal tenía cuarenta centros de salud distribuidos en las dieciséis Delegaciones Políticas en que se dividió el territorio geográfico, cada una contó con un número variable de unidades dependiendo del total de población que se asentaba en ellas.

Al igual que la Secretaria de Salubridad y Asistencia, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (207) también estableció unidades similares a los centros de salud, esto es de atención ambulatoria y con acciones preventivas, las cuales también se distribuyeron al menos una por Delegación Política.

Otras instituciones de atención a la salud que construyeron unidades fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que establecieron unidades similares a los centros de salud denominadas clínicas (actualmente Unidades de Medicina Familiar) y unidades hospitalarias en número variables, pero sin un orden con respecto a la organización político geográfica de la capital, ni en relación a los asentamientos humanos.

(205) Correspondieron al número de habitaciones denominadas recámaras o dormitorios y que condicionó el tamaño del grupo familiar que las ocupó.

(206) González. 1996, pág. 157

(207) Actualmente DIF (Desarrollo Integral de la Familia)

El IMSS construyó 19 clínicas, 11 sanatorios, 129 consultorios, 39 farmacias y 28 laboratorios clínicos y radiológicos; en el renglón de atención a la población no derechohabientes se declaró en el Congreso Nacional de Asistencia, celebrado en 1943, que:

"La asistencia oficial comprende los dispensarios y consultorios, los hospitales y agencias especializadas y generales, las granjas sanitarias para convalecientes, los centros de reeducación para aquellos que mutila la dolencia del cuerpo y del espíritu.

Como no hay un Estado muy opulento, que fuese capaz por sí solo de suministrar los servicios de asistencia médica que reclama la población, es imprescindible la cooperación de las corporaciones privadas de los diversos grupos sociales, de la clase médica y de la de enfermería[...]" (208)

El proyecto de dotación de viviendas fue reforzado con la creación del Instituto de Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit, 1972) cuyo principal fin fue: "encontrar soluciones más adecuadas para hacer posible conjugar la baja capacidad de pago de los sectores que demandan viviendas populares, con el costo de viviendas sanas, higiénicas y funcionales" (209) y que además pretendió hacer más flexible y eficiente la habitabilidad de los departamentos; su aplicación se extendió hasta la pequeña y mediana burguesía.

Las viviendas presentaron condiciones de habitabilidad deficientes, de acuerdo con los planteamientos del Arq. Lagagne, lo que hizo necesario destinar mayores recursos para lograr que las casas tuvieran como mínimo servicios de baño, cocina, estancia y dormitorio; las viviendas que requerían acondicionamiento representaron cinco millones, aunado al déficit que fue de 1.9 millones de viviendas (210)

El promedio de personas por vivienda fue de cinco, en el área urbana y para el área rural fue mayor, esto se acentuó en base al crecimiento de la población de 3.8% anual.

Este déficit generó en las ciudades la creación de barracas y tugurios en los "cinturones de miseria"(211), especialmente en el Distrito Federal y área conurbada, en las que las condiciones de vida fueron consideradas inhumanas debido al hacinamiento, la falta de servicios públicos como el abasto de agua, drenaje, electricidad, pavimentación, recolección de basuras, etc. Estas deterioradas condiciones de vida originadas por la desmedida migración a la Capital, representó grandes ganancias para "fraccionadores", propietarios, banqueros, constructores, vendedores de materiales y líderes, quienes se enriquecieron con el arrendamiento y venta de viviendas.

(208) Bustamante. 1985, pág.

(209) Montaño, 1995. Pág. 117

(210) González. 1996, pág. 159.

(211) Posteriormente zonas marginadas, por carecer de los servicios públicos mínimos para vivir.

En el campo educativo Jaime Torres Bodet (212), estableció el Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas, con la finalidad de incluir la planeación de edificios escolares que hasta el momento no tenía orden; la planeación continuó vigente hasta la década de los setenta.

En la línea de la urbanización, con el fin de atender los problemas de vialidad se construyeron el Viaducto Miguel Alemán, el Anillo Periférico, las primeras líneas del Metro, diversas avenidas que favorecían el desplazamiento de la población tales como Reforma, Insurgentes, los Ejes Viales, entre otros (213)

Para atender el abasto de agua y el problema de inundaciones que presentaba el Distrito Federal, el gobierno estableció "El Plan General para resolver los problemas del hundimiento, las inundaciones y el abastecimiento de agua potable de la ciudad de México". Para esto se trajo agua proveniente de los Ríos Lerma, Chiconautla y Chalco, generando un aumento considerable de agua por segundo (214). Esta medida benéfica de abasto de agua, generó desabasto de este líquido a los Estados vecinos.

En el renglón de saneamiento se emprendió la construcción de colectores e interceptores, más adelante se aprobó el plan para completar el Sistema del Drenaje Profundo (215)

De esta manera el Estado trató de conducir el crecimiento urbano, a través de su acción urbanística e intentó impulsar la planificación de diversos modos, como el patrocinio de planos reguladores.

La Industrialización dio resultados tanto en la urbanización como en los cambios del medio ambiente, situación acotada por el Dr. Bustamante, quien cita:

"El problema de la contaminación no sólo se expresa en los grandes conjuntos urbanos, [...], en las áreas densamente pobladas o industrializadas donde se acentúa" (216)

Amén de la urbanización, la proliferación de industrias, produjo la generación de contaminantes del medio ambiente tales como humos, polvos y gases; ruido, radiaciones, sustancias químico-tóxicas que generaron alteraciones en el equilibrio ecológico, cuyos efectos se evidenciaron en el proceso salud-enfermedad de la población manifiestos con el surgimiento de patologías tales como silicosis, psicosis, intoxicaciones, neurosis, entre otras situaciones que se abordaran en el siguiente punto de este capítulo.

(212) Secretario de Educación en 1944-1950.

(213) De los cincuenta a los setenta.

(214) De los cincuenta a los setenta.

(215) Bustamante. 1985. Pág. 360

(216) Bustamante. 1985, pág.389

2.2.-PROBLEMAS EPIDEMIOLÓGICOS Y SU VINCULACIÓN CON LAS CONDICIONES SOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL CAMPO DE LA SALUD

Revisar el panorama epidemiológico (217), permitió conocer de que se enfermaba y moría la gente, a que grupos de edad afectan las diferentes enfermedades existentes, cual era la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad y de morbilidad, las zonas más afectadas por estas; todo esto como precursor de la respuesta que dio el Estado a la sociedad mexicana, expresada a través del sistema nacional de salud y su expresión en el Distrito Federal.

Aproximarse a las condiciones de vida, posibilitó establecer por un lado los niveles de vida pero a la vez los problemas de salud de carácter epidemiológico como una relación dialéctica, en razón de su interdependencia e influencia recíproca.

La proliferación de industrias, sobre todo en el Distrito Federal, representó cambios en las condiciones de vida de la población, lo que supuso que los problemas de salud mostrarían cambios en ese sentido; revisar estos aspectos permitirán establecer su relación con aquellas instancias que se hicieron cargo de la atención de la sociedad, en respuesta a los requerimientos que presentaban.

La óptica epidemiológica de la salud de la población del país, permitirá acercarse a los aspectos de tipo general al originar así un panorama globalizador que hace posible evaluar fielmente el grado en que un padecimiento requiere de una respuesta.

Con estos elementos es factible revisar la relación del Sistema de Salud, las instancias a cargo de los de servicios de atención a la salud en la sociedad mexicana, en la que participaron las enfermeras, estableciendo las normas que se trabajarán en el último punto de este capítulo.

La Epidemiología es representada por la Estadística, disciplina que tiene a su cargo el registro sistematizado de datos que se relacionan entre sí para generar la información fundamental para valorar y orientar las acciones de salud de instancias y sistemas, tanto privadas como públicas a nivel nacional y local.

La Estadística enfrentó situaciones adversas y de inexistencia por periodos mas o menos frecuentes en nuestro país, hasta finales del siglo XIX se constituyó el primer Anuario Estadístico de la República Mexicana que compiló la información de todo el país, como un esfuerzo de sistematizar y el interés oficial por la salud pública, sin embargo fue hasta 1922 en que se dio la producción regular de las estadísticas sobre los hechos vitales en México por parte del gobierno.

(217) Noción que asumió el campo de la salud para evidenciar las condiciones de salud de la población. Vega. 2000. Pág 10

El Consejo Superior de Salubridad, que dependió de Gobernación, inició una labor higienista acelerada al reformar el Código Sanitario que contenía disposiciones para el control e higiene de los alimentos, especialmente la leche; la lucha antirrábica, la vigilancia en puertos y fronteras, previa al establecimiento de cuarentenas; reguló la introducción de sistemas de agua potable y alcantarillado, como ya se citó.

En ese momento el Presidente Francisco I. Madero, declaró institución oficial a la Academia Nacional de Medicina, la que tuvo entre sus funciones dictar las políticas en salud del país aun cuando poco conocían sobre las condiciones de salud de la sociedad, los que la integraban eran médicos dedicados a atender enfermedades de poca magnitud y trascendencia dentro de las instalaciones hospitalarias existentes.

El presidente Francisco I. Madero formó la denominada policía sanitaria especial cuya tarea primordial fue la atención a problemas epidemiológicos que afectaban en gran magnitud a la población, especialmente el combate al tifo (218), enfermedad que continuo cobrando vidas en una gran área del país.

La decisión del Presidente Francisco I. Madero con respecto a la Academia Nacional de Medicina, legitimó aun más la posición del gremio médico que en la gestión del Dr. Liceaga, al frente del Consejo Superior de Salubridad durante veintiocho años, fue insuperable por cualquier otra profesión.

La población mexicana en ese tiempo, enfrentó un sin número de padecimientos de tipo epidemiológico que sostuvieron las altas tasas de mortalidad y de morbilidad, ante lo cual el personal de salud existente poseía limitados elementos metodológicos para enfrentarlos.

Uno de los padecimientos mas extendidos a lo largo y ancho del territorio nacional, fue la desnutrición no categorizada como entidad nosológica por mucho tiempo y que en realidad aparecía constantemente en aquellos padecimientos que mas muertes producían.

El Ing. Alberto Pani citó en una de sus publicaciones:

" ... el hambre debe encabezar la lista de las enfermedades sociales, (219) ["si no precisamente bajo la forma aguda que mata luego sí el hambre crónica, lenta, que padece una buena parte de nuestro pueblo bajo, y que lo tiene, como es bien sabido, en un estado lastimoso de miseria fisiológica, una de las causas más eficientes de nuestra morbilidad y mortalidad generales"] (220)

(218) Padecimiento bacteriano transmitido por el piojo, que inicia, con fiebre de 39.5º, malestar general, cefalea y escalofríos, sordera, constipación, fotofobia y anorexia.

(219) Aquellas que no tienen origen por la presencia de microorganismos, sino un factor como la educación, el empleo, la desintegración familiar, etc. Guerrero. 2001. Pág 250

(220) Bustamante. 1985, pág.395

Esta declaración de un profesional no médico sugiere una conciencia social sobre los requerimientos de la población en el campo de la higiene y la salubridad, los médicos que habían dirigido las acciones en este campo durante tanto tiempo, nunca lo manifestaron. El Ing. Pani, calificó la higiene del país, con dureza al señalar que:

[“[...] una mortalidad horripilante, que representó más del cuarenta por ciento del total, hay que reconocer, seguramente, además de las causas físicas del contagio, de la alimentación defectuosa y de la habitación malsana, entre otras causas de carácter moral: la ignorancia y la falta de cuidados maternos”]; señaló también que sólo [“en la ciudad de México, las enfermedades evitables -expresión que aquí parece irónica- matan, cada año, a más de once mil quinientas personas”] y declaró que [“que es evidente la influencia considerable que la habitación tiene sobre el estado sanitario individual y colectivo”] y concluyó la obra citando que [“el problema verdadero de México consiste[...] en higienizar física y moralmente (221) a la población y en procurar por todos los medios, una mejoría en la precaria situación de nuestro proletariado”]. (222)

Con estas declaraciones es posible detectar las condiciones de vida de la población, plagadas de deficiencias: en la habitación, alimentación, atención médica, da cuenta además del estado de la problemática de salud que tenían en ese momento y que no habían variado desde años pasados, aun cuando el Presidente Díaz y sus colaboradores declararon orgullosamente que el pueblo “vivía en paz”.

Lo declarado por el Ing Pani pone de manifiesto la multicausalidad del proceso salud-enfermedad que los médicos formados para atender enfermos en los hospitales y que pertenecían y avalaba la Academia Nacional de Medicina y del Consejo Superior de Salubridad, no consideraban al tratar sólo la enfermedad desde su perspectiva biológica, sin tomar en cuenta la intervención del medio ambiente. Fue en manos de este tipo de profesionales de la salud en los que el Señor presidente dejó la salud del pueblo mexicano.

Por su parte el Dr. Rafael Norma, médico independiente, propuso federalizar algunos servicios sanitarios, para crear la geografía médica de las enfermedades infecciosas, generando así lo que más adelante se denominaría como Epidemiología y Estadística de Salud (223)

El diputado y médico José Ma. Rodríguez, durante el Congreso Constituyente de 1916-1917 habló sobre la necesidad de unificar la higiene nacional para regenerar la enferma raza mexicana (224), que tuvo como resultado que le otorgaran al

(221) Se refiere a promueve conductas sanas en lo social. Rojas. 1985. Pág. 114

(222) Bustamante. 1985, pág.395

(223) Guerrero. 1985. Pág 96

(224) Delgado. 1993. Pág 117

Consejo de Salubridad, del cual fue presidente, atribuciones superiores a las de una Secretaría de Estado; posteriormente el Presidente Carranza lo nombró Jefe del Departamento de Salubridad, organismo precursor de la actual Secretaría de Salud.

Como una de las primeras medidas que el General Rodríguez tomó, fue combatir las epidemias de tifo e Incorporar como dependencia del Consejo Superior de Salubridad, el Instituto Bacteriológico Nacional que se dedicó básicamente a la investigación bacteriológica y patológica.

Además del tifo, la población enfrentó un brote de viruela en el Estado de Veracruz, uno de meningitis cerebroespinal epidémico en Morelos y la llegada de la influenza, cuyo resultado fue una pandemia, al extenderse en casi todo el mundo ubicándose como una de las enfermedades transmisibles mas mortales de la época.

La viruela, enfermedad con muy alta letalidad, esto es la capacidad de producir la muerte, se exacerbó y combatió, básicamente con la aplicación de la vacuna, actividad realizada sólo por enfermeras habilitadas.

El General Rodríguez en su calidad de autoridad y abrumado por los diversos brotes epidémicos declaró que: "la ignorancia, la miseria y el alcoholismo ocasionaban atraso en los pueblos", lo que le dio sustenta para que estableciera medidas preventivas para abatir esta situación con reuniones de educación popular sobre higiene, por otro lado estableció el requisito de que debían presentar un certificado de salud los varones, expedido por el Departamento de Salubridad, para contraer matrimonio (225)

En 1920 se inició de nueva cuenta, la organización básica de la sanidad nacional esta adquirió categoría política hasta 1934 expresada en el Plan Sexenal, de ahí en adelante formaría parte de los programas de gobierno, en los que se incluyó la introducción domiciliaria de agua, atarjeas, el combate de las epidemias y la disminución de la mortalidad infantil; se reconocieron las condiciones higiénicas prevaletentes.

La presencia de la fiebre amarilla (226), enfermedad de una alta morbilidad con un promedio anual de 278 casos, aun con la presencia de la Campaña contra la Fiebre Amarilla, organismo creado por el Presidente Álvaro Obregón e integrada únicamente por médicos de sanidad internacional de la fundación Rockefeller y del Departamento de Salubridad Pública, continuó su presencia en la población.

(225) Bustamante. 1985, pág. 358).

(226) Esta enfermedad conocida como vómito prieto que prevaleció en la época de la colonización española y la identificaban como "vómito prieto o negro"; se caracteriza por fiebre alta, encías sangrantes, vómito que se va intensificando y cambiando de color hasta el negro debido a la sangre digerida. Dolor en las articulaciones; es transmitida por un mosquito que hace la función de vehículo, al pasar el virus de una persona enferma a una sana. AGN. Bando Epidemias. Exp 13

La prevalencia de la sífilis (227) y la tuberculosis (228), padecimientos transmisibles, generó que se establecieran dispensarios en los Estados, a los que se les dotó de laboratorios especializados de análisis clínicos que proporcionaban servicios gratuitos para la población; por otro lado se capacitaron a los médicos para aplicar tratamientos antirrábicos, evitando así que ante la mordedura por perros rabiosos, tuvieron que acudir el Distrito Federal para su atención.

Con el propósito de atender los servicios creados en los Estado, se organizó el Servicio de Sanidad Federal, dependiente del Departamento de Salubridad Pública; esa instancia fue la precursora de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública que desapareció a fines de los años ochenta.

Mas adelante se fundó el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, organismo de la SSA, todas vez que regresó el personal que fue enviado al extranjero con el propósito de que realizaran estudios sobre la salubridad e higiene; ese organismo tendría a su cargo la realización de investigaciones sobre enfermedades consideradas como tropicales, y se convirtió en el Centro de Estudios sobre Salubridad.

También se estableció el Departamento Materno-Infantil al que se incorporaron enfermeras para la atención de los niños ante el brote de sarampión que se presentó en los Estados de San Luis Potosí, Tamaulipas, Nuevo León e Hidalgo en la zona de la Huasteca.

Para la atención de los enfermos de sarampión (229) llegó de Texas un grupo de profesionales integrada por ingenieros sanitarios, médicos y enfermeras, que traían con ellos medicamentos preventivos hasta ese momento de uso no extensivo.

El Sistema de Salud continuó en construcción, por la necesidad de afrontar los problemas epidemiológicos de la sociedad, así se organizó, una nueva institución: el Departamento de Servicios Médicos Ejidales con la finalidad de establecer la realización de acciones de carácter preventivo y curativo, basado en la participación cooperativa de la población y la autoridad.

En 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública que complementó las acciones del Departamento de Salubridad, apoyándose en la construcción de diversas unidades hospitalarias de especialidades.

Se promulgo la Ley del Seguro Social durante el gobierno del Presidente Ávila

(227) Enfermedad sexualmente transmisible a través de las secreciones de lesiones húmedas, se caracteriza por la presencia de una lesión primaria conocida como chancro que no causa molestias y desaparece al poco tiempo, aunque no la enfermedad que puede permanecer en forma latente por muchos años.

(228) Enfermedad crónica transmisibles a través de las secreciones de un individuo enfermo; ocasionalmente por consumo de productos lácteos provenientes de vacas enfermas; se caracteriza por fiebre, tos persistente con sangrado, expectoración purulenta y pérdida de peso; afecta a toda la población.

(229) Enfermedad transmisible que afectaba principalmente a los niños.

Camacho en cumplimiento al Artículo 123 constitucional que incluyó acciones en el campo de la salud para lo cual inició la conformación de una red de clínicas y hospitales, como ya se citó.

Con las actividades petroleras y agrícolas, se originó una gran movimiento comercial en los puertos, lo que generó la realización de investigaciones sobre la presencia del virus de la fiebre amarilla. La enfermedad que había estado ausente del territorio nacional desde inicios de siglo, presentó nuevos brotes epidémicos en Tehuantepec y en Chiapas, por lo que se aplicó la vacuna en forma selectiva a la población en riesgo (230)

En 1943 por decreto presidencial, la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició su funcionamiento como un organismo integrado por el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, apoyadas en la fusión de medicina preventiva y curativa, en la inmunización para evitar las enfermedades transmisibles y asociadas a las campañas antipalúdica, antivenérea, antituberculosa, antehelmíntica, contra la oncocercosis y otras, con la apremiante necesidad de contar con hospitales modernos, dotados de personal profesional y equipo adecuado para servir a la población mexicana.

Entre las primeras medidas que asumió la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue la prevención de accidentes en el: hogar, trabajo y de tránsito, lo que requirió armonizar las funciones educativas, cívicas y legales de diversas autoridades, expresadas en el primer Plan Nacional de Salud. Nuevamente se mencionan acciones educativas, que así se denominaban a la serie de mensajes dados a la población sin que alguna vez se evaluaran para conocer si su efecto fue educativo.

Como problema epidemiológico se presentó un brote de poliomielitis (231) en los Estados de Tamaulipas, Coahuila, Nuevo León, Chihuahua, Nayarit, Aguascalientes y el Distrito Federal, siendo este último de mayor intensidad en todo el país. Para tratar a los enfermos se construyeron hospitales y centros de rehabilitación. Con el brote de poliomielitis se estableció la vacunación masiva con la vacuna Sabin (232) a cargo de las instituciones del Sector Salud, en todo el territorio nacional.

Ante las necesidades de la población mexicana, el Dr. Bustamante cita la creación del Instituto Nacional de Bienestar a la Infancia (1960), precursor de la actual institución denominada Desarrollo Integral de la Familia (DIF), su propósito fue atender la desnutrición a partir de la distribución de desayunos escolares.

(230) Estadísticas Vitales SSA. 1993.

(231) Es una de las enfermedades de mayor trascendencia, caracterizado por ser una infección aguda, causada por virus; afecta al sistema nervioso central produciendo parálisis; se presenta fiebre, rigidez en la nuca y espalda; en México ataca principalmente a menores de cinco años. (SSA. 1995).

(232) Producto biológico cuya fórmula es del doctor Sabin y que incluye a los tres tipos de virus causantes de la enfermedad.

Las necesidades de los niños no se circunscribía a la nutrición, independientemente de que esta no se salva con la ingesta de un desayuno "equilibrado", como se estableció desde entonces y que esta vigente aun en nuestros días.

El Sector Salud continuó fortaleciéndose con la organización de instancias como la Dirección General de Rehabilitación y el Laboratorio Nacional de Virología (233). Estas instituciones también se asentaron en el Distrito Federal.

Por parte de la iniciativa gubernamental, además de entrega de desayunos escolares a través del INPI, se ejecutaron programas para dar asesoría a campesinos en el uso de técnicas para el cultivo de huertos familiares, la construcción de casas con ventanas, muebles sencillos, separación de las personas y de los animales domésticos; cocinas y letrinas sanitarias fuera de la casa.

Se prepararon "promotores rurales" para que enseñaran a las comunidades la preparación, manejo higiénico de alimentos y la higiene personal, en lo que participaron las enfermeras enseñando técnicas sencillas de mejoramiento de la vida rural y promovieron el acercamiento de los servicios de medicina preventiva. Se generaron normas específicas de Enfermería, Trabajo Social e Ingeniería Sanitaria para su participación (ver anexo # 6).

El IMSS fundó, la casa de la mujer asegurada y de la no asegurada, en la que se les daban cursos y capacitación a las amas de casa para generar en estas la posesión de herramientas que posibilitó mejores condiciones de vida familiar.

Así se modificó el Código Sanitario y se iniciaron las acciones de higiene industrial a lo que las agrupaciones obreras declararon "los trabajadores están considerados en este nuevo capítulo del Código Sanitario como hombres".

Con la aplicación de la Ley del Seguro Social, se inscribieron patrones, trabajadores y beneficiarios en el Distrito Federal, Puebla, Monterrey y Guadalajara.

La problemática Epidemiológica en la población representó un componente determinante porque fue el núcleo de las afecciones de las enfermedades, el ser humano fue así como el depositario de las acciones que se desarrollaron para su atención y comportamiento, en términos de crecimiento, distribución en grupos etarios y asentamientos geográficos, lo que marcó el manejo y superación de muchos de los problemas. En el renglón de crecimiento poblacional, el comportamiento fue el siguiente:

"1900 a 1940

se triplicó la población,

(233) Institución que elabora productos biológicos inmunizantes a partir de virus o sus fragmentos.

Con este nuevo impulso de la salud en México, se planteó utilizar a la salud pública como uno de los recursos para el desarrollo, basado en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes.

de 1940 a 1950
de 1960 a 1980

se duplicó y
se volvió a duplicar (234)

De esta manera en 1959, México tenía 38 millones de habitantes, con una alta tasa de natalidad y un alto porcentaje de menores de 35 años, esto marcó un reto en la salud pública para superar los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad.

Para estos años la distribución por grupos de edad, el de menores de cinco años registró los mayores números; en el total de los grupos etarios, el sexo femenino presentó los porcentajes mas bajos, excepto el de ochenta a ochenta y cuatro años en el que la mujeres representaron casi un 50% mas (235)

La natalidad, registró un descenso sostenido durante las cuatro primeras décadas del siglo XX; posteriormente durante los siguientes veinte años registraron un ascenso y a partir de los setenta volvieron a presentar descenso hasta la fecha; este último comportamiento sustentado en la adopción de los programas de planificación familiar que se han desarrollado desde la década de los setenta (236)

El panorama epidemiológico presentó hasta este momento histórico, la realización de acciones determinantes a cargo del Sector Salud, primero por el Estado y algunas esporádicas aproximaciones de la iniciativa privada; este sector se fue complementando con la creación de diversas instancias, básicamente gubernamentales, sin embargo las modificaciones reales de los problemas epidemiológicos tan mínimos califican por si solos el efecto de esas acciones; al respecto Ovalle señala :

"... En efecto, las razones de la pobreza de las acciones de salud radicaban en la inexistencia de la obligatoriedad de la declaración de enfermedades infecto-contagiosas; la falta de inspectores sanitarios y de eficaces medidas de desinfección..." (237)

Por otro lado las declaraciones fueron en el sentido de que el Estado utilizó a la Salud Pública como uno de los recursos para el desarrollo de México, con impulso basado en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes.

Desde esta perspectiva la medicina recibió una orientación social y en el aspecto institucional la Secretaria de Salubridad y Asistencia, principalmente en las área rurales, incorporó el hospital y el centro de salud en una misma construcción, generó ahorro en costos, al utilizar los mismos servicios administrativos, laboratorios y equipos de rayos X para ambos niveles de atención (238)

(234) Estadísticas Vitales. SSA. 1993

(235) Estadísticas Vitales. SSA. 1993

(236) Ovalle. 1985. Pág 177

(237) Ovalle 1985, pág. 175

(238) Actualmente se denominan Enfermeras en Salud Pública.

En la atención, la salud pública ya no fue vista como solamente una fuerza defensiva más, al no reducirla únicamente al sólo control de enfermedades transmisibles, sino visualizarla como un elemento activo de progreso, un medio de conservación y superación de la salud y factor de desarrollo económico (239)

El evento mas sobresaliente del efecto de las acciones de salud fue la erradicación de la viruela en México (240), después de cuatro siglos de padecer su letal presencia; esto se llevó a cabo en una formal ceremonia precedida por el Presidente de la República de entonces, Lic. Miguel Alemán, quien declaró:

"En virtud de la ocurrencia epidémica de la viruela, que duró siglos en la República Mexicana, ha sido dominada por el tesonero y eficaz esfuerzo de ustedes, médicos sanitarios, investigadores, científicos, elaboradores de la vacuna, enfermeras sanitarias (241), vacunadores, personal administrativo, con la colaboración de todos los mexicanos. Hecho de tal trascendencia en el presente y futuro de México y que contribuye a reforzar en creciente prestigio de nuestro país en el mundo[,...] (242)

Se inició en ese entonces (1959-1964) el desarrollo de programas para la erradicación de la malaria, el tifo, el mal del pinto y la poliomiélitis; se logró erradicar el mosquito identificado como *Aedes Aegypti*, vector del paludismo.

Como resultado del enfoque social de la medicina, todas las actividades se relacionaron con la prevención de las enfermedades transmisibles, saneamiento del ambiente, control de enfermedades degenerativas como las cardiovasculares o el cáncer, programas contra de la contaminación atmosférica o accidentes, mejoramiento de la atención hospitalaria, educación médica e higiénica, la investigación científica y la rehabilitación mental y física.

En respuesta la Secretaria de Salubridad y Asistencia ante el panorama epidemiológico, creo varias Direcciones Generales, entre las que se destaca la Dirección General de Enfermería con ámbito nacional, quien se responsabilizó del control de las intervenciones de enfermería que requerían de la capacitación constante del personal, entre otras (243)

Con la fusión de hospitales y centros de salud, se enfrentó al surgimiento de grupos heterogéneos desde la óptica de la escolaridad y preparación específica en el campo profesional, situación que atendió la Dirección de Enfermería en conjunto con la Escuela de Salud Pública, desarrollando programas de Educación en Servicio exprofesos.

(239) Bustamante. 1965. Pág 198

(240) Bustamante. 1965. Pág 212

(241) Ovaile 1965, pág. 186

(242) Bustamante 1985, pág. 235

(243) Estas unidades de salud, creadas en la década de los cuarenta, para proporcionar atención a la sociedad de bajos recursos económicos, ante problemas que no requerían de atención hospitalaria, sino que podían permanecer en sus casas y acudir a la consulta médica y a la aplicación de vacunas y curaciones, de acuerdo a sus requerimientos.

Los centros de salud promovieron el saneamiento básico de las viviendas de sus zonas geográficas de trabajo, a través del abasto de agua potable a partir de instalaciones intradomiciliaria o de norias públicas colocadas estratégicamente en las comunidades y se instalaron lavaderos y baños públicos comunales, lo que transformó la higiene de la vivienda, por otro lado se instalaron letrinas y fosas sépticas públicas y privadas, con el propósito de evitar el fecalismo a ras del suelo; ambas situaciones generadoras de factores condicionantes en la presentación de los problemas de salud más agudos para las comunidades, principalmente en las rurales.

El centro de salud fue la opción más viable para la atención de la población objeto de los problemas epidemiológicos, representados por padecimientos que podían ser tratados ambulatoriamente, esto es sin ser hospitalizados, y sobre todo desarrollaban acciones en el campo de la prevención. Se generaron varios tipos de unidades dependiendo del tipo de servicios a entregar a las comunidades, de esta manera los tipo "A" representaron a aquellas mas completas y que describe puntualmente el Dr. Bustamante:

El centro de salud A es la oficina aplicativa de mayor categoría para la prevención y dominio de las enfermedades y tiene los siguientes servicios: epidemiología y dominio de las enfermedades transmisibles; promoción y fomento de la salud; higiene materno infantil; saneamiento del ambiente, con ingeniería sanitaria [...], cuidado de la alimentación, higiene mental y medicina del trabajo,[...], rehabilitación física y mental de inválidos, odontología sanitaria, detección de enfermedades degenerativas, enfermería social, trabajo social, adiestramiento en salud pública, laboratorio de análisis clínicos, [...] (244)

A mediados de los años sesenta había trescientos setenta y dos centros de salud en el país; estas unidades tenían en su área hospitalaria doce camas en promedio para la atención de la población; este tipo de unidades asistenciales funcionaron con la participación material y económica de la comunidad.

Para la atención de comunidades pequeñas, esto es menores de 2500 habitantes, se crearon las instituciones denominadas Servicios Médicos Rurales Cooperativos cuya principal característica fue la aportación económica otorgada por la propia comunidad; fueron los precursores de la seguridad social en zonas rurales, y más adelante se conoció como programa IMSS Solidaridad.

Los centros de salud promovieron el saneamiento básico a través del abasto de agua potable a partir de instalaciones intradomiciliaria. En la primera etapa del surgimiento de esta estrategia para atender a las comunidades rurales, se consideró la zona ixtlera que comprendía 100 000 km² y que incluyó a los Estados de Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas, con 409 147 habitantes.

(244) Ovalle. 1985, pág. 194

Posteriormente se extendió a las zonas de la candelaria en Campeche, a Chalcantongo, Oaxaca; Cananea, Sonora; Baviçora, Chihuahua; Ciudad Victoria, Tamaulipas; Coxcatlan, Puebla y San Andrés Tuxtla, Veracruz, ciudades en las que se desarrollaba un programa de colonización.

Se instalaron un total de 343 Servicios Médicos Rurales Cooperativos en la década de los sesenta y campesinos adiestrados exprofeso, pasantes en servicio social de la carrera de medicina y grupos de padres de familia para el desarrollo de los programas sanitario asistenciales; sin embargo debido a cuestiones económicas, no fue posible reforzar las campañas sanitarias (245) contra el bocio (246), las rikettsias (247), las helmintiasis (248), las enfermedades venéreas (249) y las violencias (250)

Esta situación generó que los problemas epidemiológicos permanecieran por largo tiempo entre las comunidades rurales y algunas urbanas con características similares en el renglón de urbanización.

Un componente determinante en el nivel de salud lo es sin duda la alimentación que desde los inicios de la Secretaria de Salubridad y Asistencia asumió dentro de sus programas prioritarios en los cuales las enfermeras tuvieron un papel importante porque a través de ellas se promovió la creación de molinos de nixtamal, pequeñas industrias domésticas y el uso de instrumentos y materiales de trabajo.

Posteriormente el Gobierno creó la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), instancia dedicada a la promoción de siembra y comercio de productos agrícolas rurales de las cuales obtendrían altas ganancias con el fin de generar un nivel de vida superior entre las comunidades y por otro lado la mejora de la alimentación de la misma. Esto aun que persistió por varios años, finalmente no prosperó.

Ante los problemas de salud, las instituciones se unieron para proyectos específicos como la lucha contra la Tuberculosis que aglutinó a la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),

(245) Estrategia adoptada para combatir intensivamente aquellas enfermedades con un comportamiento endémico y cuyas acciones se llevaron hasta donde se asentaba la población. SSA. 1978. Pág 30

(246) Enfermedad que se caracteriza por la alteración en el funcionamiento y en la estructura de la glándula tiroidea; se presentaba en forma endémica. SSA. 1985. Pág 78

(247) Grupo de padecimientos producidos por microorganismos denominados rikettsias, de fácil transmisión, asociados a las condiciones de deficiencias en el saneamiento básico y personal; producían altas temperaturas, postración, deterioro de la salud en forma rápida, en el enfermo. SSA. 1985. Pág 92

(248) Enfermedades producidas por parásitos identificados como helmintos; estas afectaban al enfermo generando diarrea como su signo mas grave, deshidratación, anemia, entre otros; también asociada al saneamiento básico deficiente. SSA. 1985. Pág 40

(249) Enfermedades sexualmente transmitidas. SSA. 1985. Pág 56

(250) Causas que agrupan enfermedad o muerte causadas por actos violentos como homicidios. SSA. 1990. Pág 75

Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y algunas empresas privadas, con un funcionamiento como Sector Salud.

Las acciones que realizaron contra la tuberculosis, en la década de los setenta, fueron la aplicación de la vacuna BCG, los estudios radiológicos, las investigaciones de laboratorio, la aplicación de tratamientos médicos con drogas específicas vigiladas por personal de enfermería, quien se responsabilizó de ello y llevó a la curación a la mayoría de los enfermos. Otro padecimiento considerado como problema de salud pública fue la Fiebre Reumática (251) que afectó principalmente a los menores de catorce años, para lo que se constituyó una campaña de lucha y control en las Ciudades de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla, Torreón, Durango, León, Pachuca y Cuernavaca; las acciones realizadas fueron de educación para la salud y de detección de enfermos a través de las escuelas.

La lepra, padecimiento viejo, transmisible que estuvo y continuo bajo vigilancia epidemiológica por su característica de trascendencia, fue atendido por personal capacitado exprofeso en la Escuela de Salud Pública, entre los que se identificó a la enfermera.

En el Distrito Federal la Dirección General de Salubridad (DGSDf), la Dirección General de Asistencia Social (DGAS) y la Dirección General de Asistencia Médica (DGAM), fueron las instituciones que se hicieron cargo de la salud de la sociedad (1955- 1983).

Cada una de estas instituciones desarrollaron acciones específicas de acuerdo a sus objetivos, así la de Salubridad asumió aquellas referentes al saneamiento básico y las de prevención de enfermedades; la de Asistencia Médica desarrolló acciones de atención a enfermos y la de Asistencia Social, las enfocadas a acciones de asistencia, como se puntualizará mas adelante.

Los principales problemas epidemiológicos en el Distrito Federal fueron: la brucelosis, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, tifo, septicemia puerperal, oftalmía purulenta, poliomielitis, fiebre reumática, tuberculosis; otros problemas fueron en el renglón de la odontología, la atención materno infantil y la rabia (252)

Se estableció además la lucha contra el ambiente físico nocivo y la atención a población rural marginada asentada en la periferia de la ciudad, para lo cual se promovió el mejoramiento de las casas habitación, construcción e instalación de letrinas, baños y lavaderos públicos y canchas deportivas, así como la orientación a

(251) Enfermedad producida por el estreptococo beta hemolítico, que afecta principalmente a los menores de 12 años; puede causar afección cardíaca. SSA. 1985. Pág 110

(252) Ovalle. 1990. Pág 179

la comunidad para la utilización adecuada de sus propios recursos en la solución de problemas de saneamiento y mejoramiento del medio ambiente.

En asistencia social las acciones se dirigieron a la mujer, al menor y al anciano; se crearon casas para el anciano, albergues temporales de infantes, comedores familiares y dormitorios públicos, bolsas de trabajo, albergues para niños, guarderías infantiles; más adelante estas acciones pasaron al DIF.

Con el propósito de garantizar la calidad de la atención de la sociedad, se diseñaron y desarrollaron programas de enseñanza sobre medicina y enfermería acordes a los problemas de salud existentes. Sobre estos programas formativos para médicos y enfermeras, no se obtuvo la información que posibilitara identificar las características de estos.

En el terreno de la Educación Higiénica se declaró que: "La educación en higiene (253), tiende a crear en el individuo la actitud favorable de comprensión y aceptación de normas específicas en la materia, para la obtención de salud y su conservación, mediante el cambio positivo de sus costumbres y por la adquisición de hábitos benéficos al respecto".

La Dirección de Educación Higiénica (instancia dependiente de la SSA), tenía un centro de producción de material audiovisual donde se generaron materiales como: folletos, carteles, volantes, películas, fotografías, diapositivas, discos, series de radio y de televisión; que distribuían a las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

De esta manera se marcó una tradición sobre la utilización de este tipo de material que fue un gran apoyo en la realización de las acciones de los diversos programas entre la comunidad, que esperaba la distribución y la realización del trabajo comunitario del personal de enfermería, quienes fueran desde siempre las que estaban en contacto con la población.

A partir del surgimiento de la Epidemiología la salud o el perfil de esta se ha medido a través de indicadores calificados como negativos por referirse a eventos como la enfermedad y la muerte, complementados por aquellos denominados como positivos como los nacimientos y la esperanza de vida al nacer, entre otros para ese momento.

La esperanza de vida de la población pasó de 36 años en la década de los treinta, a 68 en los ochenta (254). Este resultado en la esperanza de vida es recuperado en el diseño de programas de atención comunitaria, que demandaba acciones

(253) Serie de acciones que tienen como propósito dar información a la comunidad sobre la conveniencia de adoptar conductas saludables. dBustamante. 1985, pág. 259
(254) Ovalle. 1990. Pág 101

diversificadas a grupos como ancianos, adolescentes, mujeres en edad reproductiva y niños.

La mortalidad general tuvo el comportamiento de descenso iniciado a finales del siglo XIX hasta los años setenta, como se observa y que sólo abarcan cinco de los nueve que se mencionan:

1950	16.1*
1960	11.2
1970	9.9
1974	7.5
1976	9.0

* Tasa por 1000 habitantes (255)

Sin embargo en los dos últimos períodos citados, el incremento se debió al aumento en la mortalidad infantil y en la mortalidad de los mayores de 61 años.

En el Distrito Federal las instituciones de atención a la salud la realizaron a través de atención a las enfermedades y atención preventiva, ambos componentes asumidos por instancias específicas en cada caso acotadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través las Subsecretarías y sus Direcciones Generales cuya función fue vigilar el desarrollo de los programas.

Las acciones de atención a la salud en la ciudad de México estuvieron a cargo de dos grandes instituciones: la Dirección General de Salubridad y la Dirección General de Asistencia Médica, ambas dependencias de la SSA.

Esta forma de organización evidencia el concepto de un ser humano fragmentado en la atención a la salud, al hacerlo objeto de la entrega de acciones en la fase de enfermedad individualizadas, ajenas a la realidad cotidiana en la cual enfrenta la presencia de factores condicionantes despreciados o ignorados en su contribución a la presencia de esta etapa del proceso salud-enfermedad.

Las acciones preventivas estuvieron matizadas por el propósito de elevar los niveles socioeconómicos y mejorar el saneamiento del ambiente, componentes que repercuten directamente sobre la salud, pero que excedían las atribuciones de este sector.

Estos propósitos para una institución de salud son inalcanzables en tanto su ámbito se concretó a realizar acciones curativas y preventivas de las enfermedades, que por sí solas no elevan el nivel socioeconómico; sin embargo tanto los aspectos económicos, como los del medio ambiente comunitario y domiciliario, representan factores determinantes de los niveles de salud de la población.

(255) Bustamante 1985. Pág. 255

Epidemiológicamente los indicadores de salud en el Distrito Federal alcanzaron disminuciones importantes de los principales problemas de salud, similares a los nacionales tanto en su presencia como en sus disminuciones.

La disponibilidad de recursos fue la diferencia tanto en la entrega de servicios a la sociedad, como en la contribución a la disminución de las tasas de morbilidad y de mortalidad; se dispuso de unidades de atención citadas en el punto anterior de este capítulo.

Aun cuando la mayoría de la población era urbana, también se tenía un área con características netamente rurales: sus costumbres, viviendas, alimentación, prácticas ante la enfermedad que representó un reto para la penetración de la cultura de atención a la salud.

En el renglón de muertes violentas se agruparon aquellas calificadas como: accidentes en el hogar, trabajo y tránsito, todos evitables, pero que originaron una sangría de considerable proporción; menciona el Dr. Bustamante, en el caso de los accidentes de tránsito:

"Parece haber un endurecimiento psíquico [...], puesto que conmueven los del hogar y los del trabajo, para que la sociedad permanezca indiferente ante el olumen de fallecimientos en los accidentes de tránsito" (256)

Con esta declaración del Dr. Bustamante, indicaba como la sociedad jugaba un papel activo en asuntos de salud, aun cuando ésta sólo desarrolló el papel de receptor pasivo y quien decidió las acciones a entregarles siempre fue la autoridad gubernamental.

Más adelante, en la década de los setenta, la ciudad enfrentarían el grave problema de zonas de asentamientos humanos irregulares denominadas de diversas maneras dependiendo de la administración pública del momento, cuya principal característica sería la demanda de servicios (257). La asistencia social, ligada a la atención médica, se ejerció desde inicios del siglo XX, a través de congregaciones religiosas, bajo el concepto de caridad, en unidades que conjugaban las características de hospital-asilo-escuela; para esto disponían de dispensarios, hospicios, escuelas para ciegos, hospitales, colegios de sordomudos, casa de expósitos, asilos que fueron fundados desde el virreinato y que a la fecha existen algunos de estos. Para esta época, la asistencia pública se reforzó económicamente al integrarse los productos de la Lotería Nacional.

Las enfermeras participaron como personal habilitado; las que egresaban de la Escuela de Enfermería existente, eran preparadas para ejercer sólo dentro de los hospitales, no en los domicilios de la población, en centros escolares y demás sitios comunitarios.

(256) Bustamante. 1985, pág. 264

(257) Álvarez. 1980. Pág 5

Desde el nacimiento de las Instituciones de salud se designaron como dirigentes de estas y de los grupos subsecuentes a médicos, aun cuando existieran otros profesionales; esto estuvo basado en los que señaló el Dr. Bustamante:

"[...] y la designación de médicos como jefes de las brigadas o servicios, siempre han mostrado serenidad, energía, respeto a las leyes y conocimientos administrativos y científicos, han evitado las protestas que de otra manera habrían impedido el acatamiento de las disposiciones calificadas de "dictadura sanitaria" y el respeto a la inusitada autoridad empleada" (258).

Lo planteado expresaba un reconocimiento para el médico, pero aquí cabría pensar si esto ha sido cuestión de oportunidad que no se les dio a otros profesionales de la salud pública integrantes del equipo para desarrollar las acciones y posibilitar los avances, para remontar la problemática de salud de la sociedad; el médico por mucho tiempo fue el único personal de salud existente en el modelo europeo adoptado a partir de la colonia; la enfermera estuvo representada por religiosas, lo que les daba otro tipo de papel en el proceso de atención, quizás esta sea una explicación de lo que ocurrió en esos tiempos, sin embargo la situación persiste hasta nuestros días lo que privilegia al médico al que se considera como un líder natural, consideración hecha por el gremio médico sin tomar en cuenta la opinión y capacidad de otros profesionales.

Pero los problemas de salud de la sociedad se evidenciaron también a partir de uno de los más connotados indicadores: la mortalidad que se expresaba en las tasas de las cuales las más altas correspondían a los grupos más vulnerables, a los extremos de la vida, los niños y los ancianos; otro fue el de la mujer en edad reproductiva, básicamente en el periodo del embarazo y el puerperio (259), y la población rural, entre otros.

Haciendo un recuento como sustento a lo citado en el párrafo anterior, la mortalidad infantil en 1900 fue de 287 por mil nacidos vivos, que lejos de disminuir, sufrió un incremento durante las décadas siguientes hasta la segunda mitad del siglo; en el caso de la mortalidad general la tasa fue de 32.3 por mil habitantes, considerándose alta. La mortalidad general, en sus primeras diez causas, hicieron evidente la relación e influencia de las condiciones sociales, la forma de vida y la condición de vida (ver el anexo # 3)

Para remontar los problemas epidemiológicos, las instituciones del sector salud desarrollaron una serie de acciones enmarcadas en los programas de atención, de esta manera destacaron las acciones de salud que se citan en Historia de la Salud Pública:

"Contra la viruela se luchó aplicando la vacuna antivariolosa preparada en el

(258) Bustamante 1985, pág. 266

(259) periodo correspondiente a los siguientes cuarenta días después del nacimiento, durante los cuales la madre recupera el tamaño normal del útero y su estado general.

Instituto de Higiene; conservándola adecuadamente en refrigeración e inoculándola cuidadosamente el personal de los Servicios Coordinados y el de las Brigadas Especiales enviadas a las zonas rurales de difícil acceso [...]. En la campaña contra el tifo, se utilizaron el "despiojamiento" sistemático, [...], y sobre todo, a partir de 1943, el insecticida DDT de efecto comprobado [...] para el control del tifo en comunidades rurales[...] para terminar con los brotes de tifo epidémico. (260)

El DDT, se aplicó extensamente en Europa y África, en las campañas contra el tifo, en poblaciones civiles, durante la Guerra Mundial. Se menciona que estas importantes acciones en beneficio de la salud de la población fueron realizadas por "personal de salud", omitiendo el dato de haber sido enfermeras en cuyas manos quedó su desarrollo, aun en esas zonas inaccesibles como lo citan Sosa y Navarro (261)

Contrariamente a los beneficios para la salud de las citadas acciones, el uso del este tipo de insecticida altamente nocivo como un correctivo de la infestación de parásitos transmisores del tifo, cuya presencia se debía básicamente a la falta de hábitos de higiene entre la población que enfrentaba las condiciones de saneamiento por la falta de colectores, atarjeas, albañales, agua potable, entre otras que dificultaron las prácticas requeridas al respecto. Más adelante se declararía que ese insecticida tenía propiedades cancerígenas y una toxicidad acumulabe.

Las acciones más destacadas fueron las de educación para la salud, esto es pláticas, demostraciones, distribución de carteles y volantes lo que posibilitó el fomento e instauración de prácticas sanitarias, requirieron de estar fundamentadas en la realidad social, económica, educativa y política de la sociedad, para trascender al discurso y alcanzar la objetividad.

En respuesta a la problemática de salud de la sociedad, el sector salud inauguró nuevas unidades de atención, como ya se mencionó y cambio de orientación la política del país, en materia de salud recuperó las acciones diferenciadas y los servicios sólo se ofrecieron a ciertos grupos sociales, vinculados directamente al proceso industrial, aun cuando esta estuviera relacionada con la problemática muy relativamente, en tanto que aquellos grupos como los niños, las madres, los desempleados, no entraron en esta nueva orientación política.

En este recuento, la medicina dio su propia respuesta al seguir las pautas de la experiencia norteamericana, y en los primer años la década de los cuarenta, se iniciaron las residencias médicas (262) destinadas al hospital sofisticado en los cuales el paciente o enfermo era visualizado como señala Ovalle:

(260) Bustamante 1985, pág. 268

(261) Sosa y Navarro. 1968, pág. 10

(262) Forma en que se identificaban e identifican los estudios de especialización de los médicos para la atención del enfermo hospitalizado.

" [...] las residencias médicas [...] que tienen por propósito principal la formación de subespecialistas, cuyo destino es el hospital sofisticado y que perciben a los pacientes fragmentados en órganos y sistemas, por haber sido educados bajo paradigmas biológico - individualista - curativo que ha dominado la práctica médica occidental desde principios de siglo [...] (263).

Desde luego las especialidades médicas poco tenían que ver con la problemática de salud, su ejecución era del ámbito hospitalario y la mayoría de los padecimientos de la sociedad requirieron atención fuera de estas unidades; mas adelante esta tendencia médica alcanzó a la enfermería.

La tendencia de las instituciones de salud, se caracterizó por: 1) el crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social; 2) la extensión de la red hospitalaria de la S.S.A.; 3) la realización de campañas de vacunación, (como única acción preventiva); 4) la disposición de servicios médicos para el área rural a través de diversos programas.

De esta manera la atención médica se volvió prácticamente sólo curativa mediante la atención hospitalaria; las medidas preventivas se redujeron a la vacunación y a las campañas contra el paludismo, la viruela, la fiebre amarilla, y las acciones de yodatación de la sal.

Durante el periodo de 1959- 1961 se trasformó la Dirección General de Pensiones Civiles (DGPC) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que se fusionaron; se creó el Instituto de Rehabilitación, se promulgó la ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y se fundó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) (264)

Así la infraestructura en salud se incrementó, y diseñaron programas de atención a la población, se favoreció la formación de personal especializado, sólo que con un enfoque curativo, dejando de lado prácticamente los aspectos preventivos en todas estas áreas.

La formación del personal de salud como enfermeras, médicos, odontólogos y otros, fue básicamente para la atención del individuo enfermo y desarrolló de esta manera las principales especialidades en estas carreras, situación que aun persiste a la fecha.

En el área preventiva sólo se estudiaba Salud Pública, como una especialidad cuya demanda era mínima, lo que generó un prestigio relativo que a su vez originó la asistencia de pocos profesionales a la única escuela exprofesa en el país. Aun cuando la Escuela de Salud Pública existía, eran pocas las enfermeras que acudían a realizar estudios a ella; primero porque tardó algunos años en que se diseñaran

(263) Bustamante. 1985. Pág. 210

(264) Bustamante. 1985. Pág 230

programas formativos para estas y después por el modelo de atención que se desarrollaba en el país.

Las primeras enfermeras que se prepararon en el campo de la Salud Pública, fueron las denominadas visitadoras cuya labor se destacó en las áreas rurales principalmente con acciones de vacunación, desparasitaciones, combate de vectores y parásitos ectópicos, enseñanza de acciones para la prevención de enfermedades en las comunidades, centros laborales, escuelas y hogares.

En las ciudades estas enfermeras visitadoras fueron ubicadas en los recién creados centros de salud, labor que desarrolló actividades importantes para el control y aun la erradicación de enfermedades altamente lesionantes, como la viruela y el tifo que sólo ellas asumieron, buscando el acercamiento de beneficios para niños, madres, adolescentes, ancianos y demás grupos vulnerables existentes.

La salud connotada como exclusivamente médica, dejó de lado la dimensión de la salud pública, en la que la participación comunitaria, a través de sus esfuerzos coordinados, contribuyó a la elevación del nivel de vida de la población y al convencimiento de que la mejor inversión sería la conservación de la salud del individuo y la comunidad.

En ese entonces se acuñó el lema de ["la salud del pueblo, es la suprema ley"], que evidentemente no se observó, pasando a ser un pilar más de la demagogia y de la retórica oficial, base de la inexistente justicia social.

La alimentación, otro componente de la salud, enfrentó deficiencias calificadas por el Dr. Francisco de P. Miranda funcionario de la SSA, como hipoproteïnemia, es decir deficiente en el nutriente denominado proteína, elemento básico para el crecimiento y desarrollo de la población infantil, situación que además reflejó sus efectos en el proceso de aprendizaje en la edad escolar, en aquellos que pudieron asistir a la escuela (265). El autor no expone los parámetros para esta calificación del rendimiento escolar, aun cuando se sabe de esta relación que exhibe.

El estado de salud de la población, las deficiencias en la alimentación generaron condiciones de desventaja ante las enfermedades, sobre todo las infantiles que encontraron un campo propicio para implantarse y desarrollarse, cobrando el más alto precio: la vida de los pequeños.

La noción de salud de esta época, medicalizada se manifestó en lo que señala Guillermo Montaña al comentar la inversión en salud del gobierno pos revolucionario,

"[...] los médicos somos espectadores, generalmente pasivos, de la política

(265) Ovalle. 1990. Pág 306

asistencial de los gobiernos, cuyos voceros oficiales han hecho declaraciones[...], a cerca de los propósitos de mejorar al máximo las condiciones asistenciales,[...] de acuerdo a las posibilidades presupuestales. Esas posibilidades son en base sobre la que se proyectan las inversiones en materia de hospitales, [...] asignándoles sumas que parecerían ridículas y risibles,[...] que permite la fase oficial hiriente e irónica, de que "la salud del pueblo es la suprema ley" (266)

La profesión de enfermería siguió un camino similar al del médico al incrementar y diversificar su preparación en la atención al enfermo hospitalizado y únicamente la enfermera denominada visitadora inició su desarrollo en el campo de la salud pública, punto que a continuación se abordará.

2.3.-APARICIÓN DE LA ENFERMERA VISITADORA; LA IMERSIÓN CON LA REALIDAD.

La inclusión de acciones de salud directamente en las comunidades en donde radicaba la población, requirió de personal especializados para funcionar en este tipo de escenario, que por otro lado era desconocido por aquellas personas que tradicionalmente otorgaban la atención en el campo de la salud. Sin embargo esta conclusión fue tomada en cuenta después de casi dos décadas de iniciadas las acciones comunitarias, lo que se puntualizará en el siguiente apartado de este capítulo.

Incrustar las actividades de salud en la comunidad, representó una complejidad para los servicios exprofesos; los hospitales eran el único lugar donde se acostumbraba dar la atención a los enfermos; ahí se desarrollaban además los estudios de quienes se preparaban para ello de acuerdo al modelo europeo y norteamericano; la comunidad ofrecía circunstancias poco atractivas, trabajar a la intemperie o en las casas habitación, fuera de áreas asépticas, sin instrumentos propios para la atención, ante la presencia de la familia o de los vecinos, cuya mirada manifestó dudas sobre lo que le hacían a su enfermo y que reclamaban una respuesta que normalmente no se acostumbraba a dar, hacía que la labor fuera poco motivante para el médico y la enfermera que se formaba en la escuela y quienes definitivamente prefería el hospital.

De acuerdo a esto hubo que determinar la creación de otros trabajadores de la salud que asumieran esas acciones en la comunidad a la que había que trasladarse cotidianamente para atender a los enfermos con los recursos limitados de estos.

Este escenario permitió la aparición de: el agente sanitario, el técnico en saneamiento básico, el técnico en estadística y la enfermera visitadora, cuyo ámbito principal de esta última, sería el hogar, la escuela, el centros de trabajo y

(266) Carmona. 1996, pág. 107

aqueellos sitios de concentración de grupos humanos integrantes de la comunidad.

Con la evolución de la enfermería laica, promovida por Florencia Nightingale (267) cuyos detalles se puntualizaron en el capítulo I, surgió la enfermería domiciliaria en 1861, precursora de la visitadora de nuestro país.

El ejercicio de la enfermería hospitalaria que su principal característica fuera el otorgar atención al enfermo dentro de sus propios muros, y que su trabajo terminara cuando este se reintegraba a su núcleo familiar, propició la identificación del domicilio del paciente como campo de acción de la enfermería clínica.

Jameison cita que la especialidad de enfermería domiciliaria la estudiaban, después de haber concluido la enfermería hospitalaria, con duración de un año; para la enseñanza de esto contaron con maestras especializadas, a las cuales se les pidió que fueran señoras partiendo del supuesto de que por ser mujeres de la clase social alta, poseían una enseñanza apropiada para esta labor(268)

A partir de datos estadísticos, la Señorita Nightingale demostró a las autoridades de salud de su país, que la mortalidad de los soldados en tiempo de paz, era más alta que la del resto de la población, debido a las condiciones de insalubridad en que vivían en los cuarteles; de acuerdo a ello, las autoridades sanitarias de la ciudad de Liverpool, la dividieron en dieciocho distritos, asignándoles una enfermera a cada uno, con el propósito de que visitaran a los enfermos en su casa. De idéntica manera se organizó este servicio en la ciudad de Londres, y después en todo Inglaterra e Irlanda.

Esta tradición inglesa tuvo su réplica en los Estados Unidos, concretamente en la ciudad de Nueva York, en donde las enfermeras D. Wald y Mery Brewster pusieron en los barrios bajos, un Centro de Enfermería Sanitaria, que daba atención a los pacientes pobres que lo requirieron; esta dos enfermeras pudieron identificar que las enfermedades no sólo obedeció a causas bacteriana, sino sociales, lo que representó el surgimiento de la enfermería sanitaria en este país.

La enfermería en esos momentos, era eminentemente clínica, tanto en el hospital como en el domicilio, aun no incorporaban los aspectos preventivos, que es una de las características de la enfermera sanitaria o visitadora mexicana.

Estamos hablando, que durante la última década del siglo XIX, en el campo médico se había logrado evitar la viruela a partir del uso de la vacuna existente para ese fin; el escorbuto (269) se logró controlar con la promoción del consumo de fuentes

(267) Certamente eliminó la enfermería inserta en la tradición de la iglesia, pero adoptó la noción de la jerarquía militar, que después de ella se fusionaron ambas nociones y que permanece hasta nuestros días.

(268) Jameison. 1978, pág. 255

(269) Padecimiento que se presentaba entre la población con deficiencia en el consumo de vitamina D. SSA. 1985. Pág 84

cítricas y el paludismo a través del uso de la quinina; en el caso del diagnóstico y del tratamiento de un sin número de enfermedades que había logrado describir, estos se hacían en base a prácticas y conocimientos antiquísimos (270)

Había ya adelantos sobre las técnicas de aislamiento para algunas enfermedades y esto obedeció a las observaciones que se hicieron para ver porque los sanos enfermaban; tenían ideas de la importancia de la limpieza en cirugía y en la obstetricia.

En Francia ya se hacía cargo de las acciones de la enfermería de salud pública la "assistante sociale" (271); para este tipo de enfermería estudiaban dos años en la escuela de enfermería y año y medio en la escuela para auxiliares sociales, al cabo de los cuales se les otorgaban dos diplomas: una de enfermera y otro de labor social; estas asistentes sociales atendieron las necesidades tanto de salud como sociales de familias enteras.

Estas asistentes sociales recibían solicitudes para atender la enfermedad y el seguro de desempleo, así como para cerciorarse de las causas de las ausencias de los niños en las escuelas; vigilaban que se cumpliera con los esquemas de vacunación, lo que combinaban con planes para que los niños asintieran a campamentos de vacaciones. No realizaban actividades en el domicilio, aun cuando se consideraban el similitud de la enfermera visitadora, debido a que sus labores las realizaban en centros de asistencia semejantes a los centros de salud de América, en donde se ubicaran las enfermeras visitadoras.

En Europa, Bélgica y Suecia se destacaron por tener enfermeras visitadoras; en el caso del primero las preparaba durante dos años académicos, después de estudiar enfermería; para el segundo, el trabajo en el domicilio se realizaba a partir de las comadronas graduadas, quienes otorgaban atención especializada.

En Italia, la enfermería de salubridad pública, nombre que se les daba a las enfermeras visitadoras, se instituyó para la atención de los enfermos de tuberculosis; estas eran preparadas por siete meses, después de estudiar la carrera de enfermería.

En América Latina, Argentina (siglo XIX), inició el desarrollo de la enfermera visitadora, con un individuo de raza guaraní que recorría las casas del pueblo y atendía a los enfermos; fué hasta la segunda década del siglo XX que se dio inicio la preparación de este tipo de enfermeras en las escuelas de enfermería.

Por su parte, en Brasil se iniciaron las acciones de las enfermeras visitadoras en 1923, por iniciativa de un médico y el financiamiento de la fundación Rockefeller

(270) Jamelson. 1978, Pág. 258

(271) Las acciones que realizaban encontraron su similitud en la enfermeras de salud pública. Collière. 2000. Pág 175

quien envió enfermeras norteamericanas y europeas para que se hicieran cargo de la enseñanza de la salud pública, campo de formación de esas enfermeras. De igual manera sucedió en Colombia, se inicia la preparación de enfermeras en salud pública, con duración de un año de estudios, también bajo la dirección de enfermeras norteamericanas; en este caso la fundación Rockefeller patrocinó la fundación de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, las egresadas obtenían un diploma de bachiller normalista superior.

En México la enfermera visitadora inició su función durante la segunda década del siglo XX, específicamente para el programa de enfermedades transmisibles en la aplicación de la vacuna antivariolosa y el servicio antirrábico; dentro de este programa las acciones en el hogar, se enfocaron a la atención de enfermos de oftalmía purulenta (272), enfermedad que se daba ante las malas condiciones higiénicas en la atención del parto.

Estas enfermeras visitadoras fueron adiestradas mínimamente por médicos que poco sabían sobre las actividades y los conocimientos requeridos para la atención del enfermo en el ámbito del hogar, ese fue el nivel de preparación de la enfermera; no había escuela que preparara para ello.

Nuevamente se repitió el esquema de adjudicarse el liderazgo de una profesión ajena a la propia, de la cual además no se informó sobre la dinámica mundial, en donde las propias enfermeras buscaron los elementos necesarios para su preparación y desarrollo; en México debido a lo primero se generó que la aproximación de perfil de estas visitadoras no correspondiera a los requerimientos de la población, ni a las nociones de otros países pioneros, porque como se mencionó, los médicos carecían de la capacitación necesaria.

Las actividades desarrolladas en los servicios de salud, se ampliaron a acciones preventivas (273) mediante campañas específicas de acuerdo a padecimiento que se originaba por la atención del parto en condiciones poco higiénicas, lo que originaba contaminación de los ojos del recién nacido y que fuera difícil de tratar y curar los padecimientos que afectaron en mayor proporción a la población, las cuales se describieron en el punto anterior de este capítulo.

El jefe del Departamento de Salubridad declaró que se fundarían dispensarios en cada Estado de la República y que.

"[...] Estos centro por medio de sus enfermeras visitadoras, lograrán descubrir mayor número de enfermos y seleccionaremos para que sean llevados al sanatorio, otros al hospital, otros a los preventorios y los que puedan curarse en sus domicilios; estos son los métodos de higiene que la enfermera les indicará en cada caso" (274)

(272) Padecimiento que enfrentan los recién nacidos por contaminación en el canal del parto. SSA. 1985. Pág 115

(273) Bustamante. 1985; pág 281

(274) Bustamante. 1985, pág. 284

Por las declaraciones del Dr. Villanueva, jefe del Departamento de Salubridad, puedo decir que fuera del campo de la salud, la enfermera fue considerada como un elemento capaz de realizar acciones definidas e independientes. Es de llamar la atención que no se determinara la necesidad de que estas tuvieran una preparación académica suficiente y que garantizara intervenciones de calidad.

Con la situación de salud que se enfrentó y la poca disponibilidad de personal de salud preparado que se reducía al médico con un campo de acción que no consideraba el domicilio de la población, las autoridades sanitarias identificaron la necesidad de abordar ambos problemas, así se estableció la Escuela de Salubridad en 1925 en la cual habían de prepararse personal en salud pública entre el que se incluyó a la enfermera.

Fue hasta 1926 que la Escuela de Salubridad realizó el primer curso para preparar a enfermeras visitadoras; asistieron un total de veintisiete alumnas que se formarían como enfermeras visitadoras con un alto promedio en las calificaciones (275). En este primer curso dirigido a la capacitación de las enfermeras visitadoras, se incluyeron las siguientes asignaturas:

"- Higiene Escolar

- Papel de las enfermeras visitadoras en el control de enfermedades transmisibles: viruela (vacunación), varioloide, varicela, rubéola, escarlatina, sarampión, inicio de la tuberculosis.

- Difteria. Reacción de Shick; tifoidea, vacuna tífica, paratífica. Generalidades sobre higiene: pública, general, personal. Profilaxis. Personal: baño, aseo, cavidad bucal.

- Dieta de la embarazada, metabolismo de calcio y potasio. Limpieza de manos. - -
- Ejercicio físico e higiene; vestido.

- Alimentos (cuaternarios, ternarios, minerales); vitaminas: generalidades, A, B y C. Estudio de leche; generalidades, composición, bacterias comunes, fermentos lácticos, fermentos pútridos, bacterias patógenas. Enfermedades transmitidas por leche. Deficiencias higiénicas entre leche cruda, hervida, pasteurizada. Pasteurización.

- Nuevo código sanitario. Las enfermedades transmisibles.

- Higiene de la habitación. La luz solar sobre los gérmenes. Raquitismo. El polvo desde el punto de vista higiénico. La lucha contra las moscas.

- Higiene infantil. Eugenesia. Importancia de la salud de los cónyuges. El tratamiento de las enfermedades durante el embarazo. Mortalidad materna.

- Mortalidad infantil: sus principales causas en México. Alimentación materna: por nodriza, artificial. Uso del aparato de soxhlet.

- Nociones generales sobre enfermedades transmisibles; papel de la enfermera en la profilaxis.

- Código sanitario: cementerios, inhumaciones, exhumaciones, traslado de cadáveres; enfermedades endémicas; acciones extraordinarias en materia de salubridad.

- Inmunizaciones pasiva, activo pasiva. Reacción de Dick (escarlatina). Método profiláctico de Milne (rubéola La parte práctica se llevó a cabo en el centro de higiene)." (276)

(275) AHSSA. 1926, Exp.2

(276)AHSSA. 1926, Exp. 8

Por el contenido del programa docente desarrollado con esta alumnas, se puede decir que su formación fue para que intervinieran en el cuidado, aplicación de tratamientos y la prevención de enfermedades; por otro lado se orientaba a las acciones de agentes sanitarios y de trabajadoras sociales. Ante la ausencia de datos, se dificultó efectuar otro tipo de análisis.

El programa de capacitación posibilitó que se organizaran los servicios de enfermeras visitadoras en los centros de higiene infantil, según aceveraron Sosa y Navarro:

"[...] En 1929 se organizó el servicio de enfermeras visitadoras para los centros de higiene infantil, en los cuales su misión era textualmente: "Impartir en los hogares las enseñanzas de la Higiene, especialmente por lo que toca al cuidado de los niños y de las mujeres encinta [...]" (277).

Con la instauración de los Servicios Sanitarios Federales en los Estados (278) se crearon las Brigadas Sanitarias (grupos de personal de salud para trabajar en la comunidad) en las cuales fue incluida la enfermera visitadora con la responsabilidad de realizar la aplicación, control y conservación de la vacuna contra la viruela, actividad medular para la erradicación posterior de la letal enfermedad.

En el Distrito Federal se fundaron los Centros de Higiene Infantil (279) en los que se organizaron servicios de enfermeras visitadoras, estas unidades de atención a la salud tuvieron como misión, lo mismo que se plantearon los servicio de enfermería:

"[...] Impartir en los hogares las enseñanzas de la higiene, especialmente por lo que toca al cuidado de los niños y de las mujeres encinta" (280)

Las actividades de salud que se llevaron al hogar por las enfermeras visitadoras, fueron básicamente aplicación de productos biológicos (281), vigilancia del desarrollo del embarazo, atención del niño sano, atención a enfermos de padecimientos transmisibles principalmente para generar rupturas de las cadenas de transmisión (282) con acciones específicas.

Cada Centro de Salud tuvo una organización interna que garantizó su funcionamiento y la entrega de servicios a la población. En el caso de enfermería, se nombró a una enfermera especialista en Salud Pública, como jefe y un grupo de enfermeras visitadoras egresadas de las escuelas existentes, a las que se les

(277) Navarro et al. 1968, pág.

(278) Después Servicios Coordinados de Salud Pública, hasta los inicios de la década de los noventa. SSA. 1987. Pág 75

(279) Actualmente se conocen como Centro Comunitarios de Salud, y se han extendido en todo el territorio nacional.

(280) *Ibidem.* 1978, pág.

(281) Vacunas, sueros y toxoides cuya finalidad fue conferir la inmunización contra las enfermedades que mayormente afectaban a la población humana.

(282) Serie de eventos que necesariamente deben presentarse para transmitir una enfermedad de persona a persona. Guerrero. 1998. Pág 35

asignó un área geográfica delimitada denominada "sector" como campo de trabajo.

La labor de la visitadora en los Centros de Higiene representó para la población el disponer de un personaje interesado en sus problemas de salud, connotada esta en su amplio concepto abarcando aspectos sociales y psicológicos, aun cuando esta disponía de conocimientos limitados en el campo de la salud pública.

La enfermera visitadora además tuvo a su cargo la detección de embarazadas a las que llevaban un control de su estado de salud hasta el momento del parto, y una vez a término se hacía cargo de la vigilancia del recién nacido, para lo cual visitaban periódicamente a la familia; detectaban a cualquier enfermo, sobre todo de los padecimientos más frecuentes a quienes también visitaban con periodicidad.

La importancia que la enfermera visitadora tenía en la atención a la salud de la población, se manifestó a partir de las intervenciones que esta realizaba y que no sólo fueron al interior de la unidad de salud, sino tanto en áreas como las laborales y escolares principalmente.

Desde el punto de vista de la organización geográfica, la ciudad de México, fué dividida en diez cuarteles asignándole una enfermera visitadora a cada uno, quienes tuvieron a su cargo el cuidado y vigilancia de los estudiantes de las escuelas y el establecimiento de las medidas profilácticas que se debían seguir en cada caso en particular; fijaron las cuotas de recuperación, resolvieron problemas sociales, llevaban al recién nacido a registrar y realizaban visitas domiciliarias con fines educativos para la salud.

Sosa y Navarro citan:

"En los últimos años [...], en el primer Plan Sexenal, establece las bases de la Salubridad [...], al decretar la fundación de los Centros de Higiene y la preparación y radicación de una enfermera visitadora por cada 5000 habitantes" (283).

Esta meta se alcanzó y se rebasó en la década de los cincuenta, situación que duró poco tiempo pues la enfermera visitadora se preparó en número cada día menor, aun con la existencia de la Escuela de Salud Pública quien las preparara ex profeso.

En el terreno de la capacitación, el Instituto Rockefeller otorgó becas a un grupo de enfermeras para que fueran a Canadá y a Estados Unidos a estudiar Enfermería Sanitaria (284) y a su regreso se les encomendó la organización de la Oficina General de Enfermería en el Distrito Federal a cuyo frente quedo una de ellas; por primera vez la enfermería estaba dirigidas por enfermeras.

(283) Básicamente ante las de mayor incidencia y prevalencia como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, etc.
(284) Jameison. 1978, pág. 260

En esta misma época (1930 a 1939), a nivel nacional se organizó una Oficina General de Enfermería en la SSA la cual estuvo dirigida por una médica que además organizó cursos de adiestramiento para enfermeras de los Estados de la República, repitiendo así la tradición de "médico director de enfermeras".

Con la fundación de los Centros de Salud en el Distrito Federal, se reorganizó la Estación de Adiestramiento en el de Xochimilco para que preparará enfermeras sanitarias polivalentes, bajo la asesoría de una enfermera norteamericana, consultora del Instituto de Asuntos Interamericanos y de dos enfermeras mexicanas: Carmen Gómez Siegles y Juana Rojas de Arizmendi que habían sido preparadas en los Estados Unidos.

Fue hasta 1949 cuando se establecieron en la Escuela de Salubridad, los estudios formales de especialización en Salud Pública (entonces sanitaria (285)) para enfermeras tituladas, con duración de un año y que fue dirigido por la enfermera Aurora Macías Báez, también adiestrada en los Estados Unidos.

El primer centro de salud fundado en el Distrito Federal, en el cuartel # 3, correspondiente a la actual Delegación Cuauhtemoc, en el que se estructuró una jefatura de enfermeras, dirigido por una enfermera sanitaria, quien estableció como requisito para ingresar como visitadora a esta unidad, ser enfermera titulada, por lo que se designó como Centro Piloto de Adiestramiento para jefes y supervisoras de enfermería de los Estados y del Extranjero; con esto se legitimó el modelo de organización de enfermería, diseñado por los ingleses y basado en los postulados de F. Nightingale.

A partir de entonces se organizaron servicios de enfermería sanitaria en todo el país, así se garantizó la existencia de la enfermería domiciliaria o visitadora, como la principal forma de intervención de atención a la salud de la población a cargo de esta profesional.

La enfermera visitadora fue un recurso a través del cual se concretizaron acciones benéficas para la atención de la población en tanto se alcanzó la erradicación de la viruela, el control de otras enfermedades transmisibles de alta letalidad, principalmente mediante la vacunación, actividad esta última en manos de las enfermeras y cuya entrega ha sido a través de la visita domiciliaria (286)

La medida adoptada por la Secretaria de Salubridad y Asistencia de unificar en una sola planta física al hospital y al centro de salud en las áreas rurales, determinó un cambio en su ejercicio laboral de la enfermera visitadora, pasó a formar parte del equipo humano integrado por enfermeras producto de las escuelas específicas existentes, médicos, técnicos de saneamiento, de esta manera la visitadora

(285) Denominación que se les dio a las enfermeras visitadoras, toda vez que regresaron de estudiar en el extranjero.

(286) Forma de realizar actividades de enfermería domiciliaria sustentada principalmente en la prevención Salud, al menos en el discurso.

contribuyó a valorar las acciones a su cargo, y la importancia que estas tenían para el Sector.

El segundo centro de salud fundado fue objeto del diseño de una plantilla de personal con enfermeras tituladas como visitadoras, requisito que estableció la jefa de enfermeras del mismo.

El Distrito Federal fue equipado así con una red de centros de salud, primero uno en cada cuartel, después por cada delegación política y posteriormente por regiones geográficas más chicas, de manera que dispuso de más de cuarenta unidades en una década.

Cada centro de salud contó con una plantilla de personal de enfermería conformado por enfermeras auxiliares, tituladas y especialistas en salud pública, bajo la jefatura de una enfermera especialista en salud pública.

Se constituyeron Jurisdicciones Sanitarias en el mismo número de las Delegaciones Políticas, para ese momento cada jurisdicción tuvo una unidad que la representó a la que se le denominó cabecera jurisdiccional, radicada en el centro de salud considerado principal.

Con esto el subsistema de enfermería logró que cada jurisdicción sanitaria de la SSA, tuviera una jefa de enfermeras cuya formación fue ser especialista en Salud Pública y que todas las supervisoras fueran enfermeras tituladas, además se fue incrementando la disponibilidad de enfermeras tituladas entre su personal operativo.

Este tipo de organización de enfermería, expresa claramente la noción del modelo inglés (287) bajo la tradición militar de organización y funcionamiento, que se fortaleció ante la falta de conciencia del gremio, así como el propósito al cual obedecía y obedece.

Cada región de las jurisdicciones sanitarias, a su vez estuvo dividida en subregiones en donde se construyó un centro de salud en cada una y contó con una enfermera titulada como jefa.

Con la fundación de los centros de salud y la creación de los servicios de enfermería sanitaria instancias ambas de la SSA, se diseñó un reglamento (anexo # 6) para el funcionamiento de estos últimos, se publicó en el diario oficial (288) por el Dr. José Suñer titular del Departamento de Salubridad Pública. Este dictó las actividades que se le adjudicaban tales como: higiene, educación y propaganda

(287) Corresponde al diseñado por F. Nightingale, descrito anteriormente.

(288) Reglamento que consta de treinta y un artículos permanentes y uno transitorio, divididos en cinco capítulos, en el que se señalan los principales aspectos de los servicios de enfermería sanitaria, como actividades, organización y preparación académica.

higiénica; determinadas para toda la República a través de convenios con los Estados. El documento señaló la obligatoriedad de su cumplimiento en todo el territorio nacional, disposición dada por el C. Presidente de la República; un punto importante a destacar es el que señala el artículo séptimo que dice:

"Artículo 7º— Los médicos, jefes de las oficinas a que estén adscritas enfermeras sanitarias, tienen la obligación de dirigir y encauzar las actividades de las enfermeras, de acuerdo con los planes de trabajo que formularán anualmente y que deberán ser aprobados por el Departamento de Salubridad Pública"(289)

Con esta declaración se hace evidente que en esa época no se le concedía capacidad para desarrollar sus actividades sin vigilancia, ni autonomía, se consideraba como una profesionista dependiente, que requería alguien que determinara su ámbito de competencia, su responsabilidad, así como sus obligaciones, se reitera la condición de "dependencia del médico", que tanto dañara a la profesión de enfermería.

El contenido del artículo 24 en aparente oposición a la declaración citada en el párrafo anterior, señaló que en la sección de enfermería sanitaria, la jefe de esta debería ser enfermera titulada. (290). Pareciera que así las enfermeras dependían de enfermeras, pero no fue así, sino que esto significaba un control al interior del gremio ejercido por ellas mismas y desde luego con un jefe médico del que dependía esa jefe.

En general el reglamento puso en evidencia la condición profesional de la enfermera producto de la escuela de formación de estas; de alguna manera se iguala la situación entre enfermeras y auxiliares de enfermería al darles la misma denominación y asignarles las mismas actividades, diferenciándolas sólo con el adjetivo de "tituladas o no tituladas", como hasta la actualidad.

También se puso de manifiesto el concepto de la profesión de enfermera al establecer la necesidad de ejercer control sobre sus actividades, sin embargo no fueron reglamentadas otras profesiones de la salud para su ejercicio; el reglamento es una muestra de ejercer un control sobre el propio grupo de enfermeras, mediatizado por una estructura jerárquica al interior.

Sin embargo la enfermería sanitaria mostró cierta autonomía; el grupo desarrolló una serie de actividades independientes insertas en los programas de atención a la salud, generadas estas ante la indiferencia del médico para el trabajo comunitario.

La fundación de los centros de salud y la integración del equipo de enfermería con personal titulado y especialistas en salud pública, permitió la atención de la familia con las visitas domiciliarias, la vacunación de los susceptibles bajo una estricto

(289) SSA. 1971, Anexo # 5

(290) SSA. 1971, anexo # 6

control del cumplimiento del esquema precedente; la vigilancia de la embarazada hasta el parto y al recién nacido como punto focal de los cuidados de la enfermera.

La Dirección General de Salubridad, creó por su parte una instancia para el control del grupo de personal mas numeroso en todos los tiempos, a partir de su surgimiento: las enfermeras; una oficina de Enfermería Sanitaria, que a partir de

supervisoras visitaban periódicamente los centros de salud para verificar la aplicación de la normatividad puntual desarrollada para la ejecución de sus actividades.

El Departamento de Salubridad permitió que las enfermeras visitadoras pudieran ser preparadas académicamente, por lo que la Escuela de Salubridad organizó y desarrolló cursos ex profeso; la precisión de esta información se abordará en el siguiente punto de este capítulo.

Sobre la creación de los centros de salud Navarro y Sosa citan uno de los eventos mas relevantes para los servicios de salud:

"[...]El grupo de enfermeras integrado por las C.C. Enfs. S.P. Esperanza Sosa Vázquez, Leonor Cedeño y Beatriz Candia realiza el estudio de la comunidad (291) del Distrito Sanitario No. 1 que sirvió para la planeación del programa de enfermería y posteriormente para organizar y adiestrar a dicho personal [...]"(292).

Más adelante la enfermera Esperanza Sosa fue quien ocupó la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a nivel nacional; Leonor Cedeño el cargo de Jefe de la Oficina de Enfermería de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal y Beatriz Candia fue Jefe de enfermeras de varias Jurisdicciones Sanitarias y Centros de Salud en el Distrito Federal, además de haber participado en la formación de varias generaciones de enfermeras en Salud Pública.

Para la Salud Pública el estudio de sector (293) representó una herramienta a partir de la cual se diseñaron programas y se determinaron actividades que obedecieron a la realidad de la comunidad, las condiciones de vida que tenían, como sustento para establecer la problemática de salud a partir del nivel de esta, así como sus posibles soluciones; los resultados que arrojó el estudio de sector o de comunidad posibilitó articular programas de salud.

La Oficina de Enfermería asumió la capacitación de las enfermeras, a través del diseño de un Programa permanente de Educación en Servicio que se desarrolló en las Jurisdicciones Sanitarias y en los Centros de Salud; ocasionalmente se llevó a

(291) Sinónimo de estudio de sector, lo que se cita en el sextopárrafo de esta página.

(292) Navarro y Sosa. 1967, Pág. 4

(293) Procedimiento utilizado para conocer las características de una comunidad de seres humanos, sus factores de riesgo, como sustento de los programas de atención a la salud.

cabo en coordinación con otros organismos como la Escuela de Salud Pública y otras dependencias de la SSA e incluso con el IMSS, ISSSTE, IPN, UNAM, entre otros.

La visita domiciliaria representó la principal forma del trabajo de las enfermeras visitadoras quienes entregaron sus cuidados a las familias a través de esta estrategia hasta los años noventa en que la autoridad de la SSA (médico de profesión), determinó que ese era un trabajo improcedente y declaró "Si la población quiere los servicios de los centros de salud, como la vacunación, la vigilancia de los enfermos transmisibles y todos aquellos que por años han recibido en sus hogares, que acudan a las unidades de salud"; de esta manera dio por terminada una tradición de trabajo de enfermería, cuyos efectos se reflejaron ampliamente en las modificaciones de algunos de los problemas epidemiológicos. Y para la enfermera significó redefinir sus actividades de asesoría para las familias en sus hogares, aun con sus conocimientos de beneficio a este tipo de actividades.

Se reordenaron las actividades del personal de enfermería ubicado en los centros de salud, se "guardaron" para siempre los maletines de la enfermera visitadora, las familias dejaron de recibir el cuidado de este personal que llegó a representar "quien orientara, cuidara, rehabilitara y detectara problemas de salud individual, familiar y colectiva; nadie las substituyó en su labor.

Lo alarmante de esta situación de suspensión de las actividades de la enfermera visitadora, es que la población supuestamente beneficiada con ellas nunca haya dado muestras de inconformidad, de protesta y aun de rechazo ante la medida dictada por la autoridad; era de esperar que ante los citados "beneficios" que tenían con su intervención externaran algunos señalamientos que sugiriera su posición. Esto es para alarmar al gremio de enfermería.

Una posible explicación de la pasividad o indiferencia de la población ante la desaparición de la enfermera visitadora, es que sus actividades se encontraron empobrecidas desde la calidad de quienes las realizaban al ser personal no preparado académicamente, esto es producto de escuelas de enfermería.

Esta decisión se reflejó en los planes y programas de estudio de la carrera de enfermería, que suprimieron de sus etapas las prácticas la visita a los centros de salud como campos clínicos (294) argumentando que si ya no se realizaba la visita domiciliaria de enfermería, la observación de actividades correspondientes la podrían hacer en unidades de medicina familiar (295) del IMSS y del ISSSTE.

En la década de los años ochenta, se amplió la red de centros de salud con la

(294) Denominación que se dio a la conjugación de áreas geográficas delimitada y equipo humano que otorgaba la atención de la población que ahí radicaba. Álvarez. 1990. Pág 35

(295) Unidades que entregan atención ambulatoria (sin estar hospitalizados) y preventiva a los derechohabientes y sus familiares.

segunda fase de la instrumentación de los postulados de la Atención Primaria a la Salud de la OMS; la primera fase se efectuó en 1978 únicamente en el Distrito Federal.

En los centros de salud los servicios se organizaron por módulos (296) para la atención de 3500 familias y se constituyeron por un médico, una enfermera y un promotor de salud. De esta forma la red se incrementó.

La trayectoria de la enfermera visitadora puede describirse en ascenso de su origen hasta la década de los setenta, a partir de la cual se incrementó la proporción de personal no preparado en alguna escuela exprofeso, generando que el trabajo de comunidad quedara en sus manos.

Fue hasta mediados de los años noventa que en el Distrito Federal, el trabajo de la enfermera visitadora se recuperó en el servicio del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS, actualmente Centro Universitario de Enfermería Comunitaria), de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM; el propósito fue abrir un espacio para el servicio social de sus pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia y la viabilización del ejercicio independiente de la profesión (297), sus resultados han dado una evidencia de aceptación social de este nuevo aspecto de la profesión, que se puntualizará en el capítulo III de este estudio.

Cabe mencionar que aun con la figura de la enfermera visitadora que alcanzó un sitio propio en el trabajo comunitario, la identidad de la enfermera inició su búsqueda con una idea mas precisa de si misma y de los paradigmas que deben sustentarla. El proyecto del CCOAPS (actualmente CUJEC), legitima lo señalado, como uno de los elementos vigentes desde esta lógica.

2.4 LA ESCUELA DE SALUBRIDAD; ESTRUCTURACIÓN DE UN CAMPO DEL SABER.

La estructuración del campo del saber de la enfermera visitadora representa la posibilidad de identificar la correspondencia entre la preparación académica de esta y los requerimientos de los usuarios ante la problemática epidemiológica que enfrentaban.

(296) Denominación que se le dan a las unidades de salud y otros espacios en que se realizan las etapas prácticas de las asignaturas o módulos, del plan de estudios de la carrera de Enfermería.

(297) Basado en los postulados de la Atención Primaria a la Salud, la licenciada en enfermería y obstetricia atiende a la población que presente problemas de salud cuya solución se genera a partir de la atención ambulatoria, con tecnología simple en la terapéutica y con enfoque de anticipación al daño.

Las actividades de la enfermera visitadora requirió un sustento que sin duda le dio la Escuela de Salud Pública, aun para quienes no habían realizado estudios ex profeso (298) (ver anexo # 4)

El surgimiento de la Escuela de Salubridad e Higiene, representó un elemento fundamental en la profesión de enfermería, que de esta manera alcanzó el nivel académico específico en el trabajo comunitario, eje fundamental de esta.

Sin embargo la enfermera visitadora había incursionado en la comunidad con el desarrollo de cuidados en el hogar basados en un mínimo adiestramiento para el control de los problemas de salud que vivió la población de entonces.

La Salud Pública, ofreció a la enfermera la oportunidad de adquirir una identidad propia, lejos de la profesión médica que siempre representó un freno en el avance de la enfermería. Esto a partir de la convocatoria de la Escuela de Salud Pública para que ingresaran las enfermeras a formarse en este campo del conocimiento.

La Escuela de Salud Pública se revisará a la luz de las herramientas dadas por la propia enfermería desde sus orígenes, representó un estímulo para el ejercicio profesional de esta, cuyo principal componente es la independencia basada en competencias, ajena a la confrontación frente a la profesión médica.

Los antecedentes de la Escuela de Salud Pública, fueron las escuelas norteamericanas a donde acudían los mexicanos a prepararse en la Salud Pública, a través de la asignación de becas por la Fundación Rockefeller, durante varios años, hasta que se determinó la necesidad de que el país dispusiera de una instancia que se abocara a este tipo de especialidad de la salud y a la formación del personal de salud.

Al respecto cita el Dr. Rodríguez Domínguez:

"[...] La fundación Rockefeller apoyó el envío en 1925 de cinco médicos que a su regreso se integrarían al profesorado responsable de la carrera de Médico Sanitario. Estos médicos fueron Gabriel Grazón Cossa, Ricardo Granillo, Salvador Bermúdez, Maximiliano Ruiz Castañeda y Gerardo Varela... y Miguel E. Bustamante ... Todos ellos se prepararon en las escuelas de Jonh Hopkins o de Harvard[...]" (299)

Los médicos organizaron la Escuela de Salubridad e Higiene, su fundación fue en febrero de 1922, con el nombre de Escuela de Preparación y Adiestramiento, por decreto de Presidencial; se estableció para la profesión médica, como lo señala el Dr. Bustamante:

"[...] En tanto se organizaba en la Escuela de Salubridad la carrera de médico sanitario, se autorizó al Departamento de Salubridad para pensionar en el

(298) Ingresó primero personal sin ninguna escolaridad en enfermería y posteriormente egresadas de la escuela exprofesa.

(299) Rodríguez. 1983, Pág. 25

extranjero a médicos que pudieran, más tarde, Integrar el profesorado para la carrera; que cada dos años se enviara al extranjero a dos médicos mexicanos que permanecieran en su comisión el tiempo necesario para completar sus estudios. La elección de candidatos la haría el Presidente de la República de acuerdo con los prefijados requisitos de selección" (300)

Esta nueva Escuela se promovió por la radio, recurso novedoso de amplia penetración en ese entonces al llegar a todos los rincones del país, así se pudo difundir el propósito de la escuela, a quienes estaba dirigida y las condiciones de ingreso que debían cubrir quien aspiraba a realizar estudios sanitarios. (Anexo # 4).

En el año de fundación de la Escuela se terminó de estructurar el curso de Oficial de Sanidad para dieciséis médicos y además se realizaron los cursos especiales de Peste Bubónica (301), Paludismo, Fiebre Amarilla, Uncinariasis (302) y el de Puertos y Fronteras.

Debido a la poca matrícula que registró la Escuela de Salud Pública, el Jefe del Departamento de Salubridad y el Secretario General de la SSA, convocaron a los Estados del país a participar; se envió a médicos para su preparación a través de una invitación basada en los propósitos con que se creó, esta decía:

"Por acuerdo del C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos

"Asunto: Invitando a los Gobiernos de los Estados para que envíen médicos a la Escuela de Salubridad. Mexicanos, fue creada la Escuela de Salubridad, anexa al Departamento de Salubridad, habiéndose Inaugurado sus cursos [...]. En esta escuela recibirán los médicos, cursos especiales para prepararlos debidamente al desempeño de las diversas labores concernientes a la Salubridad Pública, pudiendo obtener los diplomas de "Oficial de Salubridad", y de "Estudios Superiores de Higiene y Salubridad Pública" (303)

[...], me permito sugerir a Usted, la conveniencia de que por cuenta de ese mismo gobierno, se comisione a algún médico, que se inscriba en dichos cursos, y pueda, después de terminados estos, presentar sus servicios en el Consejo o Dirección de Salubridad de esa Entidad federativa.

Adjunto me es grato remitir a usted ejemplares de la Convocatoria de la escuela de Salubridad, [...], se sirva ordenar que sea publicada en el "Diario Oficial" dependiente de ese Gobierno a su merecido cargo.

Agradeciendo la atención que se digne prestar a este asunto de interés nacional, me es grato reiterarle las Seguridades de mi consideración muy distinguida.

"Sufragio Efectivo, no Reelección"

México D.F. febrero de 1923.

El Jefe del Departamento

El Secretario General

(300) Bustamante. 1985; pág 285

(301) Bustamante. 1985, pág. 269

(302) Enfermedad aguda, febril (40 a 41°C), contagiosa, grave, caracterizada por conjuntivitis marcada, lesiones cutáneas (petequias) y manchas negras; aparecen lesiones (bubones) en Ingle, axila y cuello sobre cadenas ganglionares, causadas por el coobacilo *Yersinia pestis*. SSA. 1985. Pág 92

(303) Enfermedad parasitaria caracterizada por la presencia de úlceras, ronchas (pápulas) y erosión (eritema) en los pies que causan los parásitos, generan trastornos intestinales con dolor, vómito, estreñimiento y diarrea sangrante que lleva a la anemia, desnutrición, retardo mental y del crecimiento, deformación de la cara por inflamación en casos avanzados. SSA. 1985. Pág 82

Dr. Gabriel M. Malda Dr.

Alfonso Pruneda (304)

La carta fue enviada a los gobiernos estatales y a médicos; en ella además se señaló las materias a cursar para obtener el diploma de oficial de salubridad y ofreció la posibilidad de prepararse en otros cursos; se señalaron las bases y requisitos para inscribirse, así como los documentos de escolaridad para ingresar.

Los resultados de la convocatoria y la invitación a los médicos, se unió a una segunda invitación para los gobernadores, en el mismo tenor y con información similar, en el mismo año.

La Escuela se proyectó como una instancia de estudios superiores en salud pública, similar a las norteamericanas, entre los primeros cursos que realizaron estuvieron los destinados a las enfermeras visitadoras, quienes ejercían desde años antes en base al adiestramiento que daban los médicos en servicio con cursos no sistematizados ni con un plan definido.

Para 1926 la Escuela matriculó a doscientos sesenta y cinco alumnos, de los cuales veintisiete fueron enfermeras; se inscribieron para los siguientes cursos:

- 1.- Inspectores de comestibles y bebidas.
- 2.- Enfermeras visitadoras.
- 3.- Agentes del servicio de desinfección.
- 4.- Enfermeras del Hospital Morelos.
- 5.- Agentes sanitarios.
- 6.- Ayudantes de laboratorio de bacteriología.
- 7.- Agentes del servicio de enfermedades transmisibles.
- 8.- Legislación sanitaria (305)

El curso de enfermería visitadora lo concluyeron un total veintisiete; este fue el primer curso exprofeso que realizó la Escuela de Salubridad. Además de las enfermeras visitadoras, se adiestraron a técnicos en: estadística sanitaria, nutrición y saneamiento; el propósito fue el control de los brotes epidémicos que azotaban a la población constantemente; este personal tuvo un gran espíritu de servicio y generó grandes avances en este sentido.

La Escuela de Salubridad fue ubicada en las instalaciones del Instituto de Enfermedades Tropicales, dentro de la planta física en el Casco de Santo Tomás en el Distrito Federal; se partió del hecho de ser esta la ubicación procedente por considerar que esas eran las principales causas de enfermedad y muerte entre la población, por tanto si estas pertenecían al ámbito de la salubridad ahí era donde debía estar la Escuela que prepararía a los médicos sanitarios.

Con el propósito de normar el funcionamiento de la Escuela de Salubridad, se dictó un Reglamento en el que se puntualizaron las atribuciones y obligaciones del

(304) SSA. 1978. Exp. 11

(305) AHSSA. 1923, exp. # 11

Director, Secretario, Ayudantes, Profesores, Alumnos, Bibliotecario, Empleados no técnicos, Mozos, así como el tipo de Cursos y Exámenes; en 1926 se efectuaron adiciones al Reglamento donde se señalaron penas y multas, así como algunas modificaciones para su promoción (Anexo # 6).

El contenido del Reglamento, decía claramente el propósito de la Escuela respecto a la preparación de médicos exclusivamente, aun cuando para ese momento, del total de la matrícula de 169, el 60.94%, correspondió a personal no médico; así mismo dicho reglamento señaló el papel del profesor y de los alumnos; para la Escuela el primero requería de una vigilancia puntual para asegurar el cumplimiento de sus responsabilidades y la aplicación de sanciones de diverso grado; se reiteró la obligatoriedad para cumplir con el horario señalado, por dar un ejemplo; el maestro debía ser vocero de la autoridad para establecer el sistema de control sobre los estudiantes, de quienes se tenía un perfil de "sujeto a estrecha vigilancia" sobre todo en el caso de quienes además eran empleados del Departamento de Salubridad. Los requisitos para matricularse en la escuela se señalaron puntualmente para el personal médico; en el caso de las enfermeras no se citan en este documento, ni al otro personal no médico, en tanto no fueron considerados como posibles alumnos.

En el informe del Director de la Escuela del mes de junio de 1926, menciona una serie de actividades y eventos y destacó:

"[...] Quedando abierta la inscripción para los cursos de Ayudantes de Laboratorio de Bacteriología cuyos exámenes acaban de pasar y para el Curso de Enfermeras Visitadoras cuyas clases terminaron el día último debiendo verificarse los exámenes de éste Curso en la primera decena del presente mes [...]" (306)

Esta puntualización sobre la inscripción de los cursos para personal no médico para el siguiente año, permiten una consideración al respecto, habla sobre la importancia de contar con alumnos; ciertamente el interés se basa en la permanencia del funcionamiento de la Escuela que nació para formar al médico, pero la respuesta de estos no se dio en el sentido esperado.

Es significativo revisar que en la matrícula de la Escuela de Salubridad se tuvo enfermeras de hospital, pues su fin fue el área de la salubridad, no de la asistencia; este grupo además de su permanencia durante varios años, fue numeroso, asiduo y con un alto rendimiento académico, reportando calificaciones en promedio de 3.10, en una escala de 1 a 4 (307)

Esta circunstancia habla del interés de las autoridades para que las enfermeras estuvieran capacitadas en el desarrollo de actividades que garantizaban la atención del enfermo, tal y como lo previeron los médicos al promover la creación de la carrera de enfermería, como se signo en el capítulo I.

(306) SSA 1926, exp. # 8

(307) SSA 1923, exp. # 10

El resultado de los cursos del personal no médico fue muy exitoso según declaraciones del director de la Escuela de Salud Pública, mostraron la cooperación necesaria para trasladarse hasta los lugares más apartados y proporcionar atención a la población, en acciones de educación higiénica, vacunación, fumigaciones, instalación de letrinas y fosas sépticas, asesoría para la disposición de agua potable, manejo de desechos y basuras; orientación nutricional y preparación de alimentos recuperando los regionales y de temporada.

Puede observarse que varias de las actividades realizadas excedían sus atribuciones y las del sector salud, lo que se justificó si se considera que la enfermera visitadora era el único personaje ajeno a la comunidad que estaba en posibilidad de ejercer la asesoría que requerían para la problemática vigente.

Con esto se puede decir que los servicios de salud así hicieron llegar sus acciones a través de este personal fuera de sus instalaciones, lo que amplió la cobertura de atención.

Por otro lado el proyecto de formar médicos sanitarios se fue posponiendo hasta substituirse por estudios de maestría para estos; la Escuela de Salubridad continuó además la formación de personal no médico, aun cuando inicialmente no lo había considerado. Con el propósito de disponer de áreas propias para la instrucción de los alumnos, la Escuela instaló la primera unidad sanitaria en el puerto de Veracruz para la instrucción práctica del personal sanitario; mas adelante estas mismas acciones se llevaron a cabo en otras unidades como Xochimilco en el Distrito Federal y Cuernavaca (308)

En 1929 se dio un curso para enfermeras y parteras sobre puericultura e higiene infantil; se diseñó una clase de economía doméstica esto es, de gastos en la familia para vivienda, alimentación y otros, para las enfermeras visitadoras, donde se dieron los conocimientos para la orientación de las familias a fin de "facilitar la vida barata e higiénica", según asienta el Dr. Bustamante (309)

En 1944 se redefinen las atribuciones de la Escuela de Salubridad e Higiene, en las siguientes actividades, como cita el Dr. Rodríguez Domínguez:

- 1.- La educación y el adiestramiento del personal sanitario;
- 2.- La orientación y la unificación de la enseñanza de la higiene y la medicina preventiva en al República;
- 3.- La coordinación de las actividades educativas sobre higiene, con otras instituciones oficiales y privadas;
- 4.- El intercambio de profesores y alumnos con instituciones similares nacionales y extranjeras;
- 5.- La extensión educativa en materia médica y social (310)

(308) Álvarez et al. 1988, pág. 122

(309) Bustamante. 1985, pág. 275

(310) Rodríguez. 1983, pág.5

Con respecto a unificar la enseñanza de la higiene y de la medicina preventiva, el Dr. Rodríguez señala: "que los cursos sobre higiene han sido agregados a los planes de la enseñanza médica como apéndices, en lugar de haberseles incorporado a la institución básica; sin comprender que dentro del concepto moderno de la medicina la fase preventiva no es sino una parte integrante de ese gran total que se llama ciencia médica y no una rama que requiere de conocimientos especializados" (311)

Esta situación se extendió lógicamente con la misma óptica que la de medicina, lo que generó como resultado que la profesión continuara con un enfoque clínico para la curación.

Así la Escuela de Salubridad se convirtió en el centro de capacitación en servicio para el personal del Departamento de Salubridad del país; elaboraron cursos "nuevos y rápidos" para la Jefatura de las Delegaciones Sanitarias Federales, que el entonces director de esta calificó como de gran importancia donde se requería de personal suficientemente capaz y de experiencia, para que asumiera las actividades trascendentales de esas instancias administrativas. El concepto de rápido sugiere en poco tiempo, pero en realidad no se exhibe el criterio para ello.

La intervención extranjera no fue ajena a la Escuela, como lo citó el Dr. Salvador Bermúdez, director de esta:

"[...] La Escuela recibió, durante el año a que se refiere el presente informe (253), la visita de dos distinguidas personalidades, el Prof. Peter Mühlens Ferrell, Director (para EE.UU.) de la Internacional Health Board (Fundación Rockefeller), que hizo públicamente elogios de la Escuela, declarando que los Jefes del Departamento habían mostrado singular cordura al procurar el adiestramiento y la preparación técnica de los empleados.

El profesor Mühlens dio en la escuela, un interesante "cursillo", de Hematología y Entomología, curso al que asintieron unos 25 médicos, incluyendo al Director, al Secretario y al profesor de Bacteriología de la escuela. El curso fue teórico-práctico, y fue dado con la colaboración del Profesor Carlos Hoffmann, entomólogo del Departamento[...]" (312)

Además publicó un documento en el que señaló varios aspectos particulares de la misma, tales como:

"El objeto primordial de la Escuela de Salubridad, anexa al Departamento de Salubridad, es el de educar técnicamente a los empleados de esa dependencia gubernamental cuyas funciones sanitarias requieren conocimientos y preparación especiales.[...]. Además de este cometido, el fundamental para el cual fue creada la escuela, se han ampliado los servicios de la misma para las personas, no empleadas del Departamento, que aspiren a algunos de los puestos [...]; habrán de darse en el futuro algunos otros cursos que podrían calificarse de accesorios

(311) Álvarez. 1988. Pág 306

(312) Corresponde al informe anual que el director de la escuela rendía y que en este caso, corresponde al año de 1927.(AHSSA. 1927).

[...]; se inició un curso para "Inspectores Sanitarios de Carnes", el cual está estrictamente dentro de los fines esenciales de la Escuela, [...]" (313)

Declaró su aspiración de ampliar la esfera de acción del plantel y crear cursos cada vez mas técnicos y de carácter mas elevado, hasta llegar posiblemente a la formación de "Médicos Sanitarios" o de "Doctores en Salubridad", tales como los que se graduaron en Harvard, en Johns Hopkins o en otras Universidades extranjeras.

Al respecto el Director, Dr. Salvador Bermúdez puntualizó que debido a las dificultades económicas, fueron un obstáculo para que la Escuela ampliara sus cursos, como planteó en sus discursos anteriores.

A petición del Departamento de Salubridad, la Escuela realizó estudios en diversas cuestiones sanitarias del país. Con estas declaraciones del Dr. Salvador Bermúdez legitimó el funcionamiento del Centro de Capacitación del Personal del Departamento de Salubridad y el empeño permanente del Gobierno y sus instituciones por ser como lo extranjero en materia de salubridad pública.

En este mismo documento se publicó el organigrama de la Escuela, en el que se establecieron los niveles jerárquicos, la posición de cada integrante en la organización y las relaciones de dependencia a observar en el funcionamiento de la misma; de esta manera se expresó como máxima autoridad a la jefatura del Departamento de Salubridad y a la Secretaria General de este, de los cuales dependía directamente el Director de la Escuela de quien dependía la secretaria, los profesores, los alumnos, personal administrativo y la servidumbre.

La estructura organizacional expresó la conceptualización de igualdad que le confería a alumnos, profesores, personal administrativo y servidumbre y que habla de la centralización de la toma de decisiones en los directivos, así como la problemática que enfrentaron los profesores con una autoridad minimizada ante alumnos y personal de la escuela. Aunque también puede decirse que existía una democracia en el funcionamiento de la Escuela.

En 1931 la Escuela de Salubridad publicó una nueva convocatoria para un curso de Trabajadoras Sociales; que decía:

"[...] Con esta fecha quedan abiertas en esta escuela las inscripciones para un curso de "Trabajadoras Sociales", con los requisitos siguientes: las alumnas deberán ser *enfermeras o parteras tituladas*, y con título registrado [...]; deberán tener, además, *diploma de "Enfermera Visitadora"* (314) o de "*Enfermera Sanitaria*" de la Escuela de Salubridad [...] y una calificación final mínima de tres (3), escala de 0 a 4, en el examen correspondiente al mismo título; las alumnas deberán tener cuando menos 20 años, y se preferirá [...] que no tengan más de 35; deberán

(313) AHSSA. 1928, exp. #

(314) En ese entonces este se obtenía con cuatro semanas de duración del curso; se modificó a un año hasta 1949.

presentar comprobantes de buena conducta y de haber realizado trabajo práctico anterior en Higiene Infantil, Eugenesia, u otras labores sociales.

El curso durará una año.[...].

México, a junio 15 de 1931.

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA.

Dr. Salvador Bermúdez" (315)

El curso que inició el 24 de septiembre de 1931, sus profesores fueron tres médicos, dos abogados, un profesor de psicología y moral y una enfermera visitadora para la clase de "técnica de la labor de la trabajadora social"; las clases se programaron por las tardes con horarios de los lunes fue de 17:45 a 20 horas, los martes y jueves de 16 a 19:30 horas y los miércoles de 16:30 a 19:30 horas (316)

Este curso de trabajadoras sociales dado por la Escuela de Salubridad marcó el interés del Departamento de Salubridad por disponer de este tipo de personal; es significativo que se haya pedido como requisito que fueran enfermeras visitadoras o parteras, pone de manifiesto su congruencia con las actividades que desarrollaba la enfermera visitadora, que su principal campo de trabajo era la comunidad y los hogares, para ambas carreras.

En la Escuela de Salubridad se discutió la situación de la duración de los cursos y la necesidad de incrementarlos a cuando menos un año, el Director Dr. Salvador Bermúdez, manifestó su reticencia de que disminuyera la matrícula, conocía bien la situación de que las alumnas enfermeras invertían todas las horas útiles del día. Frente a esta situación y la preparación previa de las enfermeras, recomendó:

"Terminar los cursos actuales, en marzo. En seguida prepara en cursos de perfeccionamiento al personal técnico del Departamento de Salubridad, entre ellos, las enfermeras. Pero es necesario que se remedien los graves males ya señalados. Mientras existan enfermeras, agentes de la policía densamente ignorantes, e inmorales, mal pagados, sin interés alguno en el bien de la comunidad y en la resolución de los problemas sanitarios, el papel de la escuela es extremadamente difícil, y los cargos que con frecuencia se le hacen puntos menos que imposible de cumplirse (317)

Bajo estas declaraciones del Director de la Escuela, optó por aquello que ofrecía menos complejidad y aseguraba el alcance de los objetivos de la institución. Continúa la recomendación:

[...]; la superioridad resolvió que [...], la escuela organizara cursos de preparación para los miembros de la policía que trabajaba en el tráfico de enervantes y la policía que trabaja en la campaña antialcohólica. Mi opinión [...]mas urgencia de que se organicen los cursos de las enfermeras (de las verdaderas enfermeras [...]) hay puestos para los que es indispensables ese título) [...] (318)

(315) SSA1931, exp. # 12

(316) SSA. 1931, exp. #12

(317) SSA. 1931,exp. # 9

(318) SSA. 1931. Exp. # 10

A tres décadas de que el país contara con enfermeras formadas en sus escuelas, se declaró que para ejercer la profesión en algunos puestos, era indispensable un título; esta declaración representó una contradicción con la realidad, en la que la mayor proporción de estas eran auxiliares con y sin adiestramiento. Continúa la declaración:

"La dirección se está ocupando en estudiar cambios importantes en los programas de los cursos para enfermeras instructoras, rurales, visitadoras sanitarias, para lo cual está leyendo con toda atención el material de informes que han entregado al departamento del (dos médicos) quienes estuvieron recientemente en los Estados Unidos, recogiendo valiosos datos en Escuelas de Higiene y similares, en ese país [...]"(319)

Por la información disponible, no fué posible conocer los programas de los cursos para enfermeras citados, por lo tanto tampoco a que cambios se hace referencia en la cita. En el caso de las citas anteriores en que también se hace una referencia similar, la situación es la misma, sobre la información disponible.

Las acciones que debían saber y hacer las enfermeras continuaron estando en manos de los médicos, quienes tuvieron la oportunidad de viajar y promover la adopción de modelos de otros países; pero nunca confrontar, y reformularlos a la luz de la realidad mexicana y de la profesión de enfermera a la cual no pertenecían, por lo tanto no tenían ningún interés en su avance y crecimiento.

Al respecto el Dr. Salvador Bermúdez expresó:

"Los programas para enfermeras, se pueden desarrollar, estudiando los asuntos de mediana extensión, en unas 40 o 45 clases de una hora de duración[...]. Este curso podría considerarse como rápido, sintético; cursos completos para enfermeras, como los que se han organizado en el Instituto Pasteur, de París, duran dos años. Yo opino que esta clase de cursos [...], sólo pueden tener éxito con alumnos bien capacitados, acostumbrados a estudiar, a tomar "apuntes", a hacer síntesis, etc., con la mentalidad media de nuestras enfermeras y parteras, y sin que se les proporcione desde luego un libro o unos apuntes adecuados en donde pueden ir estudiando, el resultado en mi concepto, tiene que ser un completo fracaso [...]" (320)

Ante este concepto de las enfermeras y en tanto decidían todo sobre esta profesión, no se puede decir que se posibilitara un crecimiento de la misma, pero si garantizó que asumiera las actividades consideradas secundarias, indispensables pero "domésticas" (321) en la asistencia del enfermo. Sin embargo, cabe mencionar que la comparación entre europeas y mexicanas necesariamente legitimaron lo señalado por el Dr. Bermudez.

Se siguieron desarrollando cursos rápidos para enfermeras (322) y en 1938 se

(319) Álvarez et al. 1988, pág. 178

(320) AHSSA. 1931, exp. # 10

(321) Actividades de higienización, abasto, acondicionamiento de áreas.

(322) Calificativo dado por las autoridades de salud; se ignora a que le denominaban "rápidos"

realizó el Curso en Trabajos Prácticos de Salubridad e Higiene para enfermeras, con duración de cinco semanas, en el cual se incluyeron las asignaturas de:

1. Organización de oficina y de campo;
2. Visitas a domicilio,
3. Clínica, escolar,
4. Clínicas pre y pos natal,
5. Clínica de tratamientos antihelmínticos,
6. Pláticas a las comadronas,
7. Trabajos de laboratorio,
8. Lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales,
9. Enfermedades que se pueden considerar como transmisibles y que se pueden dominar
10. Inmunizaciones activas y pasivas,
11. Clínicas de reacciones de Schick
12. Lecturas de reacciones de Schick e inmunizaciones de los susceptibles,
13. Visitas a domicilio de casos de enfermedades transmisibles,
14. Visitas a domicilio a las embarazadas,
15. Trabajos de laboratorio,
16. Clínica pre escolar,
17. Inmunizaciones,
18. Clínica de vacunación antivariolosa,
19. Clínica de Inmunizaciones contra tifoidea y paratifoidea,
20. Visitas a enfermos de tuberculosis,
21. Bebidas y comestibles,
22. Los alimentos en relación con la salud,
23. Habitaciones, letrinas,
24. Dietética,
25. Ética y relaciones entre el personal.

Por el contenido del curso de cinco semanas de duración, se identifica que la formación de esas enfermeras fue para la atención del enfermo, ahora no sólo en el hospital, sino aun en el hogar y en la escuela. El incluir clínicas en su formación sustenta lo dicho. Foucault señala al respecto "El examen de los casos, su informe detallado, su explicación posible es la clínica. La clínica es un cuerpo complejo y coherente en el cual se reúnen en forma de experiencia, un método de análisis y un tipo de enseñanza; la clínica es un estudio sucesivo y colectivo de casos (322) debe reunir y hacer sensible el cuerpo organizado de la nosología[...] , la clínica debe formar constitucionalmente, un campo nosológico enteramente estructurado" (323)

Aun cuando se incluían saberes para la prevención esta sólo se dio para la enfermedad, así las vacunas previenen enfermedades. En este curso también se incluyeron conocimientos de administración como la organización y las relaciones humanas, que sin duda coadyubarían a una realización de actividades apegadas a lo propósitos deseados.

(323) Collière dice "La medicina tiene por objeto la enfermedad, y preferentemente, la enfermedad sin los enfermos" Collière. 1993. Pág 111

(324) Foucault. 2001. Pág 90

De las asignaturas incluidas, sólo se identifica a la ética del área de las humanidades, aun cuando la enfermería, desde su surgimiento fue como cuidadora lo que implicaba poseer saberes fundamentalmente de esas ciencias, en tanto que la "persona cuidada" ha sido el ser humano. Pero señala Collière "lo importante era que aprendieran el rol enfermera o sea, lo que de ella se espera, más que lo que lógicamente debería caracterizarla profesionalmente (no personalmente): sus cuidados" (325)

Lo de salubridad e higiene se concretizó a los saberes de la prevención, ya comentados.

Entre los cursos breves se organizó el de enfermería sanitaria para enfermeras visitadoras el cual tuvo una duración de cuatro semanas, no se precisan las asignaturas que cursaron.

Más adelante, la escuela estableció como requisitos de admisión para las enfermeras, la presentación del título de enfermera o partera de escuela con reconocimiento de la SEP o de la SSA, acta de nacimiento o en su caso, acta de reconocimiento del registro civil para constatar que tenían entre 19 a 30 años de edad, carta de eficiencia de labores de instituciones donde prestara sus servicios, carta de buena conducta, certificado de inmunización contra la viruela, fiebre tifoidea, y en su caso, contra la difteria; así mismo debían presentar un examen de admisión que incluía conocimientos de lengua nacional, aritmética elemental, geografía de la República Mexicana, biología básica, anatomía y fisiología humanas; para las alumnas pensionadas, debían además, presentar copia de los documentos de la Oficina General de Enfermeras del Departamento de Salubridad o de la Central de Servicios Coordinados, relativo a la beca que le había sido concedida (326)

Para estos cursos de enfermeras, la escuela asignó enfermeras instructoras para prácticas que realizaban en las estaciones de adiestramiento de Xochimilco y de Cuernavaca; en lo referente a la instrucción académica se encargaron a los profesores titulares adscritos y técnicos especializados del Departamento de Salubridad Pública; las alumnas debían presentar además tres exámenes; oral, escrito y práctico de campo.

Se reorganizó la enseñanza, con una comisión integrada por tres médicos y la enfermera Carmen Gómez Siegler; se impartieron cursos de enfermería sanitaria elemental para enfermeras tituladas, también de enfermería general y elemental para enfermeras no tituladas y uno sobre administración sanitaria y enfermedades venéreas para tituladas; con el propósito de disponer de una unidad administrativa que unificara la enseñanza teórico-práctica de los cursos de enfermería sanitaria de la Escuela, se organizó la sección de enfermería sanitaria que fue dirigida por

(325) Collière. 1993. Prólogo

(326) Álvarez et al. 1988, pág. 145

una enfermera, quien se preparó en esa especialidad fuera del país, dos docentes enfermeras especialistas y una médica (327)

La Escuela de Salubridad e Higiene entró en una etapa de reformulación de programas, se tomaron como base las resoluciones aprobadas por la Sección de Educación Higiénica Profesional de la Asociación Norteamericana de Salud Pública (328), de los Directores de Escuelas e Institutos de Higiene y las recomendaciones que sobre el particular hizo la Oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la OMS para el Continente Americano (329)

Esta reformulación de programas escolares, permitió que los alumnos dispusieran de mejores elementos para el estudio e investigaciones de las enfermedades transmisibles y parasitarias; por otro lado en el mismo sitio se localizó el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento (como se conociera esta sede de prácticas), en el que los alumnos aplicaron los principios y métodos adquiridos en las aulas sobre Administración Sanitaria, Epidemiología, Higiene Materno e Infantil y las demás materias que se incluían en los planes de estudios correspondientes. La Escuela dispuso de las estaciones de adiestramiento ubicadas en Celaya, Coatepec y Monterrey. Así la Escuela de Salubridad preparó personal en aspectos de la salubridad de México.

La Escuela de Salubridad, organizó un curso para las visitadoras e instructoras sobre enfermería sanitaria que no fructificó; fue hasta 1949 en que se estableció el inicio del curso de especialidad para enfermeras tituladas con duración de un año escolar. De esta manera se inició la preparación específica en el campo de la Salud Pública para enfermería, herramienta que capitalizaron estas para alcanzar una "independencia profesional" hasta ahora ausente.

El ciclo escolar se dividió en cuatro trimestres, los tres primeros de enseñanza teórica y el último de práctica en los centros de adiestramiento rurales y urbanos. El primer trimestre incluyó materias de carácter general; los otros dos siguientes de especialización en el campo de la enfermería sanitaria y el último en el adiestramiento de campo urbano y rural. En total se invirtieron 360 horas.

El objetivo general de este curso fue preparar a enfermeras graduadas en la carrera sanitaria en ese entonces se consideraba como una especialidad; la instrucción se dio por medio de conferencias, ejercicios, demostraciones, seminarios y discusiones en mesas redondas; cada trimestre fue de diez semanas, con 1240 horas. El horario de clases era de 8 a 13 y de 16 a 18 horas de lunes a viernes y los sábados de 8 a 13 horas.

(327) Alvarez 1988, pág.175

(328) Reunión que fue convocada por la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. (Alvarez et al. 1988).

(329) Alvarez 1988, pág. 180

El primer grupo estuvo formado por 13 alumnas procedentes de Veracruz, Hidalgo, Tamaulipas, Guanajuato, Morelos, Coahuila, Michoacán y el Distrito Federal. Las clases, en su mayoría fueron impartidas por médicos y mínimamente por enfermeras.

En su calidad de órgano de capacitación del país, la Escuela de Salubridad aprobó los planes de estudio (330) de las Escuelas de Enfermería existentes en ese momento; para el año de 1952 organizó las Primeras Jornadas de Enfermería Sanitaria que se realizó del 18 al 30 de agosto y en donde se abordaron los siguientes temas:

1. La enfermería sanitaria y el trabajo social, por trabajadoras sociales.
2. El papel de la enfermera sanitaria en epidemiología y en la lucha contra los padecimientos transmisibles; desarrollado por médicos.
3. La enfermera sanitaria y la nutrición de la población, particularmente de la madre y del niño. Lo presentaron cinco conferencistas, todos médicos.
4. La enfermería sanitaria y la educación de la comunidad sobre higiene. Este tema fueron desarrollados por una enfermera y dos médicos.

La organización y realización de evento como las citadas Jornadas, pone de manifiesto que la enfermería se encontraba en desarrollo y con intentos de construir su identidad profesional.

En ese mismo año, la Escuela de Salubridad organizó el curso de instrucción en enfermería, el cual estuvo patrocinado por la Organización Sanitaria Panamericana. Posteriormente el curso de enfermería sanitaria se realizó con un total de 1480 horas, una matrícula a 50 alumnas procedentes de todo el país; el profesorado de enfermería aumentó a siete enfermeras y una jefe. La escuela para ese entonces, tenía las categorías de profesor titular, profesor asociado y jefe de departamento y para enfermería era diferente, sólo había jefe de adiestramiento y profesor. En el año de 1957 el curso de enfermería sanitaria y el de maestría en salud pública se impartieron en forma conjunta. Las profesoras de enfermería cambiaron su denominación y pasaron a ser profesores titulares como el resto de profesores (médicos, ingenieros, sociólogos, psicólogos) de la escuela.

El curso de especialización para enfermeras cambió su denominación y en adelante se llamó de enfermería en salud pública; sus propósitos también se modificaron y quedaron como sigue:

"Capacitar a enfermeras y parteras legalmente tituladas, para cooperar en el estudio de los problemas de salud pública de una comunidad y en la organización y utilización adecuada de los medios necesarios para que la comunidad resuelva tales problemas; capacitarlas para realizar el adiestramiento del personal profesional y auxiliar de enfermería en salud pública; estimularles el estudio especializado de alguna de las disciplinas que integran la enfermería en salud pública" (331)

(330) No se encontraron estos planes de estudio y por lo tanto no es posible comentar nada al respecto

(331) Álvarez 1988, pág. 215

Dato importante fue la disminución de la matrícula, aun a pesar de la creciente demanda de los Estados para enviar personal becado a capacitarse en este curso (332). Estos estudios preparaban enfermeras para la atención directa de la población a través de la educación formal y por último por medio de la educación en servicio, generó un personal independiente en su ejercicio profesional sin la tutela médica ejercida en forma puntual en el hospital, no así en la comunidad que no era preferida por estos. El curso tuvo un total de 1535 horas, dispuestas 555 a la teoría y 980 a la práctica, con el siguiente programa:

TRIMESTRE	ASIGNATURAS	NUM. DE HORAS
Primero	Enfermería en Salud Pública I	44
	Medicina Preventiva I	44
	Saneamiento	22
	Bioestadística	33
	Ejercicios de Bioestadística	12
	Administración Sanitaria	33
	Psicología	21
	Antropología Social	33
	Nutriología I	33
	Laboratorio de Dietética	44
	Observación en Campo	66
	Biblioteca	44
	TOTAL 429	
Segundo	Enfermería en Salud Pública II	40
	Organización y Administración de Enfermería en Salud Pública.	20
	Medicina Preventiva II	50
	Educación Higiénica	30
	Experiencia de Campo	240
	Biblioteca	10
	TOTAL 390	
Tercer	Enfermería en Salud Pública III	30
	Medicina Preventiva III	40
	Enseñanza y Supervisión de enfermería en salud pública.	40
	Nutriología II	10
	Experiencia de campo	240
	Biblioteca.	10
	TOTAL 390	
Cuarto	Observación de campo Rural y Urbano	390
TOTAL DE HORAS		1535

FUENTE: ÁLVAREZ ET AL. 1988. Archivo Histórico de la SSA.

Por su contenido, en el programa de enfermería sanitaria que se desarrolló entonces, se advierte una serie de conocimientos para la atención preventiva y epidemiológica, desde luego de la enfermedad. Sin embargo se incluyeron conocimientos de la administración, de las ciencias sociales y humanísticas, lo que generaría herramientas cognitivas para sustentar una enfermería que empezaba a incluir al individuo sano y la dirección de sus propias actividades.

(332) AHSSA. Caja 13 Exp 4

La existencia de la "persona cuidada sana" se ubicaba en el hogar, en la escuela, en la fábrica o empresa, el centro recreativo o de diversión. Por fin la enfermería profesional podía ejercerse fuera del hospital.

En 1956 por decreto, la Escuela de Salubridad se transformó en Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales, a partir de lo cual sería una institución de altos estudios para profesionales; determinándose dos niveles de enseñanza: el Profesional superior y el de Graduados; en el primero se incluyeron: la Escuela de Enfermería, Trabajo Social y de Nutrición; en el segundo: la Escuela de Salubridad y Asistencia, Administración Médica y de Especialidades Médico Sanitarias, en este último grupo se incluyó el curso de especialización de Enfermería Sanitaria (333)

La formación en Salud Pública, generó enfermeras líderes del equipo de salud en quienes recayeron actividades de coordinación y dirección realizadas en forma eficiente y eficaz (334), pero que nunca fueron oficiales, sino otorgadas en forma interna dentro de las unidades por los directivos formales.

La preparación escolar de la enfermera especializada en esta área enfrentó nuevos retos ante una política sexenal que puso en duda su permanencia en manos de la Escuela de Salud Pública, retomada ya por distintas escuelas y con programas escolares diversos, con enfoques divergentes, aun cuando sirvan a la misma población, con necesidades similares y con carencias iguales.

En la década de los ochenta, se incorporó a su planta docente una licenciada en enfermería y obstetricia (335) especializadas en enfermería en salud pública como maestra, acorde con el tipo de preparación universitaria de la profesión de ese entonces.

Pero la incursión de las licenciadas en enfermería no se concretó a los académicos, también ingresaron alumnas en dos dimensiones: a la especialización de enfermería y a la maestría en salud pública, situación que no dependió de las estudiantes sino de las instituciones que les otorgaban las becas. Esta tradición cambió hasta que la escuela abrió el ingreso a personas de autofinanciamiento quien libremente decidieron a cual de las opciones se matriculaban.

Las primeras licenciadas en enfermería que se inscribieron en la maestría se significaron al adquirir el mejor promedio en calificaciones, en el ciclo y se le dio el reconocimiento pertinente.

Sin embargo en el mercado laboral la situación de profesión dependiente de la de medicina no cambió. Las licenciadas con maestría en salud pública continuaron ejerciendo puestos de jerarquía menor y siempre dentro unidades de primer nivel

(333) Alvarez 1988, pág. 220

(334) Sosa y Navarro, en Jameison. 1978. Pág 345

(335) Corresponde a la autora, marcar esta nueva época en la escuela.

del campo de la enfermería en donde el más alto fue de jefe de servicio; en los demás niveles de atención se conservaron como personal operativo.

La connotación vigente de la enfermería, no sólo en las instituciones de salud, sino en la sociedad misma sigue identificándolas como eminentemente utilitarias. Esta situación es sostenida principalmente al interior de los servicios de salud en los cuales la hegemonía la mantenían los médicos y sólo ellos; que las enfermeras fueran consideradas como sólo ejecutoras de lo que otros decidían, es consecuencia de la formación que tradicionalmente han tenido y que los servicios de salud exigen de quienes pretendan integrarse a sus filas, pero por otro lado, su explicación se da en que aun estas enfermeras, estaban insertas en el mundo de la enfermedad, el cual correspondía al médico.

En el área educativa la licenciada en enfermería con maestría responde a las líneas marcadas por la educación superior que señala que para ejercer el puesto académico se requiere tener ese grado.

Por la información que generó la Escuela de Salud Pública de México en relación a la preparación académica de la licenciada en enfermería, se podría advertir una igualdad con otras profesiones, aun cuando en el mercado de trabajo otras hayan tenido oportunidad de modificar su posición como en el caso de Trabajo Social, que ha recorrido un camino similar académicamente.

Toda esta situación enfrentada por la enfermera en salud pública, se sustenta puntualmente en el siguiente punto, en el que además se revisará como se ha constituido el campo de la enfermería, si este realmente existe o que es lo que ha estado sucediendo a lo largo del siglo XX durante el cual nació y se ha desenvuelto esta profesión.

2.5.-LA ETIOLOGÍA DEL CAMPO DE LA ENFERMERÍA. REPRODUCCIÓN DE UN MITO.

En el capítulo I se mencionó el surgimiento de la profesión de enfermería como tal y su incorporación a nuestro país, como se conformó el campo de la Enfermería al referirse a las competencias de estas profesionales; se dio un esbozo histórico desde la colonización española, con la llegada de religiosas enfermeras quienes fungieron como administradoras de los hospitales, jefes de los servicios asistenciales y otorgantes de cuidados a los enfermos internados, el que coordinaban para lo que aglutinaron a los médicos titulados, practicantes y a sí mismas; los médicos y practicantes reconocían en esos tiempos, el liderazgo de la religiosa enfermera impuestas por la autoridad eclesiástica.

La orden de las hermanas de la Caridad, fue la fuente de las religiosas enfermeras asignadas a los hospitales, quienes se preparaban en Europa para la labor que realizaron en estas unidades de atención a la población de origen español, portugués y a los hijos de estos nacidos en México (336)

Podría decirse que el campo de ejercicio de la Enfermería de esos momentos, correspondió al cuidado de los enfermos hospitalizados exclusivamente, que estaban en manos de religiosas y médicos, como único personal para la atención a la salud, ellas entendieron que la atención directa al enfermo, significó no depender únicamente de lo que señalara el médico.

La atención de la enfermería excluyó a los muchos mexicanos, al igual que el de la medicina hospitalaria, situación matizada por las "preferencias" de la población por los "chamanes" y curanderos en quienes depositaron preferentemente el cuidado de su salud, costumbre apegada a sus tradiciones históricas, las cuales visualizaban a la salud como una cosmogonía y no sólo como una condición física del cuerpo humano y menos aun, aislada del total del ser humano.

Desde luego este campo de la enfermería tuvo como origen el modelo europeo, al que pertenecían las órdenes religiosas y que significó ir mas allá del sólo cuidado del enfermo, asumiendo actividades administrativas, de dirección y coordinación.

Una de las consecuencias de la Independencia de México, fué la salida del país de médicos y enfermeras religiosas quienes regresaron a sus países de origen, dejando la atención de los enfermos en manos de los pocos médicos mexicanos existentes.

El gobierno del presidente Benito Juárez puso en marcha la expulsión de los peninsulares que aun permanecían en México, entre los que se encontraban los grupos de religiosas vecindadas en diversas ciudades y en la Capital.

Previo a la expulsión que conocían se aplicaría en breve, las religiosas convocaron a mujeres interesadas en el cuidado de enfermos en los hospitales; para que ingresaran a estos, fueron adiestradas en sus conocimientos prácticos; de esta forma se hicieron cargo del quehacer de esta profesión; por mas de medio siglo así se ejerció la Enfermería en México.

Las mujeres que respondieron a la convocatoria fueron introducidas por las religiosas quienes no obstante les enseñaron muy poco sobre la profesión de enfermería y solo consideraron el cuidado para atender enfermos quizás recuperando la noción de F. Nightingale de que por "ser mujeres" ya supieran que y como hacer enfermería, pensamiento que fue superado desde el siglo XIX, al

(336) Jameison. 1978, pág. 279

establecer los estudios exprofesos en diversos países. Estas mujeres además de darles los medicamentos, procuraron la higiene personal y de cama; preparaban las dietas indispensables para que sanaran, así como mantener aseadas las áreas, administraban los recursos económicos y materiales que tenían y jefaturan a médicos y practicantes, bajo la lógica de ser quienes permanecían dentro del hospital.

Ya en la Presidencia del General Porfirio Díaz, el Consejo de Salubridad General presidido por el Dr. Eduardo Liceaga, quien promovió que el personal de enfermería que prestaba sus servicios en el Hospital y Maternidad e Infancia, se capacitara por lo que propuso la fundación de una Escuela Práctica para Enfermeras (337), y nombraron al matrimonio Cooper (338) como profesores de la misma. (Anexo # 1)

En la línea de recurrir al extranjero para la capacitación de las enfermeras mexicanas, el Dr. Liceaga realizó gestiones con enfermeras norteamericanas que vinieran al país y buscaran personas dispuestas a aplicar sus conocimientos en los hospitales y en la Escuela Teórica y Práctica para Enfermeras del país; apoyado por sus amigos radicados en otros países, siguió en comunicación con ellos a través de constantes cartas. Muestra de esto es la siguiente:

"[...] Muy querido compañero y amigo:

Con referencia a mi carta de ayer tengo el gusto de participarle que esta mañana me fue presentada [...], la enfermera que acepta ir a México,. Esta Señora es [...] sumamente inteligente y habla muy bien el español. Aquí gana \$100 mensuales pero para ir a México pide \$125 oro al mes, y una habitación conveniente, [...].

Estimaré a usted me diga si le convienen estas condiciones.

Juan N. Navarro"(339)

Así se nombró a Rosa Crowder de origen norteamericano, encargada de la Escuela de Enfermeras; quien renunció en 1902 lo que, causó el desasosiego del Dr. Liceaga que manifestó la necesidad de disponer de quien dirigiera esa escuela; por lo que esta enfermera fue invitada nuevamente; la respuesta se dio en estos términos:

"Estimado Sr. [...], pienso ir directamente á la ciudad de México [...].Mi edad es 25 años y mi Diploma lo obtuve en el Illinois Eastern Hospital Training School for Nurses. Tengo recomendaciones de todas las instituciones en que he trabajado y de varios Doctores y podría presentar por lo menos las de una docena de los mejores médicos de Chicago.

Sírvase U. Contestarme [...].

De U. Affma. S.S.- Rosa Crowder [...]"

Traducción [...].31 Stanley. Chicago, Septiembre 22 de 1900. M. Uribe Troncoso. M. D. (340)

(337) Basada en la tradición alemana, se creó y se le dio el nombre a la escuela.

(338) Estos eran norteamericano, se declaraban con un interés meramente comercial. (AHFM. 1989).

(339) AHSSA. 1900, exp. 2

(340) AHFM. 1900. Exp. 22

Con esta misiva enviada por la enfermera norteamericana, se puede establecer que el ejercicio de la profesión se efectuaba en una estrecha relación con la de medicina, lo que pone de manifiesto que esa era la tradición, al menos en ese país.

Con la presencia de las enfermeras extranjeras se puede pensar que al menos las condiciones de trabajo en México cambiaron, sin embargo esto sólo ocurrió en relación a las enfermeras extranjeras, quienes exigían un contrato específico de condiciones laborales, que incluían: un sueldo, el horario de trabajo y la disposición de una vivienda confortable, situación que no alcanzó a las mexicanas (341)

Ya con la creación de la Escuela Teórico Práctica de Enfermeras (ya citada en el capítulo I), el ejercicio de la profesión se redefinió, se incorporaron a la práctica, horas de teoría como base del ejercicio de estas superando así la falta de conocimientos, esta situación que se legitimó con la presencia de una enfermera alemana a la que invitó el Dr. Liceaga para encargarse de la dirección de esta.

La enfermera alemana, recibió un memorandum en el que se le indicaba que áreas debían contar con enfermeras, el tipo de contacto que debía tener con las enfermeras y que diariamente debía informar por escrito, sobre los problemas que se presentaran por las enfermeras, con el propósito de recibir las "órdenes" precisas para su manejo y solución; por su parte las enfermeras tenían la obligación de comunicar a su jefe todo aquello que creyeran importante.

De esta manera quienes decidían y resolvían (al menos así se declaró) sobre las enfermeras y su ejercicio profesional, fueron los médicos, aun cuando existía una jefe de estas.

La enfermera alemana se separó del puesto de jefe de enfermeras del hospital y en su lugar se nombró a Aurora Macias mexicana, con carácter de provisional, quien aun se encontraba estudiando la carrera de enfermera en la Escuela Teórico-Práctica existente (342)

La Escuela Teórica Práctica para Enfermeras, publicó una convocatoria para invitar a quienes quisieran estudiar en ella, esto fue el 20 de abril de 1898, señalaba como requisito de ingreso "tener estudios de primaria concluida, cursar estudios en la Escuela Normal o tener estudios de obstetricia; para los aspirantes del sexo masculino, se recomendó tener estudios de preparatoria o trabajar en oficinas públicas. (Ver anexo # 1). Se hizo hincapié además en la preferencia para ingresar, que tendrían quienes trabajaran en alguno de los hospitales existentes de la ciudad (Distrito Federal); la instrucción se llevó a cabo en las instalaciones del hospital, en el turno vespertino de lunes a viernes, excepto cuando hubiera intervenciones quirúrgicas y entonces debían ir por las mañanas. Esta convocatoria

(341) Jameison. 1978. Pág 283

(342) AHSSA. Caja 10. Exp 7

fue emitida varios años antes de que se estableciera la primera escuela oficial de Enfermería diez años después (1907); esta escuela Teórica Práctica para Enfermeras, no tuvo los mismos propósitos, sólo pretendía disponer de personal capacitado para el trabajo y no de formación de profesionistas.

En un expediente del Archivo Histórico de la SSA existe un documento clasificado como "Cuestionario para ejercer la enfermería en el área ginecológica", que aun no obstante no tener título, ni fecha, al parecer corresponde a esta misma época, finales del siglo XIX; en este cuestionario se exploraron áreas como:

1. Motivaciones personales para estudiar enfermería.
2. Valores necesarios para ser enfermera.
3. El sentido del servicio indispensable.
4. Conocimientos de fisiología, tratamiento y diagnóstico que debía poseer el interesado.
5. Acciones de detección oportuna e identificación de riesgos de la salud.
6. Habilidades de la enfermera para su trabajo.
7. Reconocimiento expreso de la superioridad del médico y su consecuente dependencia y obediencia.

Con estos elementos se constituyó el campo de preparación y ejercicio de la enfermería, posterior a la ejercido por las religiosas y previa al establecimiento de la primera escuela oficial de la profesión. Entre las características que se establecieron para ser enfermera fue "ser un personaje útil para la profesión médica".

Conformar el campo de la enfermería, con una óptica que obedeció más a requerimientos personales de disponer en quien descargar actividades para el cuidado del enfermo y no a las necesidades propias del enfermo que se consideraba sólo como un ente biológico, desprovisto de componentes espirituales, psicológicos, sociales y familiares.

Los precursores de los estudios de enfermería no ignoraron lo que ocurría en otras partes del mundo, pues como se puntualizó en el capítulo anterior, viajaban continuamente con el propósito de importar las ideas ante el proceso salud-enfermedad, desde la generación de conocimientos, hasta de la atención que quienes entraban en la fase de enfermedad, incluyendo los aspectos preventivos.

El modelo Naitingale descrito anteriormente, evidenció una enfermera preparada para intervenciones independientes tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio de los enfermos, este fue importado a los Estados Unidos de Norteamérica con cambios importantes señalados en párrafos anteriores y que consideraron al instrumentar la profesión en nuestro país.

El área de ejercicio de las enfermeras como de los médicos, estuvo representada por las unidades hospitalarias existentes, que fueron los hospitales de:

San Andrés, en la calle de San Andrés, con 300 camas (343) disponibles.

Juárez, en la plazuela de San Pablo, con 300 camas.

Morelos, en la plazuela del mismo nombre (Av. Hidalgo, actualmente); tuvo 150 camas

Maternidad e Infancia (344), en la calle de Revillagigedo, con 26 camas.

Jesús, en el Centro de la Ciudad, (donde aun se encuentra); con 60 camas.

Los Asilos de: Hombres dementes, en la calles de San Hipólito; 150 asilados con 150 camas.

Mujeres dementes, en la calle de Canoa con 150 asilados y 150 camas.

Consultorio Médico (Hospital de San Andrés...), para enfermos pobres; no se les cobraba la consulta.

Estas unidades proporcionaron la atención a una diversidad de tipos de usuarios que demandaron personal capacitado para ello, el médico era el único sujeto con capacitación, el enfermo sólo era atendido en el terreno de lo biológico, esto es en aspectos del cuerpo, nunca psicológicos o sociales.

Se afirma con ello que esta red de unidades asistenciales conformaron el campo de trabajo de la enfermera, en primer momento desarmada de conocimientos teóricos y entregada a la atención de individuos enfermos de acuerdo a su propia experiencia, habrá que recordar que en la atención del enfermo, sólo había médicos, parteras y "enfermeras" (345), estas últimas asumían además las actividades ajenas (346) a su profesión, tales como: preparación de alimentos, lavado de ropa y de áreas físicas (consultorios, unidades de atención al enfermo, quirófanos, etc.); toma de muestras para estudios de laboratorio de análisis clínicos, apoyo emocional, orientación psicológica, bolsa de trabajo y el manejo de problemas sociales, entre otra; acciones que habían sido manejadas por los practicantes, los médicos y las religiosas enfermeras de otro momento y posteriormente dieran origen a profesionales diversos como: nutriólogos, trabajadores sociales, psicólogos, radiólogos, anestecistas. Además se generó la creación y formación académica de técnicos diversos como dietistas, laboratoristas, afanadoras, camilleros, entre otros. Sin embargo habría de pasar una década para que se generaran paulatinamente estas profesiones como se señaló en el punto anterior con Trabajo Social.

Los constantes viajes que los médicos realizaban al extranjero, permitieron que se percataran del retraso que tenían en su preparación, en comparación con médicos de otros países, dándose a la tarea de establecer estrategias para su desarrollo profesional, elaboraron primero: la generación de profesiones como la enfermería

(343) Cama, además de ser el mueble conocido, es la unidad alrededor de la cual se clasifica la capacidad potencial de atención de un hospital, a partir de la cual se calculan los recursos: financieros, de equipo, de personal, de material, medicamentosos, y otros, necesarios para que funcionen estas unidades.

(344) Sede de la Escuela Teórica Práctica para Enfermeras; el director era el Dr. Liceaga.

(345) Así se les denominó, aun cuando no realizaban ningún tipo de estudios exprofesos. Actualmente sólo se les denomina así a quienes realizaron la correspondiente licenciatura; a quienes no estudian la carrera se les denomina auxiliares de enfermería.

(346) Esto desde la perspectiva actual.

y la odontología, en quienes podrían apoyarse para sus ausencias del hospital.

El campo de la enfermería se fue constituyendo paulatinamente sin ninguna autonomía, para circunscribir la competencia de esta profesión bajo el liderazgo externo; así se creó la primera escuela para formar enfermeras, que se asentó en el recién inaugurado Hospital General a falta de otro local, y con dependencia obligada de la existente y tradicional Escuela de Medicina, hecho basado en las vivencias en el extranjero; esta dependencia, de la Escuela de Enfermería y su organización, determinó sus planes de estudio y todo aquello relacionado con esa nueva profesión. Esto quedó documentado en el "Reglamento del Consultorio Gratuito y de la beneficencia Pública", en sus artículos 19, 20 y 21 correspondientes al apartado "de los auxiliares", publicado en 1881, y que a la letra dice, en algunos de sus artículos:

"[...] De los Auxiliares

Art. 19. El auxiliar se encargará de escribir en el libro de historia **(347)**, con la mayor claridad, y sin abreviaturas, los datos que le dicte su médico respectivo, y anotará el nombre del enfermo, el diagnóstico de la enfermedad y la hoja del libro respectivo en el índice que acompañará cada libro. Los auxiliares concurrirán al lugar de la consulta a las dos y media de la tarde, para preparar los útiles de curación de sus enfermos respectivos y cuidar que se están perfectamente aseadas las vasijas, bandejas, etc., etc., que deben servir para las curaciones.

Art. 20 Cada auxiliar ayudará a su médico respectivo, ó á los otros, en los casos de que hablan los artículos 13 y 14 **(348)**

Art. 21. Los auxiliares son responsables de las vendas, instrumentos y útiles de curación, que recibirán por inventario, y en el cual anotarán los objetos que se entregan a los enfermos ó que se vayan consumiendo[...]" **(349)**

Es evidente lo instrumental de ese auxiliar (enfermera), en quien se descargaron las actividades que realizaba hasta esos momentos el practicante y una mezcla de las que realizaban las religiosas en cuanto al equipamiento de áreas para la atención del enfermo ubicadas como de tipo doméstico.

La estructuración de la primera Escuela de Enfermería y la disposición de personal formado exprofeso, no cambió la dirección de esta profesional de ser recurso útil como se había establecido para la parte médica, el médico definió lo que quería para la formación de enfermeras, los contenidos de los programas de estudio y las habilidades indispensables que debían tener toda "buena enfermera".

Al respecto como lo señalan los testimonios encontrados en el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, en 1907 **(350)**, veinte alumnas fueron "liberadas" después de haber cubierto veinticuatro guardias en la clínica de obstetricia en el Hospital

(347) Hoy día se identifica como expediente clínico, con el mismo propósito y los registros los realiza quien efectúe acciones para el enfermo.

(348) Actualmente se identifica como expediente clínico.

(349) Estos hablan sobre el auxilio que otorgarían al médico, para actividades de tratamiento quirúrgico al paciente, sin anestesia. (Álvarez et al. 1988).

(350) Noviembre y diciembre de 1907.

General en el departamento de maternidad, garantizaban con ello el desarrollo de habilidades que requerían todas las enfermeras, queda la duda de si recibieron conocimientos previos para ejecutar los cuidados a los enfermos durante esas guardias que se citan.

En estas prácticas de obstetricia, las alumnas estudiaban anatomía, fisiología e higiene, clínica para enfermeras, procedimientos de enfermería como: generalidades sobre los vendajes, toques en la garganta, nariz, oído y ojos, cateterismo del esófago y uretral, atención del enfermo de viruela y de tifo exantemático en el servicio de infecciosos, síntomas nerviosos, perturbaciones del aparato circulatorio; otras asignaturas fueron la farmacia y terapéutica, patología, deontología médica, y farmacéutica, nociones generales sobre digestión, respiración, circulación, secreciones y excreciones (351)

Con todos estos elementos formativos y laborales, se puede pensar que el campo profesional de enfermería se renovó con respecto al existente antes del establecimiento de la escuela de enfermería anexa a la escuela de medicina (actualmente ENEO); generó las competencias que debían tener las enfermeras ante el cuidado del enfermo, adquiridas a partir del desarrollo de habilidades plenamente documentadas en la teoría.

El campo de conocimientos determinados para la enfermera corresponde al propio del médico pero con la dimensión ejecutora. Esto se identifica en los planes y programas de estudio (anexos 3, 8 y 9), cuyo contenido tiene el mayor porcentaje de asignaturas que posibilitan determinar los cuidados que requerían los enfermos hospitalizados y no requerían de las "indicaciones" del médico sobre lo que debía hacer la enfermera (352). De esta manera la enfermera no tuvo ni un campo propio, ni un objeto de estudio, sino que se ubicó como apéndice de otra profesión.

Una de las más sobresalientes primicias logradas, fue sin duda que para ejercer la enfermería sería requisito ineludible, haber estudiado la carrera correspondiente la cual ocurría; otra fue que el hecho de poseer un título, sería garantía para que las instituciones contrataran personal capacitado exprofeso lo cual tampoco ocurrió; la capacitación diseñada y realizada estuvo en base a un ambicioso plan de estudios, muy completo que generó conocimientos acordes a los requerimientos de cuidados de los enfermos (ver anexo # 2).

De esta forma parecía conformarse una realidad diferente para la enfermería, que se había iniciado la construcción de una lógica en la que quienes ejercían la profesión necesariamente debían haber asistido a una escuela especializada, cubierto los requerimientos de conocimientos y habilidades puntualmente expresados en el Plan de Estudios, etc.; la realidad enfrentó a aquellas primeras

(351) Álvarez. 1988, pág.

(352) Álvarez, Molina y Pérez L. 1988. Pág 45

enfermeras profesionales a que se continuaba sosteniendo la existencia de aquellas sin capacitación o sea empíricas y que además se les seguía denominando "enfermeras", lo que generó una identidad indefinida.

Las instituciones dieron su respuesta al respecto al seguir contratando a mujeres que sólo deseaban desarrollar actividades de enfermería, sin considerar el hecho de poseer un título, favoreciendo la dependencia profesional y no como en el caso de la odontología, que fue conformando un campo propio y una identidad posibilitada y hasta exigida.

Los imaginarios generados en las nuevas enfermeras sobre su campo de acción ante la atención del enfermo hospitalizado, no pasó de ser meros supuestos; la realidad fue una total y absoluta dependencia del médico, aun con la presencia de las extranjeras que fomentaron esos imaginarios, surgió con ello el "mito de una profesión demandada por la sociedad para coadyuvar al bienestar social".

Visto esto como un Imaginario que las enfermeras tuvieron al concluir que para ser enfermera, requerían de una formación que no acababan de sustentar de cara a la noción de "ayudantes del médico" y que por varias décadas se solidificó en los demás profesionales de la salud y en la sociedad, menos en ellas mismas que pretendían superar esa noción que trastocaba el terreno del mito. Si se creaban cada día más escuelas de enfermería, esto se cuestionaba ante el rol dado para ellas (353)

Sostener que para ser enfermera había que estudiar y además especializarse, legitimaba más ese mito que al vivir el ejercicio profesional se percibía contradictorio si sólo debía saber seguir indicaciones, nunca decidir en sustento a esa formación que afanosamente buscaba su propio objeto de estudio.

Con la problemática epidemiológica que vivió la sociedad, se exigieron alternativas de solución por parte de la autoridad, a partir de personajes tales como agentes sanitarios, técnicos en saneamiento ambiental, técnicos en trabajo social y en nutrición que complementaron el equipo humano junto con médicos y enfermeras visitadoras.

La enfermera visitadora vino a recrear el campo de la enfermería; este nuevo personaje desarrolló funciones diferentes a las asumidas en el hospital, esta sería más acorde a las primicias de independencia profesional, sin embargo en sus inicios esta no fue producto de la escuela de enfermería; mal inicio porque habría de ocurrir lo señalado con la enfermera hospitalaria, en términos de que aun cuando estudiaran, se sostuvieron éstas, con idéntica identificación de "enfermera visitadora", generando también un perfil híbrido en el que se calificaban de la misma manera tuvieran o no estudios académicos.

(353) Álvarez et al. 1988. Pág 58, Collière. 1993. Pág 75, Alatorre. 2000. Pág175

La enfermera visitadora asumió actividades de cara a las enfermedades transmisibles, en el seno del hogar, con condiciones radicalmente diferentes de trabajo a las conocidas dentro de los hospitales; las áreas físicas, equipamiento y materiales, fueron los recursos existentes dentro del hogar y algo a lo que tuvieron que acostumbrarse y aprender a ejercer: la ausencia del médico. Además de lo señalado para el manejo del enfermo transmisible, la enfermera visitadora desarrolló una variedad de actividades siugéneris, que dieron una identidad a la enfermera y a su campo profesional, esto es la orientación para la utilización de los recursos familiares para el confort del enfermo, aquellas del campo educativo enfocadas al cambio de hábitos poco favorecedores para la salud, la ingesta de algunos alimentos, etc.; el visitar en su domicilio al enfermo, el hacer extensivos los cuidados de la familia la noción de ser parte del problema y de la solución por primera vez.

La Salud Pública no reconoció a la enfermera y de nueva cuenta se pensó que la profesión médica era la indicada para ejercer en el área, sin embargo fueron habilitadas, asumiendo actividades que otros se negaban a realizar y que hizo que esta incorporara algunas que excedían las atribuciones de su quehacer profesional.

Un punto importante a destacar es que la profesión de enfermería no capitalizó las características generadas por las visitadoras con relación al ejercicio de actividades que tenían que ser decididas por ellas ante los requerimientos de los usuarios y que la acercaban a alcanzar los supuestos profesionales que habían buscado la enfermería desde la creación de la carrera, ese mito que quizás pudo haberse convertido en realidad.

Egresadas de la carrera de enfermería, empezaron a incursionar en la comunidad, a ejercer en un área para la cual no poseían la capacitación requerida (354), hasta que la escuela de salubridad diseñó planes de estudio, para desde esa capacitación exprofesa que les abrió sus puertas al igual que a los médicos aun cuando originalmente no se habían considerado para ser formadas en ella.

En el ámbito académico, la escuela de enfermería y obstetricia continuó como una sección de la facultad de ciencias médicas, aun cuando esto no fuera del agrado de los académicos, a los que el entonces, oficial de acuerdos de la sección de enfermería, el Dr. Everardo Landa, se hizo eco de las protestas de los profesores con respecto a las estudiantes de enfermería y manifestó que:

"[...] el Méd. Cir. Manuel Ortíz [...] hace notar que las alumnas carecen indudablemente de preparación científica [...], no se les ha exigido el certificado de enseñanza primaria; lo cual ha tenido por consecuencia que los trabajos [...] resultaran sumamente mal escritos, a tal grado que algunos eran ininteligibles. En efecto, ya se ha hecho notar varias veces que las alumnas [...] se presentan con una preparación muy deficiente.[...]. Extienda la disposición relativa al examen

(354) Ávila et al. 1989. Pág 70

de admisión, a las personas que soliciten inscribirse en los cursos de Enfermería y Obstetricia [...]. México, octubre 15 de 1934 [...]"(355)

Esto fue capitalizado por las autoridades escolares quienes al promover las elecciones para designar representantes de la carrera de enfermería, validaron los resultados que favorecieron a dos médicos cirujanos; desde luego esto como lo señalaba la legislación universitaria, durante la rectoría del Dr. Gustavo Baz y que entre otros, señalaba que:

"El reglamento para la elección de temas para directores de facultades y escuelas de la Universidad Nacional Autónoma de México en su artículo 1º, que sería la academia de profesores y alumnos de cada facultad o escuela, se reunirían previo citatorio para la elección" (356)

Esto daba sólo la apertura para que fuera médico quien dirigieran la carrera de enfermería, toda vez que sólo estos profesionales eran quienes integraban la planta de profesores de esta escuela.

Así en primer año tuvieron tres médicos para la teoría y seis para la práctica médica; en segunda año dos médicos para la teoría y cuatro para la práctica médica; de esta forma los primeros tres años no tuvieron enfermeras en la planta docente. Para la carrera de partos (357), la planta docente era similar en la composición de estos profesionales.

Esta situación se vivió hasta la tercera década del siglo XX, la enseñanza de las asignaturas de la carrera de enfermera sólo fueron dadas por médicos. Aun cuando los precursores de la profesión de enfermería fueron los propios médicos, es necesario considerar que esto obedeció a que estos profesionales fueron quienes ejercían el mando y creación de las políticas de enseñanza de la enfermería en el país, el campo de la salud y el de las ciencias de la salud.

Situación justificable si se considera que para finales del siglo XIX para el campo de la salud, sólo existían médicos y por lo tanto poseían la experiencia y escolaridad necesaria y que dieron sustento a la confianza que el gobierno depositó en ellos. Sin embargo con el surgimiento de otras profesiones en este campo, no se justificó la posición del Gobierno que ha continuado incluyendo en los altos niveles de decisión únicamente a médicos.

El desarrollo de la enfermería cobró auge, sobre todo en el cuidado de enfermos hospitalizados, pues estas profesionales mostraron una eficiencia y eficacia que quizás no se esperaba de ellas, estas incursionaron en diversos campos que no

(355) AHFM. 1907, exp. 5

(356) AHFM. 1934, exp. 7

(357) Esta carrera ha enfrentado varios cambios, primero se anexo a la escuela de enfermería y se estableció que previamente debían ser enfermeras; mas adelante se promovió su desaparición y se incorporaron estos conocimientos a la carrera de medicina por lo que fueron "médicos, cirujanos, parteros"; finalmente se integró a la carrera de licenciada en enfermería, quedando como "licenciada en enfermería y obstetricia".

eran del interés médico, como los de: anestesia, obstetricia, pediatría, salud pública, psiquiatría, instrumentación quirúrgica, radiología dio como resultado la existencia de enfermeras que asumieron las actividades en estas especialidades; eran ellas quienes anestesiaban para las intervenciones quirúrgicas, atendían partos, atendían las necesidades del enfermo mental, etc. Esto por citar aquello que después sería recuperado por el médico que limitó "el desarrollo" que se estaba dando en la profesión de enfermería (358); visto con el dominio que alcanzaron sobre los conocimientos médicos, aun cuando esto no correspondían a la enfermería, pero al no existir quien lo asumiera, quedó en sus manos temporalmente.

En el caso de otras acciones del ámbito no médico como las: sociales, emocionales, técnicas para el diagnóstico y tratamiento, lo que ocurrió fue la promoción y el surgimiento de otras profesiones, tal es el caso de: trabajo social, psicología, odontología, dietología, y otros más que desplazaron a las enfermeras de estos ámbitos de trabajo por no corresponderles.

La década de los treinta, la escuela de medicina de la UNAM, modificó los planes de estudio de las carreras que desarrollaba, entre las cuales se ubicaba aun a la enfermería; quedó como sigue:

Organización del programa de Estudio:

Asistencia a enfermos en cirugía.

Asistencia a enfermos en Medicina.

Asistencia a enfermos de Psiquiatría.

Asistencia a enfermos en psicopedagogía.

Primer año de higiene.- Teoría.

Segundo año de higiene.- Práctica.- Asistencia social.

Laboratorio.- Prácticas de Asistencia.

Deontología. 1935.- (359)

En el desarrollo de dicho plan, se determinó que los estudios de la carrera durarían dos años entre los cuales se dividirían las materias y que a excepción de ética profesional y primer año de higiene, todas las materias serían teórico prácticas. Existía un curso preparatorio especial que al mismo tiempo tenía un año vocacional y de selección, en el que se cursarían las materias de anatomía, fisiología, química y biología. El plan señaló que serían de examen obligatorio en las materias de: Medicina, Cirugía y Prácticas de Laboratorio; para la materia de higiene se tenía que presentar además un tema escrito y para las de psiquiatría, psicopedagogía y deontología sólo serían acreditadas.

Con esta reformas se dejaba ver el perfil de la egresada de la carrera de enfermería, quien ahora sería un recurso instrumental en el binomio médico enfermera ante la atención del enfermo; toda la carga de asignaturas que

(358) AHSSA. Caja 15. Exp 7

(359) AHSSA1935, exp. 5

generaban una actitud reflexiva y analítica, basadas en la formación de un profesional con conocimientos científicos, quedarían fuera de estas modificaciones y se ubicó en la lógica de la aplicación de "enseñanzas actuales" acordes a las "exigencias modernas". La reforma en el plan de estudios de la Carrera de Enfermería, partió de entender que el enfermo y los servicios de salud, requerían de enfermeras ejecutoras y el desarrollo de habilidades los cuales no requerían conocimientos científicos previos; la formación de enfermeras presentó una dualidad de situaciones en ocasiones contrarias, si por una lado debían ser totalmente instrumentales, bien adiestradas, capaces de desarrollar habilidades; por el otro se continuó con la práctica de que una vez concluidos los estudios correspondientes, esta debían cubrir el requisito de presentar un examen profesional para otorgarles el título de enfermera. Esta reformas del plan de estudios de enfermería de la UNAM, puntualizaron las diferencias entre las dos profesiones: la de médico y la de enfermera; la segunda cada vez mas reducida por la primera. (ver anexo # 2)

Esta medida limitó definitivamente el desarrollo de la profesión de enfermería que al colocarla en un terreno técnico eminente y que representó un paso mas para detener a un profesional que amenazaba la hegemonía de la profesión médica; por otro lado con la permanencia de la carrera de partos ejercida por mujeres y la cual en varias ocasiones pretendieron incorporar al campo médico, sin embargo la carrera se identificó mas con enfermería lo que actuó como sustento de la fusión de ambas como una manera de ubicar a la enfermera en el ámbito de ejecución.

Esta perspectiva hizo que el campo de la enfermería volviera a redefinirse, ahora reducido al utilitarismo sin importar la atención del enfermo, sólo la necesidad de funcionar como apoyo de la profesión médica.

Por otro lado surgieron otros requerimientos en la población que ante los riesgos que enfrentaba con la industrialización y que parecía no ser considerado por el médico como su campo de acción; la óptica biologicista de la salud y la privilegiada situación de la atención hospitalaria eran las únicas formas de obtener la salud, aun cuando se disponía de la figura de la enfermera visitadora y otro personal técnico ya citado, en cuyo campo entraba la salud en el trabajo como parte de la salud pública, estos no fueron tomados en cuenta para la atención a la salud, situación que se extendió hacia las condiciones generadas en el campo del proceso de urbanización que generó condiciones de vida diferente en la sociedad, con un ambiente que empezó a sufrir cambios paulatinos de deterioro en la intervención definitiva de la salud de los individuos. De esta manera el campo de la enfermería muy rico por: la atención al enfermo, población en su entorno cotidiano, la prevención ante la problemática epidemiológica y la rehabilitación e incorporación del enfermo nuevamente a su familia, comunidad y área laboral, esto en la línea que definió la enfermera visitadora.

Fue la Salud Pública quien recuperó el campo de la enfermería al desarrollar programas formativos de enfermeras en salud pública para un ejercicio inserto con la realidad que enfrentó el superar la dependencia médica tradicional; sin embargo en el momento en que el médico incursionó en la Salud Pública fue investido con el acostumbrado liderazgo del equipo humano, decisión sustentada en que en esta área también se aplicaban conocimientos médicos, aun cuando sólo fuera parcial puesto que aquí además entraron campos como la Sociología, Demografía, Epidemiología, Psicología, Odontología y otros, relacionados con la salud, campo que tradicionalmente sólo fué del médico y de la enfermera.

Pero la industrialización además de su aportación a la economía, generó riesgos a la salud de los trabajadores y del ambiente por un lado y por el otro, posibilitó el asentamiento de la rama farmacéutica y de producción de equipo médico hospitalario, cuya principal aplicación fue en la atención del enfermo, esto es, para la curación y rehabilitación.

Esto ubicó a la Salud Pública como campo de desinterés, posición legitimada por la política de salud establecida por las autoridades que destinó pocos recursos y personal a esta área y cuyos resultados favorables ante los problemas epidemiológicos de la población, fueron muy limitados, como se puede corroborar en el panorama epidemiológico de esta época, entre los que destacan la presencia y ascendencia de difteria, tosferina, con una tasa de 54.71 por 100 000 habitantes; las diarreas y gastroenteritis, como causas de muerte y el surgimiento de la Campaña contra los Accidentes, entre los que se incluyeron los ocurrido en el trabajo, debido a que aparecieron en sexto lugar de las causas de muerte y su comportamiento de elevación constante también en la morbilidad. (ver anexo # 8).

Por otro lado la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, puede ubicarse como una respuesta del Gobierno a lo generado por la industrialización en la salud; esta institución vino a dar soporte a la empresa desde la lógica de mantener en función la planta de trabajadores, acción que fue legitimada por la sociedad ante la respuesta de esta en los accidentes laborales, enfermedades profesionales producto del proceso de trabajo, al dar la atención, otorgar incapacidad temporal y definitiva. Parecía que la respuesta era a favor del trabajador y su familia y no de la empresa que sólo le importó tener trabajadores que asistieran para el funcionamiento de esta, que no faltaran a las jornadas laborales y no por que hubiera una posición de interés por la buena salud de estos.

El campo de la enfermería siguió circunscribiéndose sólo al hospital, aun cuando se organizaron eventos como, el Segundo Seminario sobre Trabajos de Enfermería, que se realizó en Guatemala, del 15 de mayo al 1 de julio de 1951, patrocinado por la Asociación Panamericana Sanitary Bureau de Connecticut, al que asistieron sólo quienes hubieran realizados recientemente estudios fuera de sus países; por México asistieron las enfermeras:

“* Aurora Macías Báes, jefe del departamento de enfermería de la Escuela de Salud Pública.

* Esperanza Sosa Vázquez, jefe de enfermeras del Centro de Salud “Beatriz Velasco de Alemán”.

* Felicitas Villegas, directora de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología.

* Ángela Razo, subdirectora de la Escuela Militar de Enfermeras y Parteras.

* Estela Corona, profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM” (360)

Por los puestos que asumieron estas enfermeras pudiera decirse que contaron con un lugar destacado en las instituciones de salud, sin embargo fueron el único profesional al que se le diseñaron puestos para jefaturar (controlar) a sus agremiadas. No se crearon puestos de jefe de psicología, jefe de odontología, ni siquiera de medicina; esto simple se ha justificado aun entre las mismas enfermeras, debido a que “representan al mayor número personal en los hospitales”

Si las enfermeras tenían un puesto de jefe aun cuando fuera de su propio grupo profesional, ninguna aspiraría a ser directora de un hospital o de un centro de salud, incluso de una escuela de enfermería (esto último se alcanzó hasta la década de los setenta, esto es a setenta años de existencia de la primera escuela de enfermería), así a la fecha son casos contados en los que las enfermeras han desarrollado puestos directivos en las instituciones de salud.

La asistencia de este grupo de enfermeras dio respuesta a la invitación internacional, aun cuando no se reflejó, como en ninguna ocasión, en el campo de la enfermería que cada día “crecía” mas en el ámbito hospitalario, al desarrollar las especialidades de atención al enfermo.

En este año (1951), se dieron varios movimientos sociales organizados destacando la de los ferrocarrileros y maestros normalistas y en julio las enfermeras, propusieron la fundación de una Escuela de Estudios Superiores de Enfermería, para lo que enviaron la documentación que sustentaba su propuesta, argumentaron la necesidad de elevar los estudios acordes a lo que ocurrían en otros países y de esta manera generar una verdadera profesión. Con esta propuesta el campo de la enfermería sería aquel en el cual la profesional tendría una identidad propia, con un cuerpo académico científico propio y la autonomía que cualquier profesional alcanza una vez formado.

La propuesta de las enfermeras fue rechazada ante la declaración del director de la Escuela de Salubridad, el Dr. Angel de la Garza Brito, quien argumentó:

“[...] que quienes las apoyaban, no era enfermeras, ni tenía conocimientos médicos, que era evangelista y que su interés obedecía a que era profesor de una

(360) AHSSA. 1951. Exp. 12

escuela privada y que por lo tanto sólo lo movía el interés económico, así como la búsqueda de adeptos para su religión" (361)

Desde esta lógica la profesión médica reiteró su postura de decisión en el Interior de la profesión de enfermería cuyas profesionales no encontraron las estrategias para enfrentar la hegemonía médica y declara la independencia de estos.

Pero la posición del médico tanto ante las pretensiones de independencia de las enfermeras, como del ejercicio en la salud pública se sustentó en la serie de intereses creados con los hospitales privados y con la industria farmacéutica y productora de equipo hospitalario transnacional (362)

Sin embargo las enfermeras siguieron buscando su profesionalización, esto es "pertenecer a una profesión, pertenecer a una clase social que tiene un lugar determinado en la jerarquía del poder regulador de la sociedad" (363) y lograron que en 1952 la Escuela de Salubridad organizara un curso de nutrición en enfermería patrocinado por la OPS/OMS y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, que a su vez organizó el primer curso de especialización en Educación para profesoras y uno de pediatría; además se inició el curso de Técnica en Radiología, área de enfermería en ese tiempo.

Tanto la especialización en Pediatría como el curso de Radiología, respondieron a las necesidades que manifestó el Hospital Infantil de México; se estableció para el ingreso de las estudiantes: 1) ser enfermera titulada (364), 2) tener experiencia profesional y 3) presentar cartas que demostraran su interés por la enfermería.

Por otro lado el campo educativo en enfermería tampoco era autónomo, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, que ya no era anexa a la de Medicina continuaba siendo dirigida por médicos, situación que se mantuvo hasta 1970.

Aun cuando la problemática de salud requería preferentemente de acciones del área de la Salud Pública y las actividades que la enfermera especializada en ésta daban solución a un alto porcentaje de los problemas epidemiológicos, la autoridad inauguró una red de hospitales pediátricos en el Distrito Federal, el Centro Médico Nacional, la Unidad de Pediatría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los hospitales de urgencias del Seguro Social y una red de hospitales privados; medida más acorde a la industrialización de la economía a favor de las empresas transnacionales (365)

(361) AHSSA. 1951, exp. 10

(362) Alatorre. 1984, pág.175

(363) Collière. 1993. Prólogo

(364) El adjetivo de "Titulada" se introdujo para diferenciar a quienes habían acudido a la escuela a prepararse para esta profesión y la que no lo había hecho; esto ante la postura del mercado laboral que continuó contratando a personal sin escolarización.

(365) Alatorre 1984, pág.184

En las Entidades Federativas y en el Distrito Federal se organizaron las jefaturas de enfermeras estatales en los Servicios Coordinados (366), y en la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, marcando así el desarrollo de la enfermería directiva con el propósito velado de estas misma coadyuvaron al control del grupo que como ya se citó, siempre ha sido el mas numeroso en las instituciones de salud; las jefaturas de enfermeras se organizaron con dependencia de una dirección o departamento a cargo de un médico.

En los años sesenta, la sección de Enfermería de la Secretaria de Salubridad y Asistencia organizó y desarrolló cursos de adiestramiento, conjuntamente con las Escuelas de Enfermería de las Universidades de los Estados, en los programas y metodología en la enseñanza de la Salud Pública.

Se inició el desarrollo de la especialidad en administración y supervisión de los servicios de enfermería, en respuesta a las necesidades institucionales (o gremiales), que por otro lado generó la expectativa de que para ascender y acceder a los puestos de jefatura debían "subir" este nuevo escalón académico que garantizó la disminución de este tipo de demandas de su parte.

Esta especialidad legitimó la creación de puestos como el de supervisor de enfermería y jefe de servicio, lo que hizo diferente al campo de la profesión ampliándolo de sólo ser ejecutor a incursionar en actividades de jefatura, con características peculiares al crear un nivel intermedio en la jerarquía que posibilitaba que las enfermeras supervisoras y aun las jefes, no pertenecieran a mandos medios y menos aun a mandos superiores dentro de las organizaciones de salud.

A lo largo del tiempo el grupo de enfermería, con poca y hasta nula conciencia de lo que ha representado ejercer esos puestos de mando, como ya se citó, instancias de control excelente del grupo de mayor magnitud dentro de las instituciones que sin duda, de no ser por esos controles como grupo hubieran promovido y alcanzado, algunas revisiones de situaciones cuentas laborales, profesionales y gremiales.

Esta aparente ampliación y crecimiento del campo de la profesión de enfermería, y salud pública que cambió para generar principalmente, jefes de los servicios de primer nivel y de nivel estatal, han representado una contribución sin precedente para guardar hegemonías ajenas al grupo. Ejemplo de esto fue la organización de una instancia de alto nivel nacional, que en sus inicios fue jefaturada por médicos y posteriormente se dejó en manos de las enfermeras, para después desaparecería (1983).

(366) Estos organismos dirigían los servicios de salud de la SSA. en las Entidades Federativas.

Otra "ampliación" del campo de la profesión se dio a partir del inicio de la especialidad de psiquiatría, que complementó las especialidades ya existentes de obstetricia, pediatría, instrumentista quirúrgica, cuidados intensivos, salud pública, docencia, materno infantil, administración de servicios de enfermería. En la siguiente década se estableció la de cardiológica con características ajenas a las acciones de la profesión al capacitarlas para el manejo de un equipo altamente especializado.

Pero el campo profesional de la enfermería se ha visto matizado por los aspectos de género, la mayoría mujeres, lo que le ha dado elementos de desventaja aun para independizarse de la profesión médica. Enfermera/mujer prácticamente fueron connotadas como sinónimo, si el género femenino pretendía "salir de casa", la opción ideal fue prepararse para ser enfermera, aquella carrera que "aseguraba" conservar su papel social legitimado, ahora ampliado al terreno laboral en el que "encontrarían condiciones similares a las del hogar" y que con tanto halago eran "reconocidas" por el médico que había tomado en sus manos no sólo la dirección académica y laboral de éstas, sino que asumió la misión de definir lo "indispensable" de su actuación a la cabecera del paciente a la luz del paradigma de "ser la mano derecha de él, el pilar sin el cual el hospital se derrumbaría, la auxiliar perfecta que sólo requiere saber escuchar y ejecutar sus órdenes".

"Esta era la profesional de la enfermería que el avance industrial mexicano requería para funcionar en los retos de las nuevas políticas de salud" (367) que a lo largo del tiempo ha sostenido y promovido los médicos y legitimado por las propias enfermeras sobre todo las que se han dedicado a la formación de esta y a quienes han asumido la dirección de los servicios de enfermería dentro de las instituciones de salud.

La fragmentación necesaria de la medicina en especialidades de vanguardia hospitalaria, reflejaron la inserción del campo de la salud nacional en el ámbito internacional, por un lado y por el otro la creciente industrialización del país exigía del médico ser experto en el uso de la nueva tecnología, producto de ese proceso (368)

La llegada de la tecnología de punta también alcanzó a la enfermería legitimando la fragmentación en la atención del enfermo y la disminución de las actividades de salud pública cada vez mas limitadas, situación que alcanzó al área docente en donde se incrementaron las matrículas en las especialidades existentes ya citadas, excepto la de salud pública y aun en la carrera donde se suprimieron la asignatura de enfermería sanitaria y las etapas prácticas formativas que abandonaron los servicios de primer nivel de atención a la población abierta, esto es a aquella que

(367) Alatorre. 1984. Pág 190

(368) Ovalle. 1985. Pág 164

no cuenta con servicios de seguridad social, que tradicionalmente eran servicios a los que asistían para estas etapas de los programas docentes (369)

Con el alcance del nivel universitario (370), la carrera de enfermería entró en otra etapa a la luz de que sus miembros no cobraran conciencia de su posición: esto es, sin un objeto de estudio propio en tanto continuaba funcionando desde la perspectiva médica, por otro lado tampoco poseía un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería y con un ejercicio profesional condicionando por otra profesión; todo esto prácticamente igual que cuando se originó como una carrera.

En la década de los setenta las contingencias de la educación superior alcanzaron a la profesión de enfermería y como resultado se concedió el nivel universitario para lo cual cambio perdió la especialidad la obstetricia se incorporó al grado a otorgar y en adelante aparecería como licenciada en enfermería y obstetricia. El alcanzar el nivel universitario también obedeció a las recomendaciones dadas por el grupo de "expertos norteamericanos que habían estado realizando estudios en el país sobre la mortalidad y la morbilidad, concluyendo que era necesario disponer de personal mejor formado" (371)

En esta década la profesión de enfermería enfrentó cambios trascendentes, situación que se abordará con amplitud en el siguiente capítulo, en la búsqueda de identificar los vehículos posibilitadores del encuentro de su objeto de estudio y de la conformación de un campo propio de conocimientos.

Identificar como el proceso de democratización y de conservadurismo alcanzó a la profesión de enfermería, generando su permanencia en el nivel de "intransitividad de conciencia" (372), pero que de acuerdo a la teoría de Paulo Freire conduce a la "intransitividad Crítica", lo que se intentará comprobar en el siguiente capítulo.

La industrialización orientó la formación de la enfermera. El desarrollo tecnológico de la atención del enfermo generó en la enfermería, como en medicina, la fragmentación hacia el terreno de la especialización, esto es, surgen un sin número de especialidades tales como. Psiquiatría, cuidados intensivos, cirugía, medicina interna, administración de servicios de enfermería, entre otras.

Este desarrollo de especialidades poco tuvo que ver con las causas de enfermedad

(369) Pérez Loredó. 1980. Pág 69

(370) El grado de licenciatura.

(371) Alatorre. 1995. Pág 72,

(372) Paulo Freire define la intransitividad como una casi total centralización de los intereses del hombre en torno a formas vegetativas de vida. Sus preocupaciones se ciñen más a lo que hay en él de vital, biológicamente hablando. Le falta tener de vida en el plano histórico. Esta forma de conciencia representa casi una falta de compromiso entre el hombre y su existencia. Por eso lo sujeta a un plano de vida más vegetativa, lo circunscribe a áreas estrechas de intereses y preocupaciones. Escapa al hombre intransitivamente consciente. la comprensión de problemas que se sitúan más allá de su esfera biológicamente vital. De ahí surge la incapacidad de captación de gran número de cuestiones que se suscitan Freire. 1976, pág. 52- 53

de la población; para atender estos problemas se creó la especialidad de salud pública, que profesionalizaba a la enfermera visitadora, no a la enfermera que atendía enfermos hospitalizados.

La figura de la enfermera visitadora surgió con similitud a la de la enfermera, esto es primero en el empirismo, sólo que la visitadora llegó hasta la especialidad, lo que generó el personaje de enfermera en salud pública; para estudiar esta especialidad se estableció como requisito de ingreso haber cursado y acreditado la carrera de enfermera. A creación de la enfermera visitadora coincidió con la incorporación del uso de las vacunas cuya aplicación y manejo, e incluso la prescripción requería de una personal capacitado expofeso y que fuera esta.

Con la industrialización los riesgos para la salud se diversificaron con los nuevos puestos laborales para la población económicamente activa, la generación de contaminantes ambientales y personales, lo que también requeriría de personal capacitado para dar atención a estos nuevos enfermos. En este sentido la participación de la enfermera estuvo limitado por ellas mismas que no visualizaron como un campo de ejercicio profesional.

Las enfermedades transmisibles cobraban la mayor cantidad de vida, lo cual ameritó la incursión de personal de salud al interior de los hogares de las familias para enseñarles el manejo de los riesgos existentes, fueran producidos dentro de los hogares o traídos o llevados de los ámbitos laborales y escolares. La disciplina, obediencia y disposición de la enfermera, la colocó en el escenario como el mejor recurso para adiestrarse en el manejo familiar, apoderarse de su confianza e incidir en el manejo de riesgos y la entrega de cuidados preventivos como la aplicación de vacunas, la fumigación de viviendas, el cambio de hábitos y costumbres de la población, aprendizajes estos coadyubantes a la falta de servicios básicos intradomiciliarios como el agua, al drenaje, la electricidad, al manejo de basuras, así como la estructuración de dietas apegadas a la disponibilidad de alimentos y congruentes con su economía.

La enfermera visitadora además enseñaba a manejar el analfabetismo al desarrollar estrategias de acceso a la información que hacían posible el desarrollo de acciones que ayudaban a controlar la propagación de enfermedades transmisibles, el manejo de riesgos y además acciones que coadyubaban a manejar el deterioro de los estilos de vida poco favorables para la salud.

De esta manera la población aprendió a reconocer a la enfermera visitadora como integrante de las comunidades y de la familia como un actor aceptado, buscado, demandado como apoyo ante problemas no sólo biológicos, sino sociales como el alcoholismo, la vagancia, el abandono, el maltrato y aun psicológicos como la desintegración, la depresión, problemas de aprendizaje, estos últimos sin cuantificar por que no eran sujetos de esos procesos. La enfermera visitadora

durante su existencia de más de setenta años, contó con la aceptación de la sociedad, sobre todo de los grupos de medianos y bajos recursos económicos y ocasionalmente hasta lo de altos recursos.

En este periodo hubo un despegue de la enfermería especializada de la medicina especializada, en tanto esta última se desarrolló en especialidades que la enfermería no consideró como el deporte, el trabajo, el diagnóstico, el jurídico, la rehabilitación, la investigación. La enfermería se detuvo temporalmente hasta definir su propia perspectiva, como se podrá establecer y verificar a través del desarrollo del siguiente capítulo de este estudio.

CAPÍTULO III

"LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ENFERMERÍA. PROPÓSITOS Y REALIDADES"

LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ENFERMERÍA. PROPÓSITOS Y REALIDADES.

"...soy otro cuando soy, los actos míos son mas míos si son también de todos, para que pueda ser he de ser otro salir de mí, buscarme entre otros, los otros que no son si yo no existo, los otros que me dan plena existencia, no soy, no hay yo, siempre somos nosotros..."

Octavio Paz

Un buen principio sería el de modificar nuestro propio pasado.

Cesare Pavese

Hablar de la formación académica de la enfermería, necesariamente nos lleva a reevaluar el momento en que se creó la carrera profesional como tal, cuyo propósito le fue entregado, así el cuerpo de conocimientos en que incursionó.

Cuales fueron los paradigmas de sus inicios, y cuales los actuales, posibilitan confrontar esta profesión con la realidad a la que deben obedecer, desde aquella de la universidad, institución cuya guía generó el aspecto académico de esa profesión.

Se alcanzó una meta trazada por las profesionales de Enfermería desde los años cincuenta: "poseer el nivel profesional"; en la UNAM esta se alcanzó a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que continua siendo la escuela

pionera en la formación de enfermeras en el país, además de ser la primera que se estableció en el país.

Actualmente la mayoría de las escuelas existentes en el territorio nacional están dirigidas por profesionales de la enfermería (373), sin embargo sigue siendo una profesión dependiente de otra, situación incongruente con el antecedente de ser la segunda profesión de la salud mas antigua, no sólo en México sino en el mundo.

Se abordarán dos momentos coyunturales en la educación universitaria con las propuestas de los proyectos que generaron cambios sustantivos en la UNAM y que habrían de alcanzar a la profesión de enfermería, aun aquellas formadas en escuelas ajenas como en el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana y algunas estatales, sobre todo estas últimas que han logrado avances mayores en lo académico al alcanzar el posgrado al interior de sus respectivas escuelas.

Puntualizar como se alcanzó la licenciatura en enfermería en la UNAM y como aun así sigue siendo dependiente, lo que se considera como una incongruencia a revisar con detalle, al identificar que espera la profesión y que estrategias se visualizan para remontar esto y alcanzar los propósitos de la misma.

Con los proyectos de los Rectores Ing. Javier Barrios Sierra y del Dr. Pablo González Casanova cuyos propósitos eran la democratización de la Universidad, se generó una aproximación a los beneficios que traería para la profesionalización de la enfermería; estos proyectos se comentarán en el desarrollo de este capítulo.

Por otro lado revisar el proyecto conservador del Rector Dr. Guillermo Soberón Acevedo en sus características sobresalientes que marcaron el rumbo de la máxima casa de estudios del país, dará la posibilidad de dimensionar con claridad como permeo a la enfermería universitaria y la renovación del nivel técnico a partir del surgimiento de la Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales en donde se incorporó esta profesión, aun cuando con esto se estuviera transgrediendo la característica de estudios profesionales y entrar en una contradicción académica.

Con la aproximación al modelo de formación académica de la licenciatura en enfermería y sus características, se podrá conocer el sustento de la práctica profesional, que hasta la fecha no ha trascendido en la atención al enfermo, sobre todo aquel que se encuentra en un hospital.

Por otro lado se posibilitará la confrontación entre el sustento teórico y los modelos de ejercicio profesional vigentes y la respuesta de los sectores salud y educativo, a las demandas de estas profesionales de la salud.

(373) Hoy en día existen aun escuelas de enfermería dirigidas por médicos. Pérez Loredo. 1990. Pág 25

Se revisará lo referente a los actuales requerimientos básicos detectados en salud, a los cuales la enfermera debe dar una respuesta favorable.

De todas las políticas de salud vigentes se destaca la de Atención Primaria a la Salud (APS), como una gran estrategia que señala la actuación de la enfermera universitaria, confiriendo responsabilidades, actividades concretas, delimitadas y señaladas como propias de la profesión. Sin embargo es necesario revisar esta estrategia, paradigma de la Organización Mundial de la Salud, que nuestro país en su compromiso internacional, ha instrumentado desde diferentes ópticas profesionales.

En este capítulo se recuperarán los principales planteamientos de los autores, de tal manera de rescatar la posible concatenación de la Epidemiología, los procesos socio económico, el proceso salud-enfermedad, con el surgimiento de la profesión, su avance en el tiempo y su profesionalización, trascendiendo hasta llegar a la actualidad.

Desde estas perspectivas se posibilitará el análisis de la profesionalización de la enfermería en la UNAM y se podrá establecer una aproximación de la prospectiva, de manera de establecer el vínculo con el proyecto que tiene instrumentado a futuro.

A continuación se analizarán los principales proyectos de la Universidad Nacional, sustento de la profesionalización de la enfermería, alcanzando al interior de la Universidad.

3.1 EL PROYECTO DEMOCRÁTICO UNIVERSITARIO FRENTE AL PROYECTO DE DESCONCENTRACIÓN TERRITORIAL.

Revisar los proyectos democrático (374) y conservador (375) de la Universidad Nacional Autónoma de México posibilitará identificar las condicionantes sobre las cuales se accesa al nivel universitario para la segunda profesión mas antigua del campo de la salud, la Enfermería.

Una vez revisados aquellos componentes más relevantes de la carrera de enfermería y de la obstetricia a través del proceso histórico y de la plataforma epidemiológica y de su posición en el terreno académico, se requiere conocer los factores que la llevaron a esta al nivel universitario.

(374) García. 1978. Pág 29

(375) *Como apertura de los estudios superiores a números cada vez mgrandes de estudiantes y también como una mayor responsabilidad y las decisiones por parte de los profesores y los estudiantes. González. 1983. Pa´ 41

El alcanzar el nivel universitario, representó el alcanzar un viejo proyecto generado en la primera mitad del siglo XX y concretado hasta finales de la sexta década del mismo.

Pero se requerían de escenarios posibilitadores para que la carrera de enfermería fuera universitaria y por tanto alcanzara su profesionalización, estos debían generarse tanto a nivel institucional como al interior de la propia carrera.

De esta manera estas condicionantes se fueron dando desde diversas perspectivas: la institucional, la escolar y la externa desde varios niveles, como se verá.

El proyecto calificado como democrático de la Universidad Nacional Autónoma de México se inició con la gestión del Ing. Javier Barros Sierra, quien tomó posesión de la Rectoría en 1966 y que tuvo una efímera duración de 16 meses.

La postura del Rector fue declarada desde su toma de posesión expresado en su discurso durante el cual señaló:

"Sin embargo, debe entenderse bien que la Universidad, como mexicana, así aspire cual debe hacerlo a una constante superación de su calidad académica, no puede ser privilegiado claustro de perfecciones, en una palabra, lo que importa es que esta casa de estudios sea representativa de lo nacional; pero a la vez progresista en el más alto grado" (376).

Entre las primeras medidas que del Rector fue hacer una llamado a los huelguistas para evitar la violencia y la discordia dentro de la Universidad y tomar el camino para eliminar los elementos negativos y recuperar el tiempo perdido.

Desde la perspectiva de la democratización pretendida por el Ing Barros Sierra este se puso en contacto con los líderes del movimiento estudiantil, quienes le informaron sus pretensiones que en su momento le comunicaron a su antecesor y que fueron:

- a) Suspensión de la Junta de Gobierno,
- b) Paridad en la representación estudiantil con la magisterial en los Consejos Técnicos y en el Consejo Universitario,
- c) Elección de directores y autoridades en el seno de asambleas generales, de los Consejos Técnicos o del propio Consejo Universitario,
- d) Comedores gratuitos, becas de manutención para, prácticamente, todo el que las solicitara,
- e) Pase automático de la Nacional Preparatoria a las facultades de acuerdo con las calificaciones y
- f) Supresión del "llamado cuerpo de vigilancia" (377)

(376) García Stahl. 1978, pág. 217.

(377) García Stahl. 1978, pág. 217.

Con esta medida dio inicio a la objetivación de su ideología democrática, que matizó su gestión al frente de la UNAM; dio resolución a las dos últimas demandas, se aprobaron los Reglamentos Generales de Exámenes y el de Pagos y más adelante habrían de aprobarse el Reglamento General de Estudios Superiores y el Calendario Escolar.

Consuelo García Stahl señala que de las reformas más radicales ejercidas por el Ing. Barros Sierra fue el cambio de los cursos anuales por semestrales, ante lo cual el Rector declaró:

"... Para hacerlo, se tomaron en cuenta las distintas experiencias tanto de la propia Universidad, dentro de la Facultad de Filosofía y Letras, cuanto de estudios de posgrado, al comprobarse por aquellas lo fructífero del trabajo por periodos cortos e intensivos" (378)

La gestión del Rector Barros Sierra transcurrió con normalidad durante 1967, pero para el siguiente año sufriría grandes modificaciones, producto del histórico movimiento estudiantil ocurrido principalmente en el Distrito Federal, evento que generó respuestas diversas del propio Rector.

El movimiento estuvo cargado de eventos tales como el despido de 60 maestros de la Escuela de Odontología, ordenada por el Director de la Escuela, lo que generó la ocupación del plantel por parte de los estudiantes inconformes y pidiendo a las autoridades universitarias la solución del conflicto.

Fuera de las instalaciones de la Universidad se desencadenaron una serie de eventos que coadyubaron a la intervención del ejército y su irrupción dentro de algunas escuelas (379), lo que dió sustento para que el día 30 de julio el Rector pronunciara un discurso en la explanada de la torre de rectoría, en el que dijo:

"Hoy es un día de luto para la Universidad, la autonomía está amenazada gravemente... la autonomía..., es una ejercicio responsable que debe ser respetable y respetado por todos,... reanudaremos las labores a la mayor brevedad posible... Una consideración mas, debemos saber dirigir nuestras protestas con inteligencia y energía..."(380)

Sin embargo al día siguiente se generalizó el paro en todas las Escuelas de educación media y superior; el ejército abandonó las instalaciones de Coapa y el Rector encabezó una manifestación de protesta.

Mas adelante ante los acontecimientos el propio Rector exhortó a los maestros, alumnos, funcionarios y empleados a que asumieran sus responsabilidades y señaló:

(378) García Stahl. 1978, pág. 218

(379) Kent. 1990. Pág 275

(380) García Stahl. 1978, pág. 221

"No tratamos en absoluto de oponernos a que profesores y estudiantes lleven adelante su lucha cívica, que ojalá contribuya al progreso democrático del país y no a su retroceso. Más no podemos estar de acuerdo con ninguna intransigencia de dondequiera que provenga.

La Universidad debe ser sede de la Inteligencia y de la razón..." (381)

Una vez concluido el cruento movimiento estudiantil, el Rector recordó que al iniciar su gestión al frente de la UNAM decidió orientar su acción en base a dos normas fundamentales: el fortalecimiento de una convivencia democrática interior y la renovación de los sistemas de enseñanza y de los medios de administración, lo que había quedado inconcluso ante los eventos vividos.

Aun cuando la comunidad universitaria pugnó por la reelección del Ing Barrios Sierra, este presentó su renuncia, quedando inconclusa la realización de su proyecto.

Se convocó al proceso para elección del Rector y fue electo el Dr. Pablo González Casanova, sociólogo, hombre dedicado a tareas universitarias y científicas en su especialidad.

El proyecto del Rector González Casanova que abarco los años de 1970- 1972, representó una importante coyuntura para las profesiones de la UNAM, entre las que se identificó a la de Enfermería.

La filosofía del Rector atravesó el concepto, política y propuesta para la Universidad que le tocaba dirigir, casa de estudios de reconocimiento nacional en su liderazgo y vanguardia, que trascendía las fronteras nacionales, circunstancia reconocida en América Latina al ser connotada como una institución de la más alta calidad, a la que querían acudir, estudiar en ella y obtener un grado en sus aulas; ser universitario era un referente que existía en la vida de los mexicanos y los latino americanos, como parte de sus proyectos de vida.

Tanto el proyecto del Rector González Casanova como el del Dr. Guillermo Soberón, marcaron el futuro que seguiría la Máxima Casa de Estudios de nuestro país y que en la actualidad aun se vive.

La renovación y el cambio de uno se presentaría de frente a la corriente conservadora del otro, en una confrontación desigual desde la temporalidad que posibilitaría la permanencia de un proyecto sobre otro, desde la lógica del proyecto de nación que se asentaría en el futuro mediato.

En el caso del proyecto del Dr. Pablo González Casanova, el sustento se identifica en el pasado inmediato, en el que el conflicto iniciado en 1968, en el cual se involucró a universidades de muchos países del mundo incluyendo a la UNAM; se

(381) Serra. 1998, pág. 178

cuestionaron formas de vida, fundamentalmente valores establecidos en la sociedad; en México se expresó básicamente a través de actos violentos, cuyo costo fue la vida de muchos estudiantes, maestros y comunidad en general que se vieron envueltos voluntaria e involuntariamente.

Toda este conflicto también tuvo como resultado el inicio de un importante distanciamiento entre el Gobierno y la Universidad, esta última en 1971 enfrentó otra represión sin que se halla expuesto una explicación para ello (382), que desde luego no cambiaría la situación vivida por la población.

En esta época la enseñanza universitaria se encontraba en una crisis cuya mayor manifestación fue la ruptura de los cuadros clásicos (383), lo que generó que las universidades que debían estudiar, enjuiciar y contribuir a transformar no renunciaran a estudiarse, enjuiciarse y transformarse a sí mismas lo que se sustentó en la crisis de los grandes sistemas sociales y políticos, proveniente del nivel internacional y que escapó a las decisiones de las autoridades escolares.

La sociedad enfrentó una transformación en la concepción de universidad que poseía y que representó un reto para ella y para las universidades connotadas como el centro superior de la cultura contemporánea; se planteó el problema con mas agudeza y enfrentó un mayor peligro de autodestrucción (384)

Ante la situación social de crisis que alcanzó a los centros de enseñanza superior, la rectoría que entraba en funciones después de los grandes conflictos citados, debía presentar un plan innovador, acorde a la problemática que se vivía, de tal manera de recuperar la confianza de la sociedad.

De esta manera el Dr. González Casanova, en su discurso de toma de posesión como Rector señaló:

"Precisemos las metas; asumamos pues la responsabilidad de decir que todos y cada uno de nosotros quiere realmente, decididamente, una gran Universidad, altos niveles técnicos, científicos, humanísticos y de organización [...], la democratización de la enseñanza, como apertura de los estudios superiores a número cada vez más grande de estudiantes, y también como una participación mayor en la responsabilidad y las decisiones universitarias por parte de los profesores y los estudiantes.[...]. (385)

De esta forma se habría de iniciar un proceso que alcanzaría a todas las profesiones y cambiaría la noción de que la Universidad era para todos y dejaba de ser elitista. Esto es señalado puntualmente por el Dr. González Casanova, quien anotó que:

(382) Kent. 1990. Pág 251

(383) Kent. 1990. Pág 260

(384) García. 1978, pág. 233

(385) Soberón. 1983, pág. 68,81,111

"La Universidad [...], deberá alcanzar cada vez niveles más altos en el terreno científicos y tecnológicos a fin de contribuir al desarrollo de las fuerzas de producción y de servicio y formular marcos teóricos y prácticos cada vez mas profundos, de una política fundamentalmente innovadora [...]" (386)

El Rector Casanova expresó así el espíritu de su proyecto de Universidad, aquella en la cual sostenía que:

"[...]los jóvenes que pierdan la esperanza perderán la juventud y los adultos que no veamos en los jóvenes la esperanza de una humanidad mejor, perderemos el último residuo de nuestra condición humana [...]" (387)

Ciertamente el proyecto fue calificado por su humanismo, esto es el poder recuperar los atributos del ser como son: libertad, creatividad, dignidad, solidaridad, autonomía, integridad, fraternidad y sobre todo, equidad (entendida como el reconocimiento de la igualdad en la diferencia) (388), aquella que tuviera como tarea fundamental la orientación de la juventud por profesores que no estuvieran solos sino con el concurso de todos los mexicanos, universitarios o no.

El proyecto del Rector Pablo González Casanova, compartido por Fernando Solana entonces Secretario de Educación, visualizaron la reforma universitaria en forma integral, esto es que no se limitara a la producción de profesionistas, lo que requería de cambiar la orientación de la educación superior y convertirla en el motor de la democratización política, el desarrollo social y la modernización de la cultura (389)

La reforma encontró sustento en aquella que se gestó durante el Gobierno del Presidente Luis Echeverría; en que se fundaron el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) y la nueva expresión de formación universitaria denominada como Universidad Abierta (390); se inició la discusión de diversas opciones para la licenciatura en el marco de vinculación de esta con el mercado productivo (391)

El Rector González Casanova veía en la creación del CCH la plataforma de lanzamiento de un programa global de cambios que después se pudiera extender hasta la licenciatura y el posgrado. El propósito de este nivel de bachillerato fue abrir nuevas opciones para éste en la enseñanza media superior, en la que el alumno dejara el papel tradicional pasivo del proceso de educación y que los profesores, y los estudiantes escaparan a los cánones tradicionales.

Con los resultados del primer plantel de CCH, se establecieron otros hasta llegar a cinco para dar respuesta a la demanda generada en la época del Presidente José

(386) González. 1983, pág. 39

(387) González. 1983, pág. 25

(388) Griffith y Christensen. 1986. Pág 263

(388) Kent. 1990. Pág 75

(390) García. 1978. Pág 26

(391) González. 1983, pág. 41

López Portillo con la apertura de acceso a la enseñanza secundaria cuyos egresados reclamaban su ingreso a la enseñanza media superior, justo en esa época.

La problemática que se vivía en la educación superior fue tomada por el Rector de la UNAM, que expresó claramente en su discurso de toma de posesión:

"[...] Precisemos las metas; [...]. Todos queremos la democratización de la enseñanza, como apertura de los estudios superiores a números cada vez mas grandes de estudiantes, y también como una participación mayor de responsabilidad y las decisiones universitarias por parte de los profesores y los estudiantes.[...]" (392)

A esto el Rector puntualizó que había muchos métodos para enseñar a gran número de alumnos. Esta declaración tendría repercusiones en el tiempo de diversa índole, que requirió de acciones radicales.

Se planteó que en la "tarea de orientar a la juventud, los profesores universitarios requerían del concurso de todos los mexicanos, aun cuando no fueran universitarios, pero sí como ciudadanos de este país; el fin era hacer una Universidad mejor".

Para el Dr. Pablo González Casanova era claro hacia donde debía y requería ir la Universidad; declaró que esta debía alcanzar niveles mas altos en lo científico y en lo tecnológico, ser capaz de formular marcos teóricos y prácticos mas profundos de una política cada vez mas innovadora, como requisito impostergable para la justicia social (393)

Esto fue el sustento de la reforma universitaria de entonces, que requería incluir el cambio del mismo concepto de ella, el de escuela como forma de enseñanza, de aprendizaje y de investigación científica o humanística; el papel tradicional del profesor requeriría visualizarse desde otra perspectiva, aquella en la que no sólo dictara clase, sino escribiera libros, enseñara por la radio, filmara o dictara sus cátedras por la televisión a grupos reducidos de diez a doce alumnos, para lo cual tendría que contar con centros distribuidos en el territorio nacional para asesoría.

Se planteo esta administración que la escuela requería ser complementada por diversas instancias, tales como Hospitales, Bibliotecas, Salas de Cultura y el inicio de lo que llamaría la Tele- Universidad de circuitos abiertos y cerrados, esta última en combinación con las oficinas centrales de redacción de textos y de cursos por correspondencia, de elaboración de programas, de diseño de pruebas, exámenes y otras formas de evaluar lo aprendido por el alumno (394)

(392) Suberón 1983, pág. 41

(393) González. 1983. Pág 49

(394) Kent. 1990, pág. 20

Por otro lado también se generarían cambio del papel del profesor quien se apoyaría en la utilización de nuevos recursos técnicos como auxiliares didácticos, así como la posibilidad de dar ingreso a nuevos recursos humanos que podrá ser aquellos que egresarían en el nivel académico inmediato anterior y se insertaran en el siguiente, básicamente en aquellas instancias que se establecieron con fines de descentralización de las licenciaturas y que se vería ejecutada en la siguiente administración universitaria. En este proyecto el alumno también tendría cambios diversos como: pasar a ser estudiante-investigador en respuesta a que la investigación tendría un peso mayor dentro de la Universidad, se iniciaría la formación de profesores e investigadores en los estudiantes de pos grado y de un especial impulso de la infraestructura para la investigación científica (395). Pero esto estaría inserto dentro de una mayor proyecto que sería el replanteamiento de los currícula.

Con relación a las instalaciones físicas de la Universidad, también el Rector Dr. Pablo González Casanova, presentó el proyecto al que denominó "Ciudad de la Ciencia" en el que se dio prioridad a los Institutos y Centros de Investigación Científica; el proyecto se inició con adaptaciones constantes dentro de la Ciudad Universitaria.

Como testimonio de la puesta en marcha de los proyectos, en 1970 se concedió un aumento en el salario de los investigadores y se estableció un sistema de ascenso para estos estableciendo las categorías de Investigador titular y de asociado (396)

En esta época, la demanda de estudiantes para ingresar a la educación media superior y superior, exigió una respuesta de las instituciones que tenían estos niveles, a lo cual el Dr. Guillermo Soberón con motivo del XL aniversario de la inauguración de la Ciudad Universitaria, señaló:

"[...], la Universidad representó para México, en aquellos momentos la gran demanda educativa, una verdadera salvación para que el Sistema de Educación Superior pudiera contender con el problema, y que, por los recursos de la Universidad y por los arreglos que llevó a cabo, fue posible dar respuesta al enorme problema de la demanda de educación en ese entonces. [...]" (397)

Justamente a la demanda cada día mayor de estudiantes que concluían sus estudios de secundaria, el Rector Pablo González Casanova señaló:

"[...] es necio cerrarles la puerta a miles de estudiantes a quienes hemos dado la enseñanza secundaria que desemboca en la necesidad de entrar a las escuelas superiores [...]" (398)

Reiterativamente el Dr. Pablo González Casanova señalaba la idea de universidad

(395) García. 1978. Pág 101

(396) Kent. 1995. Pág 89

(397) González C. 1983, pág. 41

(398) González. 1983, pág. 51

que requería la sociedad mexicana creciente, demandante, necesitada de disponer de medidas que posibilitaran el alcance de una mejor educación que además abarcara a mayor número de población.

El mismo Dr. González Casanova expresó que pretendía que el estudiante tuviera la posibilidad de que cada tres o seis años, a su elección, realizara estudios preparatorios o terminales, esto es que los capacitaran para seguir estudiando o especializándose.

Como evidencia de las salidas laterales de los estudiantes, para el nivel bachillerato, en el reglamento específico dictado y puesto en marcha, se declaró que a quienes hubieran cubierto todos los créditos del diploma de estudios se le otorgaría además del diploma de bachiller, el diploma de técnico en la rama, arte u oficio correspondiente. Esta práctica establecida en las Escuelas Vocacionales del Instituto Politécnico Nacional desde tiempo atrás.

Para el Dr. González Casanova (Rector de la UNAM), el sostener a la educación superior en la lógica de ser para una élite, representaba un prejuicio muy antiguo, ligado a ideas esclavistas, racistas y colonialistas; declaró "que sostener que disminuye la calidad conforme se imparte a un mayor número de personas", era otro prejuicio estrechamente relacionado con el anterior, sin considerar que a nivel internacional ha ocurrido lo contrario, o sea a mayor cantidad de hombres que accedan a la educación, aumenta la calidad de la educación (399)

En la misma línea, declaró que la aptitud para recibir educación obedece a factores como el nivel de vida, la alimentación, los salarios, la seguridad para aprender y enseñar, y no sólo a constantes biológicas, de las que señaló ser el vehículo para ocultar la posibilidad política de que se incremente la educación de los pueblos, aumentando sus niveles de vida y disminuyendo o anulando los intereses creados.

Al señalar que sólo se deben seleccionar a los "biológicamente dotados", respondía a una falacia o una serie de falacias que afirmaban que de esta forma se hacía una selección racional y en realidad se efectuaba una selección irracional (400) debido a que se eliminaba a los hombres del campo, a los hijos de los trabajadores y porque se considerarían suficientes los lugares disponibles para el ingreso a la educación de ese nivel; así daba respuesta al planteamiento de que para la educación superior se debería seleccionar a los más aptos.

Ante el planteamiento de que no se debía proporcionar educación superior más allá de las posibilidades de empleo, el Rector González Casanova declaró que un trabajador altamente calificado es capaz de generar su propio empleo, lo cual aunado al desarrollo del mercado que necesariamente demandará profesionistas

(399) González. 1983. Pág 65

(400) Kent. 1996. Pág 96

de alto nivel acordes al desarrollo tecnológico de la producción y de servicios, sustentará la demanda en crecimiento de técnicos y profesionales.

Otro precepto del Rector fue desvalorizar y eliminar lo que denominó como prejuicio y que había sido expresado como: "El Estado ya está gastando demasiado en educación superior (401). La Educación superior no debe ser gratuita o semi gratuita. La deben pagar los padres de los estudiantes y a los pobres "aptos" se les darán becas". A esto declaró que era ignorar que la educación no es gasto nacional, sino una inversión; por otro lado señaló que el porcentaje que se gastaba del PIB era muy inferior al de otros países de similar nivel de desarrollo, así como que se recurría a la imitación de modelos como el de Estado Unidos de Norteamérica en el cual la educación superior es privada en su mayoría desde diversas aproximaciones como el sostenimiento por fundaciones, el pago de los padres de los estudiantes y por asignación de becas a los pobres. Además declaró que este modelo renunciaba a que el Estado fungiera como promotor de la educación como había ocurrido en otros países.

Pero todo esto no significó descuido o desprecio de esta Rectoría de la ayuda de la iniciativa privada, de las fundaciones o de los padres de familia con altos ingresos, como contribuyentes al sostenimiento de la educación, sugería sólo fuera en forma supletoria o complementaria y con un procedimiento muy cuidadoso.

Por los planteamientos del Rector, se puede decir que dio un decidido apoyo a la sociedad, quien expresara una demanda creciente de acceder a la educación superior, al abrir la UNAM a un mayor número de estudiantes (402)

Al planteamiento de que no se debería querer que todos sean profesionistas, que sería terrible que no hubiera obreros, el Rector encontró el sustento para diseñar mas adelante salidas laterales de las profesiones, al generar aprendizajes combinados de conocimientos teóricos con los aplicados, del trabajo intelectual con el manual o teórico.

La Rectoría de la Universidad Nacional Autónoma de México, señaló que se "aspiraba a que cada universitario se sintiera libre y responsable con su inteligencia y su voluntad de crear y recrear la Universidad" y se declaró que "se consideraba ingobernable sin el concurso de todos en la reflexión, el estudio, el razonamiento y el gobierno" (403)

Ya como Rector, el Dr. Pablo González Casanova, en el marco de la reforma de la enseñanza universitaria, declaró la necesidad de la interdisciplina ante el nuevo agrupamiento de materias que rompían los límites de las disciplinas; por otro lado puntualizó que la separación entre el trabajo del investigador y del profesor había

(401) Kent. 1996. Pág 100

(402) Kent. 1996. Pág 220

(403) Kent .1996. Pág 223

generado que los resultados de las investigaciones fueran lo que se enseñaba y no los métodos y técnicas que fueron utilizados en los procesos de investigación que requería recuperar y no sólo los resultados de estas.

Esta Rectoría se significó por varias innovaciones, no sólo planteadas en la toma de posesión de quien rigiera a la Universidad, sino por el aterrizaje que hizo de esas propuestas en la realidad cotidiana de la comunidad, complacida en algunas, violentada en otras, visualizaba una dinámica consolidada de iniciativas añejas (de la anterior Rectoría) y actuales.

El Dr. González Casanova presentó su propuesta de Universidad en diversos foros nacionales como la ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior), tanto en la reunión celebrada en Sonora el 3 de abril de 1970, como en la de Tabasco el 20 y 21 de abril de 1971, en las que declaró que las reformas tendrían que ser integrales para que fuera auténtica, debería contemplar cambios en las estructuras académicas, administrativas, económica y social (404). El presentar su proyecto de Universidad ante este organismo, tenía como propósito que las instituciones que lo integraban a su vez y lo recuperaran a partir de los siguientes planteamientos:

"La reforma educativa es un proceso permanente cuya esencia consiste en estructurar el sistema educativo nacional [...] que atienda la creciente demanda [...] en todos sus grados, y eleve [...] el nivel cultural, científico y tecnológico del país. La reforma de la educación superior está estrechamente vinculada al resto de la reforma educativa y a otras[...] que se pueda lograr un desarrollo más justo que incorpore aceleradamente a los grupos marginados y dé más oportunidades a la juventud del país" (405)

Desde esta perspectiva la propuesta del Rector transcendía a la UNAM y alcanzaba el ámbito nacional, haciendo evidente su convicción de que la reforma debía ser integral, alcanzar a los diversos renglones de la vida de la sociedad, esto es desde la dimensión sociológica de la educación. Significaba vincular todos los aspectos de la dinámica desde lo educativo, económico, político y social.

La propuesta del Rector González Casanova planteó una reforma desde su noción de país vanguardista, en tanto lo visualizaba como un todo, sin fronteras institucionales pero sin perder sus identidades propias e individuales, en estrecha interrelación, con una dimensión concatenada en lo funcional, con la posibilidad de transferencias de profesorado, planes y programas de trabajo, estudiantes y de recursos varios.

A todos estos planteamientos del Rector, la maestra Soriano comentó: "es plausible al señalar que [...] de esta manera destaca con claridad los principios generales de lo que se conociera como una reforma académica ambiciosa, acorde

(404) González. 1983. Pág 110

(405) Sarukhán. 1994, pág. 172

a las exigencias de una Universidad, cuya política educativa se fundamentó en la teoría economista de la necesidad de recursos económicos calificados" (406)

La Reforma y el propio proyecto democratizador del Rector de la UNAM tenía como perspectiva principal la orientación de la educación superior para producción de profesionistas que representarían el motor de la democracia política, del desarrollo social y económico y de la modernización de la cultura, cuya mayor expresión fuera dar cabida a un mayor número de estudiantes.

El proyecto del Dr. Pablo González Casanova dio sus primeros frutos en los inicios de 1971 con la aprobación para la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades y que daría coherencia a algunos de los propósitos que tenía para la Universidad entre los que destacaba permitir un tipo de educación que constituyera un ciclo por sí mismo, que pudiera ser preparatorio pero también terminal.

Con la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades se pretendía resolver problemas tales como: a) la falta de vinculación entre la preparatoria y las escuelas de enseñanza superior y de investigación; b) remontar la desunión entre las escuelas de enseñanza superior; y c) disponer de un órgano de permanente innovación de la Universidad que no requiriera cambiar toda la estructura de esta y que tuviera la posibilidad de realizar funciones distintas.

La otra piedra angular del proyecto del Rector fue la Universidad Abierta cuyo proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario, previa consulta a la comunidad universitaria; este proyecto tuvo como principal propósito la descentralización de la Universidad y llevar la acción educativa y la investigación más allá de los centros formadores, centro de producción y de servicios, y satisfacer la demanda de educación superior de la sociedad.

El proyecto de Universidad Abierta se incrustó desde las propias lógicas de las Escuelas y Facultades de enseñanza superior de la UNAM lo que generó diversas aproximaciones de operacionalización como fueron el Plan de Auto Gobierno de la Facultad de Arquitectura y el Plan A - 36 de la Facultad de Medicina (407)

El proyecto también generó otros resultados quizás inesperados y que señala la Maestra Rosa Ma. Soriano ["... la masificación de la matrícula, la rápida constitución de la Universidad en un mercado ocupacional masivo para trabajadores académicos y la aparición de nuevos sujetos políticos, la burocracia universitaria y el sindicalismo, que protagonizaron el conflicto que impregnó la totalidad de las relaciones institucionales durante toda la década"] (408)

(406) Soberón 1983, pág. 55(198) y Sarukhán, 1994, pág. 172

(407) Kent, 1996, Pág 235

(408) González, 1985, pág. 98

En el terreno de los resultados de la política desarrollada por este rectorado, con el transcurrir del tiempo se observó que en el bachillerato (ENP y CCH) la población estudiantil creció de 42 670 estudiantes en 1970 a 143 814 en 1980, esto es un incremento de 3.4 veces (409)

En base a la demanda, que no fue problema de la UNAM sino del Estado al no contar con otras universidades públicas que dieran respuesta a la demanda de la sociedad, con respecto al acceso a la educación superior, se estableció una política entre la que se identificó la inauguración de la Universidad Autónoma Metropolitana y el Colegio de Bachilleres, con criterio de descentralización y como respuesta de la propuesta de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES), ante la explosión en la demanda de la sociedad a los dos principales centros para este nivel de enseñanza: La UNAM y el IPN (410)

Como resultante de estos procesos, en 1972 se posibilitó el planteamiento de una contrato colectivo de los trabajadores tras la huelga general de estos; el Rector reconoció el derecho de autonomía del naciente sindicato (STUNAM) y que diera pie a la abrupta renuncia del Dr. Pablo González Casanova.

Con la salida del Dr. González Casanova se dio fin a su proyecto de democratización en la Universidad Nacional Autónoma de México. Proyecto que no correspondía a la lógica de país que entonces se vivía, fue un proyecto innovador que quedara en compás de espera hasta encontrar el espacio posibilitador en el tiempo.

Con la renuncia del Dr. Pablo González Casanova se generó una respuesta de los grupos reaccionarios existentes tanto a nivel estatal como universitario, quienes redefinieron sus posiciones y permearon que su representante ocupara la Rectoría. De esta manera nació el proyecto conocido como conservador - reformista de modernidad en la UNAM en cuyo frente se identificó al Dr. Guillermo Soberón Acevedo.

El Dr. Guillermo Soberón Acevedo inició su gestión con un fuerte movimiento sindical de personal administrativo y de académicos, circunstancia ante la que se promovió un proyecto acelerado de descentralización de la enseñanza superior, sustentado en la altísima concentración de la Ciudad Universitaria (411)

Desde la lógica del Dr. Guillermo Soberón el nivel de licenciatura se reformaría tal como lo planteara el Dr. Pablo González Casanova quien argumentó la creación de nuevos campus que se debieran ubicar en aquellas zonas de mayor crecimiento de la demanda escolar y que buscara promover una formación profesional acorde con el mercado de empleo y las necesidades del aparato industrial.

(409) Soriano. 1989, pág. 122-123.

(410) Ibídem. 1989. pág. 128

(411) Granados Chapa. 1980, pág.12

Nacieron así las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP), cuya filosofía de descentralización de la UNAM cita Serna:

" Al incrementar la demanda de aspirantes a ingresar a nivel profesional... La localización geográfica de las mismas se hizo de acuerdo con... el crecimiento de la zona metropolitana... hacia en norte y noroeste y el oriente; las procedencias de una alto porcentajes de los estudiantes de la UNAM de esta zonas...; los recursos físicos, humanos y de infraestructura existentes en esas zonas ..." (412)

De esta manera se inauguró la primera ENEP en Cuautitlán en el año de 1974, ubicada en la población del mismo nombre, en el Estado de México; posteriormente se inauguraron una en Acatlán y otra en Iztalaca, en la misma Entidad Federativa; posteriormente se inauguraron los planteles de Zaragoza y Aragón, la primera en el Distrito Federal y la segunda en el Estado de México.

A partir de las ENEPs se observó el mayor crecimiento de la matrícula y se generó una estabilización en la Ciudad Universitaria, tal como lo presentara el Rector en el proyecto de trabajo de su gestión.

Desde la perspectiva educativa las ENEPs ofrecían, además de una opción en la descentralización geográfica, lo que declaró el Rector:

"La descentralización de la enseñanza universitaria ha permitido... abrir una serie de opciones de estudios profesionales con... enfoque interdisciplinario... la reorganización de los planteles y la adopción de... la organización modular, han enriquecido el conjunto de alternativas que ofrece la institución" (413)

Por otro lado el mismo Dr. Soberón declaró que la creación de estas instancias académicas tenían la propuesta de cultivar la interdisciplina, aunque en ocasiones se convirtió en algo muy difícil de lograr; fue más en discurso que en realidad.

Las ENEPs concentraron las 25 carreras de mayor demanda en al UNAM, entre las que se encontraba la de Enfermería y Obstetricia que más adelante reportaría el mayor porcentaje de crecimiento en su matrícula al pasar de 61 alumnos en 1970 a 4 764 en 1980. Esto reflejó también el crecimiento de la matrícula del nivel superior que se reflejó más en el renglón de población femenina en ese mismo período (414)

Desde la perspectiva educativa, las ENEPs no ofrecieron innovaciones sino que conservaron los planes y programas existentes en la Ciudad Universitaria a los cuales les dieron toques propios de cada campo generando una fragmentación disciplinaria; al respecto Kent señala:

"Esta dispersión se ve agravada por el hecho de que varias son ofrecidas en dos

(412)González Casanova. 1972, pág.

(413) Granados Chapa. 1985, pág. 13

(414) Kent. 1996. Pág 78

planteles distintos y con orientaciones teóricas y curriculares diferentes; es el caso de... Enfermería, Periodismo..." (415)

Si bien la creación de las ENEPs generó una nueva distribución de la matrícula del nivel licenciatura en toda la Universidad, en términos generales esta creció desde diversas perspectivas cada una de las carreras que ofertaron; se dispararon las cifras de varias carreras, tal fue el caso de Odontología, Enfermería, Ingeniería Química, Químico Farmacobiólogo, Psicología y Pedagogía. La matrícula de la carrera de medicina disminuyó en un 50% ante la política de regulación de Ingreso que se desarrolló en la UNAM.

Con esto el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Rector daba cumplimiento a lo que él señaló como tareas primordiales para el buen funcionamiento y calidad de la enseñanza de la UNAM. Como cita la Maestra Rosa Ma. Soriano esas tareas fueron:

" Vigilar el ingreso al bachillerato, desarticular el sindicalismo, generar instalaciones para alojar a la enorme demanda de educación superior, controlar el movimiento ideologizante de los Colegios de Ciencias y Humanidades, uniformar los calendarios escolares modificados por los conflictos prolongados y homogeneizar las conciencias para desmembrar la actividad política en la comunidad universitaria". (416)

Al Rector Soberón le preocupaba la dimensión de masificación (417) que vivía la UNAM, para él este fenómeno representaba una serie de inconvenientes que se tradujeron en:

"[...]un crecimiento institucional; el desequilibrio entre los recursos educativos y las poblaciones escolares atendidas; una baja en la eficiencia educativa; la aparición de nuevas actitudes de los estudiantes; la incompatibilidad entre estructura orgánica de la institución y su desarrollo académico, administrativo y físico; el incremento del número de profesores, en especial de los profesores de carrera" (418)

Aurora Elizondo Huerta cita "... la universidad deja de ser el centro del saber para convertirse en una gran empresa, en un gran centro de capacitación en donde la eficiencia, el orden, el control y la racionalidad resultan ser lo mas importante... ". Por otro lado señaló aquellos conceptos fundamentales que regirían la nueva universidad:

"El docente se convierte en un asalariado más donde toda su función político intelectual se ve reducida a impartir clases, negándosele de antemano la posibilidad de avance y desarrollo profesional. El estudiante se convierte en objeto de capacitación en donde la única actividad válida y posible es la de estudiar"(419)

(415) Kent. 1990, pág. 35

(416) Kent 1990, pág. 45

(417) Soriano. 1989, pág. 130

(418) Una institución se masifica cuando el número de estudiantes que admite excede las posibilidades de los recursos educativos y los grandes números además, determinan deficiencias administrativas.(Soberón. 1983, pág. 36).

(419) Soberón. 1983, pág. 36

El proyecto del Rector presentó otra innovación en el terreno de estructura organizacional que fue el modelo conocido como Matricial (carrera/departamento); en este modelo lo académico quedó supeditado a lo administrativo al que subyace la idea de dirección y gobierno como instancia de poder y control político para mantener el orden y la disciplina.

Lo anterior fue documentado por Rollin Kent al citar que el proyecto tuvo varios elementos débiles entre los que se identifican que:

"...Se preocuparon más por la innovación en el campo del diseño administrativo que en la reformulación efectiva de los contenidos de la enseñanza profesional. No solo se produjeron en forma improvisada las disciplinas existentes, sino que la propuesta interdisciplinaria se expresó concretamente en la creación de una estructura departamental formalmente interdisciplinaria que careció desde el inicio de una política eficaz que pusiera a las disciplinas en contacto entre sí..."(420)

Para enfrentar este fenómeno, en lo externo la UNAM apoyó la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana, el Colegio de bachilleres y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, se estableció el Programa de Colaboración Académica Interuniversitaria con las universidades de los Estados de la República; en lo interno se estableció el Programa de Superación Académica, se generaron nuevas dependencias académicas universitarias y se establecieron diversas reformas académicas.

Con el propósito de limitar la admisión de estudiantes provenientes de los Estados de la República en la UNAM, se estableció un programa de colaboración Académica Interuniversitaria y en 1976 se firmaron convenios de colaboración académica con siete universidades y posteriormente el programa se fue ampliando hasta que alcanzó a treinta y tres de las treinta y cuatro instituciones públicas que existían en el país. Aun cuando parece ser un paso importante, no es posible establecer los detalles que posibilitarían evaluar el alcance real del proyecto, sino inferir que coadyuvó a los planes del rector.

Con lo anterior se visualiza la perspectiva que habría de seguir el proyecto conservador del Dr. Guillermo Soberón, Rector de la máxima casa de estudios del país, cuyas repercusiones permanecieron por largo tiempo.

La Ley Federal de Educación vigente señalaba tres niveles de los cuales la profesión de enfermería correspondía al nivel medio, el que se definía como: "Aquella que comprendía la educación media básica y la media superior", su propósito fue de carácter formativo y terminal.

Desde esta perspectiva del Sistema Educativo Nacional, el Dr. Guillermo Soberón citó:

(420) Elizondo. 1985, pág. 18

"La Educación terminal media tiene como propósito preparar técnicos; ... Su carácter terminal consiste en que el educando está en posibilidad de incorporarse a las actividades productivas al fin de sus estudios. En este rubro se incluye la enseñanza de la enfermería y obstetricia..." (421)

El Sistema Educativo Nacional definió la educación superior como aquel compuesto por la licenciatura y los estudios de posgrado; constituyen la última etapa del sistema y tiene por objeto preparar al educando para ejercer una actividad profesional.

Esto genera una contradicción con lo señalado para el nivel medio terminal que exhibió un propósito similar, en la lógica de capacitación para el trabajo.

El Dr. Soberón señala como propósito de la educación superior formar profesionales, investigadores, profesores universitarios y técnicos; organizar y realizar investigaciones y extender con la mayor amplitud posible, los beneficios de la cultura y el trabajo de los universitarios; esto traduciendo los del Sistema Educativo al ámbito de la UNAM.

Esto respondía a las necesidades de la sociedad en el terreno de la educación superior, que en los últimos años se había incrementado, en la medida en que se extendían la producción agrícola e industrial y se generalizaban los servicios de salud, asistenciales, culturales y administrativos aun cuando los requerimientos se desconocían en el aspecto del tipo de recurso necesario.

La UNAM, con pertenencia a la dinámica del país, generó respuestas diversas, desde ópticas diversas a nivel de cada Escuela y Facultad, desde la perspectiva de los propósitos de la institución.

En el caso de la Carrera de Enfermería y Obstetricia, que había alcanzado, el nivel profesional, esto es el nivel universitario, generó a su vez respuestas que requieren de ser analizadas en los siguientes apartados de este capítulo, así como identificar de que manera influyó en esta la política, la perspectiva y la reforma de la UNAM, si es que así fue.

(421) Soberón. 1983, pág. 138

3.2 EL PRIMER MODELO DE FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO; EL PROCESO DE MASIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

En este apartado se revisará puntualmente aquel primer modelo de formación académica del nivel universitario de la profesión de enfermería y obstetricia dentro de la máxima casa de estudios del país.

Es importante recuperar aquellos criterios a partir de los cuales se decidió alcanzar la licenciatura para una carrera que por mucho tiempo se había mantenido en el nivel técnico argumentando que de acuerdo a su perfil dentro de los servicios de salud era el procedente, aun cuando las enfermeras desde la década de los cincuenta habían planteado el requerimiento de elevar el nivel académico.

El concierto profesional que se vivía en la década de los años setenta, al interior de la Universidad Nacional, fue la estructuración de un nivel superior a partir de licenciaturas, situación que había alcanzado a profesiones como Trabajo Social, Nutrición, Computación, Diseño Gráfico, Enfermería; pero este no fue el único criterio que atravesó esta decisión que marcó el futuro desarrollo de este nivel académico.

Se pretende poner de manifiesto todos los sustentos que dieron la pauta de arranque de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, identificar la lógica existente en ese primer plan de estudios inserto en la que fuera la primera Escuela en el país y la perspectiva que este dio de la profesión, que dará coherencia con el cómo se ejerció en el campo laboral.

En 1967 se creó la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, tomando como base el plan de estudios vigente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y que formara a técnicas en enfermería; el programa se complementó con el contenido académico de la llamada carrera de partos (que en realidad era una especialidad) para cubrir dos semestres más; a partir de entonces la carrera tuvo ocho semestres de duración en total y estudios previos de preparatoria.

La condición fue desaparecer la carrera de partos cuya existencia fue mucho antes que la de enfermería, con un campo profesional bien definido, independiente, propio de estas profesionales, con un gran reconocimiento y aceptación de parte de la sociedad mexicana. Aquí se hace necesario retomar que en 1911 (ver anexo # 2), la carrera de partos se empezó a estudiar después de concluir la carrera de enfermera, lo que persistió hasta este momento.

Cabe recordar la trayectoria que vivió la carrera de partos, así con la colonización europea, la noción de la maternidad cambió radicalmente, pasó a ser connotada desde la dimensión de pecado, de castigo, de vergüenza y quien proporcionaba la atención del parto y del puerperio también; aun cuando continuó en manos de las parteras debido a que los médicos hombres consideraban esto como "*arte denigrante*", motivo por el cual ejercieron una serie de controles sobre el ejercicio de estas profesionales a través de diversos reglamentos cuya transgresión sancionaba la iglesia y el Real Protomedicato (422)

Durante la colonia, las parteras cumplieron una función social importante basada en el reconocimiento y aceptación que estas tenían por la población, participaron en la cura de heridos y enfermos, para aliviar "males de amores", en la preparación de pócimas de beneficio y de maleficio, para el control de la natalidad, para atender el aborto, como adivinas del futuro, y desde luego para atender el embarazo, parto y puerperio, así como enfermedades de las mujeres y de los niños.

Justamente por este gran poder que tenían sobre los nativos, representaron un peligro para el poder médico y eclesiástico de la Nueva España; fueron perseguidas, acusadas de brujas y herejes por ofrecer a las mujeres la posibilidad de controlar su sexualidad y manejar las amenazas divinas de tener que aceptar "*todos los hijos que Dios les diera*" y de "*parir con dolor*" como un castigo ante el pecado.

En el siglo XVIII la Iglesia dictó las primeras restricciones para las Parteras, publicó el documento "Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación" y cuyo contenido decía:

1°. Se aseguraran de que al atender el parto, el producto de la concepción recibiera bautizo cristiano, independientemente de la edad gestacional (aborto o parto prematuro) y de las condiciones en que naciera (malformado). Si... la madre moría durante el parto,... el niño fuera sacado... para que pudiera ser bautizado... de no hacerlo ella tendría un castigo divino.

2°. Denunciaran a la mujer que pariera un hijo ilegítimo, además de llevar a éste a la casa de cuna en los lugares donde las hubiera o a alguna casa honrada a exponerlos de huérfanos.

3°. Atendieran el parto ajustándose a las ordenanzas cristianas y a la sabiduría de la medicina española; ... no dieran yerbas ... , ni entregaran las parias u otra cosa del parto a persona de quien debieran sospechar que lo quisieran para una superstición" (423)

Más adelante se publicó la "Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres en el "oficio de partear", manifestación de que los médicos aceptaron la atención del parto como parte del

(422) Alatorre. 1995, pág. 219

(423) Alatorre. 1995, pág. 220

ejercicio de la medicina; también se inició el desprecio de quienes habían atendido este evento con eficiencia y aceptación.

Que el embarazo, parto y puerperio cambiara en su connotación por la sociedad mexicana, abarcando incluso a los nativos, dio inicio a la persecución de las parteras, personajes otrora respetadas, que incluso su denominación entró en la lógica del desprecio, después eran "Comadronas" y que más adelante se declarara haber sido identificadas como una "ejército de viejitas mugrosas e ignorantes" (424)

El hecho de que los médicos asumieran la atención del parto fue considerado como producto del avance de la medicina que requería de la actuación de quien tuviera pericia y destreza superior como ocurría en España desde hacía mucho tiempo. Se declaró que para atender partos, las Parteras debían demostrar su competencia ante un tribunal médico y reunir las siguientes cualidades:

1°. Tener una edad proporcionada, porque si cuando vieja lo intentaba, se le ha pasado el tiempo de aprender, su entendimiento y sentido se hallan ya débiles para ello.

2°. No deben ser muy jóvenes ni doncellas, para cuidar su pudor.

3°. Deben tener una salud robusta,... si son débiles... no pueden tolerar el trabajo de trasnochar... también son inhábiles las gordas.

4°. No han de tener la mano callosa... no han de tener los dedos... encorvados... ni con otro vicio de los que quiten el sentido del tacto.

5°. ...saber leer y escribir... para aprender lo que sus maestros les enseñen.

6°. ...ser vigilantes y cuidadosas.

7°. ...de genio dócil y propensa a admitir el dictamen de sus mayores en suficiencia.

8°. ...ser misericordiosa y atender gratis a pobres y ricos.

9°. ...ser buenas cristianas y confiar mas en los auxilios de Dios que en los de su arte.

10°. ...ser de ánimo benigno y alegres con modestia.

11°. ...ser templadas con especialidad en el uso del vino y

12°. ...ser fieles y silenciosas" (425)

Esto señaló el inicio del camino que recorrería la Partera y después la enfermera bajo el control del médico que era visto como el único capaz de aprender y dominar el conocimiento requerido para proporcionar una atención tradicionalmente de estas, ejercida con eficiencia, calidad y calidez, muy lejana a lo planteado por quienes asumieran el liderazgo del equipo humano necesario para otorgar la atención adecuada.

Por otro lado se minimizó la intervención de las personas adultas mayores (viejas), argumentando incapacidad, cuando para los mexicanos estas representaban la sabiduría, la experiencia, la depositaria de dones cosmogónicos que les conferían la autoridad reconocida por todos.

(424) Mas adelante se cita puntualmente el origen de esta connotación de las Parteras
(425) Alatorre. 1995, pág. 221 y 222.

Que el gremio médico dictara el que y el como se ejerciera la partería daba a estos la autoridad absoluta que perduraría a lo largo del tiempo, incluso hasta hoy día.

Como resultado del control ejercido a partir de reglamentos y dictámenes limitantes del quehacer de las parteras hasta quitarles esta posibilidad, sólo se dejó a las mujeres intervenir en la atención de la población, las actividades manuales, carentes de interés para los médicos.

Cuando la carrera de enfermería se incorporó a la escuela de medicina, quienes manifestaron su interés por estudiar partos, tuvieron que estudiar primero la carrera de enfermera. Durante varios años esto continuó de esta manera, esto es que partos fuera una especialidad de la enfermería. Simultáneamente la carrera de medicina empezó a generar el título de "Médico, cirujano y partero", lo que originó que el parto fuera atendido también por el médico, esto es que continuaba el ejercicio de las parteras, incluso existían hospitales (maternidades) atendidos y administrados por esta.

Para la creación e instrumentación de la licenciatura en enfermería, el criterio fue por un lado, lo que señalaba la estructura Académica de la Universidad Nacional Autónoma de México, que exigía que todas las escuelas integrantes estuvieran dentro de la legislación universitaria que, entre otras cosas, señalaba que debían tener el grado mínimo de licenciatura; por otro lado los adelantos tecnológico científicos alcanzados, requerían de personal de enfermería acorde al nivel de desarrollo que se vivía (426)

Con lo anterior se identifican criterios de tipo político académico para crear el nivel universitario de la enfermería, no los requerimientos de la sociedad mexicana desde la perspectiva de atención al proceso salud-enfermedad sustentado en el panorama epidemiológico, los componentes determinantes y condicionantes de estos; tampoco se consideraron los planteamientos hechos por las enfermeras desde años atrás.

La UNAM publicó su decisión sobre la carrera de enfermería en la Gaceta universitaria del 15 de febrero de 1968, citando las condiciones generales al respecto y que decía:

"En la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, podrá optarse por el grado de licenciado, lo anterior no implica la desaparición del actual grado académico; las alumnas que solo tienen estudios de secundaria están en posibilidad de diplomarse en enfermería y obstetricia, para estudios de licenciados es necesario que los alumnos sean bachilleres" (427)

Aun cuando se expresó la exigencia de que todas las escuelas pertenecientes a la

(426) Alatorre. 1995. Pág. 230

(427) Gaceta universitaria. Vol. XVII 4/15/68.

UNAM debían funcionar a la luz de la legislación, con esta declaración sobre la creación de la licenciatura en enfermería y obstetricia, la citada legislación fue ignorada al legitimar la permanencia del nivel técnico con lo que además se generó una problemática al interior de la propia profesión en la que su principal expresión de dio como una competencia entre ambos niveles académicos; situación bien identificada en el campo laboral de servicios de salud, no así en lo académico en el que definitivamente se abolió la presencia de las diplomadas.

Esta situación no obedeció a que la carrera de licenciada en enfermería y obstetricia tuviera una salida lateral como técnica en tanto que como requisito de ingreso para una se planteó haber concluido estudios de preparatoria y para la otra sólo de secundaria.

Por otro lado con la política imperante en la UNAM, en la que se privilegió lo administrativo sobre lo académico, cuya mayor expresión se diera en las ENEPs en donde además se instrumentó la carrera de enfermería a nivel técnico, contraviniendo los planteamientos hechos sobre el nivel licenciatura de esas unidades profesionales.

Kent Serna cita la noción de subordinación de unas profesiones sobre otras con la creación de las ENEPs, en donde plantea:

"...Se creó una nueva jerarquía entre las disciplinas al otorgarle a una de ellas el poder de dirección de cada plantel... Tal vez desde una perspectiva de funcionalidad formal, tendría sentido agrupar en un solo plantel a las carreras de Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología y Biología pues todas se ocupan del área de la salud; pero también es cierto que salvo el caso de la subordinación tradicional de la Enfermería frente a la Medicina, los demás grupos disciplinarios tienen tradiciones académicas, orientaciones profesionales y agrupaciones político-gremiales propias... y no necesariamente armónicas entre sí" (428)

Otra situación fuera de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales se encontró en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, dirigida aun por un médico, como manifestación clara de lo señalado en el párrafo anterior sobre la dependencia de las profesiones, situación sintomática de la tradición establecida en México desde la creación de la profesión de Enfermería, a pesar de generar licenciadas.

Pero la creación e instrumentación de la licenciatura se estableció como condición la supresión de los estudios de Partos, lo que se sustentó en la declaración de la autoridad, que decía:

Resulta impropiciente propiciar los gastos que hasta ahora ha venido realizando la Universidad en los estudios de Obstetricia. Los programas correspondientes quedan incluidos satisfactoriamente en los dos semestres que se agregan a la

(428) Kent. 1990, pág. 111-112

licenciatura en Enfermería, con lo cual se reporta economía en los fondos presupuestales (pues de disminuyen en dos semestres el tiempo que se empleaba para la preparación de parteras) y en el tiempo de estudios de las alumnas..." (429)

Sin embargo la desaparición de los estudio de Obstetricia (partos), se sustentó en otros elementos como fue el estudio efectuado por los Estados Unidos de Norteamérica, a través de un representante del Colegio Norteamericano de Enfermería y Obstetricia, quien señaló varios factores reprobables para estos como la atención del parto por las comadronas o parteras empíricas a quienes atribuía las altas tasas de mortalidad materna e infantil que se enfrentaban en el país, como se comentó antes.

Al parecer esta decisión sobre los estudios de obstetricia (partos) fue bien recibida por las autoridades tanto de salud como educativas. Esto sugiere un respaldo a la profesión médica que desde años atrás atendían los partos y que aun cuando la creación de la licenciatura en enfermería y obstetricia implicaba que estos serían atendidos por este nuevo personaje, lo cierto es que depositar estos conocimientos depositados en enfermería, garantizaba que continuarían siendo reconocidos para el campo de la medicina, en tanto "tradicionalmente" eran "los jefes de las enfermeras" y nunca se confrontarían con ellos. Esta nueva circunstancia volvía a poner en pugna estas dos profesiones, sin descartar los criterios económicos planteados sobre la formación de parteras, que por otro lado propiciaban el ejercicio independiente de estas profesionales preferidas por la sociedad poniendo en entredicho la atención médica del parto.

Quienes efectuaron el citado estudio sobre la atención del parto de las mexicanas, señalaron que:

"...La mayoría de los nacimientos son atendidos "por un vasto e incalificable ejército de viejitas ignorantes, supersticiosas y sucias", que tienen diferentes denominaciones en los distintos países..." (430)

El informe del Colegio Norteamericano de Enfermería y Obstetricia, a través de su representante incluyó además las características del país en términos de la existencia de "pobreza colectiva crónica, métodos antiguos de producción y organización social, el elevado porcentaje de la población que trabajaba en actividades agrícolas y altos índices de analfabetismo".

Ante este panorama el gobierno norteamericano determinó "ayudar" a México, para lo que priorizó los problemas que se enfrentaban como sigue:

1º: El cuidado médico; 2º: Las Escuelas; 3º: La propiedad de la tierra, y 4º: La disponibilidad de la tecnología.

(429) Kent. 1990, pág. 115-116

(430) Alatorre. 1984, pág. 176

Para la primera prioridad se determinó atender las enfermedades tropicales y la atención materno-infantil, esto último sustentado en las causas de mortalidad materna que entonces se presentaban: 1°.- Hemorragias pos parto, atribuible a anemia preexistente y 2°.- Eclampsia, debida a falta de proteínas animales. 3°.- Ruptura de útero, debido a lo malformada de la pelvis, así como a la atención que reciben de las parteras empíricas.

Para generar soluciones ante este panorama de problemas de salud en las mujeres, los norteamericanos plantearon como viable la necesidad de disponer de enfermeras obstétricas, sin tener que recurrir a la creación de escuelas expofeso, por lo tanto la recomendación se planteó en términos de que las enfermeras parteras existentes adiestraran a las parteras empíricas y utilizarlas como emisarias para la introducción de programas de vacunación y de control del embarazo, aprovechando el ascendiente que estas tenían en la población.

El representante del gobierno norteamericano recomendó también la necesidad de elevar los conocimientos de enfermería en las áreas de Sociología, Psicología, Antropología y Pedagogía, como base del conocimientos necesario de las costumbres y tradiciones de la comunidad para que le sea más fácil establecer "relaciones amistosas". Con estos cambios podría pensarse que se recuperaría el objeto de estudio: el cuidado; sin embargo la realidad fue otra.

Como medida posibilitadora, se envió a un profesor a los Estados Unidos a realizar un estudio sobre la enseñanza de la Enfermería y la Obstetricia, en base a lo cual se modificó el plan de estudios para crear el nivel universitario.

Con este nivel de la carrera de enfermería, además se dio cumplimiento a los compromisos adquiridos con los gobiernos de América, dados en la reunión de Punta del Este de 1967 y que consistió en impulsar programas intensivos de protección materno-infantil y de educación sobre métodos de orientación integral de la familia (431)

El Plan de Estudios de licenciatura (Anexo # 9), estuvo sustentado en:

"La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, adopta el sistema de créditos, así mismo, estructura su plan de estudios en 8 semestres, con la tendencia a eliminar interferencias en la enseñanza de cada una de las materias y buscar la simplificación de complicaciones de las materias seriadas, se pugna por lograr congruencia... (432)

La correlación entre las materias de cada uno de los semestres de tal manera que pudiera establecer continuidad en el adelanto de las alumnas que vaya de lo simple a lo complejo y de lo general a lo particular, en esta forma en el primer

(431) Corona. 1977, pág. 112

(432) Plan de Estudios. 1967

semestre se recopilan los conocimientos básicos indispensables para la perfecta comprensión de la carrera (433)

Además de organizar el plan de estudios en semestres como se cita, se determinó que estos se dividieran en períodos, dos para cada uno; también se organizaron por grados, tres en total. Con la información disponible no se pueden identificar los criterios que fundamentaron esta última decisión.

El Plan de Estudios de la Carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia quedó como se describe a continuación:

El primero se integró con seis materias que corresponden a una fase propedéutica formativa para quien inicia su incursión en una profesión; todas estas nociones deberían fungir como sustento de las otras materias a estudiar en los siguientes períodos, lo que se revisará mas adelante (ver anexo # 8).

Esta fase propedéutica, representó una fase formativa basada en conocimientos técnicos propios del campo de la salud y de la enfermería, que a lo largo de los ocho semestres del plan de estudios, fue introduciendo al estudiante en ambos campos.

Lo cierto es que la información disponible limita mucho el análisis correspondiente, aun en el documento denominado "Curriculum" que contiene los programas de las materias a cursar en la carrera que correspondía al nivel técnico; no contiene objetivos educativos en ninguna materia excepto la denominada Propedéutica en Enfermería, ni tampoco guías de prácticas, actividades que realizaban las alumnas en el laboratorio, etc., contiene una breve descripción de cada materia (434)

Se puede identificar que las recomendaciones planteadas por el Colegio Norteamericano de Enfermería y Obstetricia, fueron incluidas al sustituir las materias de Etimologías Técnicas y Principios de Ética en este semestre por Introducción Socio Antropología y Nociones de Estadística (ver anexo # 8).

Por el contenido de las materias que fueron determinadas para este semestre, la alumna recibía información a utilizar en sus actividades de la materia de Propedéutica, sin embargo esta última contenía actividades para la práctica que requerían de conocimientos que aún no recibía.

El segundo semestre, se organizó en dos períodos, con un total de cinco materias a cursar; el primer período cursaron tres y dos en el segundo; en el primer período se mezclaron materias propedéuticas de conocimientos médicos, con la de Cuidados de Enfermería en la que harían una aplicación de lo revisado teóricamente hasta este nivel.

(433) Corona. 1977, pág. 113

(434) ENEO.1967-1968. Pág. 10

Se sustituyó la de Introducción a la Psicología por Nutrición, se reubicó la de Socio Antropología pasando al primer semestre y se incluyó la de Práctica de la Propedéutica de Enfermería (435), materia en que la alumna debía aplicar los conocimientos adquiridos y que serían aplicados bajo supervisión puntual.

A partir de este semestre la lógica formativa se dio con la mezcla de materias teóricas y la aplicación de esta en intervenciones concretas "propias de la profesión".

El tercer semestre se cursó en un solo período con un total de 16 semanas con 41 horas, de las que se destinaron 23 a prácticas en laboratorio y en unidades de atención a la salud. Este fue integrado en forma idéntica al destinado a alumnas de la carrera en el nivel técnico (436), no sólo en cuanto a las materias a cursar, sino en su contenido, horas semanales a cursar y número de semanas de duración.

A través de las materias que cursaban en este semestre, las alumnas disponían de conocimientos base de su intervención en la atención del enfermo adulto en unidades asistenciales; aun no contaba con herramientas cognitivas para la atención de enfermos de otros grupos de edad.

El cuarto semestre se dividió en dos períodos; el primero con dos materias, cursadas durante 8 semanas; el segundo en forma similar. Las materias cursadas fueron: Elementos de Patología Médico Quirúrgica, Enfermería Médico Quirúrgica (segundo curso), Higiene Mental (antes Psicología e Higiene Mental), Salud Pública y Trabajo Social. La supresión de la materia de Psicología generaría un vacío en este tipo de conocimientos fundamental para una profesión cuyo objeto de estudio es el cuidado del ser humano sano y enfermo, que necesariamente se asocia a la Sociología y Antropología que aprendieron en los semestres anteriores.

Por otro lado el profundizar en la Salud Pública y en el Trabajo Social requeriría de conocimientos de Psicología y hasta aquí se permitió el uso de la estadística aprendida en el primer semestre.

Con esto se podría afirmar que existía una cierta secuencia en los conocimientos de los cuatro primeros semestres.

Para el quinto semestre también con dos períodos, se estructuró con cinco materias a cursar durante 16 semanas; se introdujeron conocimientos de Pediatría, Materno Infantil, Sociología, Deontología y Legislación. La Sociología apareció nuevamente aun cuando habían cursado una materia denominada socioantropología que posiblemente generó conocimientos sillares.

(435) Esta materia fue estructurada a partir de conocimientos prácticos, esto es los procedimientos a partir de los cuales les otorgan los cuidados requeridos a los enfermos.

(436) Nivel académico correspondiente a la actual nomenclatura y cuyas características son estudios que se realizan toda vez que se han concluido los correspondientes a la secundaria.

El semestre sexto también se conservó igual que el del nivel técnico en todos sus componentes y asignaturas, horas, semanas, etc. Hasta este semestre la alumna adquiría conocimientos que la posibilitaban para su intervención en el cuidado del individuo sano, a través de acciones de tipo preventivo, insertas en la comunidad y en el ámbito domiciliario de la población humana, más acorde a la problemática de salud del país (ver anexo # 7). Para esta época las principales afecciones de la población la representaban los padecimientos transmisibles sufridas en los extremos de la vida, esto es en niños y ancianos.

Hasta aquí el Plan de Estudios correspondía al existente para el nivel técnico, nivel que hasta ese momento había sido considerado para la carrera de enfermería. Con el nivel de licenciatura requería de un mayor número de semestres a cursar, de acuerdo con la legislación universitaria y que se estructuraron a partir del contenido compactado con los conocimientos correspondientes a la obstetricia, antes de la carrera de partos, como se declarara por las autoridades de la UNAM y publicada en la Gaceta Universitaria del 15 de febrero de 1968 (437). Así la carrera pasó a denominarse Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Volviendo al plan de estudios, los semestres séptimo y octavo, ambos con tres materias a cursarse en 16 semanas para cada uno. En estos semestres se generaron contenidos de Ginecología y Obstetricia como ejes académicos y se complementó con conocimientos de pediatría y patología médico quirúrgico que ya se habían incluido desde anteriores semestres.

Sin embargo con los contenidos de conocimientos Ginecología y Obstetricia incluidos en dos semestres, difícilmente se cubrió la capacitación requerida para sustituir a las parteras que se habían estado formando desde hacía más de un siglo (1883), con dos años de duración.

Definitivamente esta medida generaría una serie de circunstancias de calidad en la atención de la embarazada muy lejanas a las tradicionalmente ejercidas por las Parteras del pasado y que servirían de sustento para que definitivamente las recuperaran los médicos que fungían como "blanco depositarios de los más avanzados conocimientos al respecto", desde la lógica europea aun vigente en nuestra comunidad científica. Esta situación será abordada mas puntualmente en el siguiente punto de este capítulo.

En total el plan de estudios de la licenciatura se cursó durante 434 horas, con 352 créditos.

Regresando a la presentación que hiciera el Director de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en 1967, planteo los programas de las distintas materias

(437) Gaceta Universitaria. Vol XVII. 4/15/68

que integraban el "Curriculum no tenían objetivos determinados con excepción del correspondiente a Propedéutica de Enfermería", cuya construcción se hiciera desde la lógica de la tecnología educativa, corriente didáctica vigente en ese entonces.

Esos objetivos pretendían generar conductas calificables a su cumplimiento, muy atomizadas en su expresión, característica de esa corriente Didáctica, en la que se espera la generación de comportamientos desagregados en el individuo en esferas totalmente separadas, con una perspectiva difícilmente observables y por lo tanto complejamente evaluable.

Como se citó anteriormente el plan estudios vigente en 1967 para la carrera de técnica en enfermería, fue base para estructurar el correspondiente al nivel de licenciatura, no se construyó uno exprofeso, sino que se generaron algunos "ajustes" sustentados en la política vigente en la UNAM, y en los compromisos con los Estados Unidos de Norteamérica, condición ya señalada.

Alatorre cita que el nivel universitario se conceptuó de la siguiente manera:

"Se considera a la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aquella que requiere bachillerato como requisito previo..." (438)

Para la Organización Panamericana de la Salud, el nivel universitario:

"Comprende enfermeras capaces de proporcionar atención de enfermería de alta calidad a individuos y comunidades, de orientar a personal de enfermería de menos conocimientos y de continuar su propia preparación, para asumir responsabilidades docentes y administrativas más amplias"(439)

Ambos planteamientos se complementaron en tanto uno señaló las condiciones académicas, la otra habló sobre las competencias operacionales de quien egresara de este nivel. Sin embargo la recuperación del objeto de estudio de la enfermería seguía esperando.

Sin embargo llama la atención que un propósito medular establecido por la profesión desde años atrás cuyo peso específico orientara las acciones de quienes la ejercían, al possibilitarse su logro, se haya generado sin la comprometida intervención de las enfermeras que se han caracterizado por su compromiso, rectitud y eficiencia, para aceptar y legitimar que bajo el mismo plan de las técnicas, se construyera el de licenciadas.

Pero queda en el ambiente el planteamiento de si les fue permitido intervenir, si se planteo oportunamente el aval logrado para instrumentar el nivel de licenciatura para construir lo procedente académicamente, habría que realizar la investigación

(438) Alatorre 1979. pág. 183

(439) Guzmán. 1977. pág. 2

puntual al respecto que arroje la luz del conocimiento.

La máxima casa de estudios en el país dio inicio a la formación de licenciadas en enfermería y obstetricia sobre el sustento de principios académicos, laborales y políticos, así los primeros fueron:

"La formación de enfermeras profesionales, debe estar a cargo de una universidad; el curriculum debe estar equilibrado en su contenido de humanidades y conocimientos técnicos; el aprendizaje de principios generales y su aplicación es el enfoque adecuado para la formación de enfermeras universitarias; los requisitos educacionales de admisión deben ser iguales a los de las otras carreras universitarias; los objetivos, curriculum y duración de la carrera, debe distinguirse claramente a los correspondientes a los niveles intermedio y auxiliar" (440)

Los principios laborales se expresaron como sigue:

"El foco de atención de enfermería es la persona o grupo de personas y no la condición patológica que afecta a esa persona... es deseable que todos los estudiantes en el área de las ciencias de la salud aprendan en conjunto" (441)

En el aspecto político, los principios se expresaron desde una perspectiva dual, una en el ámbito internacional y la otra en el nacional; la primera decía:

"La formación de enfermería universitaria debe ser similar en todos los países y basarse en estándares claramente definidos" (442)

En el ámbito nacional, se planteó:

"Todos los programas educacionales en el campo de la salud deben tomar en consideración los aspectos socio económicos, políticos y educacionales, además de los patrones y recursos de salud del país; para fomentar un enfoque económico y coordinado en los servicios de salud y para una mejor realización de los escasos recursos..."(443)

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia estuvo inmersa en la situación que se vivía en ese año crucial para la Universidad Nacional Autónoma de México en que entre las circunstancias sobresalientes enfrentaron las diversas culturas académicas existentes y la experiencia estudiantil generada, entre otras, dieron como resultado lo que señala Kent:

"El resultado ha sido la profesionalización trunca y subordinada de una planta académica (la mas grande del país a nivel de educación superior) que creció a ritmos acelerados incorporando a numerosos profesores jóvenes y carentes de experiencia profesional, pedagógica y política. La inmovilidad ocupacional, la atomización de los lazos asociativos y la pérdida de identidad y discurso propios

(440) Alatorre. 1978, pág. 180

(441) Alatorre. 1978, pág. 182

(442) Alatorre. 1978, pág. 184

(443) Alatorre. 1978, pág. 186

son los rasgos de la situación de anomia en que se debate el trabajador académico de la UNAM" (444).

Esto generaría posturas diversas de quienes ejercieron la docencia en la UNAM, pero se convirtieron en personas que aun realizando sus carreras dentro de esta, no necesariamente vivían para la cultura, sino de ella.

En la década de los años sesenta se dieron cambios en la división del trabajo con la formación de mercados académicos masivos; por un lado se consolidaron las ocupaciones dedicadas a la producción y la transmisión del saber; por otro lado se hizo nítida la diferenciación entre el profesional practicante y el enseñante al surgir la figura del profesional dedicado íntegramente a las labores académicas.

La ENEO entró en esta lógica de funcionamiento de sus académicos y de sus estudiantes, se habían mantenido como docentes disciplinados bajo la dirección de otra profesión que ejercía un puntual control desde lo académico primero y lo laboral después; los estudiantes se mentalizaban plenamente por los docentes para el utilitarismo en la atención de los enfermos, bajo la tutela médica; esto es, se formaban como figura enfermera, no como profesionales de la enfermería, como define Collière.

Aunado a lo citado, la planta docente en su mayoría enfermeras, no poseían el grado de licenciatura, situación que ameritó el diseño e instrumentación de estrategias que coadyuvaran a la superación de esta situación, la Escuela creó estudios complementarios para la nivelación al grado de licenciada de sus docentes.

Se diseñó el contenido de un "Curso Especial Transitorio" para obtener el grado de licenciada en dos perspectivas: la primera de tipo cerrado sólo para docentes de la ENEO, que se instrumentó sólo por un año (en su condición de cerrado), durante el cual se regularizaron una alta proporción del personal académico; con respecto a la calidad, esta no fue sujeta de evaluación en ese sentido.

La segunda perspectiva se instrumentó para personal del Sector Salud que requirieran regularizar su situación académica, en una primera instancia se abrió para personal directivo y posteriormente para el resto del personal; este Curso se mantuvo hasta la década de los ochenta en su fase escolarizada, después se abrió a través del Sistema de Enseñanza Abierto, el cual se conserva hasta la fecha como respuesta a la demanda generada.

Dentro de la misma UNAM, como se citó en el punto anterior de este capítulo, la carrera de enfermería se instrumentó también en las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de Ixtacala y de Zaragoza, ambas con el nivel técnico o

(444) Kent. 1990, pág. 131

intermedio; más adelante se instrumentó el nivel licenciatura en Ixtacala a través del Sistema de Enseñanza Abierta y conservó el técnico en forma escolarizada; en el caso de Zaragoza la licenciatura se instrumentaría hasta 1998 en su modalidad escolarizada, conservando simultáneamente el nivel técnico lo que no corresponde a las características de una Facultad, (como lo establece la legislación universitaria), nivel que adquirió desde los inicios de la década de los noventa.

Aun cuando la carrera de Enfermería alcanzó el nivel de licenciatura, situación que se extendió prácticamente en todo el país en escuelas y facultades, que además han alcanzado el nivel de posgrado al instrumentar maestrías y doctorados, esta evolución sólo se ha circunscrito al ámbito académico, sin alcanzar al de servicios de salud, tanto públicos como privados.

El perfil de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, entre otras señalo que generaría un personaje capacitado para intervenciones autónomas ante la atención del enfermo y del sano, situación que no se dio sólo por poseer ese nivel académico avalado y legitimado por la UNAM, primero y por otras instituciones educativas de renombre como el IPN, la UAM, la Universidad de Guanajuato, la UANL, etc., después.

En el campo de atención a la salud, se enfrentó del inicio un desconocimiento de este nivel educativo, en donde existía un entramado de puestos de la profesión conformado por personajes sin estudios como aquellas denominadas auxiliares de enfermería (nivel auxiliar o básico) y por personajes con estudios de nivel técnico (nivel Intermedio), con las que compartió el ejercicio de la profesión sin que se estableciera ninguna diferencia entre unas y otras en el terreno operativo y organizacional.

Pero todo esto se concretizó con el impedimento para las nuevas Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, en la atención del partos dentro de las instituciones como ocurría con las extintas parteras, combatidas férreamente; con o sin capacitación las enfermeras no serán avaladas para atender partos porque estos han sido asumidos por los médicos y legitimados por la sociedad.

Se podía identificar claramente la falta de relación entre lo académico y lo laboral, como si el nivel universitario de la carrera de enfermería y obstetricia no tuviera justificación, que no obedeciera a una realidad, a una necesidad de atención de la población de México, sino a situaciones de orden político sin aprobación por todos los sectores involucrados, esto es el social, el laboral, el político y el académico.

Sin embargo este aspecto del ejercicio profesional de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia requiere de ser revisado mas puntualmente, de tal manera de identificar con claridad si es o no una respuesta a los requerimientos de la sociedad mexicana o a que supuestos esta dando respuesta, que quizás se

visualice mejor al incursionar en los modelos existentes de ejercicio profesional que se aboradran en el siguiente punto.

3.3 LOS MODELOS DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNAM.

Accesar a los modelos de ejercicio profesional de la licenciada en enfermería y obstetricia formada en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, posibilitará establecer una vínculo entre estos, lo académico y los escenarios de ejercicio de esta profesional.

La creación del nivel universitario debía obedecer a un requerimiento real del país, frente a la respuesta del sector educativo a una demanda de gran magnitud de la sociedad que requirió ingreso a las aulas de los egresados del bachillerato.

Sin embargo en el punto anterior de este capítulo se estableció la razón de la creación del nivel universitario de la carrera de enfermería.

De las asignaturas con que se conformó el Plan de estudios (Anexo # 8), la gran mayoría correspondían a aquellas que generarían conocimientos para el cuidado del individuo enfermo, objeto del conocimiento de la enfermería y que se ha definido desde diferentes perspectivas; una de esta declara "Es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar..." (444) lo cual aparece en contradicción a la formación de personal para el ejercicio asistencial y la conservación de un ejercicio profesional tutoriado y dependiente, enmarcado en el modelo médico - hospitalario vigente.

El modelo médico-hospitalario caracterizado por la atención al individuo aislado, no perteneciente a un grupo familiar y comunitario; en el que sólo importa el estado del cuerpo, no el sentimiento, lo psicológico, lo social, lo mental, lo histórico; con un "paciente" que debe ponerse en las manos del experto en curar, el reparar, el substituir lo "descompuesto" para lo cual se requiere alejarlo de "miradas ajenas al mundo médico", hospitalizarlo; el hospital visto como un mundo aislado, ajeno a la sociedad en que existe, en el cual hay un experto, sabio, que pondrá todos sus conocimientos en práctica para curar, reparar, etirpar lo dañado; un mundo en el que sólo el médico sabe, los demás son ayudantes, apoyo a su ciencia, aquella estructurada para manejar la enfermedad, preferentemente sin el enfermo, sin aquel al que intencionadamente se le llama "paciente".

(444) Planner, en Medina. 1999. Pág 36

En el modelo médico- hospitalario se privilegian los exámenes de laboratorio y de gabinete como sustento del diagnóstico y del tratamiento. En este modelo el individuo se hace visible para el médico en tanto se encuentre enfermo y convalesciente, pero una vez que recupera el bienestar, regresa a su grupo familiar y comunitario y deja de existir para el hospital y para el médico.

Sin embargo se tenía un modelo de ejercicio profesional para la atención de la población considerada como sana, en lo individual y en lo grupal, sin que la formación profesional generara conocimientos expertos, originando una capacitación parcial para asumir las actividades de esta área de atención a la persona.

Aun cuando el perfil de egreso del plan de estudios de la carrera expresara la capacitación de estas para atender al individuo y familia sanas, la realidad corresponde a lo expresado puntualmente en la declaración de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) que señala:

"...El contexto de los actuales modelos, donde la recuperación de la salud no se concibe dentro del proceso del ciclo vital de individuos y sociedad; se restringen a la asistencial básicamente médico-hospitalaria, a ésta se le dedica gran parte del apoyo logístico, humano y financiero, mientras que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están escasamente esbozadas, así como el fortalecimiento de vínculos con la vida y el bienestar indispensable a toda condición humana" (445)

Tradicionalmente el escenario fundamental de la atención a la salud había sido el hospital, entendido este como el lugar en donde se interna al enfermo con el propósito de restablecer su estado de salud, desde la perspectiva biológica e individual.

A través del tiempo la enfermera había sido preparada para la atención del individuo en la fase de enfermedad del proceso salud enfermedad, aun en aquella época en que surge la enfermera visitadora (446) que no ejercía en el hospital sino en la comunidad y a nivel familia y grupal.

Desde la lógica de la atención médica, esta se concretó a restablecer la salud del individuo y si la enfermera representó aquella que operacionalizaba las indicaciones médicas, y que sólo requería saberes al respecto para lo que los programas académicos se ubicaron dentro de las dinámicas de la asistencia hospitalaria.

Esto fue asumido por las enfermeras legitimando su formación al identificar como propia la lógica asistencial hospitalaria, dejando a la salud pública (352) como asunto de la especialización y no de la generalización.

(445) FEPPEN. 1993. Pág. 26

(446) Concepto puntualizado en el primer capítulo de este documento.

Que la enfermera de inicios del siglo XX fuera conceptualizada como "la colaboradora más cercana y valiosa del médico" (447), era hasta cierto punto esperado, si se recuerda cual era lógica del Dr. Liceága al respecto (precursor de los estudios de enfermería en México), pero que se conserva esta noción, hasta tener licenciadas en enfermería y obstetricia, es lo que llama la atención.

La situación de esa noción de la enfermera, pretendió ser modificada por éstas a partir de alcanzar una formación académica de nivel superior, como el camino que las llevaría necesariamente a alcanzar una identidad independiente, profesional, autónoma, con un perfil definido y separado del médico, que no en competencia sino de participación ante el proceso salud-enfermedad de la población. Esto sustentado en lo citado sobre el modelo médico-hospital y sobre la noción de cuidado.

Sin embargo independizarse del médico representó una tarea prácticamente imposible (448); éste no posibilitaría esa pretensión de la enfermera a quien requería a la cabecera del enfermo, ejecutando sus órdenes puntualmente; ella representaba su tranquilidad al identificarla como un elemento altamente responsable a quien se había capacitado para la obediencia, la disciplina, el compromiso, la entrega y todos los atributos de un "apostolado" de lo cual estas mismas han estado aparentemente convencidas, o mejor dicho, han asumido como un "mal necesario", si se quiere ejercer o pero aun, tener un empleo.

Al alcanzar la profesionalización, las enfermeras entraron en otra lógica de ejercicio que ha quebrantado lo establecido, básicamente en el ámbito de las instituciones denominadas de atención a la salud, aun cuando la labor de estas, sea recuperar al individuo de la enfermedad, evento ante el que estas profesionales disponían de un perfil perfectamente delineado el cual ha sido mantenido principalmente por ellas mismas, a través de herramientas diseñadas con ese propósito y que se desarrollan a partir de conocimientos en el período de formación académica.

Las Instituciones de salud, escenarios del ejercicio de las enfermeras cuyo fin se ha señalado, tienen bien identificado que esperan de estas profesionales, de quienes lo que menos les preocupa es su escolaridad, si son auxiliares, técnicas o profesionales, sino que "cumplan con las indicaciones médicas" para lo cual cualquiera de ellas responderá.

De las principales herramientas existentes para mantener el modelo médico asistencial hospitalario, se identifica el modelo jerárquico de los departamentos de enfermería al interior de las instituciones de atención a la salud caracterizado por

(447) Liceága. 1936. Pág 44

(448) Al menos dentro del campo hospitalario asistencial, como se demostró más adelante en el primer nivel de atención y en la práctica independiente ellas están en la misma posibilidad de cumplirlas y para lo cual generalmente (el 99.9%), "no requieren de una preparación académica universitaria"; para garantizar que estas cumplan con sus actividades, las Instituciones diseñaron un aparato administrativo dentro del mismo gremio adjudicándole tal función.

una serie de puestos expofesos por los que pugnan todas las enfermeras desde que ingresan a las Instituciones.

Ese aparato administrativo fue presentado ante las enfermeras como una instancia posibilitadora de vivencias prestigiosas, dentro del cual la competencia sólo sería entre ellas mismas, con las mismas condiciones y por tanto las mismas oportunidades de movilización dentro de la jerarquía imperante. De esta manera las enfermeras ejercen mando, organizan, deciden y controlan para mantener la hegemonía médica, que no para el beneficio de los usuarios, ni de su profesión.

Envueltas en esa lógica de funcionamiento cuya finalidad es ejercer una puntual vigilancia de las acciones de las enfermeras, quienes deben cumplir fielmente los reglamentos y normas de trabajo so pena de sanciones ejercidas por ellas mismas, garantizan que únicamente cumplirán con sus acciones específicas y que habrá una permanente competencia gremial por alcanzar puestos superiores dentro de su organización, dejando así de competir fuera de esta.

Aun cuando las acciones de las enfermeras traspasaron el ámbito del hospital para incursionar en las Instituciones creadas para la atención ambulatoria y preventiva de la salud (449), también fueron objeto de la importación del modelo jerárquico organizativo creado en el hospital, desde luego con el mismo propósito y al cual las enfermeras se adhirieron complacientemente.

En el campo educativo permanecía una noción de la formación de recursos humanos que no correspondía al campo laboral, esto sustentado en los modelos creados para la formación académica y que respondían a la atención al enfermo hospitalizado, lo que reflejaba plenamente en los contenidos de los planes y programas de estudio, en las asignaturas determinadas, en el perfil de egreso declarado, aun cuando las enfermedades que más afectaban a la población no requerían de hospitalización, sino de atención ambulatoria (450)

Haber sido preparadas para el cuidado del enfermo (Anexo # 8), básicamente hospitalizado, no ha incluido lo que plantea Consuelo Castrellón sobre nociones no abordadas durante su formación y que generó un personal con actitudes un tanto mecanizadas y que plantea en el siguiente fragmento:

"...La falta de una identificación y, por ende, de una apropiación de su objeto, además de la poca claridad sobre su función social...produce una multitud de conflictos relacionados con la formación profesional,... la definición del papel profesional tanto dentro del equipo de enfermería como en el multiprofesional,...limita el desarrollo del conocimiento, frena las posibilidades de una configuración profesional de mayor solidez, y priva a la población de recibir atención en salud con menos riesgo." (451)

(449) Identificados como Centros de Salud, noción ya señalada en el primer capítulo de este documento.

(450) Ovalle, 1985. Pág 110

(451) Castrellón, 1997. Pág. 86 - 87.

La función que realizaba la enfermera en el ámbito hospitalario, una vez otorgado el nivel universitario, no cambió en lo inmediato, se conservó la situación de adjudicación de actividades ajenas a la profesión en un promedio de 14.8 % (452), básicamente por no tener nivel de decisión profesional, sino estar sujetas a indicaciones de quien ejerce el mando dentro de estos establecimientos de salud. Se puede decir que las actividades adjudicadas a las enfermeras continuaron siendo del renglón de "oficios" (453), legitimando la noción vigente en el campo hacendario que aun con ser licenciadas aparecen en el catálogo de oficios, término peyorativo no correspondiente a su origen etimológico cuyo significado es "artesano de una profesión" como lo cita Santoni (454)

En el modelo de ejercicio profesional de la licenciada en enfermería del área hospitalaria se muestra en lo siguiente:

"Es casi nula la actividad de investigación...", "...En los establecimientos asistenciales las actividades técnicas consisten principalmente en la administración de medicamentos y el manejo del equipo. Hay un porcentaje considerable de actividades que no son de enfermería..." (455)

Finalmente ante este panorama podría decirse que se legitima la posición de que en esta área de atención, no se tenga establecido que para ocupar un puesto de la profesión de enfermería, deban tener estudios de licenciatura y que inclusive se prefiera al personal auxiliar que tendían a ser más permanente en los puestos, en virtud de no tener posibilidades de movilización hacia otras opciones laborales; por otro lado, tendían a reproducir un rol de mano de obra barata, manual, dócil y disciplinada; lo cual representa un freno para modificar la noción de enfermera a favor de las licenciadas.

Como una evidencia clara, en estudios sobre el tema Castrejón señaló:

"...diferencian las condiciones de trabajo intrínsecas y extrínsecas. Las condiciones intrínsecas, se refieren al trabajo propiamente dicho; al interés intelectual que representa la tarea; al tipo de trabajo: a las posibilidades de desarrollo personal, contenido, integridad y cualificación del trabajo. Las condiciones extrínsecas pueden ser de orden material, estar ligadas a la organización o pertenecer al nivel psicosocial" (456)

Aun cuando a través del tiempo se ha sostenido la existencia de una falta de coincidencia entre los ámbitos escolar y el laboral de atención a la salud, los planes y programas de estudio han mostrado contenidos en el sentido de formar enfermeras dependientes aun cuando el perfil de egreso no lo asiente así, capaces de insertarse en la lógica de funcionamiento del hospital. No así en la atención de

(452) Martínez y Latapí. 1985. Pág. 121

(453) Martínez y Latapí. 1985. Pág. 121

(454) Santoni. 1996. Pág. 11

(455) Labores que no requieren de preparación académica universitaria.

(456) Martínez y Latapí. 1985. Pág. 122

la comunidad y de la familia para lo que se les preparaba parcialmente, dependiendo prácticamente de las docentes que desarrollaron aquellos programas que exijan mínimas acciones en este renglón y que generó personal con nociones y capacitaciones aun más separadas de lo requerido por los servicios de atención de primer nivel.

Si podría decirse que efectivamente esto forma parte del curriculum de la carrera de enfermera, que de esta manera no violenta hegemonías, sobre todo en la atención de enfermos, sea en hospitales o en centros de salud y clínicas de medicina familiar.

La mayor incongruencia entre lo escolar y las necesidades de la población humana se dio al no considerar que de acuerdo al panorama epidemiológico (analizado en el capítulo dos), se requería de personal capacitado para trabajar en el hogar, en la comunidad, para la atención del individuo y la familiar, insertos en su hábitat natural, cotidiano, por un lado, y por otro en los ámbitos laborales, escolar, deportivo y recreativo, espacios que presentan riegos diversos y específicos para la salud de la población, esto sobre todo en el pregrado.

Sin embargo en el campo laboral identificado como hospital, existe interés en mantener a la enfermera como una trabajadora manual, con características de disciplinada, eficiente y subordinada que garantiza los cuidados que el enfermo requiere y que le asegura a la profesión médica poder delegar la atención del paciente a individuos capacitados en tanto ellos se ausentan para realizar acciones complejas de investigación, formación médica, y de administración de servicios sin distraerse atendiéndolos.

Esto es señalado por Martínez Benítez como una problema de trasfondo ideológico cuya principal manifestación es la falta de organización interna de la profesión, la pobre conciencia que estas tienen sobre su papel en el mantenimiento de la hegemonía gremial de otras profesiones afines en el campo de la salud y de su propia ubicación en el concierto nacional, estatal y local del funcionamiento de la política de salud del país (457)

Con el fin de sustentar lo señalado en el terreno ideológico, se analizaron algunos discursos dictados por enfermeras en representación de estas profesionales, en los cuales se identificaron algunas características de identidad tales como la femineidad y el maternalismo, atributos que integran una imagen ideal de enfermera; Martínez Benítez citó:

"...los atributos femeninos como (abnegación, desprendida, pura, sacrificada), unidos a los maternos (aliviadora del sufrimiento, heroica) y a otros valores humanos más generales, integran la imagen ideal de enfermera que refleja la que de ella tienen los médicos. A estos atributos se añaden... relacionados con el

(457) Castrejón. 1997. Pág. 88

ejercicio de la profesión (manos hábiles, disciplina, limpieza, colaboradora del médico) que son deseables para que la enfermera continúe desempeñando su labor al servicio del médico y del sistema de salud..." (458)

Sin embargo muy por encima de lo señalado como ocurrencia en el campo laboral, básicamente el área hospitalaria - asistencial, la profesión había construido un modelo de ejercicio que se enseñaba en las escuelas pero que en los servicios las condiciones imperantes ya descritas, no permitirían hacer uso de éste; ese modelo se identificó como Proceso de Atención de Enfermería (ver anexo # 10) y que por cierto no fue el primer modelo existente, aun que sí el vigente en el momento en que se alcanzó el nivel universitario.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene como principales características, apegarse al método científico y recuperar de este nociones como: plantear un problema a resolver, la hipótesis, recuperar información como sustento de decisiones posteriores, diseñar un plan de intervenciones viables y factibles.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), posibilitaba la sistematización de las acciones de enfermería, la utilización de conocimientos científicos, en tanto este instrumento se desarrollaba en base al método científico, como sustento de sus acciones, la capacidad de la licenciada en enfermería para diseñar un esquema de atención individual e Irrepetible para cada enfermo acorde a sus características y que abordaba los requerimientos de atención desde su ingreso hasta su egreso del hospital

Pero poner en práctica el PAE requería condiciones que posibilitaran atender a los enfermos desde esta lógica, esto es determinar los cuidados que cada uno requiriera lo cual significaba que se deslindara a la enfermera de esas acciones ajenas a la enfermería; para esto era indispensable tener nivel de decisión, para determinar lo procedente para cada enfermo sin el aval de otro profesional de la salud.

El Proceso de Atención de Enfermería se diseñó como un instrumento posibilitador de las intervenciones profesionales, esto es sólo de estas (universitarias), sea en el ámbito hospitalario, sea en el ámbito comunitario.

El Proceso de Atención de Enfermería se sustentó en la filosofía de la profesión para la que la persona y la sociedad como seres complejos en sus aspectos biopsicosociales, culturales y espirituales y sus patrones de conducta, se desarrollan a partir de la herencia genética y de la interacción con su ambiente y de la noción de que la sociedad se compone de personas, grupos, familias y comunidades con objetivos y valores comunes e incluye fuerzas sociales, económicas, políticas y ambientales que cambian a través de interacciones y relaciones recíprocas determinadas históricamente.

(458) ENEO. S/F. Pag. 154

Desde esta lógica la enfermería se fundamentó para su ejercicio en un modelo de teorías, conceptos y principios, como paradigmas de la profesión. Estos términos se definieron como:

"Un concepto es una abstracción; son términos intangibles y descriptivos que cada quien interpreta de acuerdo con sus impresiones y experiencias,... son útiles dentro de una estructura, en donde deben definirse de una manera específica...".
"Los principios son reglas o leyes que se han respaldado a través del tiempo y comprobado mediante la investigación...". " Una teoría es un enunciado con apoyo científico, que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos..."
(459)

De esta forma se hacía evidente que la enfermería era una profesión poseedora de conocimientos propios, que sustentaban su práctica y la idea de que sólo quienes hubieran asistido a la universidad a estudiarla, debían ejercer el cuidado del enfermo y de la persona en su grupo familiar, comunitario, laboral, recreativo y deportivo.

La noción y la utilización del Proceso de Atención de Enfermería surgió en los Estados Unidos de Norteamérica desde la década de los sesenta y llegó a México mediados de la siguiente década, recuperando sus componentes sin un análisis que posibilitara diseñar aquel que funcionaría para nuestra realidad y características propias. Sin embargo ha sido un sustento de las intervenciones de enfermería reconocido por estas profesionales y despreciado por las otras de la salud.

La Enfermería se pretendió ejercer bajo el paradigma de poseer:

- 1) Habilidad y conocimiento para pensar en forma analítica y crítica.
- 2) Habilidad para la toma de decisiones.
- 3) Habilidad para actuar, con base en el análisis y la toma de decisiones.
- 4) Demostrar en la actuación creatividad, objetividad, concordancia en las necesidades de la realidad social; refleja los valores, humanitarismo, ética, calidad científica y técnica" (460)

Lo anterior declarado por la entonces Presidenta del Colegio Internacional de Enfermeras, fue planteado como componentes del ejercicio de las enfermeras profesionales, es decir de las licenciadas en enfermería.

Sin embargo, aun cuando el ejercicio de la profesión se pretendió realizar desde la perspectiva planteada y los centros escolares diseñaron estos modelos del Proceso de Atención de Enfermería, la realidad exigía varias condiciones para objetivar estos paradigmas, situación reforzada por las declaraciones de Elridge y Levi que identificaron las siguientes características:

- 1.- Sus miembros deben tener educación universitaria superior; 2.- Fundamentar
- (459) Griffith y Christensen. 1986. Pág. 5-6
(460) Garzón A. N. 1988. Pág. 60

su práctica en la investigación; 3.- Ejercer independiente las funciones propias de la profesión; 4.- El profesional ejerce un monopolio legal de sus funciones; 5.- Los miembros de la profesión tiene un control completo e independiente sobre la provisión de fuerza laboral" (461)

Cabe mencionar que el Proceso de atención de Enfermería es una herramienta de la Enfermería para sustentar el cuidado del enfermo, fue constituido en la enfermedad, no en el cuidado como debía ser concebido por esta profesión.

Esto hace evidente que por si solo el hecho de haberse concedido el nivel superior a la profesión de enfermería, no era suficiente al enfrentar estas profesionales varias condiciones de ejercicio que dificultarían importantemente alcanzar algunos de los puntos señalados por estos analistas.

Para el ejercicio de las enfermeras en el denominado primer nivel en donde se otorgaba atención a las personas que enfrentaban problemas de salud de bajo riesgo (462), de resolución a partir del uso de tecnología simple y cuyos propósitos son básicamente la promoción de la salud, que de acuerdo a lo declarado en Otawua, Canadá se define como "el proceso de capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore" (463), y la prevención de enfermedades, la profesión se enmarcaba principalmente en el método epidemiológico; el cual recupera el método científico aplicado a problemas del ámbito de la salud pública.

De esta manera la enfermería ejercida en las filas de los servicios de este nivel de atención no enfrentaba las mismas condiciones de subordinación, de dependencia y de tutela que en el segundo y tercer nivel.

En el campo de la salud pública la enfermera determinaba sus actividades, haciendo patente su fomación de gestión, sólo en el marco de los programas de atención a la población, determinados por las instituciones desde lo general y que en lo particular de la profesión estas decidían que hacer, como hacerlo y cuando hacerlo, sin la tutela médica. Desde luego las actividades requerían realizarse dentro de lo marcado por los tiempos programáticos y las metas comprometidas.

Como se señaló en el capítulo uno de este estudio, que la enfermera visitadora surgió casi al mismo tiempo que la profesión, con la característica de realizar sus acciones directamente en la comunidad y los hogares de las personas, que por lo general enfrentaban problemas de salud epidémicos, con requerimientos de atención que sólo estas asumían. Su marco de referencia fueron conocimientos de epidemiología y de salud pública, lo que les permitía actuar ante problemas epidémicos y endémicos, con el individuo, la familia y la comunidad.

(461) Garzón A. N. 1988. Pág. 61

(462) Acuña. 1990. Pág 75 y Kroeger. 1992. Pág 91

(463) Sánchez et al. 2000. Pág 141. Antología de Atención a la Salud en México. ENOE. 2003. Pág167

El trabajo comunitario nunca fue un escenario atractivo para el personal de salud, siempre considerado como “poco profesional, para lo cual no eran necesarios conocimientos científicos, y en el que cualquiera podría trabajar”.

Esta noción del trabajo de salud pública alcanzó también a la profesión de enfermería, en donde una pequeña proporción querían ejercer en la comunidad, aun cuando era el único sitio en donde podían desarrollar sus actividades y funciones con independencia y autonomía.

El método de ejercicio profesional se iniciaba a partir de la identificación de las características de la comunidad en donde trabajaría, entre las cuales se identificaban componentes sociales, políticos, económicos, educativos, laborales, familiares e individuales; se obtenían datos sobre los principales problemas de enfermedad y de muerte que enfrentaban, así como de la disponibilidad de recursos para su atención, entre otros; en base a esto se determinaba que acciones requerían para su control y posterior superación; las enfermeras diseñaban los programas de atención de enfermería, y establecían las estrategias a seguir para su cumplimiento.

La comunidad, vista esta como un área geográfica determinada, cuya población residente en ella, debía ser atendida por una unidad de atención a la salud de primer nivel, principalmente en el ámbito de sus propios hogares; el área geográfica era dividida en porciones denominadas sectores a cuyo cargo se asignaba a una enfermera responsable.

La enfermera de sector controlaba las intervenciones de otros profesionales como trabajo social, psicología, educador para la salud y hasta médica; llevaba un puntual control de acciones a la salud de las familias residentes en su sector y desde luego de sus integrantes.

Las intervenciones de enfermería eran determinadas de acuerdo con los requerimientos de las personas de cada familia enmarcadas en los programas de atención a la salud vigentes en la unidad de salud; esto es, en el caso de niños el programa prioritario era la vacunación en base al esquema básico que orientaba aquellas que requería recibir en cada edad. Esta actividad de vacunar requería de una investigación previa sobre el estado de salud y los antecedentes vacunales de cada niño, posteriormente se determinaban las necesidades a cubrir, se efectuaba la aplicación de la vacuna y se registraba el evento para lo cual se utilizaban formatos expofesos; desde luego esa actividad era sujeta a ser evaluada y reprogramada.

En el caso de realizar investigaciones sobre el estado inmunológico de la población infantil, las enfermeras participaban prácticamente sólo como recurso aplicativo de acciones no determinadas por ellas sino por quienes sustentaban la investidura de

investigadores y que por lo general eran personal foráneo y de otra profesión, aun cuando las actividades de vacunación se adjudicaban como exclusivas de las enfermeras.

Siguiendo el método epidemiológico, las visitas domiciliarias (464) actividad de las enfermeras, tenían como soporte la solicitud de alguno de los miembros de la comunidad que acudían para su atención en la unidad de salud (Centro de Salud) y de acuerdo con el diagnóstico médico establecido, la enfermera determinaba las intervenciones a realizar con el usuario y su grupo familiar, posteriormente se extendían sus intervenciones hacia la comunidad, si así se requería.

A través de la visita domiciliaria la enfermera le daba a la persona servicios de salud en su propio hogar, incluía enseñanzas sobre acciones preventivas pertinentes, cuidados al enfermo, rehabilitación física, psicológica y social requerida; así como también, atención en áreas escolares, de laborales y recreativas, tanto curativas como preventivas y de promoción de la salud.

Esas intervenciones de enfermería entregadas a la familia y la comunidad siempre se determinaron en forma disciplinaria y autónoma, esto es desde la óptica de la profesión, con la supervisión y la dirección de aquellas enfermeras insertas en la gestión, vigente en la institución.

Esta noción de enfermería que se evidencia en la comunidad con las intervenciones de esta profesional, podría decirse que representa la aproximación de lo que declarará la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz en la Asamblea Mexicana de Cirujanos en 1938:

"... Mejorar y organizar la enfermería es mejorar el servicio médico, ya individual o colectivo; pues ninguna otra profesión está tan ligada como la enfermería, al servicio de todas las clases sociales,... la partera en su mira individual tiende a extinguirse y en cambio para la enfermera polivalente habrá otras mil perspectivas de trabajo socialmente útil, y con preparación adecuada y amplia harán que el gremio responda a los nuevos horizontes..." (465)

En ese entonces la enfermería aun no adquiría el nivel profesional y sin embargo se visualizaba su trabajo comunitario como un camino sólido para esta profesión.

Regresando a la etapa que nos ocupa, el método epidemiológico de enfermería abarcaba intervenciones en ámbitos como el escolar, laboral, deportivo y recreativo atendido por éstas desde que poseían sólo una preparación elemental hasta la actual etapa de preparación universitaria.

Las intervenciones de enfermería profesional se entregaron con un nivel de calidad

(464) Estrategia de trabajo de enfermería, que se realiza al interior de los domicilios de las personas y familias que radican en una comunidad.

(465) Leija Paz. 1938. Pág. 33

y calidez superior, pero con una magnitud aun en rangos mínimos frente al modelo hospitalario asistencial.

Antes del surgimiento de la política internacional, a través de la que se pretendió hacer llegar a los más desprotegidos la atención a la salud, esto es la Atención Primaria, en nuestro país se ejercían acciones con esta lógica, es decir que las intervenciones de enfermería en la comunidad se enfocaban al tipo de población que acudía a los centros de salud y que en general corresponde a las características declaradas por esta estrategia de atención a la salud.

En este modelo de ejercicio de la enfermería (epidemiológico), se identifica claramente el apego a los tres elementos de profesionalización (466) y del profesionalismo (467) de acuerdo con lo que señalara Nelly Garzón:

- 1) Habilidad y conocimiento para pensar en forma analítica y crítica.
- 2) Habilidad para la toma de decisiones.
- 3) Habilidad para actuar, en base en el análisis y la toma de decisiones"(468)

En el método epidemiológico de enfermería se requería tener un pensamiento analítico y crítico que pudiera ser ejercido ante los datos que se presentaban continuamente frente a la dinámica propia de todo grupo humano, esto es aspectos sociales, psicológicos, económicos, políticos, demográficos y biológicos, información sustento de las intervenciones de esta profesional.

En base a la información que se obtenía, la enfermera desplegaba un abanico de decisiones entre las que debía seleccionar la más viables a llevar a cabo y que le permitiera actuar con estos sustentos.

La enfermera que ejercía bajo el método epidemiológico requería de poner en práctica estos tres elementos ante su intervención solitaria frente a la comunidad y la familia, en donde no existía ningún otro profesional, ni aun sus propias colegas de dirección y de supervisión, que en un momento dado sólo fungieran como consejeras o apoyadoras de las intervenciones.

Ante este panorama, la enfermera ubicada en el primer nivel de atención consolidaba así el ejercicio independiente de la profesión, esto es que no se le determinaba que le correspondía por el profesional médico ni de otro, inserta en una institución que acotaba esa independencia puntualmente, pretendiendo regresar al modelo en que todo se le imponía y que le confería características que

(466) Entendido como el proceso dinámico que permite el desarrollo integral del saber y del quehacer de la disciplina, en forma consciente, comprometida y organizada, tanto individual como grupal....tomando en cuenta al ser humano en su entorno familiar y social, como centro de atención. Garzón Nelly. 1988. Pág.60.

(467) La autora define el término como aquello que lleva implícito el status, de calidad profesional, conocimiento y experiencia. También se refiere al utilizar para el ejercicio o la práctica de una actividad, un deporte, una rama de la ciencia o arte. Garzón Nelly. 1988. Pág.60

(468) Garzón Nelly. 1988. Pág.60

posteriormente habrían de analizar y redefinir para alcanzarla bajo otros paradigmas. El entrar en la independencia profesional, tiene de fondo, quitarse la tutela médica que ha tenido acotado el ejercicio de las enfermeras, siendo una profesión diferente a la médica .

Esto no ocurrió con el modelo de ejercicio en la enfermería hospitalaria asistencial, en la que el punto dos de la declaración de Garzón, en que se señala a la toma de decisiones como la piedra angular no existieron las condiciones para ello y como consecuencia tampoco para que su actuar fuera sustentada en la toma de decisiones. Sin embargo el pensamiento crítico se empezó a dar paulatinamente, al enfrentar la lógica de dependencia que no exigía esa condición.

Ante estas dos aproximaciones en el ejercicio de la profesión de enfermería se generaron características de una autonomía relativa y por tanto de una profesionalización en proceso que encuentra su inicio en el alcance del nivel universitario en su formación, toda vez que en este proceso el eje del movimiento se inició al obtener un título legalmente conferido (469). Esta noción se plantea que para alcanzarla se requiere de dos dimensiones en el proceso: una interna y una externa; de acuerdo con lo que cita Garzón el poder y la autoridad representan dos elementos fundamentales en el proceso.

Desde esta perspectiva de la profesionalización, en lo interno entran en juego el poder del grupo profesional al alcanzar un consenso sobre:

"1) La naturaleza social del servicio que presta; 2) el empleo de la investigación para el desarrollo del conocimiento de enfermería su base teórica, conceptuales y metodológica; 3) el desarrollo de los espacios de su práctica, independiente, interdependiente y dependiente; 4) los principios éticos legales y administrativos que gobiernan las prácticas; 5) los métodos de autocontrol y autodirección" (470)

En la dimensión externa, el poder del grupo se traduce en fuerza para:

"1) mantener una continua y mayor expansión del impacto e influencia social del ejercicio social profesional; 2) influir en la expansión de los servicios que presta para producir un impacto cualitativo y cuantitativo; 3) lograr que el público comprenda la naturaleza del servicio de enfermería y constituir con él alianza para que reclame el derecho de recibir atención profesional" (471)

Alcanzar la autonomía y la independencia profesional no debe interpretarse como que la profesión de enfermería pugna por la ruptura de la noción de trabajo interdisciplinario ni de equipo de salud que tradicionalmente se ha dado, sino como expresara Garzón:

"No se opone al trabajo cooperativo, de grupo o del equipo interdisciplinario...; por

(469) Collière. 1993. Prólogo

(470) Garzón N. 1988. Pág.59

(471) Garzón N. 1988. Pág. 59

el contrario lo fortalece, le hace más motivante y le quita el carácter alienante que a veces aparenta tener cuando en el predominio las decisiones y la hegemonía de la profesión de medicina. La autonomía ... tiene que ver con su capacidad para tomar sus propias determinaciones y auto - gobernarse..." (472)

Para legitimar la profesionalización de la enfermería se requiere por otro lado, que las estructuras oficiales de los servicios de atención a la salud propicien coyunturas que permeen alcanzar esas características requeridas sin afectar lo establecido para otras profesiones que comparten el campo de ejercicio profesional.

Ante este proceso de profesionalización iniciado se requería articular los requerimientos reales de la población del país, sustentados en el perfil de salud que viven y el actual recurso de enfermería inserto en ese proceso, de tal manera de visualizar su correspondencia y legitimación desde esta perspectiva y conocer socialmente su posición de aceptación.

Institucionalmente fue claro lo que ocurría al realizarse la I Convención Nacional de Salud organizada por médicos ante la indicación del entonces Presidente de la República Lic. Luis Echeverría Álvarez durante la celebración del día del Médico; esto reiteraba la hegemonía de esos profesionales como líderes del campo de la salud situación que tiene visos de injusticia al considerar que no es el único personal de la salud y la aun no consideración de las enfermeras en este tipo de eventos cuyo principal fin fue generar las políticas que normarían el actuar de las instituciones encargadas de la atención de la población mexicana en esta área. (473)

De este evento surgió el Plan Nacional de Salud para los siguientes diez años, periodo durante el cual no intervendría la profesión de enfermería en los niveles de decisión.

Esto ocurrió a prácticamente seis años de que enfermería adquiriera el nivel universitario, con el egreso de tres generaciones de licenciadas en enfermería y obstetricia.

Resulta interesante conocer como se definió desde este Plan Nacional, la intervención de esta profesionales y hasta donde se posibilitó el reconocimiento del nivel universitario que poseía, desde luego con el sustento de los requerimientos de la sociedad que se puntuailizan a continuación.

Confrontar la formación académica y sus propósitos de las licenciadas enfermería y obstetricia con los requerimientos en salud en el país, permitirá idetificar si esa formación tiene congruencia y hasta dosnde llega esta.

(472) Garzón N. 1988. Pág. 63

(473) Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977- 1983. 1974. Pág. 17

3.4 LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD EN MÉXICO; LOS RIESGOS REALES DE LA ACTUALIDAD.

Toda vez de analizar el modelo de formación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la UNAM, y de ejercicio profesional de esta, se requiere confrontarlos con los requerimientos reales de intervención de esta profesional del campo de la salud, para la sociedad mexicana.

Que afecta mas a la comunidad, cual es el modelo de atención a la salud y en que política se sustenta, tiene que ver con el panorama epidemiológico, con el proceso salud enfermedad; la transición epidemiológica que posibilita la intervención de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, abre un campo para esta profesional, cual es este, son cuestionamientos a esclarecer.

La enfermera universitaria poseedora de herramientas cognitivas, actitudinales, de conciencia, éticas y sociales conforman un recurso cuyas potencialidades permean un ejercicio congruente con los requerimientos sociales de atención a la salud desde la prevención hasta la rehabilitación, con ópticas de integridad o totalidad.

Para la década en que se logra el nivel universitario de la profesión de enfermería, la población de México enfrentaba varios eventos en el terreno de la salud, que los afectaba tanto en lo general como en los grupos de edad.

Los problemas de salud que enfrentaba la población se asentaron en el Plan Nacional de Salud (como se mencionó en el apartado anterior), así como las acciones que realizaría el Estado Mexicano al respecto.

En este documento se declaró:

"El Plan Nacional de Salud considera los cambios epidemiológicos, resultantes de la evolución económica y social del país y de su crecimiento demográfico. La disminución de la pérdida de vidas sin el descenso correlativo del número de nacimientos, ha traído como consecuencia el crecimiento de la población..., en desequilibrio con el desarrollo general, impide satisfacer necesidades crecientes. Las enfermedades transmisibles han disminuido considerablemente... Los padecimientos degenerativos y los accidentes constituyen problemas cuya importancia crece por la prolongación de la vida y los riesgos del desarrollo tecnológico..." (474)

En ese documento se presentó el panorama epidemiológico que se vivía en esa época y que daba sustento a las diferentes acciones a desarrollar, desde aquellas propias de los servicios de salud, como las de formación de personal para la atención en los servicios de salud.

(474) SSA. 1974. Volumen I. Pág. 38

Aun cuando las enfermedades transmisibles registraron un descenso importante en los renglones de padecimientos como la fiebre amarilla, la viruela, el mal del pinto, la oncocercosis, la poliomieltis, el sarampión y el paludismo; aquellas como las respiratorias y digestivas continuaban cobrando vidas sobre todo de la población infantil.

La desnutrición (475) continuaba siendo considerada sólo como un factor deteriorante de la salud y no como una entidad nosológica que igualmente cobraba vidas en los grupos de edades de los extremos de la vida, esto es de niños y ancianos (476)

Por otro lado el Plan Nacional señaló que el 23% de la población no comía pan de trigo, el 20% no comía carne, el 23% no comían huevo y el 38% no tomaba leche (477), esto como un sustento de lo señalado sobre el estado nutricional.

La nutrición representa un componente que habitualmente exhibe elementos sociales del estado de salud de una comunidad; la población desnutrida está expuesta a un mayor riesgo de enfermar y morir por enfermedades infecto - contagiosas.

El problema nutricional empieza en las personas desde el momento de su concepción y adquiere mayor importancia durante el embarazo y en los dos primeros años de vida, perdurando su efecto indeseable a lo largo de esta.

Desde la perspectiva social, la desnutrición en su gran mayoría, es consecuencia de una injusta distribución del ingreso que mantiene a unos grupos de la población en posibilidades de adquirir sólo lo indispensable para sobrevivir físicamente.

La malnutrición proteico calórica se manifiesta en un déficit del peso y talla. Más adelante Ovalle señaló al respecto:

"... La desnutrición es una enfermedad usualmente crónica que puede diagnosticarse fácilmente, cuya prevención y terapéutica se efectúa utilizando el recurso de la alimentación" (478)

En esta misma década de los setenta, se creó el Consejo Nacional de Población que además de concentrar la información procedente, generó aquella que sustentó surgimiento de una fuerte política sobre el control de la fertilidad cuyo sustento se encontró en el resultado de que, aunado a la disminución en la pérdida de vidas en correlación con el sostenimiento y a un aumento del número de nacimientos, exigía medidas inmediatas.

(475) Actualmente denominada Mal nutrición o con alteraciones de la nutrición.

(476) Posteriormente se identificarían como de la tercera edad y después como adultos mayores nacimientos, la población humana presentó un crecimiento en desequilibrio con el desarrollo general del país.

(477) Ovalle. 1985. Pág 86

(478) Ovalle. 1985. Pág. 29

En otro renglón, por primera vez en la historia del país se citaban las acciones requeridas para generar una actitud de responsabilidad sobre el número de descendientes que cada familia tenía y la repercusión que esto tendría a futuro.

Surgió como uno de los programas básico e importantes el de planificación familiar, que tendría un apoyo total dentro de los servicios de atención a la salud y que se instrumentaría conjuntamente con el de Materno Infantil.

Aunado a la disminución en las muertes, se vivió lo que se señalara en el Plan Nacional de Salud:

" Los padecimientos degenerativos y los accidentes constituyen problemas cuya importancia crece por la prolongación de la vida y los riesgos del desarrollo tecnológico" (479)

Desde ese momento las demandas de la población humana calificada como adulto mayor, presentaron una perspectiva de incremento para el que se debían preparar el área de la salud, desde la capacitación de personal, la estructuración de programas de atención y el diseño de políticas congruentes.

Podría decirse que este programa tan ampliamente conceptualizado sería un escenario propicio para el ejercicio de la licenciada en enfermería y obstetricia, sobre todo en la actividad signada con el número 4, que decía:

"... 4. Prepara en los próximos 10 años 200 técnicas en obstetricia cada año, con el fin de aumentar la cobertura de embarazo, parto y puerperio en Centros de Salud "C" e iniciar la atención domiciliaria..." (480)

Sin embargo las licenciadas en Enfermería y Obstetricia no fueron consideradas para ampliar la cobertura que hubiera sido el camino menos costoso para las autoridades de salud y para el país, y por otro lado utilizar un recurso que la UNAM, la Máxima Casa de Estudios, había invertido en preparar.

El personal que en el Plan es llamado "Técnicas en obstetricia" correspondió a otro recurso humano, lo que se documentó en el mismo medio, en su apartado "Bases para el Control" que en su punto Área Materna, punto # 5 declaró:

"... 5. Número de personal médico y paramédico adiestrado por tipo y categorías (pasantes, enfermeras, técnicas de obstetricia, etc.)..." (481)

Esta situación resultó inexplicable considerando la existencia de un recurso humano de alto nivel académico y que posibilitaría el logro de lo señalado como una meta de la política nacional.

(479) Plan Nacional de Salud. Vol. 1.1974. Pág. 39

(480) SSA. 1974. Pág. 91

(481) Plan Nacional de Salud. Vol. 111. Programas. 1974. Pág. 95

Regresando al panorama epidemiológico, en los inicios de la década de los setenta la morbilidad estuvo compuesta básicamente por padecimientos como enteritis, infecciones respiratorias agudas, amibiasis, salmonelosis, varicela y las infecciones gonocócicas. Estos datos fueron analizados y se planteó:

"... se advierte discrepancia entre las tendencias de la morbilidad y las principales causas de enfermedad..." (482)

Con respecto a las condiciones de vida de la población, el censo de 1970 mostró que el 40% vivía en casas de un solo cuarto y el 29% en casas de dos habitaciones; la disponibilidad de agua intradomiciliaria el 38% carecían de este servicio, sólo el 41.5% contaba con drenaje y la contaminación ambiental se declaró en franco crecimiento en la medida en que se generaba un crecimiento urbano y una rápida concentración demográfica (483).

Sobre la contaminación ambiental Ovalle citó:

"La contaminación ambiental constituye otro factor importante en el proceso salud-enfermedad. La evaluación de sus efectos sobre la salud ofrece dificultades ya que no se registran los efectos crónicos ocasionados por la exposición continua a la contaminación. Sólo en grandes ciudades expuestas a altos índices de contaminación, ha sido posible estudiar los efectos inmediatos basándose en datos de morbilidad y de mortalidad (484)

Se puede plantear que existe una relación directa entre las deficientes condiciones de vida y las tasas mayores de algunas enfermedades en ciertos grupos de edad. En las clases de menores recursos están presentes el bajo nivel de ingresos y de escolaridad, la carencia de servicios médico – sanitarios, entre otros.

Antonovsky y Bernstein al revisar diversos estudios sobre la mortalidad realizados en varios países, concluyeron que existía una relación directa y consistente entre la clase social inferior y niveles altos de mortalidad infantil (485)

La ocupación económica de las personas fue en la industria que se encontraba en crecimiento aportando el 27.2% del producto interno bruto y al 22% de la población económicamente activa; que entre otros generó una tendencia hacia la urbanización.

Como parte de los programas de atención a la salud se estructuró el de Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente, cuyo propósito expresaron la decisión de prevenir y controlar la contaminación; hacer llegar agua de buena calidad y en cantidad suficiente y lograr el control sanitario de los alimentos. (486)

(482) Soberón. 1983. Pág. 41

(483) Ovalle. 1985. Pág. 38

(484) Ovalle. 1985. Pág. 27. J.J. Hanlon, 1973

(485) Ovalle. 1985. Pág. 29

(486) SSA. 1974. Pág. 47 - 48

Los propósitos expresados a alcanzar con este programa ponen de manifiesto el concepto de salud que las autoridades tenían en esa época, al considerar que sólo el sector salud debía atender los resultados de la contaminación y que además con sus recursos alcanzaría la mejora requerida y nunca se habló de la coordinación y conjunción de esfuerzos de diversos sectores involucrados en esto.

Tal fue la posición del sector salud al respecto que creó una Subsecretaría más que se denominó de Mejoramiento del Ambiente con atribuciones para desarrollar los programas y ejercer el presupuesto al respecto. La verdad es que poco podría hacer toda vez que para mejorar el abasto de agua no basta con estar consciente del problema y del beneficio que esto traería, sino de la inversión en instalaciones que hiciera posible llevar el líquido hasta las diversas comunidades sorteando los obstáculos que presentara el suelo y demás factores existentes facilitadores o no de la realización de esta empresa.

Al respecto Ovalle declaró que todo estaba matizado por la óptica biologicista de la salud y que era deseable que esta se visualizara con una concepción biológico-histórica-social. La cual propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permiten concebir al proceso salud-enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo a sus condiciones materiales de vida.

Este mismo autor señaló que en abundantes estudios sobre la salud:

"...Revelan la importancia en la determinación de salud de la pobreza, la migración, la mala alimentación, la vivienda, los niveles de empleo, la contaminación ambiental y la clase social, esta última como categoría que condensa e incluye los factores o características..." (487)

Una evidencia de la determinante presencia de las condiciones de vida en el estado de salud fue la que señalara el Dr. Soberón que aun cuando la tuberculosis registraba disminución en las tasas de mortalidad, se enfrentaba una pobre oportunidad en la detección de casos nuevos y el creciente abandono de los tratamientos lo que generaba entre otros, aumento acelerado de resistencias primarias medicamentosas; sin embargo el Dr. Kumate declaró que la disminución que se observaba se dio a pesar de no estructurar ninguna estrategia específica, pero que la vacunación la aceleró (488)

Cobraron un lugar preponderante las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del corazón, la diabetes mellítus, la cirrosis hepática, todas susceptibles de la prevención y aun de acciones anticipatorias a su desarrollo, actividades de la competencia de la licenciada en enfermería y obstetricia, como más adelante en el tiempo considerará la Atención Primaria a la Salud.

(487) Ovalle. 1985. Pág. 25

(488) Soberón. 1983, Pág. 55

Otro renglón considerado en el Plan Nacional de Salud fue la salud en el trabajo, aun cuando el índice de subocupación fue de 61.3%, las incapacidades por enfermedad alcanzó un promedio de 41 días por año, en tanto en los países desarrollados era de 9.

En el caso de la Salud en el Trabajo, la epidemiología dio a los accidentes la principal causa de incapacidad, lo que aun dificultó alcanzar el propósito de los empresarios que buscaban que la fuerza de trabajo produjera al máximo para obtener mayor ganancia. Esto aunado a las condiciones ambientales en los lugares de trabajo, que se tradujo en deterioro, envejecimiento prematuro, enfermedades ocupacionales y en lesiones invalidantes para los trabajadores (489)

Un rubro importante fueron las muertes por accidentes laborales en el grupo masculino de 35 a 44 años, la cual alcanzó 76 personas (490). Debido a que no existía a nivel internacional una clasificación uniforme de enfermedades en este aspecto, no fue posible establecer comparaciones lo que sugirió la necesidad de realizar estudios específicos para conocer datos puntuales al respecto.

Era de esperar que al paso del tiempo y toda vez que la comunidad internacional avanzara en la salud en el trabajo, este terreno se abordara adecuadamente en México, sin embargo a la fecha continua siendo atendido parcialmente con la consecuencia lógica de enfrentar entidades gnosisológicas poco conocidas y con un éxito relativo en su atención, a lo que se plantea aun la necesidad de diseñar investigaciones específicas que arrojen luz en este campo.

Este campo de atención, esto es la salud en el trabajo o laboral como parte de la salud pública, correspondía más al de la enfermería que al de otra profesión, en tanto que esta recupera acciones anticipadas a los daños, de promoción a la salud y no sólo ante la enfermedad. Desde esta perspectiva, la figura de la enfermera visitadora poseía el adiestramiento requerido para ello, que más adelante perfeccionara a partir de su inclusión en la especialización.

Pero al margen de lo que la autoridad determinara para dar a la sociedad lo que requería en el terreno de la salud, como menciona Ovalle "Ante la incidencia - a veces brutal y masiva - del proceso salud-enfermedad, las sociedades siempre han tratado de dar una respuesta organizada..." .

Al respecto los servicios de salud y su política expresaría como estrategia a seguir "... formar módulos integrados por hospitales, centros de salud, casas de salud y unidades móviles de penetración"

(489) Carmona cita "para México y América Latina, el capitalismo dio lugar dialécticamente a la mayor [dependencia, la profunda desigualdad en el desarrollo nacional, la desintegración regional, el estancamiento de la industria y la presencia de una clase dominante-dominada], en vez de mayor independencia, rápidos procesos de integración nacional, inacelerado desarrollo de la industria y la aparición de una nueva y emprendedora burguesía". Carmona. 1995. Pág 58
(490) Ovalle. 1985. Pág. 27

La estrategia se instrumentó, considerando como un punto vital la preparación de médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares que se incorporaron a los módulos de atención descritos.

Para esta época la atención a la salud de la población estaba en manos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE), públicas (SSA, DDF) y privadas, en proporciones desiguales para las condiciones de vida de entonces. El Plan Nacional de Salud citó:

"... viven en el territorio nacional 56.5 millones de habitantes...El IMSS e ISSSTE amparan ... alrededor de 16 millones... El resto de la población carece de protección..., deben ser captados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia... Se estima que 20 millones ... carecen de servicios médicos en forma permanente" Los recursos de personal se encontraban distribuidos para cada institución: seguridad social el 65.8% que atendía al 43% de la población humana y el 34.2% de personal para atender al 57%, una asignación desigual si se consideran las proporciones de población por atender a cada institución (491)

Al respecto y en sustento a lo declarado en el Plan Nacional de Salud, el Dr. Soberón declaró en su libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* que " La seguridad social concentró al 66.9% de los médicos y el 82.2% de enfermeras, entre otros..." (493)

Desde esta óptica, a la luz de la asignación de los recursos de personal, pareciera ser clara la calidad de los servicios y de la atención que le otorgaron a la población, podría sugerir que la seguridad social estaría por arriba de las públicas sin tener resultados evaluativos que sería la forma de soportar este supuesto.

Contrariamente a la distribución de recursos que favoreciera a las instituciones de seguridad social, era de esperar que en la misma proporción modificaran la Epidemiología al menos de sus derechohabientes y por extensión de la sociedad en general; esto no ocurrió y las tasas de morbilidad y de mortalidad se mantuvieron prácticamente iguales, como se ha señalado en otro punto de este trabajo.

Al respecto el Dr. Guillermo Soberón declaró:

"En contraste con la mortalidad, donde hubo disminución de las diarreas..., arrojan un incremento en la enteritis, otras enfermedades diarreicas y en las infecciones respiratorias agudas..., la amibiasis, la salmonelosis, la varicela y las infecciones gonocócicas. Se observó disminución en la influenza, la ascariasis, la tuberculosis y el paludismo..." (493)

Entre otras medidas, en la década de los sesenta, se promulgó la Ley del Seguro Social para las Fuerzas Armadas y se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (posteriormente sería en DIF); mas adelante se creó la

(491) SSA. 1974. Pág. 52

(492) Soberón. 1983. Pág. 96 a 97

(493) Soberón. 1983. Pág. 65

Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social que integraron la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE.

Este organismo tuvo entre sus propósitos: lograr mayor eficiencia el uso de los recursos, aumentar la capacidad de los servicios y ampliar la cobertura a la población que carece de servicios de atención a la salud, suficiente sustento para el surgimiento de la licenciatura en enfermería y obstetricia y su inserción en los servicios de salud, optimizando su presencia. Sin embargo como cita Ovalle:

" Esta comisión "encontró graves limitaciones, en gran parte por falta de políticas y programas comunes" (494)

Era sabido que aun cuando la Secretaría de Salud aparecía como la institución normativa al ser representante del Gobierno Federal, poseía poco reconocimiento al respecto, lo que generó que las otras instituciones de esta Comisión diseñaran sus propias normas, reglamentos y programas para el desarrollo de sus propósitos, tal como lo señaló Ovalle.

En el transcurso de los siguientes años correspondientes a la década de los setenta, se establecieron varias medidas de orden federal además de algunas a cargo de la SSA como fue, la expedición del nuevo Código Sanitario que otorgó apoyo legal a áreas como la Higiene Ocupacional (o salud en el trabajo), el Saneamiento Ambiental, la formación de Recursos Humanos para la Salud que orientara el abordaje de sus correspondientes competencias.

Uno de los indicadores que siempre ha estado presente en la valoración del panorama epidemiológico, ha sido la mortalidad, en donde las mayores cifras correspondieron al grupo de edad de menores de un año de edad con un 30.9 % y a los mayores de 65 años con 22%, esto es las edades que se ubican en los extremos de la vida. Con respecto a los otros grupos etarios, la mortalidad se comportó de la siguiente manera: para el preescolar con un porcentaje de 15.7 %, para el de 45 a 64 años con un 12.4% y para el grupo de 25 a 44 con un porcentaje de 10.1 (495)

En realidad estos indicadores variaron mínimamente con respecto a los años sesenta y se conservarían hasta los ochenta.

Sobre este indicador de mortalidad Ovalle señala que se considera como de mala calidad ante las limitaciones que representa el subregistro que enfrentara el país y que dificultara la precisión de los datos, así como las posibles correlaciones que se pudieran establecer entre las muertes y sus causas con otros indicadores que orientarían el conocer la dimensión de la realidad y sustentar las acciones procedentes.

(494) Ovalle. 1985. Pág. 119- 120

(495) Ovalle. 1985. Pág. 63

Para esta década de los setenta las causas de muerte registradas fueron: Maternas (496), Tuberculosis, Bronquitis, Diabetes, Desnutrición, Perinatal, Violentas, Diarréicas, Infecciones respiratorias agudas y neumonías. (1974) (497)

Este comportamiento cambiaba dependiendo de las zonas geográficas del país, siendo más álgidas en las denominadas "marginadas", cuyas características fueron las carencias de vivienda, de recursos educativos y para la atención a la salud, entre otros (498)

Entre las causas de mortalidad se ubicaron las violencias básicamente en el grupo preescolar y de escolares, evidenciando el grave problema de la agresión y el abandono social a que estaban sujetos los infantes, principalmente en las áreas urbanas.

El problema de la violencia hacia los menores identificado como "síndrome del niño maltratado" que apareció con el componente de la presencia de padres o tutores alcohólicos y adictos a drogas diversas y residencia en zonas marginadas.

En el caso del grupo de 15 a 64 años de edad, las causas de mortalidad fueron las violencias, enfermedades del corazón, infecciones respiratorias y neumonías, tuberculosis, diabetes mellitus y la cirrosis hepáticas. Estas causas requieren de otros coadyuvantes para su presencia como la desnutrición, el alcoholismo crónico, los hábitos alimentarios y los hábitos higiénicos de la población (499)

Ante la problemática que enfrentaba la sociedad se estableció la necesidad de otorgar la mayor parte de los recursos al denominado primer nivel de atención a la salud, cuya principal característica fue la atención ambulatoria a quienes enfrentarían la patología de mayor frecuencia y que requerían de una tecnología simple para su tratamiento, así como de personal capacitado y no necesariamente de médicos; sin embargo lo que continuo ocurriendo fue lo tradicionalmente vigente y ya comentado.

A nivel gubernamental se construyeron centros de salud, unidades correspondientes al primer nivel de atención, durante el período de 1964 a 1970, básicamente en el área rural del País (450), lo que podría considerarse como una contradicción a lo planteado en el párrafo anterior, aun cuando esto sólo ocurriera fuera del Distrito Federal, entidad esta última a la que se concreta este estudio.

Además de los centros de salud, se crearon las Casas de Salud (451), como una

(496) Agrupa causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

(497) Ovalle. 1985. Pág. 68

(498) Zonas caracterizadas por las carencias que enfrentaban tanto de vivienda, de recursos educativos, para la salud y otras para la población residente en ellas.

(499) Soberón. 1983. Pág. 70

(450) Soberón. 1983. Pág. 5

(451) SSA. 1978. Pág. 59

extensión de la cobertura en tanto estas estuvieron ubicadas en la comunidad para lo cual utilizaron espacios determinados dentro de las casas de la comunidad y que fueron atendidas con pasantes de la carrera de medicina que se auxiliaron de parteras empíricas o de auxiliares de la comunidad. Tanto las parteras empíricas como las auxiliares de la comunidad, fueron adiestradas previamente en las instalaciones de la Secretaría de Salud de cada Entidad Federativa.

Para atender estas unidades se requería un personaje cuyo perfil correspondía a la licenciada en enfermería y obstetricia, que por su formación reunían las características que mas adelante la OMS señalaría como los necesarios para otorgar la atención que la población. Las licenciadas en enfermería y obstetricia poseen conocimientos que les permiten atender problemas de salud de bajo riesgo y desarrollar acciones anticipadas a los daños a la salud, de promoción y protección de la salud.

En la década anterior al surgimiento de la licenciatura en enfermería y obstetricia, el Dr. Guillermo Soberón Acevedo planteó las características que debería tener el Sistema Nacional de Salud para cumplir con su función, las cuales fueron:

"Reordenar los servicios a partir de tres niveles de atención:

Primer Nivel de Atención.

Segundo Nivel de Atención.

Tercer Nivel de Atención." (502)

Esta reestructuración de los servicios de salud de ese entonces incluía a todas las instituciones de atención a la salud, esto es la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Servicios de Seguridad Social Servicio de los Trabajadores del Estado, los Servicios Médicos del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos y los Servicios del Sector Privado.

El modelo diseñado por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo no fue considerado sino hasta 1981 con la creación de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República, la cual estaba a su cargo; lo actualizó incorporando la política internacional de Atención Primaria a la Salud para lo cual planteó las nociones de esta.

El modelo de Dr. Soberón planteó la necesidad de incorporar características precisas tales como:

"Primer nivel de atención.- ...se pueden atender y resolver..., desde el 70 hasta el 85% de los problemas... y está enfocado... al conocimiento y promoción del estado de salud individual; familiar y comunitario, a la organización de la comunidad, al control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación, a la orientación nutricional, a la detección oportuna de enfermedades crónico -

(502) Soberón. 1983. Pág. 206

degenerativas..., a la planificación familiar y a la identificación y el control de problemas de saneamiento básico" (503)

Desde esta perspectiva de estructuración de los servicios de salud, responderían a los requerimientos de la población, cuyos padecimientos no presentaban complejidad de detección, diagnóstico y tratamiento y por tanto de atención simple y ambulatoria, esto es no hospitalizados.

Los programas de atención a desarrollar en esta reordenación, sólo requerían del uso de tecnología simple, equipos elementales y medicamentos comunes.

Con respecto al tipo de personal para operar estos servicios y estos programas, señaló:

"En la atención médica... tres niveles: El de autoatención, el dependiente de apoyo por personal técnico y auxiliar y el propiamente profesional. En... autoatención, participan los individuos, la familia y la comunidad misma... El subnivel... de personal técnico..., surgido propiamente de la comunidad y ... con adiestramiento..., las acciones se llevan a cabo en consultorios o en casa de salud... En el subnivel de tipo profesional, participan el médico, el pasante y la enfermera..., se refiere a la atención de los problemas médicos más comunes y de baja complejidad.", "... el equipo de salud puede estar estructurado...: el médico, la enfermera y el promotor de salud." (504)

Con este modelo estructurado y propuesto por el Dr. Guillermo Soberón, entonces funcionario de la Presidencia de la República, se rediseñaron las figuras del médico y la enfermera que prestaban sus servicios en los centros de salud, que también fueron objeto de ese rediseño sobre todo en las estructuras organizativas, en donde nuevamente se le entregó el liderazgo del grupo humano al médico.

Con este nuevo liderazgo atribuido al médico, quien en adelante sería el jefe del grupo humano que incluía a otros profesionales y no sólo a médicos; desaparecían jefaturas históricamente existentes en los centros de salud tales como la de enfermería.

Con esta propuesta del Dr. Soberón, se entraba a la unificación y uniformidad de los servicios de salud de las diversas instituciones de atención a la salud, se simplificaron y por tanto redujeron los costos de operación sin reducir su ámbito de influencia ni de aplicación de los programas.

Aun cuando se consideraba la presencia de la enfermera, también es cierto que el modelo puntualizaba que debía ser de nivel técnico e incluso de auxiliar con adiestramiento específico.

(503) Soberón. 1983. Pág. 206 – 207

(504) Soberón. 1983. Pág. 207

Llama la atención que justo fuera el Dr. Soberón el autor de esta noción de la enfermera en su modelo, cuando él fuera rector de la UNAM y el recurso de enfermería que la máxima casa de estudios formaba desde entonces, era la licenciada en enfermería y obstetricia. Con esto además, se legitimaba la tradicional separación entre lo académico y lo operativo en el campo de la salud.

Sin embargo ante la aplicación del modelo se realizaron varios ajustes en la operación de tal forma de optimizar los recursos ya existentes como lo fueran los centros de salud que por lo general, disponían de más de un consultorio, de más de un médico, de más de una enfermera y otro tipo de personal técnico. Se consideró el parámetro de asignar entre 2 500 y 3 000 habitantes por consultorio (módulo), en base al cual se efectuó la división del área geográfica de influencia, para lo cual se desarrolló un programa especial de educación de la población humana para enfrentar estos cambios en las unidades de atención a la salud de los tres niveles de atención.

Además de la reorganización de las unidades existente, se construyeron nuevas ya con esta nueva óptica dada por el modelo y que también incluía una fisonomía de las plantas físicas, distribución de áreas y equipamiento.

En el renglón de la disponibilidad de equipo y personal para los auxiliares de diagnóstico, sólo los anteriores centros de salud dispondrían de ellos en tanto habían dispuesto de estos recursos desde antes; las nuevas unidades que se construyeron, no fueron equipadas con estos recursos.

El uso de estas instalaciones de auxiliares de diagnóstico, funcionarían en base a la nueva normatividad que circunscribieron sus acciones acordes a los problemas de enfermedades que atenderían en ellas.

El modelo prevía que las unidades ya existentes de primer nivel, tuvieran exceso de personal que necesariamente debería ser reubicado incluso a otros niveles de atención a la salud (505)

Otra característica del modelo fue el denominado Segundo Nivel de Atención, que se definió como:

"...este nivel deberá integrar un conjunto de recursos... para atender y resolver problemas médico quirúrgicos que representan entre el 10 a 15 % de la problemática de la población humana... y que requieren de técnicas y servicios de cierta complejidad.

...sus servicios serán proporcionados a pacientes referidos... por el primer nivel de atención para su atención ambulatoria u hospitalaria, en...: medicina interna, cirugía, gineco obstetricia y pediatría...

...se recomienda un tamaño entre 100 y 200 camas... El hospital general será capaz de atender una población humana variable... de 160 000 a 300 000

(505) Soberón. 1983. Pág. 210

habitantes (506)

Nuevamente ante la operación de los hospitales ya existentes se hicieron adecuaciones, sobre todo ante los diversos tamaños que tenían; en el caso del Distrito Federal se tenían unidades de 16 camas que operaban desde mediados del siglo XX y que requerían de ser considerados en este nuevo modelo.

En el renglón de personal el Dr. Soberón señaló lo siguiente:

"...las plantillas de recursos humanos..., estarán determinadas ... por la adecuada preparación y composición... que en el laboreo. La formación de médicos cirujanos generales y de médicos internistas..., es un punto estratégico..." (507)

En este nivel de atención de la población enferma, tradicionalmente había otro personal como las enfermeras, los químicos, las trabajadoras sociales, los psicólogos, los laboratoristas, los camilleros, los afeitadores, y otros más que no fueron mencionados en el modelo y que contribuían al funcionamiento de estas unidades.

Desde esta óptica el desarrollo para el personal de salud se circunscribió a un solo elemento, como se cita y que sin duda encuentra su explicación en que su creador fuera médico de profesión aun cuando obligadamente debió visualizar las necesidades de la sociedad para generar su planteamiento.

Pero el modelo habría de enfrentar otra problemática más álgida, representada por la incompreensión del modelo por el personal de los hospitales que no sólo desconocían la existencia de otro tipo de unidades de atención a la población, sino que descalificaban cualquier intervención desarrollada en la población, lo que originaba un desperdicio de recursos y generaban desconfianza en las personas que acudían para su atención a esas otras unidades.

El último componente del modelo lo representó el Tercer Nivel de Atención conformado por los Institutos de alta especialidad y los Centros Médicos existentes como el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México.

El propósito de este nivel de atención era resolver entre el 3 y el 5 por ciento de los problemas de enfermedades de la población, cuya resolución requerían de la alta especialización para su tratamiento.

Así el Dr. Guillermo Soberón señaló:

"Además de atender problemas de salud poco frecuentes y complejos, tributarios de una tecnología muy especializada, participa o promueve, incluso en otros

(506) Soberón. 1983. Pág. 212

(507) Soberón. 1983. Pág. 212

niveles, la realización de investigaciones biomédicas y de salud pública y en la formación de especialistas de alto nivel" (508)

Para la licenciada en enfermería y obstetricia este nivel de atención no representó mayor problema que el que ya enfrentaba y que no fuera privativo de este nivel, esto es el desprecio de las actividades que le "correspondían" dentro del hospital, avalado y legitimado por la política nacional e institucional.

La primera aplicación del modelo propuesto por el Dr. Soberón se dio a finales de los años setenta con la creación de unidades insertas en la comunidad en instalaciones de la población equipadas desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud, esto es con tecnología simple y con un mínimo de personal profesional: una enfermera, un médico y un promotor de salud, este último podía tener como preparación previa cualquier carrera afín como psicología, trabajo social, nutriología, profesor normalista, biología y otras.

Al adoptar la perspectiva dada por la política internacional de atención primaria a la salud se abrió una posibilidad de ejercicio para la licenciada en enfermería y obstetricia cuyo perfil profesional correspondía al planteado por esta nueva visión de la atención a la salud.

Para cuando se instrumentó esta política internacional generada en el seno de la OMS, la licenciatura en enfermería y obstetricia tenía varias generaciones egresadas, insertas en el sistema de salud nacional pero sin una revaloración del quehacer de esta profesional universitaria.

Como ya se mencionó la formación de la licenciada en enfermería y obstetricia continuaba bajo la óptica de atención al individuo enfermo y dentro de un hospital, donde por otro lado esta profesional enfrentaba la realidad de funcionar dentro de la perspectiva organizacional establecida y que en la mayoría de las ocasiones estuviera a las órdenes de una enfermera de nivel técnico que por políticas institucionales hubiera alcanzado el puesto sin considerar su escolaridad. Ya se mencionó que además del hospital, la atención a la salud de la población se otorgaba en unidades de atención ambulatoria, en el hogar, en la empresa, en la escuela, en centros recreativos y deportivos, pero además tendría que pensarse en que si el objeto de la enfermería es el cuidado para promover la vida, esos sitios pueden ser cualquiera en que se encuentre un ser humano, no sólo enfermo.

En las unidades denominadas centros de salud la situación que habitualmente se vivía permitió que la incorporación de la licenciada en enfermería y obstetricia fuera menos problemática; estas unidades disponían de poco o nulo personal profesional en enfermería de tal suerte que la llegada de estas se asumió, aun cuando tampoco existieron las condiciones para establecer diferencias entre las enfermeras universitarias y las que no lo eran.

(508) Soberón. 1983. Pág. 213

La problemática de salud que enfrentara la población y los compromisos internacionales del sector salud y del país, debió haber sido suficiente para considerar las conveniencias de contar con enfermeras profesionales en las plantillas de personal de las instituciones del sistema de salud.

Con esta nueva perspectiva en que entró la atención a la salud de la población, la licenciada en enfermería y obstetricia tendría que adecuarse desde lo académico hasta lo laboral.

México asumió el compromiso internacional para la atención de la salud de la población a partir de los postulados de la Atención Primaria (como ya se citó), que cambiaría algunas nociones vigentes en el campo de la salud, tanto para los profesionales como para la comunidad, ambos requerían de un adiestramiento que permeara los mecanismos innovadores para recibir y para dar la atención demandada y ofertada.

Si la nueva política de atención a la salud ofrecía tanto beneficios para la licenciada en enfermería y obstetricia que ya tenía una antigüedad de más de diez años, como fue que se enfrentó desde las diversas perspectivas y como fue realmente la coyuntura esperada, adoptada y explotada en ese sentido. Esto se revisará puntualmente a continuación.

Para identificar lo referente a la licenciatura en enfermería y obstetricia, se abordarán los principales componentes de la atención primaria a la salud en el siguiente punto.

3.5 EL ÁREA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, SU REPERCUSIÓN SOCIAL Y LÍMITES DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. CONTINUACIÓN DE UN MITO.

La adopción de la estrategia de Atención Primaria a la Salud se dio en respuesta al compromiso internacional de entonces; se presntó como el camino a seguir para enfrentar la problemática de salud del pueblo mexicano, que al igual que los otros países de América Latina, presentaba aun resagos importantes en este campo.

Entre los principales paradigmas de la Atención Primaria a la Salud se destacó aquel que declaró que se entregarían de servicios de salud a bajo costo, tanto para los usuarios como para las instituciones, con tecnología simple y con personal

capacitado para la atención, en el ámbito comunitario, principalmente en las denominadas zonas marginadas (509)

Todo parecía sugerir que la profesión de enfermería no requeriría de mayores cambios en la duración de su capacitación, sin embargo traducir la Atención

Primaria a la Salud, en términos de sustento de las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, requirió identificar con precisión que parcela de esta estrategia requería recuperar para sí.

Como se citó, México fue un participante activo de aquella memorable conferencia dada en Alma Atta, Rusia en 1978, y readoptó una conocida estrategia de acercamiento de servicios de salud a las comunidades, en tanto que en nuestro país, desde finales del siglo XIX se seguía esta forma de trabajo del personal existente entonces, a saber: *enfermera visitadora*, agente sanitario y médico, cuyo escenario fuera los domicilios de la sociedad tanto urbana como rural, como se ha señalado reiteradamente en este estudio.

Sin embargo al instrumentar la estrategia de atención primaria a la salud, se consideró la meta denominada "Salud para todos en el año 2000", a través de la cual se pretendía incluir año con año, usuarios de los servicios de salud hasta alcanzar esa meta en el años 2000 (510)

Esta política de atención a la salud, requirió que se plantearan metas a lograr quedando así para América Latina:

"* Esperanza de vida	Mayor de 70 años
Mortalidad Infantil	Inferior a 30 por mil
Mortalidad de niños de 1 a 4	Inferior a 2.4 por mil
Agua potable, disposición de excretas	100%
Servicios de vacunación de niños menores de 1 Año	100%.
Atención de las embarazadas	100%

(509) Definida anteriormente

(510) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 5

Cobertura de servicios de salud 100%" (511)

La estrategia de atención primaria a la salud comprendió varios programas: programas dirigidos a población especiales como madres, niños, trabajadores, edad avanzada e incapacitados; programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental; programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

Estos programas eran integrales, es decir que incluirían acciones curativas y fundamentalmente, preventivas. Ante ese compromiso internacional la Secretaría de Salud (entonces de Salubridad y Asistencia), instrumentó una serie de acciones con el propósito de dar cumplimiento a este.

La OMS señaló que para alcanzar salud para todos a partir de esta estrategia y desarrollar los programas propuestos sería necesaria la ejecución de varias líneas de acciones, siendo el Distrito Federal la primera entidad en desarrollar lo correspondiente.

Desde esta óptica en el Distrito Federal, se instrumentó como primera acción capacitar al personal de los servicios de salud existente en ese momento para que comprendieran plenamente la filosofía de esta innovadora estrategia en el ámbito internacional. Así se desarrollaron varias estrategias como el adiestramiento en servicio para médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Toda vez de haber concluido esta fase, se inició aquella correspondiente a la reordenación de la organización y funcionamiento de los servicios adoptando el modelo de asignar un equipo de personal de salud para proporcionar atención a 3500 personas o 500 familias, para lo cual se dividió de diferente forma el área geográfica delimitándola en base a la residencia de ese número de personas o familias.

Además como parte de la nueva política, los servicios de salud se reorganizaron a partir del modelo diseñado por el Dr. Soberón ya descrito.

Para aclarar lo declarado en Alma Atta, a continuación se cita:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación..." (512)

(511) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 7

(512) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 6 (23 III 02)

Esta política internacional, que adoptó México, presentaba una perspectiva no incluida en la operación de los servicios de salud nacionales, el cual fue que la tecnología práctica considerada la aprobación de la sociedad, la cual debía ser producto de los conocimientos científicos existentes.

Con el uso de esta tecnología práctica, se buscaría disminuir los costos de la atención, toda vez que se generaría una conciencia diferente en cada individuo sobre su responsabilidad en este proceso.

Nuevamente era la licenciada en enfermería y obstetricia el personaje que posibilitaría alcanzar la participación de la comunidad acorde a la política, sustentada la intervención de las enfermeras en su tradición de trabajo comunitario con un antecedente de casi ocho décadas.

Pero no sólo la población tendría una actuación determinante sino que los servicios de salud organizados desde esta perspectiva de la atención primaria a la salud, también tendrían una nueva presencia; la política sanitaria expresó entonces que:

"...La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".
(513)

Posteriormente se pretendió reeducar a la población para su atención en los servicios de salud ya existente, así como en aquellos que se crearon dentro de este enfoque programático.

Instrumentada la política de "Salud para todos en el año 2000" de la atención primaria a la salud, a finales de la década de los ochenta, los servicios de salud fueron reorganizados con los tres personajes base: médico, enfermera y educador para la salud, este último fungió como educador para la salud y fue seleccionado entre profesionales relacionado con la salud de diversa formación.

Esta decisión sobre el grupo humano responsable de la atención de la salud de la población, haría más difícil instrumentar los programas de atención primaria a la salud, que requería para emprender programas innovadores de reorientación de la atención a la salud y que asegurara la inclusión de los habitantes de las zonas rurales y urbanas con las características señaladas. Primero porque sólo se incluyó al Distrito Federal, entidad en la cual la población de áreas rurales representaba un mínimo y segundo porque sólo la enfermera tenía una tradición de trabajo comunitario en ambas áreas y no poseía independencia de acción sino que debía

(513) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 6

esperar las indicaciones de quien jefaturaba el grupo cuyo interés principal era la curación, la atención del "enfermo" prácticamente sólo al interior de las instalaciones del centro comunitario.

Aunado a lo citado entró en juego la formación tanto del médico como de la enfermera que principalmente fuera la atención de enfermos, poseían capacitación para curar, para intervenir en la prevención secundaria y sólo en forma mínima conocían la prevención de primer nivel, siempre minimizada en la formación académica de ambos profesionales.

Para la instrumentación de la política la OMS y la UNICEF, así como otros organismos internacionales formularon un marco general de ejecución en donde puntualizaron que cada país y organismo formulara su plan de acción, considerando que:

"Los directivos nacionales, políticos y administrativos estimulen el compromiso público con la nueva definición de atención primaria a la salud... Aunque se reconoce la importancia de la atención a la salud con base en el hospital..., la flamante orientación significa que las nuevas inversiones en los servicios de salud se concentrarán en la periferia..." (514)

México siguió lo planteado por los organismos internacionales y la atención primaria la instrumentó en las denominadas "áreas marginadas" (515) del Distrito Federal a partir de la creación de unidades de atención denominadas centros comunitarios de salud y se clasificaron como tipo I, II y III cuya característica sobresaliente fuera la de ubicarse en casas de la propia comunidad los tipo I con un solo consultorio; con 2 a 6 consultorios, los tipo II y hasta con 12 consultorios los tipo III.

Por otro lado en esta misma política de salud internacional, los servicios de salud dependientes de la Secretaría de Salud, iniciaron su descentralización paulatina, que a la fecha aun no concluye.

Contrario a lo antes señalado de la descentralización recomendada para la instrumentación de la estrategia de atención primaria a la salud, lo referente a la asignación de nuevas funciones entre los miembros del equipo de salud (516), en esta estrategia se reprodujo lo acostumbrado, esto es un equipo multidisciplinario con representante de las principales profesiones para la salud, con capacitación profesional similar, esto es universitario, con campos de conocimiento específicos y sin embargo nuevamente se eligió al médico como líder formal por considerarlo "el idóneo por ser el más capacitado y capaz de dirigir" aun cuando su formación fuera para atender la enfermedad.

(514) Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín. Vol. LXXXVI. 1979. Pág. 535

(515) Áreas caracterizadas por la poca accesibilidad de la población humana a la educación, la salud, la política y demás componentes sociales.

(516) Equipo de salud se conceptualiza a los profesionales de la salud que desarrollan los programas de atención a la salud en los servicios de salud.

Quizás el componente más importante presente en quienes integraron el equipo de salud, fue que a quien se le entregó el liderazgo formal, no tenía formación para el trabajo comunitario, pero aun más sobresaliente fue que no poseía el interés ni la perspectiva de considerar que fuera útil realizar acciones directamente en la comunidad, tal como lo planteara la estrategia de atención primaria a la salud en uno de sus principales paradigmas.

Con la actitud del médico hacia el trabajo comunitario se generaron conflictos entre los otros miembros del equipo de salud y él al negarse a trabajar en la comunidad y determinar que los demás acudieran cotidianamente a los domicilios de los usuarios, aunque él no lo hiciera, cuando así estaba determinado en los programas de atención; al paso del tiempo el resultado fue la pérdida paulatina de ese espacio de trabajo, emprobeciéndose, minimizándose y litándolo a acciones mínimas determinadas en los programas de salud.

Desde esta lógica desarrollada al interior de los centros comunitarios de salud, sobre todo en los denominados T I, la enfermera fue perdiendo el interés por el trabajo comunitario, empezó a considerarlo poco atractivo, riesgoso y poco estimulante.

Con este giro dado al trabajo comunitario no sólo se retiró un servicio históricamente establecido con la comunidad que identificaba a la enfermera como un recurso de consultoría para su dinámica de salud familiar, de promoción de acciones en beneficio a la salud de la población, de atención domiciliaria ante episodio de enfermedad y de consejería para enfrentar problemas sociales, emocionales, laborales principalmente, sino que por otro lado se transgredía la cuarta declaración de la OMS sobre Atención Primaria a la Salud que dice:

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (517)

La presencia del personal de salud en la comunidad representaba un recurso de consejería, consultoría, asesoría y la prevención quedó ubicada en el terreno de la duda porque las condiciones de la población con un analfabetismo aun con alto porcentaje (518) sobre todo en las mujeres y un crecimiento poblacional se evidenciaba una alta proporción en los menores de 20 años

Aunado a lo citado la esperanza de vida aumento a 69.9 años para ambos sexos, como un componente diferente al iniciase un crecimiento considerable de la población de ancianos. Para estos años los nacimientos continuaban descendiendo considerablemente dato plausible al determinar que el promedio de ocupantes por vivienda era de 4.6 contra los 5.4 de los veinte años anteriores. Del ambiente

(517) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. OMS/UNICEF. Reunión en Alna Ata. URSS. Del 6 al 12 de septiembre de 1978. IV apartado.

(518) Para esos años fue de 5.9% distribuida por sexo un 3.1 en hombres y 8.3 en mujeres.

domiciliario se identificaron las condiciones de la vivienda mejoraron levemente en tanto que el 96.3% disponían de agua entubada, el 93.8% de drenaje, el 99.3% de electricidad y sólo el 2.1 tenían piso de tierra (519)

Claro está que las condiciones de la vivienda en el Distrito Federal no reflejaban lo mismo que en el resto del país, al ser en éste muy superiores a otras entidades federativas.

Pudiera pensarse que el Distrito Federal representaba una entidad sin tantos requerimientos de personal comunitario, sin embargo los estilos de vida se habían empezado a deteriorar generando una especie de sincretismo entre las costumbres urbanas de la gran ciudad y las exportadas del área rural, principal proveedor de habitantes a la capital nacional, situación que hacía más urgente la presencia del personal de salud que identificara los riesgos para la salud y la instrumentación de acciones desde la perspectiva preventiva y anticipada.

De las diez causas de mortalidad (520) al menos cinco entraban en el terreno preventivo y de detección anticipada de factores de riesgo, ambas sujetas a la realización de acciones simples, sin uso de tecnología, requería de una capacitación de tipo generalista, tal como lo planteara la atención primaria a la salud.

Estos datos estadísticos sustentaban la presencia de personal en atención primaria a la salud desde la perspectiva de los paradigmas determinados para la ejecución de esta estrategia, que incluían desde luego, el trabajo comunitario. El desarrollo de esta estrategia estuvo muy acotada por personal supervisor de diferentes profesionales de la salud.

A partir de la experiencia de desarrollar la estrategia de atención primaria a la salud en el Distrito Federal, se planteó la necesidad de extenderla a otras entidades con requerimientos de este tipo de atención a la salud y al cabo de 2 años se estructuró el plan denominado: "Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes" (521), que se desarrolló en 12 entidades federativas (522)

Como inicio de este plan se diseñó un programa de capacitación del personal profesional que se haría cargo de su desarrollo; la capacitación se llevó a cabo en la Escuela de Salud Pública de México en coordinación con la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.

Se convocaron a participar en el programa a diversos profesionales de la salud:

(519) SSSA. 1981. Pág 79

(520) SSA. 1993. Pág. 39

(521) SSA. 1981. Pág 18

(522) SSA. 1981. Pág 45

enfermeras, estomatólogos, técnicos en estadística, promotores de salud (de diversas profesiones), médicos, técnicos en farmacia. Éstos fueron contratados por la SSA y comisionados al programa de capacitación que tendría una duración de tres meses con actividades teóricas y prácticas; los participantes provenían de las Entidades Federativas participantes que viajaron al Distrito Federal donde se ubicaba en ese entonces, la Escuela de Salud Pública.

En la Escuela de Salud Pública de México, recibieron clases teóricas durante dos meses; participaron como profesores los propios de la Escuela de Salud Pública y personal profesional de la Dirección de Salud Pública en el Distrito Federal, (instancia de la SSA), que fue convocado para participar como profesores. En este grupo de profesores participaron diversos profesionales de la salud. Esto permitió que el grupo de profesores dieran su experiencia en los servicios de salud en las clases que ellos desarrollaron, al menos ese fue el propósito de conjuntar así a los docentes.

Durante el último mes del programa de capacitación, se diseñaron residencias comunitarias en Centros de Salud del Distrito Federal con el propósito de efectuar acciones fundamentadas en lo aprendido en la teoría. Las residencias estuvieron coordinadas por los profesores participantes para lo cual se adscribieron a los Centros Comunitarios de Salud de las 16 Jurisdicciones Sanitarias (523), del Distrito Federal.

Al concluir el Programa de capacitación del personal, se inició la construcción de unidades de salud de diversas características dependientes del área geográfica en que se ubicaran. Así se construyeron centros comunitarios de salud Tipo I, II y III; los ya existentes se denominaron Tipo III-A, que sólo fueron reorganizados.

Desde luego que el retraso en la construcción de los centros comunitarios generó un efecto de disposición de personal capacitado sin ubicación definitiva; se ubicaron temporalmente en los Centros Tipo III A existentes originando exceso de personal.

Una característica del personal contratado para este programa, fue que se integraron varias licenciadas en enfermería y obstetricia, aun en poca magnitud, iniciando así la inclusión de personal profesional de la enfermería.

Pero la lógica de asignación de actividades continuó la tradición, lo que se comprueba claramente en las actividades determinadas en el programa de grandes urbes:

Del Médico:

- Participar y coordinar la programación, organización y (523) SSA. 1980. Pág 56

De La Enfermera

- * Participar en el diagnóstico de salud del área,
- * Participar en la

evaluación de las actividades del equipo interdisciplinario de salud,

* Participar en el diagnóstico de la situación de salud del área marginada bajo la responsabilidad del módulo,

* Proporcionar atención médica primaria a la población integrada al módulo,

* Participar en las actividades dirigidas a educar y capacitar a la población bajo su responsabilidad,

* Realizar visitas domiciliarias para el control de enfermos y la educación familiar.

* Participar en las actividades de autoevaluación, Informar de sus actividades.

elaboración del programa anual de actividades,

* Proporcionar apoyo en las actividades de atención médica, especialmente en el Programa de salud Materno-Infantil y Planificación Familiar,

* Revisar según normas a las aceptantes del programa de planificación familiar,

* Participar en el programa de control de enfermedades prevenibles por vacunación,

* Organizar y controlar el programa de alimentación complementaria y orientación nutricional,

* Participar en las actividades dirigidas a educar y capacitar a la población bajo su responsabilidad,

* Realizar visitas domiciliarias de conquista y reconquista de pacientes, y educación familiar,

* Participar en las autoevaluaciones periódicas del módulo,

* Informar de las actividades realizadas"

Fuente: Manual de organización. Manual de A.P.M.G.U. 1981

Lo planteado en estos dos apartados del programa de atención a la salud a población marginada en grandes urbes, señala claramente la lógica tradicional del papel de cada uno de estos dos personajes: el médico y la enfermera.

Siguiendo los planteamientos de la atención primaria a la salud por el Sistema Nacional de Salud, se determinó que los centros comunitarios en las zonas marginadas de las ciudades funcionaran con: horarios de servicio, tecnología utilizada y composición misma de las prestaciones en relación a las necesidades reales de la población.

Para esto se realizaron diagnósticos de salud de cada comunidad marginada como fuente de información que sustentó la toma de decisiones entre las cuales sobresale el "... dispensar atención en domicilios, escuelas y sitios de trabajo, junto con las correspondientes actividades educativas..." (524)

(524) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 13

Desde la perspectiva de formación profesional del personal de salud, que realizarían las actividades en la comunidad, estas fueron asumidas por la enfermera y ocasionalmente por el promotor de salud, aun cuando estas áreas representaban la posibilidad de conocer los ambientes reales de vida de la comunidad y por lo tanto, generadoras de información valiosa orientadoras de las acciones de atención a la salud para su eficiencia y efectividad. Todo esto con bajo el paradigma del "Aumento de la capacidad operativa del sistema y de los servicios de salud".

Desde este mismo paradigma se planteó la lógica de máximo rendimiento de los recursos empleados, es decir:

"... disponer de soluciones eficaces y eficientes, esto es superar: la multiplicación y duplicación de instituciones... y las dificultades de coordinación; la falta de correspondencia entre los tipos de problemas y la organización de las instituciones;..." (525)

Para cumplir con esta última citas, se diseñó un sistema de referencia y contrarreferencia que consistió en establecer como se debería hacer la referencia de los enfermos a niveles de salud más complejos y como estos niveles complejos regresarían al paciente hasta el primer nivel de atención.

Aun cuando el sistema estuvo diseñado en forma eficiente, esto es utilizar los recursos racionalmente para dar cumplimiento a los propósitos del sistema; la referencia de pacientes se enfrentó con varias situaciones que tuvo que sortear de la mejor manera. Entre estas estuvo la circunstancia de que en ocasiones el usuario o enfermo no quería regresar al primer nivel ante el prestigio de las unidades de segundo y tercer nivel, otras ocasiones las mismas unidades ya no regresaban al paciente y continuaban con su atención; esta última situación fue la más frecuente que enfrentara el sistema.

Cierto es que esta situación de referencia la vivieron las unidades de las instituciones públicas, las descentralizadas si pudieron llevar a cabo lo marcado por el sistema de referencia al tener una población cautiva que debió entrar en esta nueva lógica, así como el personal sin que mediara la voluntad sino el apego puntual de lo normado.

El sistema de referencia tenía su sustento en la optimización de los recursos y en que se pretendía garantizar al enfermo atención congruente con el padecimiento que enfrentara. Esto se puntualizó dentro de las declaraciones de la atención primaria a la salud, que expresara:

"La noción de niveles se identifica, con las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud. Todos, en conjunto,

(525) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 15

conforman una oferta integral de servicios diseñados para garantizar la accesibilidad y la continuidad de la atención a la salud..." (526)

Para operar la estrategia de atención primaria a la salud se determinaron las funciones y actividades que el personal de salud debería realizar, estas se establecieron por áreas, a saber: educación para la salud, atención materno-infantil, servicios curativos esenciales, alimentar los sistemas de información, referir casos o buscar soluciones a los problemas mediante nexos permanentes con niveles más complejos, promover la organización de la comunidad y su participación activa..." (527)

Cada una de esta áreas se puntualizaron como sigue: *educación para la salud*, intenta promover cambios útiles en la conducta y en el medio ambiente de las personas. *Atención materno-infantil*, comprende todas las actividades que van desde el cuidado prenatal hasta el control regular del crecimiento y desarrollo del niño. En esta área se dan tareas bien definidas, relacionadas con la inmunización de madre y niño, nutrición apropiada, higiene general y planificación de la familia. *Servicios Curativos Esenciales*, emplea técnicas simples y apropiadas para enfermedades comunes; los contenidos específicos varían de acuerdo con la situación epidemiológica, temas tales como la reducción de la mortalidad infantil a través del tratamiento precoz de diarrea e infecciones respiratorias ocupan lugares de preferencia. En algunos casos en trabajador de salud estará especializado en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades específicas. *Alimentar los sistemas de información*, a través de datos demográficos y estadísticas vitales y de salud, además de cumplir funciones de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y de informar sobre la calidad del medio ambiente y varios componentes culturales. *Referir casos o buscar solución a los problemas mediante un nexo permanente con los niveles complejos de atención*, este nexo proveerá, igualmente, la supervisión técnica y de apoyo logístico (equipo, medicamentos) indispensables para la actividad del trabajador de salud. *Promover la organización de la comunidad* y su participación activa en el propio desarrollo (528)

Para cumplir con este compromiso internacional y sobre todo nacional, la profesión de enfermería generó una respuesta a través de la formación de la licenciada en enfermería y obstetricia, al menos eso declaró la ENEO, aun cuando la razón fuera no sólo eso, sino lo planteado anteriormente en este estudio. La ENEO renovó el plan de estudios en que se estableció que esta estaba formada para actuar principalmente en el primer nivel de atención a través de:

"Actúa como enlace entre los servicios de salud y la población, ayuda a la comunidad a identificar sus problemas de salud, a tomar conciencia de ellos y a

(526) Kroeger y Luna. 1992. Pág. 90

(527) ENEO/UNAM. 1980. Pág. 5-6

(528) ENEO/UNAM. 1980. Pág. 9

elaborar respuestas a los demás.

Controla el embarazo y el parto de bajo riesgo, asimismo vigila el crecimiento y desarrollo del niño.

Detecta diversos padecimientos (crónico-degenerativos, infecciosos, metabólicos), canaliza a los enfermos para la atención médica, inicia tratamientos indicados y hace el seguimiento de los casos.

Promueve el cuidado a la salud mediante estrategias didácticas diversificadas y tecnológicamente simplificadas” (529)

Con esta declaración de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia era obvio que el recurso más adecuado para operar la estrategia de atención primaria a la salud era de licenciada egresada de esta escuela.

Aunada a la declaración citada sobre los alcances de su egresada, la ENEO señaló cual era el perfil de egresado:

“ ... cumplir adecuadamente con sus responsabilidades profesionales, ... su capacidad para:

Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad a fin de realizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud..., definir su participación como integrante del equipo de salud... y en el ejercicio libre de la profesión.

Participar, multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución prevenible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodologías simplificadas, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo perinatal, considerando los métodos clínico y epidemiológico para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.

Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos” (530)

Con este perfil de egreso de la licenciada en enfermería y obstetricia se legitimaba ampliamente la intervención de esta profesional en la Atención Primaria a la Salud, en tanto correspondía a las normas que el personal debiera poseer para participar en esta estrategia y generar los resultados esperados.

Sin embargo, como se señaló antes, la licenciada en enfermería y obstetricia sólo se incorporó a esta estrategia en los servicios de salud con la misma lógica tradicional de “ser auxiliar del médico”.

(529) ENEO/UNAM. 1981. Pág 25- 27

(530) ENEO/UNAM. CCOAPS 1992.

Bajo esta óptica la profesión buscó aproximaciones de ejercicio que les permitiera realizarlo con otra perspectiva, acorde al perfil de egreso que les diera su preparación académica universitaria. Esta inquietud alcanzó a otras instancias universitarias como la Universidad Autónoma de Nuevo León que estableció un centro de atención en la zona conurbada de Monterrey, como parte del modelo de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes, instrumentado a partir de la década de los ochenta por la SSA. En este centro se aglutinaron médicos, enfermeras, odontólogos, entre otros profesionales de la salud y han otorgado atención de primer nivel a la población que radicara en la comunidad Guadalupe.

Este modelo de atención, respuesta al paradigma de la atención primaria a la salud, fue el primero y único auspiciado por una instancia académica, aun cuando más de diez entidades federativas se insertaron en esta política de atención a la salud en la década de los ochenta. En esta unidad se diseñó un modelo de atención a la salud innovador, al ejercer en forma independiente cada profesional desde la perspectiva interdisciplinaria.

Será hasta inicios de los noventa en que la UNAM a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, creara un centro de salud de atención primaria en manos de licenciadas en enfermería y obstetricia, operacionalizando esta estrategia para dar atención a la comunidad. El centro se ubicó en el Distrito Federal en la delegación política de Xochimilco, en el pueblo de San Luis Tlaxialtemalco.

El centro comunitario de la ENEO/UNAM, se estructuró inicialmente como una sede de prácticas de atención primaria a la salud, denominación no correspondiente a la estrategia determinada por la OMS, este centro fue coordinado por una profesora de la propia escuela, se comisionó a un grupo de profesoras que fungirían como tutoras académicas y cada año se enviaría a un grupo de pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia para realizar el servicio social obligatorio. El centro comunitario se organizó en dos turnos para la atención de la población residente en el pueblo citado; en este centro se instrumentó el ejercicio independiente de la profesión de enfermería y obstetricia (531)

El Centro Comunitario dio inicio a sus labores con un mínimo de pasantes de las licenciadas en enfermería y obstetricia enviadas para cumplir con su servicio social para lo cual se sustentaron en cinco líneas programáticas denominadas salud escolar, salud familiar, salud laboral, salud ambiental, salud del deporte y la recreación; para operar los programas se establecieron actividades dentro de las instalaciones del centro a través de la consultoría de enfermería y obstetricia y fuera del centro, en la comunidad para lo cual dividieron el área en cuatro regiones que se denominaron módulos fueron definidos a partir del número de familias

(531) ENEO/UNAM. CCOAPS.1992. Pág. 3

residentes que fue de 500, como lo marcaba el Programa Nacional de Salud. En cada módulo se realizó un diagnóstico de salud a través de un estudio de comunidad bajo la normatividad de la SSA. Con este diagnóstico se sustentaron las líneas programáticas citadas, en tanto que estas darían respuesta a los problemas de salud encontrados.

Como normas de operación se buscó el sustento en las leyes y normas oficiales vigentes generando formas de actuar propias de la profesión ante el ejercicio independiente.

Este escenario construido para el ejercicio de la enfermería y obstetricia definió su filosofía de operación de la siguiente manera:

"... brinda a los individuos, familia y comunidad, la atención de salud en el lugar más cercano a su residencia, trabajo, escuela, o cualquier espacio de reunión grupal, constituyendo el primer elemento en el proceso permanente de intervenciones independientes de Enfermería para la identificación de riesgos y atención de problemas de salud incipientes, reversibles con terapéutica sencilla común a la enfermería y de otras disciplinas ..." (532)

El Centro Comunitario de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia a cargo de licenciadas en enfermería y obstetricia, fue declarado Centro Colaborador de la OPS y en respuesta establecieron tres líneas de investigación: salud reproductiva, salud del adulto mayor y factores de riesgo en la diabetes mellitus.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS), no sólo fungiría como centro para la realización de Servicio Social, sino que también sería sede de prácticas de alumnos de pregrado y de posgrado sobre todo para las Especialidades de Salud Pública y de Salud del Anciano.

Se determinaron tres grandes objetivos a alcanza para el CCOAPS, los que se calificaron con un agrupamiento y nombramiento, como se cita:

Académico: Contribuir a la formación de los perfiles académicos de los licenciados en enfermería y obstetricia y de los estudiantes de posgrado que requieran prácticas comunitarias a partir de un servicio de primer nivel de atención, con intervenciones de enfermería de calidad y con gran sentido humanístico en forma anticipada al daño y en problemas de salud de bajo riesgo favoreciendo la práctica independiente y por ende el ejercicio libre de la profesión.
Servicio: Brindar atención de enfermería a la colectividad, esencialmente a través del Servicio Social de Pasantes y de las prácticas comunitarias de los estudiantes, con intervenciones de enfermería independientes..., para contribuir al abatimiento de los índices de morbilidad y mortalidad, favoreciendo el autocuidado...
Investigación: Fomentar la investigación de los docentes, pasantes y estudiantes, con el fin de favorecer las bases teóricas que fundamentan el funcionamiento del CCOAPS, la titulación oportuna de los pasantes y la ejercitación de la metodología

de la investigación científica, acordes con las líneas de investigación..." (533)

Estos objetivos declarados por la ENEO y la coordinación del CCOAPS y clasificados como se cita, sugieren varias nociones: el calificado como "académico" sugiere acciones que corresponden al desarrollo de los programas docentes de cada uno de los ocho semestres y no a una instancia en que se realiza el servicio social y en que los pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia, poseen ese citado perfil. El nombrado de "investigación", en que se cita la titulación de los pasantes, debiera estar mencionado en el espacio denominado "académico" y no en este. Aquí quizás debiera estar puntualizado lo referente a las líneas de investigación que existen y la participación de los estudiantes de pregrado, de posgrado y de los pasantes.

Finalmente la profesión de enfermería y obstetricia originada en la primera escuela establecida en el país, con mayor tradición y con mayor reconocimiento, aun en el extranjero, recurrió a abrir un espacio para posibilitar el enfoque que generó en la formación académica de sus egresados a partir de la profesionalización de las enfermeras que reiteradamente se ha señalado en este estudio y que es el ejercicio libre, privado o independiente de la profesión.

Las vivencias de los egresados en las instituciones de atención a la salud de cualquiera de los niveles establecidos ha sido el tradicional, aquel que ubica a la licenciada en enfermería y obstetricia en la dependencia, en la noción de ser apoyo, ayudante, auxiliar, que requiere se le adjudiquen las actividades a realizar, que requiere de ser dirigida, supervisada, asesora, acotada constantemente; el denominado equipo de salud no ha cambiado de roles en el que el médico sigue siendo el líder, el que sabe.

Los licenciados en enfermería y obstetricia ni siquiera han podido ser llamados "licenciados", siguen siendo señorita, joven, señora, señor, todo menos aquello que les confiere su formación universitaria.

Sigue siendo un mito que al alcanzar la profesionalización, la licenciada en enfermería y obstetricia sería reconocida como una profesional con un acervo de conocimientos propios, válidos, útiles, necesarios para la población. La realidad es que el trato y la asignación de acciones ante el enfermo y el sano no hace diferencias entre quienes han alcanzado una licenciatura y quienes han alcanzado una carrera técnica y aun más, entre quienes no han asistido a la formación sino son empíricas, esto al interior de la profesión. Al exterior la realidad es la misma de siempre, la descrita sobre la relación de la enfermera entre los integrantes del equipo de salud, principalmente con respecto al médico.

Desde esta perspectiva el médico sigue considerándose como el único que sabe,

(533) ENEO/UNAM. CCOAPS. 1992.

que tiene conocimientos valiosos para la atención del enfermo y del sano, que posee elementos para dirigir la actuación de todos los profesionales de la salud frente al enfermo y sobre todo frente a la licenciada en enfermería y obstetricia. La atención del parto sigue siendo considerada sólo de competencia del médico, desde luego por éste, que por complemento tiene en sus manos los niveles de decisión del mismo Sistema de Salud.

Cierto es que se alcanzó el nivel universitario: en el ámbito académico, la licenciada en enfermería y obstetricia se ha desarrollado, ha accedido a estudios de maestrías y hasta de doctorado; pero en servicios de salud aun con esos niveles de estudios, la situación laboral no solo no ha cambiado sino que se ha ignorado ese desarrollo de la licenciada y hasta despreciado al considerar que no han identificado el sentido que tiene que estudien tanto para hacer lo que les "corresponde", "lo que les toca" (534)

Las licenciadas en Enfermería y obstetricia se encuentran en la definición y precisión de su objeto de estudio, situación que generará ópticas diversas sobre la identidad y dará sustento a la noción de redefinir su papel en los servicios de salud de los niveles de atención vigentes, que es donde mayor controversia se ha generado.

Esto representa que la licenciada en enfermería y obstetricia necesariamente hará su ingreso a la lógica de ejercicio independiente y el camino de suprimir la noción de tutelaje y dependencia de la profesión médica.

Con la democratización de la UNAM, con la que abrió sus filas a todo aquel alumno que deseara ingresar a esta, se enfrentó a la profesión de enfermería a dar cabida a varios tipos de estudiantes: unos convencidos de formarse en este campo del saber, a partir de los cuales la profesión debería desarrollarse; otros enviados bajo la lógica de ingresar a la máxima casa de estudios del país por cualquier vía y una vez dentro, moverse hasta donde originalmente se deseaba, situación esta muy limitada y pocas veces alcanzada, lo que ha generado egresados poco convencidos de pertenecer y aun renuentes, que ejercen la profesión sin compromiso con esta y ocasionalmente con rechazo y deterioro del perfil profesional.

Desde luego que esto es un descubrimiento empírico, que requiere de sustento en la investigación educativa requerida.

Por otro lado, con el surgimiento de las escuelas nacionales de estudios profesionales y la conservación del nivel técnico o intermedio en forma simultánea al nivel profesional o universitario dado en la misma UNAM, generó un lastre para las licenciadas, que aunado a tener egresados a partir de las dimensiones citadas,

(534) Martínez y Latapí. 1985. Pág 261.

les ha dificultado crear una identidad e imagen de profesionistas de la enfermería en el campo de la atención del enfermo, esto es en hospitales, clínicas, centros de salud; en estas áreas además enfrentan una descalificación de su capacitación de nivel profesional.

Desde otra perspectiva, al acceder al nivel superior de enseñanza, enfermería fue condicionada para fusionar la especialidad de partos, lo que generó el actual personaje de licenciada en enfermería y obstetricia, esto quedó apliniamente sustentado en el plano docente, no así en el campo de atención al enfermo, en donde a la fecha no les es permitido ejercer la obstetricia que está normada para ser ejercida únicamente y en exclusiva por el médico.

Todo esto, aun cuando el ejercicio independiente la licenciada en enfermería y obstetricia sea aceptada y avalada por la sociedad, aceptación que desafortunadamente no ha sido medida para poder repaldar su validez.

En el ejercicio profesional ante la atención del enfermo, con el nivel universitario, enfermería ha desarrollado un proceso de atención de enfermería (PAE) que para su aplicación ha enfrentado la descalificación y aun impedimento de los médicos, quienes sostienen que las enfermeras sólo "deben apegarse a sus indicaciones por lo cual no requieren de ningún proceso para ello, sostienen además que el PAE sola las distrae y les impide seguir asumiendo una serie de acciones ajenas a la enfermería, que nadie quiere adjudicarse y que ellas por representar la mayor magnitud dentro de las instituciones de salud o sanitarias y que además permanecen durante las veinticuatro horas, deben realizar.

El asumir esa serie de actividades ajenas a la enfermería, las aleja del enfermo, de su real objeto de estudio, que es el cuidado, definido puntualmente por Collière.

Por las experiencias vividas en el Distrito Federal con el CCOAPS y en Monterrey con el Proyecto Guadalupe, pareciera que es la única opción de las licenciadas en enfermería y obstetricia de poder generar el crecimiento y solidez que la carrera requiere, al igual que las demás carreras universitarias.

En lo docente, el crecimiento se ha ido generando paulatinamente, primero con estudios de posgrado realizados multidisciplinariamente al acudir a otros centros escolares a formarse tanto en maestría como en doctorado. En la actualidad la ENEO desarrolla la maestría en enfermería y ocho programas de posgrado.

Sin embargo enfermería continua inserta en el terreno médico al continuar formándose preferentemente en la atención del enfermo. Requiere continuar su crecimiento sobre su objeto de estudio, recreado en la última década y que definitivamente y si abandonar el cuidado del enfermo, pero el real cuidado, dará lo tan buscado por enfermería.

Particularmente la ENEO dispone de un escenario en el cual poseen la posibilidad de instrumentar el cuidado enfermero comunitario y posibilitar la realización de investigaciones de enfermería, que serían el sustento requerido para fortalecer el objeto de estudio de la enfermería.

CONCLUSIONES

El ejercicio de la enfermería se inició desde el empirismo a partir de convocar a aquellas mujeres que les interesara cuidar enfermos. La convocatoria incluía sólo a mujeres al considerar que entre las cualidades de estas, se encontraba el otorgar cuidados a otros, esos cuidados que se caracterizaban como aquellos que todo ser humano requiere para la vida, que categorizado como genérico se define como aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Desde esta óptica se entregó la enfermería a las mujeres, lo que orientó la consideración de que no requerían una formación para ello y que adquiriría al acudir a una escuela para ese propósito. Esta situación permaneció prácticamente la última mitad del siglo XIX.

Las mujeres cuidadoras, fueron insertadas en el hospital, en donde fundamentalmente se daba atención a enfermos, que enfrentaban un déficit de autocuidado, que los obligaba a permanecer hospitalizados para que en su calidad de persona cuidada, ponerse en manos de las mujeres cuidadoras y del médico, quienes debían atenderlo de la enfermedad que cursaba y que dañaba su cuerpo. Aun cuando existieron hospitales para mujeres y hombres dementes, el cuidado de estos enfermos, lo realizaban hombre cuidadores empíricos y cuyo cuidado se circunscribió a ejercer una vigilancia permanente al interior de los hospitales para asegurar que no se fugaran de él, y nunca a cubrir el déficit de autocuidado que enfrentaban de su cuerpo, mente y espíritu.

Al entrar la mujer cuidadora (ya denominada como enfermera) al hospital, su escenario de ejercicio, fue el de la enfermedad, objeto de estudio de la medicina, cuyos profesionales poseían los conocimientos necesarios para su manejo, control y eliminación si esto procedía. Los cuidados otorgados por la mujer cuidadora, originalmente abarcó varias esferas de la vida del individuo que enfrentaba el proceso patológico, así cubría el déficit para asear su persona, alimentarse, entenderse, tranquilizarse psicológica y emocionalmente, adaptarse, defenderse y socializar, todo sustentado en sus presumibles cualidades de mujer.

Durante toda la etapa transcurrida desde la convocatoria que promovió la participación de las mujeres hasta la determinación de formar enfermeras, el cuidado proporcionado por las mujeres cuidadoras, puede decirse que se apegó más a lo declarado por Leininger en su estudio antropológico del cuidado ya citado.

Ese cuidado que otorgaba a las mujeres cambió apartir de que se inició la formación de las enfermeras y que el médico la envistió con la denominación de ayudante, de su ayudante para atender a aquel que poseía una enfermedad. El cuidado cambió y se entendió como el cuidado al enfermo portador de la enfermedad, así el objeto de la enfermería (539), ahora era verdaderamente la enfermedad y a su alrededor se seleccionaron y elaboraron los conocimientos necesarios de estas.

En este momento se gestó la pugna de las dos profesiones, cuando para ambas el objeto de estudio fue la enfermedad. Así el cuidado de enfermería poco a poco se fué distanciando, haciéndose más médico hasta que se convirtieron en "técnica", esto es que llega casi exclusivamente, hacer uso de la tecnología médica, desde la formación "práctica" en la que se trata cada vez sobre los instrumentos técnicos, ya sea "para servir al médico preparándole todo el material necesario para la exploración y ayudándole durante la exploración o para preparar al enfermo para un estudio", o para utilizar por si misma uno de estos instrumentos para aplicar un "cuidado" como la jeringa para una inyección medicamentosa, y después en los cuidados técnicos orientados y determinados por la enfermedad.

Desde esta perspectiva la enfermería inició su profesionaliación alrededor de la enfermedad y siguiendo los pasos del médico, diseñó una serie de estudios de especialización, lo que además de ahondar la pugna de las dos profesiones, se promovió una carrera desigual en la que la perdedora fue enfermería. Así la formación de la enfermera se realizaría desde la perspectiva técnica, que define Pérez Gómez como "ciencia aplicada, aquella en que la racionalidad tecnológica reduce la actividad práctica a un mera actividad instrumental, dirigida a la solución de problemas mediante la aplicación rigurosa de teoría y técnicas científicas".

Una grave consecuencia de esa especialización en que cayó la enfermería, fue la fragmentación de los reducidos cuidados que desarrollaban las enfermeras, cuidadoras tecnificadas para el manejo de la enfermedad que las fue acercando a otorgar sólo acciones para aplicar los tratamientos médicos.

La enfermería desarrolló una serie de conocimientos técnicos pertenecientes a la medicina, lo que marcó determinantemente la profesionalización de las enfermeras, que aunado a la presencia de personal empírico ubicado en su campo, se les negó a estas la posibilidad de rescatar el cuidado enfermero, no sólo para entregarlo al ser humano enfermo, sino aquel cuyo propósito fue el desarrollo de la condición humana.

Esta etapa de la profesionalización de la enfermera, tuvo una duración que abarcó la mayor parte del siglo XX y que encontró sustento en el desarrollo del proceso de industrialización que posibilitó el crecimiento de la farmacología, de la producción de equipo para tratamiento, para diagnóstico, y que al igual que a la medicina,

reorientó los concimientos, como lo declaró Collière en su libro de Promover la Vida.

Las enfermeras continuaron con su formación para el cuidado técnico de la enfermedad, aun con el nivel de enseñanza superior de sus estudios basicamente por la puntual tutela de la profesión médica que aseguró así la disponibilidad de su ayudante.

La enfermería mexicana tradicionalmente ha estado inserta en el pano internacional, tanto como integrante de organismos profesionales de la disciplina, como por su participación en eventos promovidos por esos organismos, lo que posibilitó que entrara en las ópticas de redescubrimiento del objeto de estudio de la profesión en la década de los ochenta. Pero la profesionalización de la enfermería continuó ubicada en el terreno de la enfermedad y cada vez más sin el enfermo.

En la lógica de avance de la enfermería, se recuperó el cuidado enfermero profesional, que Medina en su estudio sobre la pedagogía del cuidado, cita como "Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayuda o capacitar a individuos, familias o cuminidades para recibir servicios profesionalizados a través de modalidades, culturalmente denominados técnicas, y procesos de cuidado orientados al manteimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte" .

Este concepto fué explicado por Virginia Henderson a partir de declara "a la enfermera le corresponde la iniciativa y el control de todo lo relativo a la asitencia del individuo enfermo y sano en el cumplimiento de los actos que contribuyen al mantenimiento o al restablecimiento de la salud (o de una muerte plácida) y que llevaría a cabo por si mismo si tuviera suficientes fuerzas, voluntad y saber".

Con este análisis de la profesionalización de la enfermería podemos plantear que sus estudios se ubicaron en la lógica del mito, si se orientaron a partir de la enfermedad, no el cuidado; mito considerado como un imaginario del cual partieron por un lado la enfermera considerándose capacitada para ejercer sus saberes en forma independiente y autónoma y perdiendo de vista que no rescataba su objeto de estudio como punto nodal, saliéndose así de la enfermedad; por otro lado, el médico que teniendo presente que ambas disciplinas compartían el mundo de la enfermedad, él continuaría decidiendo indiscutiblemente.

Los concimientos de enfermería se desarrollan considerando su objeto de estudio, que como se citó antes, incluye a la persona sana y enferma, la enfermería será una realidad, no un mito que tanto violenta a las profesionales que no se conforman con la reducción en que se encuentran insertas.

Esto último aun cuando la medicina continúa negando la existencia del cuerpo de conicimientos de la enfermería, al exigir que la formación de estas sea sólo y exclusivamente para el cuidado del enfermo, circunscribiéndolo a acciones para el tratamiento de las enfermedades, dejando de lado el cuidado integral, holístico del ser humano.

Desde luego que aceptar que la enfermera recupere su objeto de estudio como hilo conductor de su formación, de la construcción de su curriculum, del desarrollo profesional, limitaría la disponibilidad de las tradicionales "ayudantes", "tan valoradas", "tan reconocidas", "tan indispensables" para la profesión médica que aun en el siglo XXI continúan al frente de escuelas de enfermería en algunas ciudades del país, como evidencia del liderazgo que creen que les compete.

Desde luego que remontar esta lógica en la formación de la enfermera, se presenta como un punto difícil de ir superando y aun eliminar como una manifestación de que enfermería es un profesión autónoma, independiente que comparte con la medicina, como con las demás ciencias de la salud, el cuidado del ser humano.

Recuperar el objeto de estudio de la enfermería, el cuidado, requiere de varios condicionantes profesionales, sociales, políticos, económicos y programáticos, entre otros con una complejidad que visualiza la necesidad de fortalecer la investigación disciplinaria que de sustento a ello y de esta manera coadyubar a continuar el proceso de profesionalización.

ANEXO # 1
ESCUELA PRÁCTICA Y GRATUITA DE ENFERMEROS
CONVOCATORIA

Dentro de algunos meses se abrirá al servicio público el Hospital que se está construyendo al Sur de la Ciudad.

Con el objeto de dotarlo de un cuerpo de **enfermeros**, que con el personal médico contribuya a la buena asistencia de los enfermos, se va a abrir, bajo los auspicios de la Secretaría de Gobernación, una Escuela Práctica y gratuita de Enfermeros.

Deseando que esos **enfermeros**, sean personas de uno y otro sexo que tengan bastante cultura social, revelada por sus sentimientos humanitarios, su trato afable con los enfermos, sus hábitos de limpieza personal y además la instrucción especial que se da a estos empleados en los grandes Hospitales modernos, no se aceptarán alumnos que no reúnan las siguientes condiciones:

Primera.- Para inscribirse, se acreditará haber hecho la **instrucción Primaria**.

Segunda.- Será una buena recomendación para las alumnas que se inscriban, haber cursado en la Escuela Normal o haber hecho estudios de obstetricia.

Tercera.- Para los del **sexo masculino** será una recomendación el haber hecho algunos cursos en la **Escuela Preparatoria** o haber desempeñado un empleo en las Oficinas Públicas a satisfacciones de los superiores.

Cuarta.- Los actuales **enfermeros de los dos sexos**, de los Hospitales de la Ciudad, podrán ser inscritos como alumnos, si acreditan con certificados del director del hospital en que sirve su dedicación al trabajo, su manera afable para tratar a los enfermos y sus hábitos de aseo individual.

Quinta.- Al inscribirse los alumnos, deberán presentar un **certificado de buenas costumbres**.

Las Inscripciones quedarán abiertas del 1º al 15 de mayo próximo de 12 a 1 del día en el hospital de Maternidad e Infancia, calle de Revillagigedo.

Los cursos comenzarán el 16 de mayo próximo.- Las lecciones se darán todos los días de 3 a 6 de la tarde, exceptuando sábados y domingos, en el anfiteatro y la salas del mismo hospital.

Cuando haya operaciones que enseñar a los alumnos, las lecciones se harán entonces, en la mañana de 9 a 12.

México, abril 20 de 1898.

Fuente: AHSSA. Exp. 2. Caja Salubridad.

ANEXO # 2

SECRETARÍA DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES.

[...]

PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

Art. 1º En la Escuela Nacional de Medicina se harán las carreras de médico cirujano, farmacéutico, partera y enfermera.

[...]

Art. 13º los estudios profesionales para la carrera de enfermera serán los que a continuación se expresan:

Primer Año

Anatomía, fisiología e higiene. Una hora cada tercer día.

Clínica para enfermeras. Una hora diaria.

Segundo Año

Patología, farmacia y terapéutica. Una hora cada tercer día.

Clínica para enfermeras (segundo curso). Una hora diaria.

Art. 14º Los estudios profesionales para la carrera de partera se dividirá en cuatro años; los dos primeros serán los mismos que establece el artículo anterior para la carrera de enfermera, y los restantes se harán como a continuación se expresan:

Tercer Año

Obstetricia teórica (primer curso). Una hora cada tercer día.

Clínica de obstetricia (primer curso). Una hora cada tercer día.

Cuarto Año

Obstetricia (segundo curso). Una hora cada tercer día.

Clínica de obstetricia (segundo curso). Una hora cada tercer día.

Art. 15º La comprensión de los cursos de las carreras de enfermera y de partera será como sigue:

Primer Año

Anatomía, fisiología e higiene.- Cada una de las tres secciones de este curso comprenderá lo siguiente: 1º, Anatomía. Estudio de la forma y nombre de los huesos; forma y modo de ser de las principales articulaciones; forma, dirección e inserciones de los músculos superficiales; nombre y trayecto de las principales arterias y venas; nombre y trayecto de los principales nervios; nombre, forma y situación de las principales vísceras y de los

órganos de los sentidos. 2º, Fisiología. Nociones generales sobre digestión, respiración, circulación, secreciones y excreciones, y sobre funciones de los órganos de los sentidos. 3º Higiene. Explicación y objeto de la higiene; higiene personal; alimentación y regímenes alimenticios; respiración, aire; secreciones e higiene de la piel, baños; vestidos; ejercicios; higiene de los órganos de los sentidos; estudio de la habitación, apreciando de referencia el aire, la ventilación, la luz y el aseo; aplicación de los conocimientos adquiridos al hospital y al enfermo; aislamiento y desinfección.

Primer curso de clínica para enfermeras.- Comprenderá: 1º conocimiento y uso del termómetro; modo de llevar las hojas termométricas, con apreciación a la vez del pulso y la respiración. 2º, modo de desinfectar las manos y las regiones por curar y operar. 3º, esterilización del agua, los instrumentos y las ropas. 4º, conocimiento de los principales instrumentos quirúrgicos y uso de ellos; manejo del termocauterío. 5º, modo de hacer y aplicar cataplasmas, sinapismos, embarcaciones, vejigatorios, ventosas secas y escarificadas; inyecciones hipodérmicas, vaginales y rectales; lavados intestinales, nasal, faríngeo, del oído y del ojo; toque en la faringe, nariz, oído y ojo; los más sencillos vendajes; preparación de la cama según los casos.

Segundo Año

Patología, farmacia y terapéutica.- Cada una de las tres secciones de este curso comprenderá respectivamente: 1º, Patología. Nociones acerca de lo que es enfermedad y síntoma; conocimiento elemental de las afecciones médicas y quirúrgicas más comunes y de los accidentes médicos y quirúrgicos más frecuentes, con el fin de que las enfermeras y futuras parteras reconocerlos fácilmente y anotarlos en las hojas de observación correspondiente. 2º, Farmacia. Nociones elementales, insistiendo de preferencia en el conocimiento de las principales fórmulas farmacéuticas en la preparación de las que se usan más frecuentemente y pueden ofrecerse de urgencia. 3º, Terapéutica. Nociones elementales acerca de las principales clases de medicamentos, sus dosis y manera de administrarlos. En las tres secciones del curso se tendrá presente siempre que está destinado a enfermeras y, por consecuencia, se relacionarán los conocimientos a las aplicaciones que tengan que hacer de ellos.

Segundo curso de clínica para enfermeras.- Comprenderá: 1º, recibo y transporte de enfermos y operados; 2º, cateterismo uretral y esofágico; 3º, anestesia local y general; 4º, hemorragia y manera de cohibirlas; vértigos, lipotimias y síncope: manera de tratarlos; 6º, baños, sus distintas clases y aplicaciones al enfermo; 7º, aplicaciones del frío, irrigación continua, aplicaciones del calor, termóforos, conductos de agua caliente; 8º, recolecciones de excrementos, orinas y esputos para su estudio.

Tercer Año

Primer curso de obstetricia teórica.- Comprenderá el estudio de la anatomía de la pelvis y de los órganos genitales de la mujer; descripción del óvulo; ovulación; menstruación; fecundación; embarazo; marcha y término, presentaciones y posiciones, acomodación; aborto; parto; cuidados del embarazo, el parto y el puerperio fisiológicos, para la madre y el producto. Nociones de terapéutica al alcance de las parteras. Puericultura.

Primer curso de clínica de obstetricia.- Comprenderá: Interrogatorio, exploración de la mujer sana, exploración de la mujer embarazada en sus distintas etapas para fijar el diagnóstico con presentación y posición. Asistencia al trabajo del parto, de preferencia fisiológico, para practicar las manipulaciones y los cuidados necesarios a la madre y al hijo. Atención del puerperio.

Cuarto Año

Segundo curso de obstetricia teórica.- Comprenderá el estudio de la patología obstétrica del embarazo, del parto, del parto secundino y del puerperio; el conocimiento de las operaciones obstétricas y el de los medicamentos que pueden usar las parteras, con expresión de la forma y la dosis.

Segundo curso de clínica de obstetricia.- Comprenderá: diagnóstico, pronóstico y tratamiento del parto y del puerperio, de preferencia; asistencia y ayuda de las operaciones obstétricas que sea necesario practicar.

Art. 16º Las alumnas de primero y segundo cursos de clínica de obstetricia deberán hacer en el año cuarenta guardias en el departamento de maternidad del Hospital General, sin cuyo requisito no podrán sustentar el examen respectivo.

[...]

Dado en el Palacio del Poder Ejecutivo de la Unión, en México, a 30 de diciembre de **1911**- Francisco I. Madero- Al C. Lic. Miguel Díaz Lombardo, Secretario del Departamento de Instrucción Pública y Bellas Artes. [...]" (AHFM. 1906 a 1916).

ANEXO # 3
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
MÉXICO 1922

Causas	Defunciones	Tasa
*Neumonía	33	744233.61
Diarrea y Enteritis	25	765178.37
Paludismo	25	035173.31
Tosferina	14	38399.57
Viruela	11	96682.84
Tuberculosis (en todas sus formas)	11	34978.05
Muertes violentas (excepto suicidios)	9	26264.12
Bronquitis	7	94659.86
Disenterías	8	42858.35
Gripa o Influenza	7	25450.22

*Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Bustamante. Historia de la Salud Pública en México, de 1959 a 1982. S.S.A. México. 1985. Pág. 308

ANEXO # 4

ESCUELA DE SALUBRIDAD

ANEXA AL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA.

"CONVOCATORIA A LOS MÉDICOS QUE DESEEN INSCRIBIRSE A LOS CURSOS DE 1923"

Teniendo en cuenta la resolución relativa del Sexto Congreso Médico Mexicano y considerando ventajoso en alto grado que tanto el Departamento de Salubridad Pública, como las Direcciones o Consejos de Salubridad de los diversos Estados de la Federación cuenten con médicos debidamente preparados, para tomar a su cargo la dirección o ejecución de las distintas actividades Sanitarias, el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, tuvo a bien acordar que se estableciera la Escuela de Salubridad Anexa al Departamento, en la que se obtendrían los Diplomas siguientes: Primero, de "Oficial de Salubridad" y Segundo, de "Estudios Superiores de Higiene y Salubridad Pública".

En cumplimiento del acuerdo Presidencial citado, se abrieron los cursos de la Escuela de Salubridad el día 23 de marzo del año próximo pasado, para obtener el Diploma de "Oficial de Salubridad" y que comprende las materias siguientes: Higiene General, Epidemiología, Bacteriología Práctica, Exámenes de Alimentos y Bebidas, Prácticas de Desinfección, Administración Sanitaria, Ingeniería Sanitaria, Legislación Sanitaria y Demografía. Como cursos especiales se abrieron en esa misma fecha los de los Servicios Sanitarios de Puertos y Fronteras, Parasitología y Curso especial de Fiebre Amarilla, Peste, Paludismo y Uncinariasis.

Las inscripciones para el curso correspondiente al presente año, quedan abiertas desde la fecha de esta Convocatoria hasta el día 31 de marzo actual, conforme a las siguientes bases:

I.- Podrán inscribirse a los cursos los médicos drujanos que tengan título de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, y los que tengan de alguna Universidad o Escuela de medicina del país aceptadas por el Departamento de Salubridad.

II.- Los que posean cualquiera de estos títulos deberán hacer en el plazo indicado antes, la solicitud respectiva, que entregarán en la Secretaría de la Escuela, cualquier día hábil, de las 10 a las 12 horas, acompañándola con los documentos siguientes:

- a) Título, o en su defecto, copia certificada del mismo.
- b) Certificado de honorabilidad, suscrito por dos personas que merezcan la confianza del Departamento.
- c) Certificado de buena salud, suscrito por dos médicos legalmente titulados. En caso de que el título del solicitante esté ya registrado en la Secretaría General del Departamento, bastará que así se haga constar en la solicitud, indicando la fecha del registro, sin que sea necesario presentar dicho título o la copia a que se refiere el inciso (b).

III.- El número de alumnos que podrán admitirse no excederá de 30, y para esa admisiones tendrá en cuenta el orden en que se hubieren hecho las inscripciones. Los que no pudieren ser inscritos desde luego porque el número de solicitudes exceda a las plazas, serán tenidos en cuenta para ir cubriendo las vacantes que se presenten en el curso del primer bimestre escolar.

IV.- Los alumnos tendrán a su disposición los elementos de trabajo que necesiten y solamente deberán proveer por su cuenta de un microscopio sencillo, para su uso personal, en el curso práctico de Bacteriología.

V.- Los que se inscriban para optar al diploma de ((Oficial de Salubridad)) deberán asistir a todos los cursos respectivos y sufrir con éxito las diversas pruebas teórico-prácticas que se señalen, tanto durante el año escolar como a la terminación de este.

VI.- Los que deseen hacerlo podrán asistir también a los cursos especiales mencionados arriba, si no hay incompatibilidad de horario, debiendo sujetarse a pruebas semejantes si quieren recibir el respectivo certificado especial.

VII.- En las asignaturas que siguen: Higiene General, Epidemiología, Ingeniería Sanitaria, Legislación Sanitaria y Demografía, se admiten inscripciones de ((Oyente)) en número limitado, por la capacidad de los locales en que hayan de darse los cursos.

Los alumnos que terminen con éxito los cursos de ((Oficial de Salubridad)) serán tenidos en cuenta, para ocupar las vacantes de Inspector Sanitario, de Médico Vacunador, de Delegado del Departamento en las Capitales de los Estados, o las de puestos semejantes, que vayan presentándose por licencia, renuncia o muerte de los que cubran las plazas; así como también se les tomará en consideración para ocupen los nuevos puestos del mismo carácter que establezca el Presupuesto.

Respectos a los médicos que hagan los cursos por Comisión Especial de los respectivos Gobiernos de los Estados, el Departamento de Salubridad recomendará a aquellos para que se sirvan tenerlos en cuenta, a fin de ocupar las plazas similares en las Direcciones o Consejos de Salubridad de las diversas Entidades Federativas.

Los que, además de hacer los cursos de ((Oficial de Salubridad)), hagan con éxito los especiales de ((Servicio Sanitario de Puertos y Fronteras)) y el de ((Fiebre Amarilla)), ((Peste)), ((Paludismo)) y ((Uncinariasis)) serán tenidos en cuenta para ocupar, en las circunstancias mencionadas antes, las plazas de Delegado del Departamento en Puertos y Fronteras.

Los datos referentes al curso de Profesores, el horario respectivo, y los locales en que habrá de darse los cursos, están a la vista de los interesados en la Secretaría de la Escuela, (Oficinas del Departamento, Paseo de la reforma 93), donde se les proporcionarán los pormenores que deseen.

Lo que por acuerdo del C. Director de la Escuela se pone en conocimiento de los interesados, para su inteligencia y fines consiguientes.

((SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN)).

México, marzo 15 de 1923.

EL SECRETARIO DE LA ESCUELA

DR. JOSE M. ARAGON.

ANEXO # 5

"REGLAMENTO DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD ANEXA AL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA"

La Escuela de Salubridad, anexa al Departamento, por su carácter netamente científico, dependerá exclusivamente en cuanto a asuntos técnicos del C. Jefe del Departamento de Salubridad Pública y del Secretario General de dicha Institución.

DIRECCIÓN

Son atributos y obligaciones del Director.

1. Asistir con regularidad al Establecimiento.
2. Acordar con el C. Jefe del Departamento o con el Secretario General en los días y horas señalados al efecto, los asuntos relacionados con la escuela.
3. Acordar con la Secretaría de la escuela los asuntos relacionados con esta.
4. Citar y presidir las juntas de profesores de carácter ordinario que sean necesarios para la buena marcha de la Institución.
5. Formar con los datos ministrados por los profesores un Informe mensual en los primeros diez días de cada mes.
6. Rendir un informe a memoria anual de los trabajos desarrollados en la escuela.
7. Iniciar y promover ante el Departamento, las mejoras que a su juicio sean pertinentes, para la mejor eficacia de las labores encomendadas al Establecimiento.
8. Proponer a la Superioridad, candidatos para cubrir las vacantes de empleados que haya en la escuela.
9. Acordar con los profesores los asuntos de carácter técnico.
10. Revisar y aprobar cuentas, facturas y autorizar todos los documentos.

SECRETARIA

Son atributos y obligaciones del Secretario.

1. Acordar con el C. Director todos los asuntos relacionados con la Escuela, siendo facultad exclusiva del Secretario abrir la correspondencia oficial.
2. Concurrir diariamente a la oficina a las horas señaladas el horario que fije la Dirección, para el despacho de los asuntos.
3. Transmitir a todas las clases y dependencias las disposiciones dadas por el C. Director, en el sentido y forma que este ordene.
4. Dar cuenta al C. Director, las novedades que haya en el Establecimiento diariamente.
5. Redactar y dirigir las comunicaciones oficiales, de conformidad con el acuerdo recaído en cada caso.
6. Hacer que se reformen expedientes especiales de cada asunto y cuidar de la formación del archivo y de conservación.
7. Determinar las labores entre los empleados de la Secretaría, vigilando que tanto estos como el resto del personal, cumplan debidamente con su cometido.
8. Hacer el informe mensual y la memoria anual de las labores desarrolladas en la escuela, debiendo recabar de los profesores la parte que a cada uno corresponda a fin de formar debidamente dicha memoria.

AYUDANTES

Son atribuciones y obligaciones de los ayudantes.

1. Llegar a las horas fijadas para sus respectivas clases.
2. Dar aviso a la Secretaría, cuando falten por causa mayor, a fin de que ésta lo haga del conocimiento de la Dirección.
3. Acatar las disposiciones de los profesores de sus cursos que les den en relación con el servicio de la clase.
4. Informar con toda oportunidad a los profesores de sus respectivos cursos, de las deficiencias, falta de instrumentos o materiales que hayan notado, a fin de que los profesores puedan formar sus respectivos pedidos y entregarlos a la Secretaría para el acuerdo del Director.
5. Hacer de acuerdo con el profesor del curso, el inventario de los aparatos, instrumentos, muebles y útiles, que haya en cada clase.
6. Auxiliar al profesor en todas sus labores.
7. Llevar un registro, de alta y baja del material en sus correspondientes clases.
8. Vigilar y hacer que los mozos cumplan con las obligaciones que les están encomendadas.
9. Llevar la cuenta exacta de los reactivos, envases y demás objetos de consumo diario, informando al profesor cada mes, a fin de que éste lo comunique a la Dirección.

LOS PROFESORES

Son atribuciones y obligaciones de los profesores.

1. Concurrir a la Escuela en las horas señaladas para sus cursos y vigilar las diversas labores técnicas que a su curso correspondan.
2. Formar antes de comenzar el año escolar, el programa de los cursos correspondientes a dicho año, estregándolo a la Secretaría para su acuerdo con la Superioridad.
3. Rendir en los primeros seis días de cada mes, un informe detallado de las labores de su curso, conteniendo la asistencia total y media, el número de clases y las materias en ellas desarrolladas.
4. Después de terminados los exámenes, rendir un informe anual de los trabajos llevados a cabo en sus clases.
5. Concurrir a las juntas de profesores de carácter ordinario extraordinario, para que fueren citados por el C. Director.
6. Acordar con el C. Director los asuntos de carácter técnico de sus respectivas clases.
7. Iniciar y promover todas las reformas que creyeran convenientes, para la eficacia técnica del curso que les ha sido encomendado.
8. Dar aviso a la Secretaría de las faltas de asistencia que por causa mayor, pudieren tener.
9. Dar aviso a la Secretaría de las faltas de asistencia del personal a sus ordenes, precisando el motivo de dichas faltas.
10. Dar aviso a la Secretaría, de la conducta y aplicación del los alumnos empleados de sus respectivos cursos a fin de formar un expediente de cada uno de ellos.
11. Visar los inventarios de todos los muebles, enseres y útiles y demás objetos, pertenecientes a sus respectivas clases.

DE LOS ALUMNOS

Son obligaciones y atribuciones de los alumnos.

1. Haberse inscrito para el curso, previo los requisitos señalados por la escuela.
 2. Concurrir diariamente a las horas señaladas en el horario respectivo para los diversos cursos.
 3. Desempeñar las comisiones, que con motivo de los cursos o exámenes les fueren señalados.
 4. Para inscribirse como alumno son necesarios los requisitos siguientes:
 - a) Ser médico cirujano, con título oficial de la universidad o escuela de medicina, aceptada por el Departamento.
 - b) Presentar la solicitud en la Secretaría de la Escuela, acompañada con los siguientes documentos:
 - b.1) Título o en su defecto la copia certificada del mismo.
 - b.2) Certificado de honorabilidad suscrito por dos personas que merezcan confianza del Departamento.
 - b.3) Certificado de buena salud suscrito por dos médicos legalmente titulados.
- Si el título del solicitante está registrado en la Secretaría del Departamento bastará que se haga constar en la solicitud la fecha de este registro, no siendo ya preciso presentar el título ni la copia.

EL BIBLIOTECARIO

Son obligaciones del bibliotecario

1. Formar un catálogo de las obras existentes.
2. Concurrir a las horas señaladas a sus labores.
3. Facilitar las obras que se le piden para estudio o consulta llevando un registro de dichos pedidos.
4. No permitir la extracción de ninguna obra, sin previo permiso por escrito de la Dirección.

CURSOS Y EXÁMENES

1. Los cursos durarán de nueve a diez meses hasta completar el desarrollo del programa correspondiente a cada profesor.
2. Los cursos serán técnicos y prácticos, siendo a juicio del profesor señalar los Establecimientos, casa y demás que hubieren de visitar.
3. Los exámenes tendrán perfectamente carácter de demostración práctica y se verificará en el mes siguiente a la terminación de los cursos, mediante acuerdo de la junta de profesores. Terminados los exámenes habrá un mes de vacaciones, para el arreglo de las labores del año y de las nuevas inscripciones para el curso siguiente.

EMPLEADOS (NO TÉCNICOS)

Son obligaciones de los empleados.

1. Llegar a las horas fijadas para el desempeño de sus labores diarias.
2. Dar aviso a la Secretaría cuando falten por causa mayor, a fin de que se haga del conocimiento de la Dirección.

MOZOS

Son obligaciones de los mozos.

1. Encargarse del aseo general de las oficinas.
2. Cuidar de la conservación y limpieza de los muebles y material correspondiente a cada curso.
3. Desempeñar con prontitud y eficacia las comisiones que se les confiaren.
4. Encargarse por turno del cuidado y alimentación de los animales del Laboratorio.

JULIO 10 DE 1926.

ADICIONES AL REGLAMENTO DE LA ESCUELA SOBRE MULTAS, PENAS, ETC.

1. Las faltas de asistencia de los profesores, ya sea a sus clases o a las juntas para las cuales sean citados, serán penadas en la forma siguiente:
Con una multa correspondiente al sueldo de dos días, para los profesores que den tres clases a la semana.
Con multas correspondientes al sueldo de tres días, para los profesores que den una o dos clases por semana.
2. Las faltas de asistencia de los alumnos empleados del Departamento de Salubridad, serán penadas con medio día de haber por cada falta y serán tenidas en cuenta en la hoja de servicios correspondientes.
3. Las faltas justificadas quedarán "exentas" de las multas señaladas en los artículos anteriores, y se considerarán como justificadas las faltas motivadas por enfermedad, o por el desempeño de alguna comisión conferida en el Departamento.
4. Las faltas de asistencia de los alumnos no empleados del Departamento de Salubridad, se tendrán en cuenta en la hoja de servicio de los mismos, considerándoseles de la labor de cada uno de ellos.
5. Se borrarán de las listas a cualquier alumno que falte, sin justificación, a más del 30% del número de clases que se den en un mes.
6. Las faltas de disciplina de los alumnos empleados del Departamento de Salubridad serán castigados según su importancia, previo acuerdo entre el C. Jefe del Departamento y el Director de la Escuela.
7. Las faltas de disciplina de los alumnos no empleados en el Departamento, serán castigados con la suspensión temporal o definitiva, según lo amerite la gravedad de la falta.
8. La suspensión definitiva, sin embargo, sólo podrá ser ordenada previo acuerdo con el C. Jefe del Departamento.
9. Los hechos delictuosos cometidos por los alumnos en el local de la Escuela, o durante el desempeño de alguna comisión afuera de la misma o los que signifiquen falta de honorabilidad, serán castigados con la suspensión definitiva de los responsables, previo acuerdo de la Dirección de la Escuela con la jefatura del departamento. Los responsables podrán además ser perseguidos jurídicamente cuando la gravedad de los hechos así lo ameriten.

México, Julio 10 de 1926.

MODIFICACIONES AL REGLAMENTO DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD.

4.- Para inscribirse como alumno, son necesarios los requisitos siguientes:

- a) Tener la edad requerida por los Reglamentos de la Escuela, de conformidad con el curso que se desea seguir.
- b) Presentar la solicitud en la Secretaría de la escuela, acompañada de los siguientes documentos:
 - b.1) Título, o en su defecto copia certificada del mismo.
 - b.2) Certificado de honorabilidad suscrito por dos personas que merezcan confianza del Departamento.
- c) Certificado de buena salud, suscrito por los médicos legalmente titulados. Si el título del solicitante está registrado en la Secretaría General del Departamento, bastará que se haga constar en la solicitud la fecha del registro, no siendo ya preciso presentar el título ni la copia.
- d) Certificado de haber cursado la instrucción primaria superior, para los alumnos cuyos cursos no necesiten título, ni certificados de estudios especiales indispensables para la inscripción.

Nota.- Este documento se encuentra sin fecha y sin firma de nadie. (AHSSA. 1926)*

ANEXO # 6

REGLAMENTO PARA LOS SERVICIO DE ENFERMERÍA SANITARIA.

Diario Oficial de 26 de agosto de 1940.

DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

REGLAMENTO para los servicio de Enfermería Sanitaria.

Al margen un sello que dice Poder Ejecutivo Federal.- Estados Unidos Mexicanos.-México.-
Departamento de Salubridad Pública.

JOSE SIUROB, Jefe del Departamento de Salubridad Pública: En uso de las facultades que me confieren los artículos 9º. Del Código Sanitario Federal y 8º. Fracción V del Reglamento General del Departamento, he tenido a bien dictar el siguiente

REGLAMENTO PARA LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA SANITARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1º.- Los servicios de Enfermería Sanitaria tendrán a su cargo las actividades de higiene y de educación y propaganda higiénica que determine el Departamento de Salubridad Pública.

ARTÍCULO 2º.- Los Estados de la República colaborarán con los Servicios de Enfermería Sanitaria, conforme a lo que se especifique en los convenios sobre coordinación de actividades sanitarias.

ARTÍCULO 3º.- En el Distrito y Territorios Federales las dependencias acuerdo con los planes de trabajo que formularán anualmente y que deberán ser aprobados por el Departamento de Salubridad Pública.

CAPÍTULO II

De la organización de los Servicios de Enfermería Sanitaria

ARTÍCULO 4º.- La Dirección Técnica de los Servicios de Enfermería Sanitaria, estará a cargo de la oficina respectiva, la que formulará los instrumentos y demás disposiciones a que deban sujetarse las actividades de estos servicios.

ARTÍCULO 5º.- El número de enfermeras sanitarias será fijado de acuerdo con los presupuestos del Departamento, y los lineamientos generales de los planes de acción que se formulen por el Gobierno Federal y con la colaboración de los Estados de la República.

ARTÍCULO 6º.- Las enfermeras sanitarias estarán adscritas y dependerán, en la parte administrativa, de cada una de las oficinas del Departamento que tengan a su cargo el desarrollo de las actividades a que se refiere al artículo 1º. De este Reglamento.

ARTÍCULO 7º.- Los médicos, jefes de las oficinas a que estén adscritas enfermeras sanitarias, tienen la obligación de dirigir y encauzar las actividades de las enfermeras, de

ARTÍCULO 8º.- dicho médicos tiene, además, la obligación de dar el adiestramiento necesario a las enfermeras sanitarias, principalmente en aquellos puntos que ellas puedan desconocer teórica o prácticamente, teniendo en cuenta los instructivos generales que se hayan formulado por la Oficina de Dirección Técnica, y procurarán el constante mejoramiento de las enfermeras por medio de academias.

ARTÍCULO 9º.- La distribución de las enfermeras sanitarias se hará por los médicos encargados de las oficinas de que aquellas dependan, señalándoles la jurisdicción o zona dentro de la cual deban llevar a cabo sus labores, para lo que tendrán en cuenta, además de la competencia de las enfermeras, la situación de los centros poblados o rurales donde vayan a prestar sus servicios, las vías de comunicación y demás circunstancias.

ARTÍCULO 10º.- Cuando lo estimen necesario, los jefes de oficina solicitarán el cambio de las enfermeras sanitarias, siempre que sea para el mejoramiento de los servicios y dando, en todo caso, los motivos que tengan para solicitar el cambio.

CAPÍTULO III

De las Enfermeras Sanitarias.

ARTÍCULO 11.- Las enfermeras sanitarias se dividirán en dos grupos: enfermeras tituladas y enfermeras prácticas, no tituladas. Como después, periódicamente, que sufran las inmunizaciones y exámenes médicos, que estimen pertinentes, de acuerdo con los servicios que se les encomienden.

ARTÍCULO 12º.- Para las enfermeras tituladas se exigirá la presentación y registro del título en el Departamento de Salubridad pública. Para las no tituladas, se requiere la preparación indispensable, que se comprobará a juicio del Departamento, por medio de constancias de los servicios particulares, así como de los estudios que hayan hecho sobre enfermería.

ARTÍCULO 13º.- Las enfermeras, as u ingreso al Departamento, deberá tener una edad entre los 21 y los 45 años, y sujetarse al examen médico que acredite su capacidad para el desempeño de las labores que les encomienden.

ARTÍCULO 14º.- Las enfermeras sanitarias recibirán adiestramiento general que las capacite para resolver los problemas de enfermería sanitaria, en todos sus aspectos, de acuerdo con las necesidades del servicio y los reglamentos interiores del mismo.

ARTÍCULO 15º.- El escalafón de las enfermeras tituladas y no tituladas, se sujetará al Reglamento General de Escalafón del Departamento de Salubridad Pública, de acuerdo con lo que previene el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado.

ARTÍCULO 16º.- Cuando el Departamento de Salubridad lo exija, las enfermeras sanitarias concurrirán a los cursos de adiestramiento que se juzguen indispensables.

ARTÍCULO 17º.- Las enfermeras sanitarias tienen la obligación de sujetarse al presente Reglamento General de Enfermería Sanitaria y a los interiores de las oficinas donde presenten sus servicios.

ARTÍCULO 18.- El Departamento de jefe de esa sección deberá ser enfermera titulada.

ARTÍCULO 19.- Las enfermeras sanitarias tienen obligación de llevar, en los actos del servicio, el equipo necesario y portar el uniforme que señale el Departamento de Salubridad Pública.

ARTÍCULO 20.- Cuando el Departamento de Salubridad lo considere necesario, las enfermeras sanitarias desarrollarán las actividades sociales y culturales que se les encomienden.

ARTÍCULO 21.- Las enfermeras sanitarias están obligadas a desempeñar sus servicios en los lugares que designe el Departamento de Salubridad Pública.

ARTÍCULO 22.- Las enfermeras sanitarias están obligadas a rendir los informes de sus labores, con la debida oportunidad.

ARTÍCULO 23.- Las enfermeras sanitarias deben solicitar de la Jefatura del Servicio las orientaciones necesarias, cuando se trate de alguna labor que desconozcan.

CAPÍTULO IV

De las jefes de enfermeras.

ARTÍCULO 24.- En las oficinas en que el Departamento de Salubridad estime necesario se forme una Sección de Enfermería Sanitaria, la.

ARTÍCULO 25.- Las jefes de enfermeras tienen la obligación de acordar directamente con el jefe de la oficina respectiva, todo lo relacionado con los asuntos de enfermería sanitaria que les compete.

ARTÍCULO 26.- Las jefes de enfermeras están obligadas a colaborar con el jefe de la oficina correspondiente para formular el plan de trabajo que debe desarrollarse anualmente, de acuerdo con los instructivos generales formulados por la Oficina de la Dirección Técnica de Enfermería Sanitaria.

ARTÍCULO 27.- Las jefes de enfermeras deben trasladarse periódicamente a los lugares en donde haya personal de enfermeras, según la necesidad del servicio y de acuerdo con el plan aprobado de trabajo.

ARTÍCULO 28.- Las jefes de enfermeras están obligadas a desempeñar las comisiones que les sean confiadas por los jefes inmediatos.

ARTÍCULO 29.- Las jefes de enfermeras tienen además, las obligaciones que se especifican en los siguientes incisos y según lo acordado en los planes de trabajo aprobados:

- a).- Acompañar a las enfermeras en el desempeño de sus labores, a fin de orientarlas y darles las enseñanzas técnicas necesarias;
- b).- Acompañar a los supervisores cuando hagan visitas relativas al servicio de enfermería sanitaria;
- c).- Presentar a los Jefes inmediatos Servicio de los Poderes de la Unión todas las iniciativas de la incumbencia del servicio de enfermería sanitaria;
- d).- Exigir que los servicios de enfermería sanitaria sean hechos por las enfermeras en el menor tiempo posible y dentro de las técnicas y acuerdos aprobados;
- e).- Gestionar ante el jefe inmediato o con autorización de este y de las autoridades respectivas, toda clase de ayuda para la buena marcha y mejoramiento del servicio.
- f).- Rendir a su debido tiempo, los informes del servicio al jefe de la oficina respectiva, con especificación de las labores desarrolladas por cada una de las enfermeras sanitarias y emitiendo su opinión acerca de su actuación y eficiencia.

ARTÍCULO 30.- En los servicios en que haya dos o más enfermeras, de igual categoría, las de menor preparación estarán supeditadas técnica y administrativamente a la enfermera que, a juicio del jefe de la oficina respectiva, tenga mayor antigüedad y preparación.

CAPÍTULO V De las infracciones.

ARTÍCULO 31.- Las infracciones al presente Reglamento serán sancionadas de acuerdo con lo que previene el Código Sanitario y los Reglamentos del Departamento teniendo en cuenta, además las disposiciones relativas del Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Ejecutivo que desarrollen actividades similares, colaborarán con el Departamento de Salubridad Pública según lo que se disponga sobre el particular por el C. Presidente de la República.

TRANSITORIO

ÚNICO.- Este reglamento entrará en vigor en el Distrito Federal, al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y fuera del Distrito Federal treinta días después de esa fecha, quedando sin valor las disposiciones que puedan oponerse al mismo.

México, Distrito Federal, a los ocho días del mes de agosto de mil novecientos cuarenta.- El Jefe del Departamento, José Siurob.- Rúbrica.

ANEXO # 7
CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
1954-1962

CAUSAS	TASA*
Diarrea y Gastroenteritis	151.8
Neumonía	78.2
Tosferina	54.7
Tuberculosis	23.6
Poliomielitis	5.6
Accidentes **	-----

Fuente: Viesca. Historia de la Salud Pública en México.1985, pág. 125.

* Tasa por 100 000 habitantes

** Incluye accidentes en el hogar, tránsito y en el trabajo.

---- El autor menciona que ocupó el sexto lugar aun cuando no cita la tasa que presentó

ANEXO # 8
PRIMER PLAN DE ESTUDIO
CARRERA DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. 1967

Primer Semest. 16 Semanas	Segundo Semest. 16 Semanas	Tercer Semest. 16 Semanas
Anatomía y nociones de citología e Histología. Microbiología, Parasitología e Introducción a la Salud Pública. Propedéutica de Enfermería. Historia de la Enfermería. Etiologías técnicas Principios de Ética Total 72 Horas	Fisiología, Biofísica y Bioquímica Introducción a la Enfermería Médico Quirúrgica. Propedéutica de Enfermería Iniciación a la Psicología Introducción Socio Antropológica Total 76 Horas	Elementos De Patología Médico Quirúrgica Enfermería Médico Quirúrgica Farmacología Dietología Total 43 Horas
Cuarto Semest. 8 Semanas	Quinto Semest. 8 Semanas	Sexto Semest. 8 Semanas
Elementos de Patología Médico Quirúrgico Enfermería Médico Quirúrgica Psicología e Higiene Mental. Salud Pública y Trabajo Social. Total 73 Horas	Enfermería Materno Infantil. Deontología y Legislación Pediatría y Elementos de Patología Pediátrica Enfermería Pedlátrica. Sociología y Problemas Sociales Total 74 Horas	Elementos De Psiquiatría Enfermería Psiquiátrica Principios DE Administración. Técnicas de la Enseñanza. Enfermería Sanitaria. Total 68 Horas
Séptimo Semestre.	Octavo Semestre	
Teoría de Gineco-Obstetricia Clínica de Gineco-Obstetricia Pediatria	Técnica de Gineco-Obstetricia Clínica de Gineco-Obstetricia. Patología Médico Quirúrgica	

FUENTE: Corona S. Juan. La Formación Profesional del Personal de Enfermería. Estudio Monográfico. Tesis de Licenciatura. UNAM. México. 1977. PÁG 8

ANEXO # 9

GUÍA PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A.- Valoración de Enfermería:

1. Los datos obtenidos son completos y multifocales
2. Se utilizan diversas fuentes para obtener la información
3. Se utilizan instrumentos expofesos para la obtención de la información
4. Los datos son objetivos
5. Se recurre a información actualizada

B.- Análisis/Síntesis:

1. Los datos son clasificados y asimilados
2. Se identifican los vacíos y las incongruencias de la Información
3. Se identifican los patrones de conducta

C.- Diagnóstico de Enfermería:

1. Conciso y completo
2. Centrado en el enfermo, específico y exacto
3. Se establece como un enunciado descriptivo y etiológico
4. Proporciona dirección a la Intervención de la enfermera

D.- Metas y Objetivos:

1. Metas
2. Objetivos

E.- Planes, Ejecución y Fundamento Científico:

1. Planes (Órdenes de Enfermería)
2. Fundamento Científico
3. Evaluación de Enfermería

Fuente: Griffith y Christensen. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. Manual Moderno. México. 1986. Pág. 361

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) ACUÑA MONTEVERDE HECTOR Y COLABORADORES CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 4ª. ED. PUBLICACIÓN TÉCNICA NUM. 1. S.S.A. MÉXICO. 1990
- 2) ALVAREZ ALVA RAFAEL. SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V. MÉXICO. 1991
- 3) ALVAREZ G.R., MOLINA ALAMILLA D., PÉREZ LOREDO D. LUZ. REGLAMENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA. 1880 - 1923 Y CRÓNICAS DE ENFERMERÍA 1905 - 1975. FUENTES PARA LA HISTORIA DE SALUD Y DE ENFERMERÍA EN MÉXICO. S XIX - XX. SECRETARÍA DE SALUD XLV ANIVERSARIO (1943 - 1988).No. 2. MÉXICO. 1988.
- 4) ÁLVAREZ MANILLA J.M. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. SSA. MÉXICO. 1980
- 5) ARRIARÁN S. Y SARABIA J. R. (COMPILADORES). HERMENÉUTICA, EDUCACIÓN Y ÉTICA DISCURSIVA. (EN TORNO AL DEBATE CON KARL - OTTO APEL). UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. FILOSOFÍA. MÉXICO. 1995.
- 6) BAZANT MÍLADA DEBATE PEDAGÓGICO DURANTE EL PORFIRIATO. ANTOLOGÍA. SEP. EL CABALLITO. MÉXICO. 19853
- 7) BEUCHOT MAURICIO. TRATADO DE HERMENÉUTICA ANALÓGICA. UNAM. MÉXICO. 1997
- 8) BEOCHOT ET. AL. LOS MÁRGENES DE LA INTERPRETACIÓN: HACIA UN MODELO ANALÓGICO DE LA HERMENÉUTICA. CUADERNOS DE FILOSOFÍA # 25. UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. MÉXICO. 1995.
- 9) BLANCO MOHENO ROBERTO. CRÓNICA DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA. TOMO I . 14ª ED. LIBRO MEX, EDITORES. MÉXICO. 1980.
- 10) BUSTOS CASTRO RENE Y COLABORADORES. MEDICINA PREVENTIVA. EDITORES DISTRIBUIDOS. MÉXICO. SIN FECHA.
- 11) CARRILLO AVELAR A., ESCAMILLA S.J., MENESES D.G. ANTOLOGIA DE TEORIA PEDAGÓGICA II. UNAM/ ENEP A. MÉXICO, 1993.
- 12) CARMONA F., MONTAÑO G. , CARRIÓN J. Y AGUILAR A. EL MILAGRO MEXICANO. 17ª. ED. NUESTRO TIEMPO. MÉXICO. 1995.
- 13) CASTAÑEDA HIRRO. HERNANDEZ TESOQUIPA. ÁVILA. MC DERMIT. ENFERMERÍA ¿CADENA O CAMINO? AAPAUNAM. UNAM. MÉXICO. SIN FECHA.
- 14) CHILAM BALAM. EL LIBRO DE LOS LIBROS. LECTURAS MEXICANAS # 38. SEP. MÉXICO. 1984.

- 15) COLLIÈRE MARIE- FRANÇOISE. PROMOVER LA VIDA. INTERAMERICANA MCGRAW-HILL ESPAÑA. 1993.
- 16) DELVAL JUAN. CRECER Y PENSAR. LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA ESCUELA. PAIDÓS. MÉXICO. 1997
- 17) DELGADO DE C. GLORIA. HISTORIA DE MÉXICO 1. EL PROCESO DE GESTIÓN DE UN PUEBLO. ALAHAMBRA MEXICANA. MÉXICO. 1993.
- 18) ECO UMBERTO. SEBEOK THOMAS A. (EDS). EL SIGNO DE LOS TRES. DUPIN. HOLMES. PIERCE. LUMEN. ESPAÑA. 1989. PP. 116- 163. CAP. IV.
- 19) ELU MA. DEL CARM,EN Y OTERO LEÑERO LUIS. DE CARNE Y HUESO. ESTUDIOS SOCIALES SOBRE GÉNERO Y REPRODUCCIÓN: FAMILIA, GENERACIONES, FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN, ABORTO Y MUERTE - ESTUDIOS DE CASO -. INSTITUTO MEXICANO DE ESTUDIOS SOCIALES, A.C. MÉXICO. 1992
- 20) FERNANDEZ DEL CASTILLO FRANCISCO. HISTORIA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MÉXICO. FOURNIER S.A. MÉXICO. 1956
- 21) FREIRE P. LA EDUCACIÓN COMO PRÁCTICA DE LA LIBERTAD. 17ª. DE. SIGLO XXI. MÉXICO. 1976.
- 22) FREIRE P. LA PEDAGOGÍA DEL OPRIMIDO. SIGLO XXI. MÉXICO. 1990.
- 23) GAGLIANO DIANA. QUE PASA CON LA MUJER. ENFOQUE SOCIOLÓGICO. EDICIONES DEPALMA. BUENOS AIRES, ARGENTINA. 1991.
- 24) GARCÍA STAHL C. Y VOSS DEL SOL E. E. SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD DE MÉXICO. 2ª ED. UNAM.DIRECCIÓN GENERAL DE ORINETACIÓN VOCACIONAL. MÉXICO. 1978.
- 25) GIMENO SACRITÁN JOSÉ. TEORIA DE LA ENSEÑANZA Y DESARROLLO DEL CURRÍCULUM. EDICIONES ANAYA S.A. MADRID. 1989
- 26) GIROUX. TEORIA Y RESISTENCIA EN EDUCACIÓN. SIGLO XXI. MÉXICO. 1992.
- 27) GONZÁLEZ CASANOVA PABLO. PABLO GONZÁLEZ CASANOVA. 6 DE MAYO DE 1970, 7 DE DICIEMBRE DE 1972. UNAM. MÉXICO. 1983.
- 28) GONZÁLEZ CASANOVA Y FLORESCANO ENRIQUE (COORDINADORES). MÉXICO, HOY 5ª ED. SIGLO XXI. MÉXICO.1981
- 29) GONZÁLEZ GORTÁZAR FERNANDO. LA ARQUITECTURA MEXICANA DEL SIGLO XX. CONSEJO NACIONAL PARA LA CULTURA Y LAS ARTES. MÉXICO. 1996.

- 30) GONZÁLEZ RIVERA G.Y TORRES C.A. (COORDINADORES). SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. CORRIENTES CONTEMPORANEAS. CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATIVOS. MÉXICO. 1981.
- 31) GONZÁLEZ TORRES YÓLOTL. EL CULTO A LOS ASTROS ENTRE LOS MEXICANOS. SEP DIANA. MÉXICO. 1995
- 32) GRACIDA ROMO ELSA MARGARITA. EL PROGRAMA INDUSTRIAL DE LA REVOLUCIÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1990.
- 33) HUMBOLDT ALEJANDRO DE. ENSAYO POLÍTICO SOBRE EL REINO DE LA NUEVA ESPAÑA. PORRÚA, S.A. MÉXICO. 1984.
- 34) JAMEISON, SEWALL, SHURIE, MAZA BRITO. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. 7ª ED. INTERAMERICANA. MÉXICO. 1985
- 35) KENT SERNA ROLLIN. MODERNIZACIÓN CONSERVADORA Y CRISIS ACADÉMICA EN LA UNAM. NUEVA IMAGEN MÉXICO. 1990.
- 36) KERMIS S. EL CURRÍCULUM: MAS ALLÁ DE LA TEORÍA DE LA REPRODUCCIÓN. 2ª ED. MORATA. ESPAÑA. 1992.
- 37) KROEGER AXEL Y LUNA RONALDO. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. PRINCIPIOS Y MÉTODOS. 2ª. DE. OPS. PAX. MÉXICO. 1992.
- 38) LANGAGNE ET AL (COMPILADORES). COMO UNA PIEDRA QUE RUEDA. REFLEXIONES DE NUESTRO ESPACIO CULTURAL. UAM. GERNIKA. MÉXICO. 1990.
- 39) LEÓN-PORTILLA MIGUEL. LOS ANTIGUOS MEXICANOS. F.C.E. MÉXICO. 1996
- 40) LICEÁGA EDUARDO DR., FERNANDES DEL CASTILLO F. (ARREGLO, PRELIMINARES Y NOTAS) MIS RECUERDOS DE OTROS TIEMPOS. TALLERES GRÁFICOS DE LA NACIÓN. MÉXICO. 1978.
- 41) LÓPEZ GAYTÁN Y LIZÁRRAGA. SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. UNAM/ENEP Z. MÉXICO.1993.
- 42) LUNDGREN U.P. TEORÍA DEL CURRÍCULUM Y ESCOLARIZACIÓN. MORATA. ESPAÑA. 1992.
- 43) MARTINEZ CORTÉS FERNANDO. DE LOS MIASMAS Y EFLUVIOS AL DESCUBRIMIENTO DE LAS BACTERIAS PATÓGENAS. LOS PRIMEROS CINCUENTA AÑOS DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD. BRISTOL - MYERS SQUIBB DE MEXICO S.A. DE C.V. MÉXICO. 1993.
- 44) MARTINEZ B (COORDINADORA), LATAPI, HERNÁNDEZ T., RODRIGUEZ. SOCIOLOGÍA DE UNA PROFESIÓN. EL CASO DE ENFERMERÍA. EDICIONES NUEVO MAR S.A. DE C.V. MÉXICO. 1985.

- 45) MEDINA JOSÉ LUIS. LA PEDAGOGÍA DEL CUIDADO. SABERES Y PRÁCTICAS EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA. EDITORIAL LAERTES. BARCELONA, ESPAÑA. 1999.
- 46) MONROY HUITRÓN GUADALUPE. POLÍTICA EDUCATIVA DE LA REVOLUCIÓN, 1910 - 1940. SEP. CIEN DE MÉXICO. MÉXICO. 1985.
- 47) OREM DOROTHEA E. ARTE Y CIENCIA DE LA ENFERMERÍA HUMANÍSTICA. TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTO - CUIDADO EN ENFERMERÍA. INTERAMERICA. MÉXICO. 1995.
- 48) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ATENCIÓN PRIMARIA MATERNO INFANTIL. OPS/ OMS. SERIE PALTEX. 1986.
- 49) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ENFOQUE DE RIESGO. OPS / OMS. 1980.
- 50) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. GÉNERO, MUJER Y SALUD EN LAS AMÉRICAS. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA # 541. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. WASHINGTON, D.C. E.U.A. 1993.
- 51) OVALLE (COORDINADOR). BASES ESENCIALES EN MÉXICO. # 4 SALUD. COPLAMAR. SIGLO XXI. 1985
- 52) PACHECO MENDEZ TERESA. LA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA EN CIENCIAS SOCIALES. SU PROMOCIÓN Y EVALUACIÓN. CESE. UNAM. MIGUEL PURRÚA. MÉXICO. 1997.
- 53) REYES ALFONSO. VISIÓN DEL ANÁHUAC. S.E.P. MÉXICO. 1983
- 54) REYES TRIGOS CLAUDIA. ALFONSO REYES Y LA EDUCACIÓN. ANTOLOGÍA PREPARADA POR. S.E.P. EDICIONES EL CABALLITO. MÉXICO. 1985.
- 55) ROJAS SORIANO RAÚL. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. 3ª ED. FOLIO EDICIONES. MÉXICO. 1985.
- 56) ROJAS SORIANO RAÚL. CRISIS, SALUD, ENFERMEDAD Y PRÁCTICA MÉDICA. EDITORES PLAZA Y VALDES. MÉXICO. 1990.
- 57) SAHAGÚN BERNARDINO FR. HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE NUEVA ESPAÑA. PORRÚA, S.A. MÉXICO. 1979
- 58) SÁNCHEZ I. Y MAYA J.M. LA ENFERMERA Y ATENCIÓN PRIMARIA. ENFERMERAS. REVISTA DEL COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS. AÑO XXIX. SEP.- DIC. 1990. PP. 20-22

- 59) SANTONI RUGIU ANTONIO. HISTORIA SOCIAL DE LA EDUCACIÓN. VOL. 1 Y 2 DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA EDUCACIÓN MODERNA A LA EDUCACIÓN DE NUESTROS DÍAS. INSTITUTO MICHOACANO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. MÉXICO. 1996
- 60) SARUKAN KÉRMEZ J. CIUDAD UNIVERSITARIA. PENSAMIENTO, ESPACIO Y TIEMPO. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1994.
- 61) SILVA HERZOG JESÚS. BREVE HISTORIA DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA. LA ETAPA CONSTITUCIONALISTA Y LA LUCHA DE FACCIÓNES. 9ª ED. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. MÉXICO. 1990
- 62) SOBERON ACEVEDO Y COL. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. COMISIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1984.
- 63) SOBERON ACEVEDO G. Y RUIZ FERNANDEZ D. LA UNIVERSIDAD Y EL CAMBIO SOCIAL. UNAM. DIFUSIÓN CULTURAL. MÉXICO. 1978
- 64) SOBERON ACEVEDO G, ET EL. LA UNIVERSIDAD AHORA. ANOTACIONES, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES. EL COLEGIO NACIONAL. MÉXICO. 1983.
- 65) SÓFOCLES, PLATÓN, ARISTÓTELES, MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE LA MATERIA DE IDEAS E INSTITUCIONES POLÍTICAS Y SOCIALES I. ITAM. MÉXICO. 1996.
- 66) SOLANA.F., CARDIEL R. R. Y BOLAÑOS M. R. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA EN MÉXICO. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. SEP. MÉXICO. 1997.
- 67) SOMOLINOS PALENCIA JUAN. "UNA ANTIGUA JORNADA ACADÉMICA" (LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO, 1836). ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. RESEÑA HISTÓRICA # 1. MÉXICO. 1979.
- 68) SORIANO RAMIREZ ROSA MARÍA. ANTECEDENTES SOCIO ECONÓMICOS Y POLÍTICOS PARA EL SURGIMIENTO DE LA MAESTRÍA DE ENSEÑANZA SUPERIOR DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA UNAM. TESIS DE LICENCIATURA. UNAM. MÉXICO. 1989
- 69) STENHOUSE L. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL CURRÍCULUM. 3ª ED. MORATA. MADRID, ESPAÑA. 1991.
- 70) VÁZQUEZ J.Z., TANCK DE E. D., STAPLES A. Y ARCE G. F. ENSAYOS SOBRE HISTORIA DE LA EDUCACIÓN EN MÉXICO. COLEGIO DE MÉXICO. MÉXICO. 1996.
- 71) ZERTUCHE FERNANDO. LUIS CABRERA: UNA VISIÓN DE MÉXICO. S.E.P. MÉXICO. 1988
- 72) ACUÑA MONTEVERDE HECTOR Y COLABORADORES. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 4ª. ED. PUBLICACIÓN TÉCNICA NUM. 1. S.S.A. MÉXICO. 1990

- 73) ALVAREZ ALVA RAFAEL. SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V. MÉXICO. 1991
- 74) ALVAREZ G.R., MOLINA ALAMILLA D., PÉREZ LOREDO D. LUZ. REGLAMENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA. 1880 - 1923 Y CRÓNICAS DE ENFERMERÍA 1905 - 1975. FUENTES PARA LA HISTORIA DE SALUD Y DE ENFERMERÍA EN MÉXICO. S XIX - XX. SECRETARÍA DE SALUD XLV ANIVERSARIO (1943 - 1988).No. 2. MÉXICO. 1988.
- 75) ÁLVAREZ MANILLA J.M. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. SSA. MÉXICO. 1980
- 76) ARRIARÁN S. Y SARABIA J. R. (COMPILADORES). HERMENÉUTICA, EDUCACIÓN Y ÉTICA DISCURSIVA. (EN TORNO AL DEBATE CON KARL - OTTO APEL). UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. FILOSOFÍA. MÉXICO. 1995.
- 77) BAZANT MÍLADA DEBATE PEDAGÓGICO DURANTE EL PORFIRIATO. ANTOLOGÍA. SEP. EL CABALLITO. MÉXICO. 19853
- 78) BEUCHOT MAURICIO. TRATADO DE HERMENÉUTICA ANALÓGICA. UNAM. MÉXICO. 1997
- 79) BEOCHOT ET. AL. LOS MÁRGENES DE LA INTERPRETACIÓN: HACIA UN MODELO ANALÓGICO DE LA HERMENÉUTICA. CUADERNOS DE FILOSOFÍA # 25. UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. MÉXICO. 1995.
- 80) BLANCO MOHENO ROBERTO. CRÓNICA DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA. TOMO I . 14ª ED. LIBRO MEX, EDITORES. MÉXICO. 1980.
- 81) BUSTOS CASTRO RENE Y COLABORADORES. MEDICINA PREVENTIVA. EEDITORES DISTRIBUIDOS. MÉXICO. SIN FECHA.
- 82) CARRILLO AVELAR A., ESCAMILLA S.J., MENESES D.G. ANTOLOGIA DE TEORIA PEDAGÓGICA II. UNAM/ ENEP A. MÉXICO, 1993.
- 83) CARMONA F., MONTAÑO G. , CARRIÓN J. Y AGUILAR A. EL MILAGRO MEXICANO. 17ª. ED. NUESTRO TIEMPO. MÉXICO. 1995.
- 84) CASTAÑEDA HIRRO. HERNANDEZ TESOQUIPA. ÁVILA. MC DERMIT. ENFERMERÍA ¿CADENA O CAMINO? AAPAUNAM. UNAM. MÉXICO. SIN FECHA.
- 85) CHILAM BALAM. EL LIBRO DE LOS LIBROS. LECTURAS MEXICANAS # 38. SEP. MÉXICO. 1984.
- 86) DELVAL JUAN. CRECER Y PENSAR. LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA ESCUELA. PAIDÓS. MÉXICO. 1997
- 87) DELGADO DE C. GLORIA. HISTORIA DE MÉXICO 1. EL PROCESO DE GESTIÓN DE UN PUEBLO. ALAHAMBRA MEXICANA. MÉXICO. 1993.

- 88) ECO UMBERTO. SEBEOK THOMAS A. (EDS). EL SIGNO DE LOS TRES. DUPIN. HOLMES. PEIRCE. LUMEN. ESPAÑA. 1989. PP. 116- 163. CAP. IV.
- 89) ELU MA. DEL CARMEN Y OTERO LEÑERO LUIS. DE CARNE Y HUESO. ESTUDIOS SOCIALES SOBRE GÉNERO Y REPRODUCCIÓN: FAMILIA. GENERACIONES. FECUNDIDAD. ANTICONCEPCIÓN, ABORTO Y MUERTE - ESTUDIOS DE CASO -. INSTITUTO MEXICANO DE ESTUDIOS SOCIALES, A.C. MÉXICO. 1992
- 90) FERNANDEZ DEL CASTILLO FRANCISCO. HISTORIA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MÉXICO. FOURNIER S.A. MÉXICO. 1956
- 91) FREIRE P. LA EDUCACIÓN COMO PRÁCTICA DE LA LIBERTAD. 17ª. DE. SIGLO XXI. MEXICO. 1976.
- 92) FREIRE P. LA PEDAGOGÍA DEL OPRIMIDO. SIGLO XXI. MÉXICO. 1990.
- 93) GAGLIANO DIANA. QUE PASA CON LA MUJER. ENFOQUE SOCIOLOGICO. EDICIONES DEPALMA. BUENOS AIRES, ARGENTINA. 1991.
- 94) GARCÍA STAHL C. Y VOSS DEL SOL E. E. SÍNTEISIS HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD DE MÉXICO. 2ª ED. UNAM. DIRECCIÓN GENERAL DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL. MÉXICO. 1978.
- 95) GIMENO SACRITÁN JOSÉ. TEORIA DE LA ENSEÑANZA Y DESARROLLO DEL CURRÍCULUM. EDICIONES ANAYA S.A. MADRID. 1989
- 96) GIROUX. TEORIA Y RESISTENCIA EN EDUCACIÓN. SIGLO XXI. MÉXICO. 1992.
- 97) GONZÁLEZ CASANOVA PABLO. PABLO GONZÁLEZ CASANOVA. 6 DE MAYO DE 1970, 7 DE DICIEMBRE DE 1972. UNAM. MÉXICO. 1983.
- 98) GONZÁLEZ CASANOVA Y FLORESCANO ENRIQUE (COORDINADORES). MÉXICO, HOY 5ª ED. SIGLO XXI. MÉXICO. 1981
- 99) GONZÁLEZ GORTÁZAR FERNANDO. LA ARQUITECTURA MEXICANA DEL SIGLO XX. CONSEJO NACIONAL PARA LA CULTURA Y LAS ARTES. MÉXICO. 1996.
- 100) GONZÁLEZ RIVERA G.Y TORRES C.A. (COORDINADORES). SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. CORRIENTES CONTEMPORANEAS. CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATIVOS. MÉXICO. 1981.
- 101) GONZÁLEZ TORRES YÓLOTL. EL CULTO A LOS ASTROS ENTRE LOS MEXICAS. SEP DIANA. MÉXICO. 1995
- 102) GRACIDA ROMO ELSA MARGARITA. EL PROGRAMA INDUSTRIAL DE LA REVOLUCIÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1990.

- 103) HUMBOLDT ALEJANDRO DE. ENSAYO POLÍTICO SOBRE EL REINO DE LA NUEVA ESPAÑA. PORRÚA, S.A. MÉXICO. 1984.
- 104) JAMEISON, SEWALL, SHURIE, MAZA BRITO. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. 7ª ED. INTERAMERICANA. MÉXICO. 1985
- 105) KENT SERNA ROLLIN. MODERNIZACIÓN CONSERVADORA Y CRISIS ACADÉMICA EN LA UNAM. NUEVA IMAGEN MÉXICO. 1990.
- 106) KERMIS S. EL CURRÍCULUM: MAS ALLÁ DE LA TEORÍA DE LA REPRODUCCIÓN. 2ª ED. MORATA. ESPAÑA. 1992.
- 107) KROEGER AXEL Y LUNA RONALDO. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. PRINCIPIOS Y MÉTODOS. 2ª. DE. OPS. PAX. MÉXICO. 1992.
- 108) LANGAGNE ET AL (COMPILADORES). COMO UNA PIEDRA QUE RUEDA. REFLEXIONES DE NUESTRO ESPACIO CULTURAL. UAM. GERNIKA. MÉXICO. 1990.
- 109) LEÓN-PORTILLA MIGUEL. LOS ANTIGUOS MEXICANOS. F.C.E. MÉXICO. 1996
- 110) LICEÁGA EDUARDO DR., FERNANDES DEL CASTILLO F. (ARREGLO, PRELIMINARES Y NOTAS) MIS RECUERDOS DE OTROS TIEMPOS. TALLERES GRÁFICAS DE LA NACIÓN. MÉXICO. 1978.
- 111) LÓPEZ GAYTÁN Y LIZÁRRAGA. SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. UNAM/ENEP Z. MÉXICO.1993.
- 112) LUNDGREN U.P. TEORÍA DEL CURRÍCULUM Y ESCOLARIZACIÓN. MORATA. ESPAÑA. 1992.
- 113) MARTINEZ CORTÉS FERNANDO. DE LOS MISMAS Y EFLUVIOS AL DESCUBRIMIENTO DE LAS BACTERIAS PATÓGENAS. LOS PRIMEROS CINCUENTA AÑOS DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD. BRISTOL - MYERS SQUIBB DE MÉXICO S.A. DE C.V. MÉXICO. 1993.
- 114) MARTINEZ B (COORDINADORA), LATAPI, HERNÁNDEZ T., RODRIGUEZ. SOCIOLOGÍA DE UNA PROFESIÓN. EL CASO DE ENFERMERÍA. EDICIONES NUEVO MAR S.A. DE C.V. MÉXICO. 1985.
- 115) MONROY HUITRÓN GUADALUPE. POLÍTICA EDUCATIVA DE LA REVOLUCIÓN. 1910 - 1940. SEP. CIEN DE MÉXICO. MÉXICO. 1985.
- 116) OREM DOROTHEA E. ARTE Y CIENCIA DE LA ENFERMERÍA HUMANÍSTICA. TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTO - CUIDADO EN ENFERMERÍA. INTERAMERICA. MÉXICO. 1995.
- 117) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ATENCIÓN PRIMARIA MATERNO INFANTIL. OPS/ OMS. SERIE PALTEX. 1986.

- 118) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ENFOQUE DE RIESGO. OPS / OMS. 1980.
- 119) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. GÉNERO, MUJER Y SALUD EN LAS AMÉRICAS. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA # 541. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. WASHINGTON, D.C. E.U.A. 1993.
- 120) OVALLE (COORDINADOR). BASES ESENCIALES EN MÉXICO. # 4 SALUD. COPLAMAR. SIGLO XXI. 1985
- 121) PACHECO MENDEZ TERESA. LA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA EN CIENCIAS SOCIALES. SU PROMOCIÓN Y EVALUACIÓN. CESE. UNAM. MIGUEL PURRÚA. MÉXICO. 1997.
- 122) REYES ALFONSO. VISIÓN DEL ANÁHUAC. S.E.P. MÉXICO. 1983
- 123) REYES TRIGOS CLAUDIA. ALFONSO REYES Y LA EDUCACIÓN. ANTOLOGÍA PREPARADA POR. S.E.P. EDICIONES EL CABALLITO. MÉXICO. 1985.
- 124) ROJAS SORIANO RAÚL. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. 3ª ED. FOLIO EDICIONES. MÉXICO. 1985.
- 125) ROJAS SORIANO RAÚL. CRISIS, SALUD, ENFERMEDAD Y PRÁCTICA MÉDICA. EDITORES PLAZA Y VALDES. MÉXICO. 1990.
- 126) SAHAGÚN BERNARDINO FR. HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE NUEVA ESPAÑA. PORRÚA, S.A. MÉXICO. 1979
- 127) SÁNCHEZ I. Y MAYA J.M. LA ENFERMERA Y ATENCIÓN PRIMARIA. ENFERMERAS. REVISTA DEL COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS. AÑO XXIX. SEP.- DIC. 1990. PP. 20-22
- 128) SANTONI RUGIU ANTONIO. HISTORIA SOCIAL DE LA EDUCACIÓN. VOL. 1 Y 2 DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA EDUCACIÓN MODERNA A LA EDUCACIÓN DE NUESTROS DÍAS. INSTITUTO MICHOACANO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. MÉXICO. 1996
- 129) SARUKAN KÉRMEZ J. CUIDAD UNIVERSITARIA, PENSAMIENTO, ESPACIO Y TIEMPO. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1994.
- 130) SILVA HERZOG JESÚS. BREVE HISTORIA DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA. LA ETAPA CONSTITUCIONALISTA Y LA LUCHA DE FACCIÓNES. 9ª ED. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. MÉXICO. 1990
- 131) SOBERÓN ACEVEDO Y COL. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. COMISIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO. 1984.

132) SOBERON ACEVEDO G. Y RUIZ FERNANDEZ D. LA UNIVERSIDAD Y EL CAMBIO SOCIAL. UNAM. DIFUSIÓN CULTURAL. MÉXICO. 1978

133) SOBERON ACEVEDO G, ET EL. LA UNIVERSIDAD AHORA. ANOTACIONES, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES. EL COLEGIO NACIONAL. MÉXICO. 1983.

134) SÓFOCLES, PLATÓN, ARISTÓTELES. IDEAS E INSTITUCIONES POLÍTICAS Y SOCIALES I. ITAM.MÉXICO. 1996.

135) SOLANA.F., CARDIEL R. R. Y BOLAÑOS M. R. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA EN MÉXICO. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. SEP. MÉXICO. 1997.

136) SOMOLINOS PALENCIA JUAN. "UNA ANTIGUA JORNADA ACADÉMICA" (LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO, 1836). ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. RESEÑA HISTÓRICA # 1. MÉXICO. 1979.

137) SORIANO RAMIREZ ROSA MARÍA. ANTECEDENTES SOCIO ECONÓMICOS Y POLÍTICOS PARA EL SURGIMIENTO DE LA MAESTRÍA DE ENSEÑANZA SUPERIOR DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA UNAM. TESIS DE LICENCIATURA. UNAM. MÉXICO. 1989

138) STENHOUSE L. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL CURRÍCULUM. 3ª ED. MORATA. MADRID, ESPAÑA. 1991.

139) VÁZQUEZ J.Z., TANCK DE E. D., STAPLES A. Y ARCE G. F. ENSAYOS SOBRE HISTORIA DE LA EDUCACIÓN EN MÉXICO. COLEGIO DE MÉXICO. MÉXICO. 1996.

140) ZERTUCHE FERNANDO. LUIS CABRERA: UNA VISIÓN DE MÉXICO. S.E.P. MÉXICO. 1988

PUBLICACIONES PERIODICAS

1) REVISTA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA. EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MÉXICO.VOL. XXXIX. NÚM. 153. JULIO - SEPT. 1980

2) SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. MORALES MENESES JAVIER. LA CONGREGACIÓN Y HOSPITAL DE SAN PEDRO. VOL. 26. NÚM. 2. MARZO- ABRIL. 1984.

3) SERIE PALTEX MANUAL PARA LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO. OPS. OMS. 1983.

4) MODELOS DE ENFERMERÍA. ANTOLOGÍA. ENEO. FES Z. 1996. IMPRESO DE APOYO DIDÁCTICO.

- 5) ENFERMERAS. REVISTA DEL COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS. ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. OPS. OMS, AÑO XXIX. ENERO- ABRIL. MÉXICO. 1990. P.P. 14-16.
- 6) REVISTA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA. EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MÉXICO. VOL. XXXIX. NÚM. 153. JULIO - SEPT. 1980
- 7) SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. MORALES MENESES JAVIER. LA CONGREGACIÓN Y HOSPITAL DE SAN PEDRO. VOL. 26. NÚM. 2. MARZO- ABRIL. 1984.
- 8) SERIE PALTEX. MANUAL PARA LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO. OPS. OMS. 1983.
- 9) MODELOS DE ENFERMERÍA. ANTOLOGÍA. ENEO. FES Z. 1996. IMPRESO DE APOYO DIDÁCTICO.
- 10) ENFERMERAS. REVISTA DEL COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS. ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. OPS. OMS, AÑO XXIX. ENERO- ABRIL. MÉXICO. 1990. P.P. 14-16.

OTRAS PUBLICACIONES

- 1) MEMORIAS. PRIMER FORO ACADÉMICO LABORAL ENEP. FORO UNIVERSITARIO. STUNAM.
- 2) PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. ENEO/UNAM. 1995.
- 3) PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. ENEO/UNAM. 1996.
- 4) PROGRAMAS BÁSICOS PERMANENTES DE TRABAJO. SPAPS. ENEO. 1994.
- 5) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD. SSA. MÉXICO. 1997
- 6) WEISS, EDUARDO. "HERMENÉUTICA CRÍTICA Y CIENCIAS SOCIALES. (FOTOCOPIA). MÉXICO. DIE-CINVEAV - IPN. 1983. PARÁGRAFOS 2, 3, 7 Y 8
- 7) ARCHIVO HISTÓRICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. APARTADO. EMPLEADOS DE HOSPITALES. ÉPOCA: DE 1857 A 1876. EXP. 4, 5, 7, 139, 232, 283, 293, 296, 345, 358, 361, 366, 376, 383, 919, 920, 921
- 8) ARCHIVO HISTÓRICO DE LA SSA FONDO: SALUBRIDAD PÚBLICA. SECCIÓN: PRESIDENCIA. SERIE: SECRETARÍA. CAJA: 1, EXPEDIENTES: 40, 45, 50 Y 55; CAJA 2, EXPEDIENTES: 1, 14, 20, 38, 60 Y 62; CAJ 3, EXPEDIENTES: 4, 8 Y 67. SERIE: CONSEJO

DE SALUBRIDAD GENERAL. ACTAS DE SESIÓN. CAJ 1, EXPEDIENTE 1. CJA 2, EXPEDIENTE 59

9) MEMORIA DE LA REUNIÓN NACIONAL SOBRE DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER. LA ATENCIÓN GINECO - OBSTÉTRICA EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS. EDDA ALATORRE WYNTER. COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. MÉXICO. 1995

10) MEMORIAS. PRIMER FORO ACADÉMICO LABORAL ENEP. FORO UNIVERSITARIO. STUNAM.

11) PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. ENEO/UNAM. 1995.

12) PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. ENEO/UNAM. 1996.

13) PROGRAMAS BÁSICOS PERMANENTES DE TRABAJO. SPAPS. ENEO. 1994.

14) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD. SSA. MÉXICO. 1997

15) WEISS, EDUARDO. "HERMENÉUTICA CRÍTICA Y CIENCIAS SOCIALES.(FOTOCOPIA). MÉXICO. DIE-CINVEAV - IPN. 1983.PARÁGRAFOS 2, 3, 7 Y 8

16) ARCHIVO HISTÓRICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. APARTADO. EMPLEADOS DE HOSPITALES. ÉPOCA: DE 1857 A 1876. EXP. 4, 5, 7, 139, 232, 283, 293, 296, 345, 358,361, 366, 376, 383, 919, 920, 921

17) ARCHIVO HISTÓRICO DE LA SSA FONDO: SALUBRIDAD PÚBLICA. SECCIÓN: PRESIDENCIA. SERIE: SECRETARIA. CAJA: 1, EXPEDIENTES: 40, 45, 50 Y 55; CAJA 2, EXPEDIENTES: 1, 14, 20, 38, 60 Y 62; CAJ 3, EXPEDIENTES: 4, 8 Y 67. SERIE: CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. ACTAS DE SESIÓN. CAJ 1, EXPEDIENTE 1. CJA 2, EXPEDIENTE 59

18) MEMORIA DE LA REUNIÓN NACIONAL SOBRE DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER. LA ATENCIÓN GINECO - OBSTÉTRICA EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS. EDDA ALATORRE WYNTER. COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. MÉXICO. 1995.

19) ASAMBLEA MEXICANA DE CIRUJANOS. LEIJA PAZ DE ORTIZ. LA LABOR DE LA ENFERMERA. MÉXICO. 1938.