

01071

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
PROGRAMA DE POSGRADO EN PEDAGOGÍA
MAESTRÍA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

**HACIA UN NUEVO PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL EN LA ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNAM DESDE LA
PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENSEÑANZA
SUPERIOR PRESENTA: EDDA RAQUEL ALATORRE WYNTER.**

Dra. Graciela Hierro.
Mtra. Teresita Durán Ramos.
Co-directoras de Tesis.

FAC. DE FILOSOFÍA Y LETRAS



DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

México, 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Para la Doctora Graciela Hierro con especial respeto, admiración y cariño, porque me enseñó el camino hacia una Enfermería donde las enfermeras tengamos el sitio de honor.

Con amor para Genaro.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	1
Capítulo 1 La perspectiva de género y la formación de las identidades simbólicas de mujeres y de hombres en México.	5
1.1 La perspectiva de género para el análisis de la realidad social.	5
1.2 La elaboración del género.	8
1.3 Las relaciones genéricas.	10
1.4 La construcción genérica femenina tradicional.	15
1.4.1 Una ojeada al pasado.	18
Capítulo 2 La estructura patriarcal y la atención de la salud.	22
2.1 El poder médico: aproximaciones analíticas.	24
2.2 Las parteras: saberes históricos expropiados.	28
2.3 La condición de las mujeres "enfermeras" y el sistema médico institucional.	39
2.3.1 La atención hospitalaria colonial y el cuidado del alma y el cuerpo.	43
2.3.2 Los "ejecutores de la medicina" como antecedente de la atención medicalizada de la salud.	45
2.3.3 Haciendo visible el trabajo femenino en el campo de la salud.	49

2.4 El modelo médico institucional y la profesionalización de las enfermeras en México.	54
2.4.1 Algo de historia sobre la profesionalización de las enfermeras.	60
2.4.1.1 Creación de las principales instituciones médicas hospitalarias 1910-1943.	60
2.4.1.2 Crecimiento médico institucional lento e inicio de la especialización. Proyecto para especializar a las enfermeras 1944-1957.	63
2.4.1.3 El aumento de la red de servicios médicos y la formación de auxiliares de Enfermería 1959-1967.	65
2.4.1.4 Crisis médica. El desfase en la formación de recursos y las repercusiones en la práctica de las enfermeras 1968-1979.	67
2.4.1.5 Las políticas de extensión de cobertura médica al menor costo y la pérdida de espacios para las enfermeras.	68
2.4.1.6 La creación de la licenciatura en Enfermería.	71
2.5 La situación actual de la Enfermería en México.	72
Capítulo 3 La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México.	77
3.1 Algunos antecedentes de la ENEO.	81
3.1.1 La fase médica masculina en la formación de enfermeras.	81
3.1.2 La fase médica femenina.	83
3.1.3 La reinstauración de la fase médica masculina.	88

3.1.4 La ENEO dirigida por enfermeras.	90
3.2 La ENEO como institución patriarcal. Evidencias y propuestas de cambio.	96
3.2.1 Los propósitos formativos de la ENEO. El Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia..	101
3.2.2 La formación práctica de las alumnas en espacios médicos sexualizados y jerarquizados.	110
3.2.2.1 Algo sobre las condiciones laborales de las enfermeras.	114
Capítulo 4 Propuestas feministas para la Educación profesional de las enfermeras de la ENEO.	120
4.1 La lucha por los Derechos Humanos: alternativa para lograr la equidad de las enfermeras.	122
4.1.1 La Pedagogía de los Derechos Humanos.	130
4.2 La Nueva Enfermería: conocimientos y prácticas que construyen y transmiten las mujeres.	134
4.2.1 La Pedagogía de la diferencia.	137
4.2.2 Recuperando el protagonismo femenino en la gestión de la salud familiar y comunitaria.	143
4.2.3 Escuchando la voz de nuestras maestras y compañeras.	152
4.3 Los saberes de las enfermeras desde otro paradigma epistemológico.	162
4.3.1 ¿Qué es la Enfermería?.	163
4.3.2 Las “Teorías y Modelos” desde la perspectiva de género: una propuesta para resignificar la Enfermería.	166
4.3.3 “Otro modo de ser” para las enfermeras.	171

4.3.4 El cuidado de la salud integral de las mujeres: dimensión de poder para las enfermeras.	177
4.3.5 La investigación feminista al servicio de las enfermeras.	185
CONCLUSIONES	192
OBRAS CONSULTADAS.	197

INTRODUCCIÓN.

“Para comprender lo que significa ser enfermera es necesario investigar lo que es ser mujer en una sociedad patriarcal o machista como la nuestra.

Graciela Hierro (1988:35)

En la cita se establece una fuerte relación entre ser enfermera y ser mujer, y es que la Enfermería es ejercida en todo el mundo por mujeres en más del 90%. Yo soy enfermera y soy mujer, así que me planteé en este trabajo aceptar la propuesta de Graciela Hierro y desde mi experiencia personal y profesional “investigar lo que es ser mujer”, de manera particular, en una sociedad médica patriarcal como la nuestra, pues es el ámbito donde tiene existencia la profesión de Enfermería.

Simone de Beauvoir señalaba que “no se nace mujer, se aprende a serlo”. Igualmente, no se nace enfermera, se aprende a serlo. No me refiero sólo al aprendizaje particular que requiere cualquier disciplina, en este caso la Enfermería, sino fundamentalmente a la identificación, la aceptación, y la actuación consecuente con el “modelo enfermera”, que complementa la construcción simbólica “médico/enfermera”, en un sistema masculino de dominación o patriarcado.

Mi trabajo apunta entonces a desarrollar cuestiones fundamentales sobre el “ser mujer”, el “ser enfermera”, y sobre la estructura patriarcal que -en mi opinión- tienen hoy el sistema educativo y el médico asistencial, a fin de conocer sus relaciones y los mecanismos que mantienen y reproducen la condición social de las enfermeras. Es decir, adentrarme en la estructura donde se construyen los atributos (“lo que tienen que ser”); los comportamientos (“lo que deben ser”); y los espacios (“donde deben estar”) diferenciados y jerarquizados para los médicos y

para las enfermeras, sustentados en formas asimétricas de poder e institucionalizados formalmente.

Puesto que el aprender a ser enfermera se inicia en las escuelas de Enfermería, se hace indispensable analizar este proceso; de manera concreta en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, lugar en el que se centran mis reflexiones educativas, orientadas a proponer un perfil académico profesional para las enfermeras desde una visión feminista.

Seguramente el análisis de la condición de las enfermeras y de la Enfermería puede hacerse desde distintos enfoques teóricos. Pero un análisis desde la perspectiva de las mujeres sólo es posible desde el enfoque de género; de manera que éste constituye mi perspectiva epistemológica.

Mis objetivos se centraron en:

-Fundamentar que la condición de las enfermeras es una creación histórica que integra las circunstancias y las características esenciales que las definen como seres sociales y culturales contruidos genéricamente, y que interactúan en sistemas patriarcales desde donde se mantienen y reproducen las relaciones de dominio y de dependencia en el campo de la atención de la salud. Requerí entonces, hacer una lectura histórica con perspectiva de género a fin de tener una línea argumental para explicar cómo la sexualización de las actividades en el cuidado de la salud y en la curación de la enfermedad fue adjudicando a las mujeres un lugar secundario en la jerarquía médica oficial.

-Analizar el plan de estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con el fin de identificar los elementos que producen la discriminación profesional por razón de género y los mecanismos que afianzan la dependencia y la subordinación de las enfermeras a la profesión médica.

-Sustentar algunas propuestas feministas para la educación profesional de las enfermeras orientadas a hacer visible el valor social que históricamente ha tenido y tiene en la salud y en la vida la participación femenina.

Las teorías feministas sostienen que todo lo que pertenece a la cultura masculina dominante se fundamenta en construcciones de género donde no está o no es visible la presencia de las mujeres. Por tanto, si el interés es tener una explicación objetiva y racional de cualquier fenómeno, es necesario el análisis y la deconstrucción de las explicaciones parciales, y la consecuente construcción de nuevas. Esta fue la base de la fundamentación que intenté a lo largo de los cuatro capítulos de este trabajo.

En el capítulo 1 me refiero a diversas precisiones sobre la teoría de género con el fin de establecer el marco conceptual de sustentación a todo el trabajo. Hago énfasis en los elementos que explicarán después la condición social de las enfermeras, en tanto mujeres, y la Enfermería como sistema de relaciones genéricas.

En el capítulo 2 me aproximo al proceso histórico en que se consolida la práctica médica asistencial en México, pues debí argumentar que el espacio institucional de la atención a la salud constituye un espacio diferenciado por género, y que el sistema oficial de salud históricamente ha estado y está organizado con una visión masculina desde la cual se fueron decidiendo las prácticas femeninas de atención a la salud hasta quedar ya en el siglo XX definidas en una disciplina: la Enfermería.

Ubico en este capítulo, de manera paralela, el desarrollo histórico de la Medicina y el de la Enfermería no profesional primero, y profesional después, e intento identificar las conexiones más significativas que explican la problemática añeja que sigue sin resolverse en nuestra profesión.

Con el marco teórico desarrollado abordado en el capítulo 3 la situación particular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM. Partiendo de la premisa de que la ENEO es una institución patriarcal, identifiqué algunos de los procesos presentes en las instituciones educativas de este tipo y los extrapolé a las condiciones en que se forma a las enfermeras: una historia robada a las mujeres; una formación androcéntrica puesto que el referente simbólico es el masculino y se reafirma en el lenguaje; una estructura de aprendizajes clínicos en instituciones sexualizadas y jerarquizadas, y una ciencia que excluye la visión y las aportaciones de las mujeres.

Especialmente útil resulta la investigación histórica para el desarrollo de este capítulo pues me proporciona los elementos para sustentar mis planteamientos feministas para una nueva Enfermería en la ENEO.

Finalmente, en el capítulo 4 expongo las propuestas que se derivan de la recopilación documental y de mis reflexiones como enfermera, como educadora y como mujer convencida de que hay una forma alternativa de entender y de actuar en la salud y en la enfermedad, en la vida y en la muerte, que no se está considerando: la forma en que históricamente han participado en silencio las mujeres. La forma en que hoy están participando las enfermeras.

CAPÍTULO 1. La perspectiva de género y la formación de las identidades simbólicas de mujeres y de hombres en México.

Dado que esta investigación está sustentada desde la perspectiva de género, es necesario hacer algunas precisiones teóricas sobre el particular a fin de relacionarlas a lo largo de la misma con la condición social de las enfermeras.

Con pequeñas variaciones, la Enfermería es ejercida por mujeres en más del 90%, y paradójicamente necesita ser explicada con una visión femenina que ha estado ausente. Pero empecemos por las precisiones teóricas.

1.1 La perspectiva de género para el análisis de la realidad social.

Desde el nacimiento, los seres humanos somos distinguidos con una categoría: niña o niño según sea el resultado de la apariencia externa de los genitales. Esto inicia la asignación de un género a partir del sexo biológico con el que se nació, proceso que se va articulando con otros procesos y que se orienta a lograr que las personas femeninas y las masculinas cumplan con los roles y los atributos esperados para cada género y que los actúen en los espacios asignados a cada cual.

El problema es que los atributos, los roles y los espacios asignados a las mujeres son menos valorados que los asignados a los hombres, y esta diferencia se traduce en desigualdades que han pretendido explicarse como naturales, cuando se explican por la asignación de género.

El género es entonces una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual (Lamas, M. 1996:12).

Constituye una categoría analítica para comprender y explicar la simbolización cultural de la diferencia sexual, lo que ha permitido una revaloración crítica de las perspectivas interpretativas de las disciplinas sociales; es decir, analizar la realidad social con otra perspectiva: la perspectiva de género.

La perspectiva de género, señala Alda Facio (1996:3) no es la perspectiva de las mujeres, así como hablar de género no es hablar sólo de mujeres. Existen dos géneros: masculino y femenino, cuyas relaciones –inter e intra género- con el mundo, forman la realidad social. La perspectiva de género es mucho más que visibilizar a las mujeres y a las relaciones de poder entre hombres y mujeres; es analizar cómo, culturalmente, se percibe y se entiende el mundo de manera dicotómica, es decir, dividido en pares no sólo opuestos sino jerarquizados y sexualizados. En esta cosmovisión todo lo femenino vale menos que lo masculino.

La distribución de papeles en la sociedad para cada sexo no se desprende directamente de las diferencias biológicas, se construye como un hecho determinado por el contexto social, político y económico donde la base de la diferenciación es un orden jerárquico basado en la supremacía de los hombres y lo masculino y en la desvalorización y subordinación de las mujeres y lo femenino.

Aunque existen diversos enfoques sobre el tema, hay importantes coincidencias en cuanto a que analizar la realidad social con perspectiva de género es una opción ética y política para transformar las relaciones de desigualdad, cuestionando y alejándose de las argumentaciones funcionalistas y deterministas sobre la “naturalidad” (por tener un origen divino) de las desigualdades, y sostener que es la simbolización cultural y no la biología, la que establece lo que “es propio”, por lo tanto “es natural” de cada sexo. La importancia de estas normas, ideas y representaciones radica en que a partir de ellas los seres humanos moldeamos nuestras propias identidades individuales y colectivas.

Es también una necesidad académica para analizar la realidad social desde otra mirada que no ha sido privilegiada —la de las mujeres— y evidenciar el sesgo androcéntrico y parcial del análisis que ha prevalecido y que ha pretendido ser objetivo. Aunque la realidad social no puede ser abarcada desde una sola perspectiva teórica, utilizar la categoría género para referirnos a los procesos de diferenciación, de dominación, y de subordinación entre los hombres y las mujeres, nos obliga a remitirnos a construcciones sociales que pueden ser transformadas. En esta perspectiva coexisten distintos tipos de enfoques dentro de un intento común por interpretar el género como un sistema de relaciones culturales entre los sexos, mediado por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas. (Lamas, M. 1996:12).

Es así mismo, una visión de desarrollo social, de ciudadanía, al incorporar la participación política de las humanas y hacer visibles las condiciones asimétricas entre los hombres y las mujeres en el ejercicio del poder. Analizar la realidad social con perspectiva de género tiene implicaciones profundamente democráticas. Aporta valiosos elementos teóricos y metodológicos para fortalecer los movimientos sociales anti sexistas y la cultura de los derechos humanos, pues contribuye a transformar el mundo de dominación de clase, de género, de raza y de etnia en un mundo de igualdad de derechos y de respeto a las diferencias.

Sobre el asunto de la democracia, Anne Phillips (1996:14) señala que han sido las feministas las que han hecho evidente hasta dónde el implacable privilegio no sólo de hombres reales, sino de la categoría misma del propio hombre, ha formado y deformado la teoría y la práctica políticas, puesto que ha pretendido insertar a las mujeres en las preocupaciones supuestamente neutrales en género —donde hay que leer: definidas por los varones— que poco o nada tienen que ver con las necesidades femeninas y menos aun con su satisfacción.

1.2 La elaboración del género.

¿Por qué la diferencia sexual implica desigualdad social? Es una de las preguntas fundamentales de la teoría feminista. Ha sido la Antropología la que ha hecho importantes contribuciones para esclarecerla, sentando las bases para entender cómo las personas aprehendemos y nos asumimos como femeninas y como masculinas. En los trabajos de Levi Strauss se destaca cómo las sociedades tienden a pensar sus propias divisiones internas mediante el esquema conceptual que separa la naturaleza de la cultura, lo privado de lo público, lo doméstico de lo salvaje, etc. Estas oposiciones son consideradas unas en función de otras, constituyéndose así en categorías que no tienen significado si no es por su opuesto. No es posible pensar lo femenino sin la existencia de lo masculino (Citado por: Lamas, M. 1996:178).

En esta cosmovisión dicotómica, las sociedades han ubicado a las personas femeninas en el ámbito de la naturaleza, de lo privado, de lo doméstico, por las funciones biológicas ligadas con la reproducción. Que la diferencia biológica, cualquiera que esta sea (anatómica, bioquímica, etc.) se interprete culturalmente como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas con una moral diferenciada para unos y para otras, es el problema político que subyace a toda discusión académica sobre las diferencias entre los hombres y las mujeres.

Graciela Hierro (2001:33) considera incluso, que el género adjudicado a las personas femeninas les confiere un lugar en la jerarquía social y que “ese lugar explica o justifica la subordinación del género femenino al masculino en todas las organizaciones sociales conocidas”.

Como ya señalé, esta forma dicotómica de entender el mundo, además de que divide todo en pares opuestos los jerarquiza y los sexualiza. Lo que está relacionado con la cultura -atribuido a los hombres- es más valorado que lo que está relacionado con la naturaleza -atribuido a las mujeres-.

A partir de esta primera dicotomía: cultura/naturaleza se construyen otras igualmente jerarquizadas y sexualizadas. Entre ellas: producción/reproducción, razón/intuición, intelecto/sentimientos, actividad/pasividad, público/privado, etc. Es obvio cuáles atributos y cuáles espacios son asignados a cada quién.

Demostrar y trascender el sexismo que subyace en esta cosmovisión requiere necesariamente que el análisis de todas las situaciones y de todas las instituciones sociales se haga con perspectiva de género.

El patriarcado es el sistema de dominación masculina que critica la teoría feminista. Si bien su definición teórica y su caracterización son producto de diversos estudiosos de la realidad social, han sido las aportaciones feministas las que han teorizado al respecto, explicando su estrecha relación con la opresión femenina. Marcela Lagarde (1990:78) lo define como “uno de los espacios del poder masculino que encuentra su asiento en las más diversas formaciones sociales [...] no se limita a la opresión de las mujeres ya que se deriva también de las relaciones de dependencia desigual de otros sujetos sociales sometidos [...] siempre se presenta articulado con otros poderes; es sexista, pero es también clasista, etnicista, racista, imperialista, etcétera”. Es un sistema de adjudicación de espacios y de asignación genérica de los modelos del ser y de las normas del deber ser.

La asignación de la identidad de género para cada sexo es también dicotómica y jerarquizada; lo masculino es el referente que domina y define el “lado opuesto”. La sensibilidad es definida como la ausencia de racionalidad; la subjetividad como la ausencia de objetividad; la pasividad como ausencia de actividad; el pensamiento debe estar exento de sentimientos; la razón debe dominar las emociones (Facio, A. 1997: s/p).

La jerarquización de estos valores y el tomar al hombre y a lo masculino como referente, como paradigma de lo humano, está afectando no sólo a las mujeres, sino de una u otra forma a todas las personas e incluso los espacios ambientales. Pues a partir de estos sistemas excluyentes se construyen las sociedades intolerantes, violentas y destructivas, y las diversas formas de discriminación social, ya que ese hombre paradigmático no es neutral en términos de raza, de clase, de edad, de salud, de educación.

1.3 Las relaciones genéricas.

El género es una construcción social histórica, pues los “modelos ideales” de lo femenino y de lo masculino, si bien mantienen la inferiorización de la mujer, cambian en función de la estructura social que los sustente. Es un proceso relacionado especialmente con la dinámica de las relaciones de género que se viven en los ámbitos familiar y laboral, espacios donde históricamente la mujer ha sido excluida del poder.

El género es también una construcción psicológica pues define muchos de los rasgos de la personalidad y de la autoestima de unos y otras. Carol Gilligan (1994:33) advierte cómo la valoración de la personalidad se ha hecho con estudios y escalas de varones, entonces, “los psicólogos suelen considerar el comportamiento masculino como la ‘norma’ y el comportamiento femenino como una especie de ‘desviación de la norma’”. En este sentido, Marcela Lagarde (2001:36) señala que, dado que las mujeres nos movemos entre exigencias, alabanzas y reprobaciones determinadas por los otros, la autoestima femenina “se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad y el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el autoboicot y la dependencia vital respecto de los otros”.

Sexo y género son dos categorías conectadas. El cuerpo no es pasivo al exterior. Es en ese cuerpo donde se construye el género. Lo social se inscribe en lo biológico, es en el cuerpo donde se viven y se asumen las desigualdades. El cuerpo es el referente de las identidades genéricas.

El género es así mismo una construcción simbólica que se expresa en el lenguaje, a través de los significados y los significantes que legitiman y reproducen los modelos genéricos de relación. Pretender un lenguaje neutral es nombrar en falso, es nombrar como masculino lo que es femenino; es ignorar la existencia de la mitad de la humanidad. El lenguaje es el vehículo principal de la comunicación entre personas sexuadas, socialmente construidas. La subjetividad resulta diferente para los individuos masculinos y para los femeninos, puesto que se vincula con aquellas significaciones que participan de los códigos y los sistemas simbólicos particulares en torno a la masculinidad y a la feminidad, es decir, las significaciones tienen que ver con las construcciones de género. El mundo entonces, sólo puede ser explicado, objetiva y racionalmente si y sólo si lo hacen también las mujeres.

El proceso a través del cual los individuos femeninos y los masculinos se identifican y se asumen como tales no sólo es individual, es también de grupo. De hecho, son las identidades individuales subjetivas las que constituyen la identidad social de género.

Las actividades o roles atribuidos a las mujeres y a los hombres no son universales como lo demuestran diversos estudios transculturales; el tejer, el cocinar, el curar, el sembrar la tierra, etc. son asignados para unos u otras según sea la funcionalidad social de la actividad y el valor en términos de poder. Las actividades o roles son un producto social y aunque es innegable la influencia y la información genética en la identidad individual, es la sociedad la que construye las atribuciones sobre las diferencias sexuales. Los roles genéricos de la mujer madre/ama de casa, y del varón proveedor económico/jefe del hogar, hoy son

discutibles por la creciente presencia de la mujer en el ámbito del trabajo y de la economía, sin embargo no se modifican sustancialmente las relaciones genéricas de dominio/dependencia entre hombres y mujeres en ningún espacio.

Otro aspecto importante en el proceso de adquisición de las identidades genéricas es la asignación de espacios para actuar los roles masculinos y femeninos. Estos espacios se inscriben en la lógica del paradigma público/privado. Los espacios públicos, libres, del conocimiento, de la ciencia, de la política, del poder, son para los hombres. Los espacios privados, cerrados, de lo doméstico, de lo familiar, del cuidado, son para las mujeres.

Contrario al carácter cultural, no universal, de las actividades o los roles, los espacios domésticos y sus tareas no han sido demandados por los hombres, bajo el supuesto de que "naturalmente" les corresponden sólo a las mujeres. Sobre el particular, Martha Lamas (1997:63) señala que "en el espacio privado no hay poder ni jerarquía que repartir, es un espacio de indefinición donde las mujeres se vuelven idénticas, o sea, sustituibles una por otra que cumpla esa función femenina". Reclusión doméstica y exclusión social son expresión del mismo fenómeno: asimetría de poder.

En el espacio público, laboral, se aprecian las mayores resistencias masculinas cuando ven amenazado por las mujeres "su" espacio y, por ende "su" poder. Es claro que cuando las instituciones laborales aparentan establecer un ambiente estructurado por valores que tratan por igual a hombres y a mujeres, la herencia de una cultura tradicional que ha privilegiado a los hombres y les ha resguardado las máximas esferas del poder, impone una "barrera invisible", para contener el ascenso de las mujeres y evitar cualquier competencia entre hombres y mujeres que amenace el poder patriarcal instituido. Esta barrera invisible ya ha sido estudiada por diversas feministas; la han llamado "el techo de cristal" y han demostrado que afecta, en mayor o menor medida, a todas las mujeres,

independientemente del área laboral y profesional o del tipo de competencia que ejerzan.

Otra dimensión en el proceso de identidad genérica es la asignación de atributos diferenciados. Su internalización legitima lo que “tiene que ser” cada cual. Si la mujer es naturalmente reproductiva, entonces su espacio “natural” es el doméstico y “naturalmente” tiene que ser tierna, generosa, abnegada, cuidadora, educadora. Si el hombre es “naturalmente” proveedor, su espacio entonces es el público, libre; sus atributos “naturales” son: fuerza, dominio, inteligencia, razón, competencia.

Estos atributos arbitrarios tienen que ver con los significados culturales, e influyen necesariamente en las construcciones e interpretaciones de los códigos éticos y jurídicos de convivencia, y por lo tanto están vinculados con relaciones de poder.

Graciela Hierro (2001:39), profundiza en torno a la ética del placer y señala que el género es el factor de mayor peso entre los que condicionan y conforman la doble moralidad sexual, y que ésta “se produce porque no existe igualdad política ni social para los géneros. Se considera diferente al género femenino y la diferencia se registra como inferioridad en todos los espacios que suponen jerarquías; esto se considera “natural”, moral, prudente, conveniente y justo en los ámbitos familiar, laboral, social, educativo, político y religioso”.

Sobre la influencia del género en la construcción de normas jurídicas, Rocío Villanueva (1999:16), considera que el Derecho ha contribuido a reforzar patrones de conducta y modelos de virtud personal, pues los distintos roles socialmente asignados a las personas sobre la base del sexo fueron incorporados al Derecho, a través de normas jurídicas discriminatorias para la mujer; agrega que la identidad de género es de particular importancia para entender las dificultades que tienen las mujeres para hacer denuncias y reclamar por sus derechos.

El proceso de asignación de roles, de espacios y de atributos se inicia en la familia y se continúa toda la vida de los seres humanos, en un constante proceso relacional. Así las relaciones de género se establecen a partir de los patrones de identificación adquiridos.

El género no alude solamente a las construcciones socioculturales, históricas y psicológicas. Implica también mirar las relaciones que se desarrollan a partir de estas construcciones, tanto entre hombres y mujeres (inter género) como entre mujeres y mujeres y entre hombres y hombres (intra género) pues es en estos espacios donde se definen las masculinidades y las feminidades, es decir las identidades de género no son singulares sino plurales. “Se trata así de feminidades y masculinidades que se definen según contextos sociales, pero también según ciclo de vida y generación” (Lamas, M. 1986:83). Esto es importante pues rompe con la idea simplista de que todos los hombres y todas las mujeres son portadores de una “identidad”, y esta ruptura conceptual constituye un avance en el reconocimiento de la diversidad y la alteridad.

La socialización y el proceso de internalización de roles y de definición de identidad son complejos. Coincido con la propuesta de Patricia Ruiz Bravo (1999:143-145) cuando considera 4 elementos constitutivos de las relaciones sociales, estrechamente interrelacionados con las construcciones genéricas:

- a) Unos símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones sociales de género y que sirven de patrones de identificación a hombres y a mujeres.
- b) Unos conceptos normativos que se expresan en doctrinas o en cuerpos de conocimientos que afirman unívocamente el significado de lo masculino y de lo femenino en: la religión, la ciencia, la educación, las leyes, etc.
- c) Un sistema institucional en el que se crea y se reproduce el género. La familia, la escuela, el mercado de trabajo, los espacios políticos, etc., son instituciones que construyen las identidades y las relaciones de género.

- d) Una identidad subjetiva. Se refiere a la manera en que cada persona, mujer y hombre, interioriza consciente e inconscientemente esos mandatos y los hace suyos.

El sistema de relaciones inter e intra géneros se basa en las relaciones de identidad subjetiva, por eso es tan importante su comprensión, a fin de desarticular las relaciones asimétricas de poder que determinan el status de las mujeres. Pero la interpretación sobre las relaciones genéricas nos lleva al reconocimiento de ambos, pues no se puede aislar una parte que es inseparable del todo: la cultura genérica.

1.4 La construcción genérica femenina tradicional.

El hecho de que la mujer biológicamente posea funciones ligadas a la vida misma: menstruación, embarazo y lactancia, ha hecho que se sitúe en el campo de la naturaleza y se le margine del campo de lo social detentado por los hombres, plataforma desde la cual se ha establecido cuáles son los roles que deberán desempeñar las mujeres, cuáles serán sus espacios y cuáles sus atributos.

Como señalé, socialmente se ha establecido que la mujer “está hecha” para el hogar, cuidando la salud de los niños, de los ancianos y de los enfermos; atendiendo las necesidades domésticas de su padre, de sus hermanos y de su pareja. Planteamientos sostenidos desde una ideología patriarcal, basada en la negación del poder de las mujeres y sostenida desde la religión como “designios divinos”, o desde la ciencia como “determinaciones de la naturaleza”.

Las evidentes diferencias anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres no implican de ninguna manera desigualdades sociales y sin embargo han sido un recurso ideológico masculino para justificar la marginación femenina del ámbito social, puesto que “la naturaleza decidió” recluirla en el ámbito familiar privado al

dotarla de: capacidad reproductiva, de "menor fuerza física", de "carácter apacible y conciliador"; de "fortaleza espiritual"; de la "generosidad para darse a otros sin pedir nada para sí"; y de muchos otros "atributos femeninos" que empiezan a ser introyectados desde que se nace mujer. Atributos que, señala Graciela Hierro (2001:13) en una sociedad sexista son sinónimos de discriminación.

Ahora bien, ¿Cómo se ha instituido históricamente que la mujer "está hecha" para el hogar, para el cuidado de la familia y de los enfermos, y para las actividades domésticas?. ¿Cómo se ha instituido que además "está hecha" para vivir subordinada al hombre?. En suma ¿Cómo ha sido instituido su género?

Si partiéramos del hecho de que la mujer biológicamente tiene los elementos anatómicos y fisiológicos para la procreación, sería un hecho natural, "decidido" al margen de ella y de los hombres mismos. En cambio el que "esté hecha" para servir y cuidar a otros es falso, ha sido atribuido y decidido por otros tan capaces como ella para realizar funciones familiares y sociales de cuidado y de servicio.

"Instituir", palabras más, palabras menos, significa "crear algo que no existía". En este sentido las funciones biológicas de la mujer y del hombre no pueden instituirse, existen de siempre; las funciones sociales atribuidas al género masculino y al género femenino si se instituyen, se crean, se adjudican, se legitiman, se reproducen y se institucionalizan en un marco de decisiones sociales androcéntricas.

La "institucionalización" es un proceso por el cual las prácticas sociales se hacen suficientemente regulares y continuas como para poder ser descritas como instituciones. Estas prácticas se basan en reglas, usos y rituales formalizados, que definen la conducta esperada y considerada "legítima" en roles sociales específicos. Se instituyen así, por ejemplo, roles para: el médico y la enfermera; el sacerdote y la monja; el padre y la madre; la mujer y el hombre; y se asocian con un sistema de sanciones para estos individuos, de tal manera que la conformidad

con las expectativas institucionalizadas sea premiada y las desviaciones castigadas. Pero las instituciones como producto social son mutables, perecederas, cambian en la medida en que se reajustan las fuerzas sociales; en la medida en que se resignifican el conocimiento y el poder.

El proceso mediante el cual se instituyen los géneros es multifactorial, pero reconoce la contribución histórica que han tenido en dicho proceso las instituciones familiares y educativas, tanto en la transmisión de conocimientos mediante métodos formales e informales como en la socialización del sistema de valores que fundamenta la desigualdad genérica.

Si encontráramos un lugar donde los hombres y las mujeres tuvieran las mismas oportunidades de salud, de educación y de trabajo; equidad política y jurídica; donde no hubiera maltrato, acoso sexual, violación, incesto; donde el cuidado, el mantenimiento y la protección de la familia y del hogar fueran tareas compartidas; donde las profesiones no separaran las actividades, dejando a las mujeres aquellas de menor prestigio, remuneración y poder, bastaría analizar ese lugar e identificar los factores responsables de la armonía y la justicia social y sembrarlos para extender sus beneficios a toda la humanidad. Pero ese lugar no existe.

Las mujeres han vivido y viven situaciones de violencia, de desigualdad y de marginación en todas las épocas, en todos los regímenes sociales y en todos los confines del mundo, justamente porque en la lógica patriarcal se justifican.

En el proceso de socialización, las mujeres y los hombres reciben infinidad de mensajes a través de todos los órganos sensoriales, en cualquier interacción social y a lo largo de toda su vida. Las respuestas, aún ante mensajes con igual contenido, suelen ser distintas para las mujeres y para los hombres y aún entre las mismas mujeres o entre los mismos hombres, en función de una gran cantidad de factores no sólo de orden socio-cultural, sino también bio-psico-sexual, que hacen que el proceso de construcción e institucionalización del género sea tan complejo.

Las diversas sociedades humanas han establecido instituciones materiales y espirituales que, a través de la familia, la educación y la religión han tenido un papel fundamental en la reproducción de las condiciones que perpetúan las desigualdades genéricas.

1.4.1 Una ojeada al pasado.

Si hacemos un rápido recorrido por la historia de México deteniéndonos en algunos pasajes que narren la formación que han recibido las mujeres a fin de adecuarse a las normas sociales establecidas, tendremos un panorama del proceso a través del cual se ha ido institucionalizando "su" hacer social orientado al ámbito privado, familiar; a funciones domésticas, de servicio, sin reconocimiento social ni económico bajo el supuesto de que les son naturales.

Francisco Javier Clavijero (1978:200-215) al referirse a la educación de los pueblos indígenas en el período prehispánico, describe cómo a las mujeres se les daban los siguientes consejos:

"Hija mía, nacida de mi sustancia, parida con mis dolores, yo he procurado criarte con el mayor cuidado y tu padre te ha trabajado y pulido como una esmeralda, para que compares a los ojos de los hombres como un joyel de virtud. Procura ser siempre buena, porque de otro modo ¿quién te querrá para mujer? [...] Cuando seas casada respeta a tu marido, obedécelo y haz con diligencia lo que te mande".

En su "Historia General de las cosas de la Nueva España", Fray Bernardino de Sahagún (1992:342-362) agrega una serie de mensajes que se daban a las mujeres. En ellos se les advierte que si no cumplen con sus "oficios mujeriles" provocarán la ira de su marido y sufrirán su rechazo y maltrato y que de todo esto ellas serán las únicas culpables.

Se decía a hombres y mujeres que cuando tuvieran hijos debían "doctrinarlos con los mismos mensajes", lo que mantuvo la permanencia histórica de estos comportamientos, premiando y sancionando, según el caso, su observancia o su violación.

Con la conquista de los pueblos indígenas la estructura de las instituciones cambió, pero conservó el carácter de dominio y de sujeción a las mujeres. La concepción judeo-cristiana de los valores ético-morales fue imponiéndose sobre las maltrechas sociedades prehispánicas. A la ya de por sí desigualdad que vivían las mujeres, se agregaron mensajes de responsabilidad y de culpa ante el "Dios verdadero" a causa de su soberbia y su desobediencia desde los tiempos de la Creación. A través de mensajes, de rituales, de premios y de castigos, se fue institucionalizando el "deber ser" de la mujer, ahora cristiana.

La familia y la iglesia fueron dos instituciones mutuamente reforzadas en el proceso de construcción de los géneros iniciado desde la determinación de los "valores masculinos" y los "valores femeninos" deseables para vivir una "vida ejemplar".

Cristina Ruiz M. (1986:49-63) señala que sobre el niño ejemplar se valoraban especialmente aquellos rasgos intelectuales que los hacían parecer adultos y comportarse como ellos. En las niñas se apreciaban la bondad, la templanza, la humildad, el sacrificio, la devoción y el acercamiento a Dios, más que la inteligencia y la razón.

La devoción, el sacrificio y la generosidad tenían en las niñas una especial importancia a diferencia de los casos masculinos. La oración, las penitencias, el afán de cumplir con las "obligaciones religiosas y familiares", eran tareas muy reforzadas en las niñas en una sociedad que mostraba un gran aprecio por el sufrimiento femenino.

Con la independencia de la Nueva España, se inician otros procesos de recomposición social, sobre todo en los ámbitos económico y político, que más tarde irían modificando también la estructura social. El quehacer de las mujeres se amplió cada vez más al mercado de trabajo, lo que si bien les daba un poco de espacio en el ámbito público, aumentaba su desgaste físico al no modificarse "sus obligaciones" familiares y domésticas.

El mismo desarrollo económico fue necesitando cada vez más de la mano de obra femenina, lo que ponía en aprietos a la sociedad patriarcal del México Independiente. Por un lado necesitaba del producto de su trabajo, pero por otro temía que al salir del hogar, las mujeres cayeran en las tentaciones mundanas llevando el deshonor a su familia. Pudo más la necesidad de explotar su trabajo.

Desde finales de la época colonial se abolió la prohibición de que las mujeres trabajaran (fuera de su casa, por supuesto). Poco a poco se les fue permitiendo trabajar en las artes y oficios "compatibles con su sexo", así realizaron labores como hiladoras de seda, de lana y de algodón; como dulceras, cocineras y sirvientas, entre otras. La excelencia de su trabajo en otros ámbitos, la industria por ejemplo, les abrió también estos espacios, pero como trabajaban en ellos hombres, se estableció que si la mujer era casada, requería de la autorización de su marido y si era soltera, debía llegar y salir de la fábrica acompañada de su padre o sus hermanos.

El primer Congreso Feminista de México en 1916 (INFONAVIT 1988), constituye un verdadero parteaguas en la historia de las luchas femeninas por la igualdad, la justicia y la democracia. Por ejemplo, al abordarse el tema sobre el trabajo, se planteó lo siguiente:

"Como lo esencial de la vida es ganarse la vida, y la vida se gana trabajando, el hombre, al hacer la ley, se ocupa en legislar el trabajo y, ¡naturalmente!, reserva para sí todos los trabajos que producen algo que

valga la pena, y que, por lo tanto, aseguran independencia y libertad. Por eso cierra a las mujeres las profesiones llamadas liberales. La mujer no debe ser abogado, la mujer no debe ser arquitecto, la mujer no debe ser magistrado, la mujer no debe ser médico...Lo que al hombre le duele del trabajo de la mujer, no es que trabaje como un hombre, sino que pueda ganar dinero como un hombre".

En este Congreso se denuncia que el fanatismo religioso y la falta de preparación mantenía y reproducía las condiciones de desigualdad educativa que vivían las mujeres: se cuestionan también los argumentos masculinos sobre la ubicación "natural" de las mujeres en el hogar y su "incapacidad natural" para aprender en las universidades. Ellas decían:

"Abridnos las escuelas, abridnos las universidades, y veremos quién aprende más pronto y, sobre todo, no nos neguéis el derecho a ejercer las profesiones que hayamos aprendido, y veremos quién aplica mejor a la práctica el conocimiento...procúrese el mejoramiento intelectual de la mujer, concédansele los mismos derechos que al hombre y entonces, de elemento dirigido se convertirá en elemento dirigente".

El tema de las luchas que han enfrentado las mujeres por lograr un ejercicio igualitario de oficios y profesiones merece grandes reflexiones y espacios de discusión que aún no han sido suficientemente abordados. No sólo son interesantes sus luchas por incursionar en terrenos considerados masculinos sino por defender otros a los que los hombres etiquetaron como femeninos -mientras no fueron de su interés- y que al ser cada vez más atractivos -en función de prestigio y ganancias- fueron controlando y haciendo suyos. Tal es el caso del ejercicio de la Obstetricia realizado por mujeres parteras.

Al inicio del siglo XX las luchas femeninas se centraron en el derecho a la educación. La población de México era de 12.5 millones de habitantes y más de 10 millones eran analfabetas, mujeres la gran mayoría. Sólo unas cuantas tenían

acceso a la educación formal y sólo una mínima parte de ellas podía estudiar alguna carrera, siempre y cuando ésta fuera "femenina". Podían ser entonces maestras, parteras o enfermeras, pero seguían marginadas de las "carreras masculinas" -las que aseguraban independencia y libertad- como decían las feministas de 1916.

Desde la segunda mitad del siglo XX, las luchas feministas se han incrementado en el mundo entero. Tantos siglos de opresión han fortalecido a las mujeres. Sus demandas son cada día más fuertes y certeras en la medida en que suman esfuerzos; en que se potencian las coincidencias y se analizan y respetan las discrepancias; en que se cobra conciencia de que las diferencias biológicas no implican en ningún caso y en ningún lugar superioridad ni dominio de un género sobre otro, ni de una profesión sobre otra.

Si siguiéramos hojeando la historia de las luchas femeninas, no concluiríamos este trabajo dada la enorme riqueza de las acciones emprendidas en ámbitos como: la educación, la salud, la cultura, la familia, el derecho, la sexualidad, la religión, el trabajo, los derechos humanos; en suma, en todas las actividades donde aún ahora, en pleno siglo XXI, se margina y desaprovecha el enorme potencial de la mitad de la población humana.

CAPÍTULO 2. La estructura patriarcal y la atención de la salud.

El primer capítulo de este trabajo me dio el marco teórico que sustentó el análisis y la interpretación de la condición de las enfermeras. Entiendo que esta condición es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que las definen como seres sociales y culturales genéricos y que hace posible su interacción en un sistema médico cuya

estructura mantiene y reproduce las relaciones de dominio y de dependencia, en tanto institución patriarcal.

Lo anterior me plantea ahora la necesidad metodológica de aproximarme a la práctica médica masculina, a fin de conocer algunos de los mecanismos que mantienen y reproducen las desigualdades genéricas entre los médicos y las enfermeras.

Quiero argumentar que el espacio institucional de la atención a la salud constituye un espacio diferenciado por género, puesto que la masculinidad médica y la feminidad enfermera son construcciones simbólicas que determinan las formas asimétricas de poder en las relaciones profesionales y laborales entre ambos. La situación de las mujeres médicas y de los hombres enfermeros, que abordaré en el capítulo 3, servirán para ilustrarlo.

Parto de afirmar que el sistema oficial de salud históricamente ha estado organizado con una visión masculina y patriarcal, puesto que ha excluido del poder a las mujeres expropiándoles, incluso, sus saberes terapéuticos milenarios.

Afirmo también que no se puede avanzar en el estudio de la Enfermería sin tomar en cuenta la desigualdad de poder entre los hombres y las mujeres que han actuado y actúan en el sistema de salud y la consecuente infravaloración de lo femenino. De no hacer este análisis, estaremos reproduciendo la historia sesgada y parcial que hemos aprendido como verdadera, transmitiendo de manera acrítica la historia romántica de heroínas –con y sin lámpara- de generación en generación.

Estos propósitos me llevan a describir algunos pasajes históricos de la práctica médica para identificar cómo fue consolidándose el poder que hoy detenta. Así también de la práctica de las mujeres enfermeras para hacer visible su presencia. No pretendo que el tema sea exhaustivo, pero estoy segura de encontrar

elementos para entender la condición de las mujeres enfermeras y, sobre todo, para atender problemas ya muy añejos en la Enfermería. Ahora bien, no es mi intención teorizar únicamente acerca de las desigualdades de género en el sistema médico, sino sentar las bases para fundamentar más adelante una manera feminista alternativa, de pensar, de observar, de explicar, y de actuar en el mundo de la salud.

2.1 El poder médico: Aproximaciones analíticas.

Para el pensamiento medieval, los pobres, los enfermos y los débiles eran considerados casi necesarios para la salvación de quien hacía una obra de caridad.

En los países europeos, aunque la intervención de las autoridades civiles en las cuestiones relacionadas con el bienestar y la salud se venía produciendo desde antes del siglo XVI, la noción de que el auxilio de los pobres, incluyendo la atención médica, era una responsabilidad de la comunidad y no de la iglesia, sólo quedó establecida durante la Reforma.

G. Rosen (1985:328) considera que los hospitales no se secularizaron incluso cuando las autoridades eclesiásticas los perdieron al hacerse cargo de ellos las municipalidades al término de la Edad Media. Se conservaron muchas características de la administración medieval que poco a poco se fueron modificando en la medida de su progresiva medicalización.

Entre las regiones más avanzadas en el campo de la medicina europea estaba España, no sólo en el proceso de institucionalizar los saberes médicos sino en la reglamentación de su ejercicio; paso importante para desmarcarse del poder eclesiástico primero y del civil después, lo que consolidaría el poder y la hegemonía médica al finalizar el siglo XIX.

Al llegar los médicos españoles a América ya tenían una larga historia académica y administrativa en estos aspectos. Desde 1254, al fundarse en España la Universidad de Salamanca, se incluyó la Medicina entre sus primeros cursos, y desde 1422 se reglamentaba el ejercicio de las diversas prácticas médicas de "físicos, cirujanos, ensalmadores, boticarios, especieros y herbolarios". El Tribunal del Protomedicato y no las universidades, ni los gremios, les otorgaban la licencia para ejercer. (Tank de E. 1982:34-35).

Lilia Oliver (1992:20) considera que el análisis del proceso de medicalización del ejercicio médico debe considerar cuatro aspectos fundamentales:

-Los cambios en la finalidad asistencial del hospital. Es decir, la transformación progresiva de una institución religiosa de caridad y de conversión al Cristianismo, a un establecimiento médico terapéutico laico. Este último proceso quedó consolidado a finales del siglo XIX.

-La transformación del sistema de poder en el seno del hospital. Este aspecto es fundamental para este estudio, pues considero que el poder fue afianzándose en la medida en que se privilegian los saberes médicos por encima de los saberes populares; en que se apropian y controlan los milenarios saberes femeninos; y en que se desplaza al poder eclesiástico primero y al poder civil después.

Sobre los saberes médicos, M. Foucault (1983:66) puntualiza que:

"no existe relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de conocimiento, ni conocimiento alguno que no presuponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder".

Franca Basaglia agrega que el cambio de la finalidad del hospital, de ayudar al alma a bien morir, a tratar ahora las enfermedades, cambió las relaciones

institucionales de poder puesto que "el lenguaje de la enfermedad fue legitimando el lenguaje de la racionalidad del poder médico" (Basaglia, F. 1983:70)

-La progresiva utilización del hospital para la enseñanza y la investigación médicas. Si bien los hospitales medievales habían vivido diferentes administraciones bajo la jurisdicción de la Corona, de una municipalidad, o de alguna organización voluntaria de caridad, como fueron las Cofradías, el ejercicio de la medicina era, o independiente, o contratado por la autoridad correspondiente, pero no era parte de ningún hospital.

-La salud se vuelve objeto de una verdadera batalla política, dijera M. Foucault (1983:70). Los médicos fueron ocupando posiciones de poder que decidirían las políticas públicas favorables al desarrollo de la medicina hospitalaria. A partir del siglo XVII en adelante, el hospital se convirtió en un espacio para estudiar las enfermedades y poner en práctica las posibles curas lo que tendría consecuencias extraordinariamente fructíferas para el poder médico en los siglos posteriores.

-La progresiva organización terapéutica del espacio interno del hospital. Esta se orienta a la medicalización y tecnologización de un organismo humano cada vez mas fraccionado, enfermo y disfuncional. En 1877, el médico Gill Wylie (citado por Rosen, G. 1985:343) afirmaba que los hospitales hacían más daño que provecho; en su opinión, aunque debieron restringirse sólo a los que carecían de hogar para ser atendidos, agregaba: "sin embargo no debemos perder de vista que también son nuestras más importantes escuelas para la observación e instrucción clínica. ".Era evidente que más que importar si el conocimiento médico era verdadero o falso, debía ser legítimo para articular las relaciones de un poder que fue restringiendo y condicionando el acceso a la información y a la tecnología.

Para acercarme al poder patriarcal médico es importante teorizar sobre su estructura clasista y sexista. Al respecto, Franca Basaglia (1983:66), aporta que la manera de entender el cuerpo femenino y el masculino, así como su salud es a la vez productor y generador de las relaciones sociales de poder de los sistemas de género.

Hablo de sistemas de género en la práctica médica institucional para indicar cómo la cultura médica estructura las relaciones de género, cómo las transmite a las y los integrantes del equipo de salud y a las y los usuarios de los servicios de salud. Como todo sistema de dominación se constituye formalmente por medio de mecanismos de "autodesignación" como señala Celia Amorós (1990:39) a fin de marcar la pertenencia al conjunto de los dominadores. En el sistema de género de la práctica médica institucional, si bien todos los médicos detentan un cierto poder, en tanto hombres, enfrentan desigualdades de poder, cuando se ven excluidos del grupo de dominadores.

El proceso de autodesignación, aunque los incluye a todos por varones, no es ajeno a otras exigencias para pertenecer a la élite médica. Lo que se pone en juego es su pertenencia legítima por clase social, por origen académico, por especialidad ejercida, por posición política, etc., pero no por pertenencia de género. Exclusión que sí viven las mujeres médicas aun por pertenencia profesional.

El resto de las mujeres del equipo de salud: enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas, nutriólogas, etc., se enfrentan con un poder médico que las excluye no sólo por no pertenecer a la profesión médica sino por ser mujeres.

2.2 Las parteras: Saberes históricos expropiados.

La presencia femenina en la salud es un hecho histórico. En cualquier cultura que estudiemos han sido las mujeres las curadoras no sólo por su cercanía física con la familia, sino porque la gran cantidad de conocimientos sobre el uso de múltiples yerbas y determinados componentes químicos no estaba incluido en el conocimiento médico aceptado como "oficial". Los saberes femeninos eran el saber aceptado por la población y resultaban perseguidos en nombre de esa "oficialidad".

En opinión de Alberto Vasco Uribe es evidente que los más importantes descubrimientos sobre las enfermedades y la manera de tratarlas han estado en poder de las mujeres. El agrega que "no solamente en la época medieval sino hoy, donde está una gran parte y muy importante no sólo de los conocimientos médicos sino de la práctica de curar las enfermedades". Como consecuencia del proceso de medicalización, es decir, de atención en instituciones controladas y de curación médica (cfr. Olivier, L. 1992:19-23), el saber femenino fue limitado y perseguido. Algo que era ancestral de los saberes y quehaceres femeninos: el conocimiento y la curación de las enfermedades, les fue arrancado y atribuido al personal médico masculino (Vasco U., A. 1990:47)

Poco a poco fue consolidándose una práctica médica hegemónica que por su forma de organización institucionalizada, produjo también un acceso a la salud y al conocimiento diferenciado e inequitativo y fue invisibilizando la presencia de las mujeres en la historia de la atención integral de la salud.

Pero, ¿por qué, si históricamente las mujeres fueron las encargadas de atender la salud en las comunidades, hoy es atendida en las instituciones principalmente por hombres? ¿por qué si tenemos tantas fuentes de información sobre la importancia social de las parteras, sobre su habilidad y sabiduría, sobre su capacidad para resolver adecuadamente el embarazo, el parto y el puerperio, para dar atención

inmediata y mediata al recién nacido y para resolver las afecciones femeninas, hoy lo hace la Obstetricia oficial desde una visión masculina? ¿por qué, aunque afortunadamente aun siguen existiendo parteras que atienden la mayor parte de los partos, sobre todo en las zonas rurales, sus saberes son descalificados por la Medicina oficial? ¿por qué, si la maternidad constituye un hecho normal cuya resolución, la mayor parte de las veces es natural, se requiere ahora de tecnología médica, quirúrgica y farmacéutica tan sofisticada? Justamente por la asimetría de poder en las prácticas de salud. Poder que fue afianzándose en la medida en que se privilegian los saberes médicos masculinos, por encima de los saberes populares.

Afirmo que la Ginecología y la Obstetricia fueron espacios tardíamente apreciados por la Medicina oficial mientras no había descubierto ésta el enorme poder y posibilidades económicas que le ha representado

Existe en los archivos históricos una gran riqueza documental en espera de que sigamos analizando el despojo de que se hizo objeto a las mujeres parteras y lo que significó para afianzar el poder médico. Juan M. Rodríguez opinaba:

"cuando por fin los médicos atendieron los partos, la fortuna premió su heroísmo llenándolos de bienes y dándoles un lugar distinguido en los fastos de nuestra historia médica" (citado por N. León 1910:315).

Conviene por tanto, conocer algo de este proceso histórico en México en el que las mujeres perdieron el control sobre la salud, que pasó a manos del grupo médico (cfr. Alatorre, E. 1984).

El cuidado de la salud era preponderante en las culturas prehispánicas. Habían distintos "especialistas" que atendían la salud de los hombres y de las mujeres, pero estas últimas eran atendidas sobre todo por mujeres. El embarazo, el parto y el puerperio quedaban exclusivamente en manos de las mujeres, pues se

argumentaba que sólo quien había parido podía tener esos conocimientos y experiencia.

Especial interés tiene la figura de la partera. A ella se encomendaba desde la atención prenupcial; participaba en la elección de las parejas; formaba parte de la ceremonia de pedir a la novia; se encargaba del rito de enlace y daba orientación y consejos a la joven sobre su papel como esposa y futura madre.

Una vez que la mujer quedaba encinta lo comunicaba a la partera quién, en compañía de los padres de la mujer y del hombre, lo informaba a la comunidad. El embarazo constituía una bendición de los dioses y como tal, era recibido con fiestas y demostraciones de gratitud. La partera cuidaba a la mujer durante todo el embarazo; la orientaba sobre higiene, alimentación, descanso, etc. Conocía, ya avanzado el embarazo, las condiciones del feto y las circunstancias, favorables o no, en que se produciría el parto.

Cuando se iniciaba el trabajo de parto, se avisaba a la partera, quien lo atendía con la responsabilidad y la libertad para administrar yerbas o para realizar las maniobras que creyese necesarias.

Si la mujer moría en el parto, su sufrimiento le valía ser considerada heroína, siendo comparada con el guerrero muerto en combate. Esto no marcaba el fin del hacer de la partera; se encargaba de bañar el cuerpo, vestirlo con las mejores ropas y acompañar al esposo a enterrarlo. Debía también proteger el cadáver del acecho de los guerreros jóvenes pues éstos buscaban arrancarle los cabellos a la difunta e incluso amputarle el dedo medio de la mano izquierda, ya que lo consideraban amuleto para hacerlos fuertes en la guerra.

Con la conquista de México y la implantación de la religión católica, los conceptos relativos a la maternidad cambiaron radicalmente. Lo otrora natural, bendecido por los dioses, adquiría la connotación de pecado, de castigo, de vergüenza, y la

sexualidad quedaba restringida a la procreación, lo que sirvió para mantener encerradas en su casa a las mujeres.

En la época colonial la atención del parto siguió en manos de las parteras durante los siglos XVI y XVII, pero por otras razones: Si en el pasado se excluía de la Obstetricia a los hombres era por razones de experiencia. Ahora no la ejercían porque la consideraban "arte denigrante" (Chávez, I. 1974:59). Desde 1551 se formaban ya médicos en la Real y Pontificia Universidad de México, pero no atendían partos.

La presencia y el poder de la partera indígena desafió el poder médico español. Durante todo el período colonial las parteras continuaron sus diversas funciones sociales. Eran requeridas para curar enfermos y heridos; para aliviar "males de amor"; para preparar pócimas de beneficio o de maleficio; para no tener hijos; para abortar; para adivinar el futuro; para atender el embarazo, el parto y el puerperio, y las enfermedades de las mujeres y de los menores de edad. En fin, no había evento social en el que no tuvieran algo que ver. Poseían además de experiencia, importantes conocimientos sobre herbolaria, sus efectos e indicaciones; conocimientos recibidos por línea generacional de cuyo secreto eran fieles guardianas.

Fácil es pensar el enorme poder que poseían y la amenaza que representaron para el poder médico y el eclesiástico de la Nueva España. Fueron perseguidas, descalificadas y controladas precisamente porque ofrecían a las mujeres la posibilidad de controlar su sexualidad, y de atentar contra las sentencias divinas de "aceptar los hijos que Dios decida", y de "parir con dolor" (Alatorre, E., 1995:217-225).

Los médicos comenzaron por llamarlas comadronas, viejas hechiceras, chiriperas y todos los calificativos que podían, y a cuestionar y a devaluar sus saberes. Al respecto describían:

“Luego que la joven india conoce que es madre se carga de amuletos paganos y cristianos y se entrega a ciertas prácticas hijas de la superstición y la ignorancia... y cuando está ya próximo el admirable desenlace de la naturaleza, se somete al examen de una vieja hechicera, comadrona del pueblo”.

La atención del parto, que maravilló a muchos cronistas, fue vista por los médicos como *chiripa* (casualidad) -tal vez por eso el calificativo de chiripera-.

“Las más de las veces la casualidad viene en apoyo de la imprudente charlatanería de estas miserables agoreras... En fin, la pródiga naturaleza vence cuantos obstáculos le oponen la ignorancia y la barbarie”.

Son muchos los documentos en los que podemos fundamentar el carácter sexista y racista de los médicos novohispanos. El relato anterior concluye señalando que:

“El nuevo ser viene al mundo a participar, sin duda, de la maldición de la raza y de la proscripción social de sus padres” (León, N., 1910).

El racismo y el sexismo médico como bien señalan B. Ehrenreich y D. English (1980:62) hacía mucho tiempo habían dejado de pertenecer al reino del prejuicio “para pasar a formar parte del iluminado campo de la ciencia objetiva”.

El proceso de discriminación racial los llevó a buscar diferencias anatómicas y fisiológicas entre el hombre blanco, conquistador y médico y aquellos indígenas que se presentaban ante sus ojos solamente con la figura de hombres y de mujeres

“Los niños no apoyan las rodillas en el suelo como los blancos para gatear, y es curioso verlos moviéndose a manera de monos con gran rapidez (León, N. 1910:82).

Necesitaban encontrar las diferencias que acentuaran más su sexismo, ahora también racial, entre los cuerpos femeninos indígenas y los de españolas.

“El doctor Alderman dice no haber observado ningún caso de pelvis deformada y en la conformación de los órganos genitales no ha encontrado diferencias notables con los de las blancas” (León, N. 1910:86).

A pesar de que la Medicina oficial veía con profundo desprecio a las parteras y a la Obstetricia denigrante, llegó el día en que necesitó de los servicios de ellas. Con la inmigración de mujeres españolas y el crecimiento de las familias criollas, se hizo necesario que alguien atendiera sus partos.

En la Nueva España, estas actividades eran realizadas por dos tipos de parteras: las que pertenecían a la población indígena o a las diversas castas y que atendían a las mujeres de los estratos sociales más pobres y desprotegidos, y las parteras de estratos sociales medios. Este último grupo fue el destinatario del interés médico más inmediato para vigilar y controlar su ejercicio; después se extendería a cualquier mujer partera. El interés mediato sería su extinción.

Aunque durante dos siglos ni los médicos ni los cirujanos se ocuparon de la Obstetricia, sí fueron controlando el ejercicio de las parteras mediante diversos reglamentos cuya observancia vigilaban la iglesia católica y el Real Tribunal del Protomedicato, organismo creado en 1628 en la Nueva España que tenía el control de las actividades en materia de salud.

Las primeras restricciones a las parteras fueron impuestas por la iglesia católica. En 1775 se publicó el documento *Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación*, (Biblioteca Histórica de la Facultad de Medicina, D. V. 3618 CAN) que constituye un reglamento elaborado por las autoridades eclesiásticas.

Se ordenaba que las parteras:

1. Se aseguraran de que al atender un parto, el producto de la concepción recibiera bautizo cristiano, independientemente de su edad gestacional y de las condiciones en que naciera. Si el parto se complicaba y la madre moría, la iglesia ordenaba que el niño "fuera sacado por medio de una cesárea post-mortem", para que pudiera ser bautizado. Se indicaba que esta "operación" debía ser realizada "por un cirujano", o en su defecto, "por un castrador de animales", o si no habían éstos debía hacerlo la misma partera, pues de no hacerlo ella tendría un castigo divino. Ana María Carrillo (1989: 11) indica que "no con poca frecuencia se sacaba a un neonato, sin anestesia, por la pared abdominal de una madre que estaba muriendo".
2. Que denunciaran a la mujer que pariera un hijo ilegítimo y que de ser el caso debían quitarle al recién nacido y llevarlo "a la casa cuna en los lugares donde la hubiera, o a alguna casa honrada, a exponerlos de huérfanos".
3. Que atendieran el parto ajustándose a las ordenanzas cristianas y a la "sabiduría de la medicina española"; que no hicieran uso de "oraciones prohibidas y sospechosas", que no dieran yerbas con conjuros, ni entregaran las parias u otra cosa del parto a persona de quien se debiera sospechar que lo quisiera "para una superstición".

Más adelante, en 1806, fue publicada la *Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de partear*. En mi opinión, con la publicación de esta cartilla se inicia la reglamentación y con ello la apropiación por parte de los médicos, del ejercicio obstétrico; puesto que el documento anterior de 1775 sólo marca normas de observancia ritual católica, pero no hay todavía injerencia médica en las prácticas obstétricas de las parteras.

Este documento inicia abordando los antecedentes históricos del “arte de partear” contados por los médicos españoles. Reconocen que “efectivamente en todo el mundo fue ejercido exclusivamente por mujeres”, pero agregan que “afortunadamente”, con los avances de la Medicina se hace necesario que los médicos se hagan cargo, pues las parteras “son ignorantes y poco capaces”, por lo que “se debe recurrir a la pericia y destreza superior de un buen cirujano”, cosa que ya se hacía en España y que, por lo tanto “debía también hacerse en el Nuevo Mundo”.

Entre las ordenanzas a las parteras estaba el que para ejercer debían mostrar su competencia ante un tribunal médico a fin de obtener su autorización para ejercer. Se establecía que debían reunir las siguientes cualidades:

- “Tener una edad proporcionada, porque si cuando ya vieja lo intenta, se le ha pasado el tiempo oportuno de aprender, su entendimiento y sentido se hallan ya débiles para ello.
- No deben ser muy jóvenes ni doncellas, para cuidar su pudor.
- Deben tener una salud robusta, porque si son débiles o enfermizas no pueden tolerar el trabajo de traspasar y demás incomodidades... también son inhábiles las excesivamente gordas.
- Han de saber leer y escribir suficientemente ... para aprender lo que sus maestros le enseñen.
- Deben ser de genio dócil y propenso a admitir el dictamen de sus mayores en suficiencia.
- Deben ser misericordiosas y atender gratis a pobres y a ricos, deben ser buenas cristianas y confiar más en los auxilios de Dios que en los de su arte.
- Deben ser fieles y silenciosas”.

Estas ordenanzas me hacen reflexionar en los evidentes cambios que fue sufriendo la atención obstétrica cuando el hombre médico decidió controlar los

saberes y el ejercicio de la mujer partera. El ejercicio obstétrico que fue exclusivo de las mujeres –pues sólo ellas podían atender un parto- ahora ya no les correspondía, “por ser ineptas”. El otrora reconocimiento social que se daba a las ancianas por su mayor experiencia -las parteras prehispánicas tenían como diosa de la maternidad a Toci, “la más vieja”- (Carrasco, P. 1981:280), ahora se les negaba “porque las viejas son incapaces”. Lo que fue visto como natural por las mujeres indígenas de todas las edades, ahora debía ser ocultado a las doncellas y muy jóvenes en nombre del pudor. La sabiduría heredada por generaciones tenía que ser legitimada ahora por un Consejo Médico masculino.

Evidentemente la consigna de atender gratis a pobres y ricos aludía exclusivamente a la práctica de las mujeres parteras, no así a la de los médicos hombres, cuyos honorarios eran tan altos, que incluso el propio Protomedicato tuvo que hacer un llamado a la caridad y reglamentar los elevados honorarios médicos (Román C., C. 1979:26-27).

Después de establecidos los requisitos que debía tener una partera, también se decretaron los conocimientos teóricos que necesitaba para ejercer, sin los cuales no podía tener la autorización oficial. En el preámbulo de la cartilla mencionada se advierte que:

"una matrona para ser buena debe saber, aunque no con aquella sutil y menuda contemplación que los curiosos profesores, debe saber superficial y distintamente la constitución de la pelvis huesosa, y de las partes situadas en el ínfimo vientre, que se llaman genitales" (Cartilla 1806).

Tal parece que los médicos consideraron que las parteras, por mujeres, ignoraban hasta su propio cuerpo. La cartilla les describe cómo son los órganos sexuales femeninos y para qué sirven. Al explicarles el himen, les advierten que:

"las matronas deben saber de su existencia no sólo para el arte de partear sino: para fundar las declaraciones, que ante los jueces se les ofrezca hacer, en las demandas de sospechosa virginidad, estupro e impotencias".

Desde el inicio del siglo XIX se decretó que en todas las universidades donde se formara a los médicos debían prepararse también a las parteras. A finales del siglo XIX la mayoría de las universidades del país ofrecían esta carrera. Su preparación era muy heterogénea, como heterogéneas eran también las mismas universidades. Uno de los hechos que explica la diversidad de planes y programas de estudio, de reglamentación y de cobertura educativa que tenía el país hasta ya iniciado el siglo XX, es el hecho de que, conforme a la Constitución de 1857, los estados de la República tenían entera libertad para determinar sus propias leyes educativas. (Easant, M. 1982:9-10).

Así, en relación con la educación universitaria de las parteras encontramos situaciones extremas; por ejemplo, mientras que en el estado de San Luis Potosí se les pedía ingresar con la instrucción primaria, cursar la carrera en tres años y presentar tesis y examen profesional para titularse, en otros Estados no se requería que fueran alfabetas, se les capacitaba sólo para la práctica y la universidad les otorgaba el título por "mérito distinguido". (León, N. 1910:527-700).

La formación de parteras en la Universidad Nacional de México se inicia en 1833 en la Escuela de Medicina, se exigía (como en los demás Estados) que fueran sólo mujeres; que tuvieran la educación primaria, que aprobaran al ingresar un examen preparatorio y tener conocimiento del idioma francés. La carrera duraba dos años y, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo 1), recibían "una enseñanza objetiva, ya sea en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrán de pedirse a Europa".

Al analizar el catálogo de las tesis de Medicina del siglo XIX encuentro un total de 1321. De ellas 1320 son de hombres y una pertenece a una mujer, Matilde Montoya, primera mujer en estudiar la profesión médica en 1887 y que, ante el gran rechazo de los médicos, fue obligada a dejar el ejercicio de la Medicina e ingresar de nuevo a la universidad para estudiar partos y poder ejercer la Obstetricia.

Es posible apuntar que: el siglo XIX fue de instrucción formal para las parteras en toda la República; que estas mujeres tenían un lugar social distinguido, con una práctica no enfocada al lucro y con un grupo destinatario propio; la mayoría se encontraba en una situación educativa privilegiada pues aun con la educación primaria incompleta esto no correspondía a la gran mayoría de las mujeres a quienes se consideraba "incapaces de estudiar una carrera universitaria" (Basant, M. 1989:134). La situación era muy diferente para las personas que cuidaban de los enfermos. Hombres y mujeres que trabajaban como personal de servidumbre o que pertenecían a diversas órdenes religiosas. Se les denominaba "enfermeras" y "enfermeros". Hasta el siglo XX se inicia el camino hacia su profesionalización, proceso decidido por el poder médico que incluyó la paulatina desaparición de las parteras universitarias.

La situación actual de las parteras universitarias es sumamente compleja y escapa a los propósitos de este trabajo. Aunque en casi todas las escuelas de Enfermería en el país se siguen considerando los contenidos de la formación obstétrica, lo cierto es que su ejercicio en las instituciones de salud sigue estando condicionado a las coyunturas institucionales y al permiso del grupo médico hegemónico para que puedan atender un parto. Muchas escuelas han eliminado la formación de parteras dejando únicamente la de enfermeras y desafortunadamente este error es visto como una tendencia favorable para la Enfermería. Parece ser que la única escuela que conserva la formación "en Enfermería y Obstetricia" es la ENEO. Resulta muy importante y digna la resistencia que las mujeres enfermeras han dado ante las fuertes presiones

médicas porque sea eliminada toda la formación obstétrica que no sea de ayudantía.

Hay en México otro grupo de parteras, consideradas "tradicionales", que no cuentan con formación obstétrica académica. Ellas conservan su presencia y poder comunitario en todo México, sobre todo en los lugares marginados de la Medicina oficial. Su importancia merecería por sí sola muchos estudios. Basta concluir que en promedio más del 50% de los nacimientos que ocurren en México con atendidos por ellas, el 90% en comunidades rurales, no sólo porque las mujeres no tienen acceso, tanto económico como físico, a las instituciones sanitario-asistenciales, sino por la confianza ancestral que les tienen (Figuroa, P. comp. 1998:167).

En todas las investigaciones que he revisado, o en las que he participado, se documenta su enorme valor, su profesionalismo, su respeto por la naturaleza y por la vida humana, su sabiduría. Ellas son portadoras y reproductoras de su cultura. Adquieren la práctica en el contexto vital de ser mujer-hija-madre-abuela, y en un largo proceso de aprendizaje y de solidaridad femenina.

"Las parteras son las herederas de la mujer médica prehispánica, las voceras de los dioses, las sacerdotisas de la vida, las protectoras de la salud, las consejeras de las parejas, las que no son calladas por los hombres, las que conocen los secretos". (cfr. Galante, C., Castañeda, M. 1997:234) (López Reyes, J., Márquez, P. V. 2000:150).

2.3 La condición de las mujeres "enfermeras" y el sistema médico institucional.

En capítulos anteriores revisé algunos antecedentes de la práctica médica institucional en México. Asimismo, analicé la situación de las parteras y el proceso

en el que sus saberes ancestrales fueron quedando en el ámbito médico asistencial.

No es difícil ubicar la presencia histórica de las parteras en cualquier confín del mundo. Pero sí me resulta difícil ubicar, el tiempo y el espacio que antecedieron a las enfermeras mexicanas profesionales de hoy.

El doctor F. Fernández del Castillo (1953:s/p) dice que "si por enfermera entendemos a la mujer que cuida a los enfermos, podemos decir que su profesión es tan antigua casi como la humanidad sobre la tierra". Aceptar este planteamiento sería aceptar que el cuidar enfermos es una actividad innata de las mujeres, lo cual es falso. Otras personas (Malvido, E. 1992:23-34), ubican el origen de la Enfermería en México con la orden religiosa de las Hermanas de la Caridad (1843-1874). Sin negar lo trascendente de la obra de estas religiosas españolas en el ámbito de la salud, considero que su corta estancia, 31 años, y lo desfavorable de la situación educativa de la gran mayoría de mujeres en el país, no permitió un avance académico significativo para las mujeres que fungían como "enfermeras" y sí afianzaron muchos de los atributos por razón de género que, en mi opinión, fueron consolidando el carácter femenino adjudicado arbitrariamente a la profesión.

Entonces ¿cómo ubicar en tiempo y espacio a las mujeres que anteceden a las enfermeras profesionales en México?

Un buen comienzo es afirmar que la historia de las enfermeras es, en gran medida, la historia de las mujeres. Así como precisa Ana Lidia García (1994:7-9), "hablamos de la historia de las mujeres y no de la historia de la mujer, pues la mujer en abstracto no tiene existencia histórica concreta en un tiempo y en un espacio". Así también hablaré de las enfermeras como sujetos históricos. El abstracto enfermera no existe. Hablaré de enfermeras –fundamentalmente mujeres- porque aunque en nuestra profesión también hay enfermeros, aún hoy su

número es muy reducido. Sólo el 7% en todos los niveles son hombres. (Dirección General de Profesiones, 2000).

Silvia Marina Arrom (1988:24) señala que no es fácil documentar las experiencias de las mujeres, (por tanto, de las enfermeras) porque muy rara vez aparecen en las fuentes utilizadas por los historiadores, y agrega que los documentos históricos son originados casi enteramente por la elite que se ocupa principalmente de las clases privilegiadas. Las mujeres de las clases populares en México, que eran la enorme mayoría de las mujeres urbanas trabajadoras en los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX, donde encuentro los antecedentes de las mujeres de la Enfermería profesional de hoy, parecen no tener existencia.

Para las mujeres, por discriminación de género, la época colonial fue como una "edad oscura" como bien apuntaban los liberales del siglo XIX "...porque en aquel tiempo era ilegal para las mujeres aprender a escribir, a fin de que no pudieran escribir cartas de amor" (citado por Arrom, S. 1988:28).

Sólo una pequeña parte podía estudiar y, aunque el objetivo era formar madres y esposas educadas, sí constituyó un factor importante para sus posteriores demandas educativas.

Hasta el período independiente empieza a tener forma una educación femenina profundamente estratificada. Había en la ciudad de México tres escuelas; en dos de ellas, se enseñaba a las niñas de familias de clase social alta a leer y a escribir, religión, bordado, costura y música, aritmética, ciencia e historia. En cambio, en una escuela para alumnas indígenas "sólo se enseñaban las primeras letras y se acentuaban las habilidades domésticas como lavar, planchar y servir..."(Arrom, S. 1988).

La auténtica investigación implica filosofar. En efecto, no sólo es trabajo memorístico o anecdótico. La investigación histórica es un proceso para

esclarecer las posibles relaciones entre diversos aconteceres y precisar sus causas y sus efectos. Hacer una lectura histórica con perspectiva de género nos permite además tener una línea argumental para explicar lo social a partir del peso de lo simbólico en la materialidad de la existencia de las personas históricas¹.

En el caso de la investigación sobre la Enfermería, provisionalmente entendida ésta como las actividades de salud que históricamente ha realizado un grupo social específico: las enfermeras y los enfermeros, importará más que conocer fechas o relatos, conocer a los personajes que vivieron esa historia, quiénes eran, de qué estrato social provenían, qué hacían, porqué lo hacían, cómo lo hacían, cómo lo aprendían, qué lugar social les era asignado, qué relaciones de poder o de dependencia establecían por razón de género, qué se les permitía, qué se les prohibía, qué se les premiaba, qué se les sancionaba. En fin, investigar así la historia de la Enfermería implica mucho más que una búsqueda documental, implica un largo camino de análisis, de reflexión, y de argumentación, procesos mucho más complejos pero evidentemente mucho más útiles y significativos.

Aunque la investigación histórica puede hacerse desde diversos enfoques, lo que la distingue es su intencionalidad. Historia para conservar o Historia para transformar. Si lo que pretendemos es que la Enfermería se transforme, se desarrolle, que construya sus teorías, que empodere a las enfermeras, que promueva una mejor prestación de servicios de salud, que aun en condiciones de interdisciplinarietà distinga el hacer específico de las enfermeras, entonces, la investigación histórica de la Enfermería debe tener la intencionalidad de producir los conocimientos que pongan en crisis las versiones ritualizadas del pasado, considerando que toda situación social es resultado de un proceso de construcciones y de relaciones genéricas, es decir, entre personas naturalmente diferentes pero construidas socialmente como desiguales. En este sentido, las personas que se han desempeñado como enfermeras, en tanto sujetos históricos,

¹ Graciela Hierro en su obra *De la domesticación a la educación de las mexicanas* hace un importante estudio histórico sobre la educación de las mujeres prehispánicas, criollas y contemporáneas. Ed. Fuego Nuevo 1989.

harán visible el sistema de relaciones sociales en el que se sustenta la Enfermería.

En principio, debo distinguir entre las actividades de dar distintos tipos de atención a las personas enfermas, -que ciertamente han sido ejercidas por las mujeres en la familia por razones sociales y culturales- y las actividades no familiares, en las que se establece un convenio entre quien otorga el servicio y quien lo requiere. Estas últimas actividades pueden ser no profesionales cuando carecen de educación formal o ésta no reúne los requisitos formales que la acrediten como profesión, y profesionales cuando cumplen con los lineamientos que legitiman académica y legalmente su ejercicio.

La Enfermería profesional en México se inicia a finales de la década de los años sesenta del siglo XX con la licenciatura. Si bien tiene una importante etapa antecedente con la apertura de la primera escuela de Enfermería en 1907. Es profesión hasta que cumple con el requisito académico profesional y sus egresadas obtienen el grado de licenciatura que las distingue. Tiene un poco más de 30 años. Hay un abismo entre tener 30 años y tener todos los años de la humanidad. ¿Cómo explicarlo?; analizando los diversos hechos históricos desde una perspectiva de género, a fin de desmitificar la idea de que lo que hacen las enfermeras lo hacen no porque lo aprendieron, sino porque, al fin mujeres, nacieron sabiéndolo. Entonces, ¿cuándo y por qué surge la Enfermería? Sigamos buscando la presencia femenina en las actividades hospitalarias.

2.3.1 La atención hospitalaria colonial y el cuidado del alma y el cuerpo.

La llegada de los españoles y con ellos el proceso de conquista, modificó radicalmente todas las estructuras de los pueblos indígenas. Por razones obvias, el cuidado de la salud de los indios conquistados no estaba en los proyectos prioritarios, salvo cuando las grandes epidemias se sucedieron.

La primera epidemia de viruela fue traída en 1521 por un negro esclavo enfermo; la segunda, de sarampión en 1531; la tercera, de peste en 1545, y muchas más. Estas epidemias diezmaron a tal grado a la población, que amenazaban con extinguirla y, ante el peligro de quedarse sin indios Carlos V despachó una Cédula Real fechada el 10 de abril de 1546, dirigida a la Real Audiencia de México, en la que se informaba el envío a la Nueva España de religiosos hombres para la atención hospitalaria de los indios (Venegas Ramírez, C. 1973:19-30).

Si no habían enfermeros ni enfermeras indígenas ¿quién atendía a los miles de enfermos?, ¿dónde se atendían?, ¿eran suficientes los religiosos que llegaron de España?, ¿qué funciones desempeñaron?, ¿qué pasó con las parteras y con las mujeres curadoras indígenas? Veamos:

La obra hospitalaria fue un reflejo de las obras de beneficencia de la Europa medieval y desde luego de la península ibérica. Aunque con particulares objetivos de congregar a los indígenas y convertirlos a la fe católica, hay muchas coincidencias en las estructuras organizativas y de poder entre aquellos hospitales y los construidos en el nuevo mundo. En todos la base de la atención era la caridad cristiana. El poder recaía en las autoridades religiosas que decidían, entre otros, la contratación de los trabajadores –hombres y mujeres- y la de diversos ejecutores de la Medicina: médicos, cirujanos, sangradores, barberos, boticarios, etc., siempre hombres.

La construcción de hospitales para indios obedeció a la necesidad de dar asistencia a los afectados por las constantes epidemias, especialmente en los siglos XVI y XVII. La mayoría de estos hospitales desapareció a finales del siglo XVIII cuando decrecieron las epidemias y el objetivo de conversión religiosa se había logrado. Estos hospitales fueron básicamente centros de transculturación, más que centros de atención médica (cfr. Venegas, C. 1973:39-40).

Siendo todos los hospitales de la Nueva España, independientemente del tipo de personas atendidas, instituciones católicas, los personajes importantes no eran, en opinión de Lilia Oliver (1992:72), ni los enfermos ni los médicos y/o cirujanos que se contrataban, sino el personal religioso que ayudaba a los enfermos a “bien morir”. Estamos en un período de poder eclesiástico, puesto que la finalidad hospitalaria es religiosa. Es la salud del alma la que importa más que la salud del cuerpo.

2.3.2 Los “ejecutores de la Medicina” como antecedente de la atención medicalizada de la salud.

Me he referido a “diversos ejecutores de la Medicina”, aplicando un término arbitrario para designar los muchos “especialistas” que aparecen en las fuentes documentales. Josefina Muriel (1991:37) señala incluso, que durante varios siglos no se encuentra un perfil claro de los personajes que atendían en los hospitales de la Nueva España a los individuos enfermos. Esto es especialmente importante para el tema que me ocupa porque a través del análisis de las fuentes documentales puedo identificar las actividades que realizaba cada personaje y acercarme al sistema de poder en el seno del hospital. El propósito es hacer visible la presencia femenina en las actividades hospitalarias y demostrar que la sexualización de estas actividades fue adjudicando a las mujeres un lugar secundario en la jerarquía médica, en la medida en que cambió la finalidad asistencial del hospital transformándose el sistema de poder: de eclesiástico a médico.

Entre los “ejecutores de la Medicina” estaban el médico y el cirujano, diferenciación jerárquica que se mantuvo hasta mediados del siglo XIX. Aunque en el viejo mundo entre los siglos XVI y XVIII los nombres de “físico” para el médico, y “maestro de llagas” para el cirujano ya se habían cambiado, la separación social siguió prevaleciendo.

En la Nueva España “los médicos como graduados de la Universidad, se consideraban superiores. A los cirujanos –por ejercer un arte manual considerado inferior- se les tenía poca consideración” (Tank de Estrada, D. 1982:36). Pero éstos no fueron los únicos ejecutores de la Medicina. Igual aparecen “sangradores”, “dentistas”, “hernistas”, “componedores de huesos”, “oculistas”, “flebotómanos”, “droguistas”. etc. (cfr. Álvarez Amézquita, J. 1960:18-20). Aunque su estudio no forma parte de los objetivos de este trabajo sí me parece que cada uno de estos “especialistas” cumplió un importante papel en la consolidación del poder médico hegemónico posterior. Un dato para destacar: todos son hombres, o por lo menos, así aparecen en los documentos analizados. Su ejercicio fue controlado por el Tribunal del Protomedicato, creado en la Nueva España por Real Cédula de 1646². Las únicas mujeres que registra el Protomedicato fueron las parteras.

Un importante documento escrito por Germán Somolinos D'Ardois (Biblioteca Histórica de Medicina) describe, por relación alfabética “los profesionistas médicos, o en conexión con la medicina, que practicaron en territorio mexicano entre los años 1521 y 1618”. La relación incluye a “médicos”, “cirujanos”, “algebristas”, “boticarios”, “curadores de bubas”, “veterinarios”, “aficionados”, “médicos indígenas”, “enfermeras” y “parteras”.

Aunque se advierte que el documento constituye un anexo con los nombres y circunstancias “que no cupieron en el primer documento” (este documento no lo he conseguido), su análisis me permite hacer algunas reflexiones:

² La posición social inferior de los cirujanos, tanto latinos como romancistas, los lleva a establecer alianzas con los boticarios y los sangradores para formar la Cofradía del Santo Cristo de la Salud en 1652. A través de la lucha organizada, fueron transformando la cirugía, de un “arte inferior” a una “profesión digna”. Serían los cirujanos los que poco a poco se interesaron por la Obstetricia “-arte denigrante”, mientras la ejercieron mujeres- “profesión respetable” cuando la ejercieron los hombres reunidos en una sola carrera: médico, cirujano y partero en 1836. Ver León, Nicolás 1910; Tank de Estrada Dorothy 1982; Rosen, George 1985; Staples, Anne 1982; entre otros.

1. De las mujeres de la relación ninguna es indígena. Describe sí a “médicos indígenas”.
2. Mientras que la relación incluye a más de cien hombres, sólo 10 son mujeres: ocho “enfermeras” y dos parteras, todas españolas.
3. Al describir el oficio de las mujeres, de todas refiere: “curar enfermos y/o heridos”, en ninguna señala “cuidarlos”, en algunas agrega: “ensilla y cuida caballos” y “adereza alimentos”.
4. De una partera dice que además de ser “comadrona y enfermera”, “sirvió mucho de curar a los enfermos”.
5. Entre los hombres, cita a algunos como enfermeros, pero no separa un grupo con tal denominación. Éstos quedan clasificados como “aficionados” y se aclara que la afición es a la Medicina. Al describir el oficio de estos enfermeros, de todos dice “cuidar enfermos”, o “ayudar a las curaciones”, sólo de uno señala además “curandero”.

Llama la atención que las actividades de hombres no religiosos en los hospitales de la Nueva España, también son descritas así: “cuidador de enfermos” o “ayudante de médicos y cirujanos”. Incluso en el Hospital Civil de Guadalajara, fungían como enfermeros los estudiantes de Medicina y los de Farmacia (Oliver, L. 1992:158).

De esta misma época es la obra española de Andrés Fernández, que en 1617 escribe sus experiencias en España como “cuidador de enfermos”. El autor pertenecía a la orden religiosa de la “Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres”, y la escribe “para que otros con oficios de enfermeros no les cueste trabajo cumplir las órdenes de tan doctos médicos... (cuido enfermos) por seguir las enseñanzas del Maestro Salvador, porque si no tengo caridad, nada soy”.

¿Curaban o cuidaban?, ¿quién hacía qué? ¿por qué insisto en esto? Porque me parece que en las palabras “curar” y “cuidar” hay más que meras diferencias de

verbo. Hay una diferencia sustantiva de poder, y esta diferencia puede ser el problema político que subyace en el quehacer de la Medicina y de la Enfermería.

Josefina Muriel (1991:19) apunta que el siglo XVI fue el siglo de la mística hospitalaria. El cuidado –no la curación- era realizado por los mismos frailes “con devoción y caridad cristiana” en los hospitales; los servicios de cocina y limpieza los realizaban los esclavos “cuando el hospital contaba con ellos”, o se contrataba a hombres y a mujeres para los servicios domésticos.

Pero la mística hospitalaria tenía que atender también la curación no sólo del alma. Hay en las distintas órdenes religiosas la aceptación de la efectividad de la Medicina indígena. Fray Alonso de Molina, por ejemplo, escribió las primeras ordenanzas para hospitales y en ellas señala que “con absoluta confianza”, la Medicina indígena debía tener “el lugar principal en la atención hospitalaria”. Al respecto, Josefina Muriel (1990:32) destaca el dilema de los religiosos pues si bien los conocimientos médicos de las y los indígenas eran espléndidos, “como se mezclaban con brujería” no podía permitirse que entraran a “una institución cristiana”, los hospitales. Por otro lado, como en las comunidades “había personas indias que conocían y aplicaban las yerbas y curaban las enfermedades”; se ordenó entonces “que las yerbas fueran llevadas al hospital” y que se distinguiera entre los “médicos brujos” y los “médicos sabios”; estos últimos debían vivir en el hospital y “enseñar lo que saben”.

Hasta finales del siglo XVIII el trabajo de los médicos en todos los hospitales se limitaba a “dictar las dietas, los medicamentos o recetas, y en pulsar (tomar el pulso) a los enfermos ‘que no hace otra cosa el médico’, según dijo el enfermero mayor” (Oliver, L. 1992:157). Aprendían desde las aulas sólo a recitar los legados de los grandes maestros médicos, pero no relacionaban el conocimiento con los enfermos, ni tenían oportunidad de aprender a observarlos, lo cual los incapacitaba para apreciar los hechos en cada caso particular.

Los cirujanos sí tenían trato directo con los enfermos. Hacían las “curaciones y las operaciones”, acompañados “de un mozo o de un practicante asalariado” y no del enfermero mayor (fraile) como ocurría con la visita médica. La razón era por no ser conveniente “al estado religioso ver alguna poco honesta curación de algunos enfermos”. Lilia Oliver (1992:173) agrega que es interesante la contradicción de que justamente en los hospitales ver el cuerpo del enfermo era “poco honesto”. ¿Qué pasaría con el cuerpo femenino enfermo? ¿También las curaciones y las operaciones las haría el cirujano hombre? Otro tema para investigar.

Diversos estudios coinciden que el siglo XVI fue el de la mística hospitalaria, pero también en que en los siglos XVII y XVIII aunque siguieron construyéndose hospitales ya no tenían tal mística. “La caridad no llega a estas alturas”, señala J. Muriel (1990:21), y el que funda un hospital busca ponerlo inmediatamente en manos de las personas “que se especializan en el cuidado de los enfermos, pero no ocuparse de él”. Las instituciones hospitalarias religiosas poco a poco fueron quedando bajo el poder laico de los médicos.

2.3.3 Haciendo visible el trabajo femenino en el campo de la salud.

Quiénes entonces “cuidaban” enfermos y quiénes los “curaban”. Me parece que esto dependió no sólo del modelo de atención y de su finalidad que varía por espacio temporal, sino del área física en el que se ejercieran estas actividades.

Cuando el área física fue institucional, es decir de “atención intramural”, independientemente si de cuidado o de curación, las actividades fueron ejercidas por religiosos hombres hasta la llegada en el siglo XVIII de las Hermanas de la Caridad y por diferentes “ejecutores de la Medicina”, todos hombres.

En los hospitales donde se atendía a mujeres había también mujeres trabajadoras. En casi todos se les denominaba “enfermeras” pero su ocupación no requería de

licencia oficial como ocurría con las parteras y con todos los ejecutores de la Medicina. Las enfermeras dependían jerárquicamente de varios personajes hombres: los enfermeros religiosos, los médicos y los cirujanos principalmente, o de las parteras mujeres en los hospitales donde había atención obstétrica. Su ubicación en la nómina hospitalaria era de personal de servicio (Cfr. León, N. 1910:350-358).

Revisando las fuentes documentales encuentro también hombres entre el personal de servidumbre de los hospitales pero me parece que aún los servicios domésticos deben haber estado jerarquizados por razón de género. Este importante aspecto requiere de mayores investigaciones, pues no encontré ninguna mención de las actividades específicas de ambos trabajando como enfermeros laicos.

Silvia M. Arrom, al analizar algunas actividades llama la atención sobre la diferente valoración social según la realizaran mujeres u hombres. Se refiere por ejemplo a la costura y señala que era ejercida aproximadamente por el mismo número de mujeres y de hombres, pero que a estos últimos se les llamaba sastres y podían organizarse en prestigiados gremios, no así las mujeres costureras, cuya labor era poco reconocida y no podían asociarse –como tampoco las mujeres de otros oficios- en gremios. “Que las mujeres cosieran la ropa familiar era admirable, pero que cosieran lo ajeno era degradante” (Arrom, S. 1988:197).

Me parece que algo así sucedió con las actividades de salud. Que las mujeres curaran gratis a su familia era admirable, era “naturalmente femenino”. Pero la curación a otros ya no era natural. La curación en el espacio público, en tanto “espacio masculino” ya quedaba en otras manos: masculinas. En el espacio público médico las mujeres sólo podían cuidar de los enfermos que serían curados por los médicos.

Sobre el cuidado considero que mientras tuvo el respaldo del sacrificio cristiano fue ejercido por los hombres en aras de expiación de culpas. Cuando dejó de tener esta justificación, pasó a manos de las personas con nulo poder para oponerse como el caso de las y los esclavos y presidiarios, o en las personas cuya clase social las obligaba a trabajar para subsistir.

Silvia M. Arrom (1988:199), señala que también había un número aproximadamente igual de mujeres y de hombres sirvientes, pero estos últimos no realizaban algunas tareas que se dejaban a las mujeres, como el lavado de la ropa, la limpieza de las habitaciones y de la cocina. Las actividades de mensajería eran realizadas casi siempre por los sirvientes hombres. Sería muy interesante seguir tejiendo este tema para hacer visibles las actividades de unos y de otras e identificar las posibles estructuras sexistas en las actividades menos valoradas, relacionadas con la atención directa de los enfermos.

Encontramos que se menciona también a mujeres trabajando en otras actividades relacionadas con la salud. En el Hospital Real del Divino Salvador del Mundo, institución que albergaba a enfermas mentales, se señala que había “señoras de servicio” que se encargaban de “enjaular a las enfermas furiosas” (Muriel, J. 1990:120).

Fernández del Castillo, F. (Biblioteca Histórica de la Facultad de Medicina. S-610.s FER Tomo 2 A.17161) describe a Ana de León “enfermera de las cárceles secretas del Santo Oficio”, cuando se solicita que sea relevada pues

“la susodicha se halla totalmente impedida de mucho tiempo a esta parte de poder asistir a dicho ejercicio por su mucha edad y falta de vista [...] es una pobre mujer de honradas obligaciones y que ha 40 años que sirve al Tribunal en dicho ministerio de enfermera de los presos”.

El documento al que hace mención el doctor Fernández del Castillo, señala que cuando se pide que se releve a Ana de León, se insiste en que se contrate a otra mujer pues “ni aun para hacer estas acciones con los hombres presos parece imposible que se haga por otras manos que no sean las de una mujer”. Ana de León curaba y cuidaba a los presos enfermos.

También encuentro mencionadas a “mujeres congregantes boticarias” que ayudaron en los hospitales; parece que se trata de mujeres piadosas que daban dinero para obras de caridad y ayudaban en algunas tareas hospitalarias (cfr. Muriel, J. 1990:133).

Finalmente, y con menos posibilidades de documentar su historia, está el trabajo extramuros, no institucional, de las mujeres. El cuidado de la salud y la curación de las personas enfermas siguió estando en manos de las mujeres principalmente, aunque tenga que inferirlo a falta de fuentes para comprobarlo.

Entre los pocos datos que me permiten ubicar la presencia femenina en el trabajo está el decreto del 12 de enero de 1799 en el que se autoriza a las mujeres a ocuparse del cualesquiera labores o manufacturas compatibles con su decoro y fuerza. Este decreto aludía a dar fin a la prohibición de que las mujeres se incluyeran en los gremios artesanales. Se señalaba además que aunque legalmente pudieran dedicarse a cualquier actividad pública no podían hacerlo en las actividades que entrañaran administración y gobierno. En otras palabras, no podían ejercer ningún tipo de poder, menos aun sobre los hombres.

Cuando busco la presencia de las mujeres en el campo de la salud, sólo aparecen algunas como herbolarias, como curanderas, y desde luego como comadronas o parteras. Pero si los diversos cronistas de la Nueva España documentaron la importancia de las mujeres prehispánicas en la salud; si aún hoy, a 5 siglos de distancia y con mejores técnicas investigativas es claramente visible la presencia femenina en el cuidado, la protección y la rehabilitación de la salud humana y de

los espacios ambientales, ¿por qué habríamos de pensar que en los siglos anteriores, por carecer de fuentes para comprobarlo, las mujeres dejaron de estar presentes?.

Me parece que fueron cambiando las formas femeninas de intervención. En la medida en que el conocimiento médico fue medicalizándose y las instituciones de salud se fueron constituyendo en espacios diferenciados de poder. Las relaciones genéricas de dominio/dependencia fueron instituyéndose como formas de relación no sólo en los espacios hospitalarios sino aun el espacio familiar otrora del dominio femenino en materia de salud.

El cuidado puede quedar en las mujeres, al fin les es "natural"; pero que no implique traspasar los límites establecidos por el poder médico. Las mujeres pueden cuidar a su familia, siempre y cuando "sigan las instrucciones de su médico"; ¡cuidado con la automedicación! "consulte a su médico". Aun el cuidado femenino en el hogar se convierte en una actividad indirectamente dependiente y controlada. No debe convertirse en curación.

El cuidado femenino profesional también es una actividad dependiente y controlada. Las enfermeras pueden cuidar, "cumpliendo siempre las indicaciones médicas". Las mujeres médicas pueden curar -en los espacios clínicos de menor interés para el grupo médico masculino- pero "no mandar", salvo ejerciendo un poder patriarcal delegado (cfr. González de León, D. 1990).

Graciela Hierro reflexionando sobre la profesión de las enfermeras nos dice:

"Descubrí el sentido profundo de la profesión, cuando en una ocasión pregunté a las enfermeras ¿Qué hace una enfermera que no puede hacer el médico? Como nadie respondía, insistí: El médico cura, ¿qué hacen las enfermeras? Me respondió una de ellas: 'El médico diagnostica y receta, la enfermera aplica el tratamiento y cura'. Así aprendí que la Enfermería es

una función básica en el campo de la salud porque, entre muchas otras cosas, es la encargada de la curación de las personas enfermas” (Hierro, G. Prólogo en: Guerrero P., V. 2000:10).

2.4 El modelo médico institucional y la profesionalización de las enfermeras.

Al empezar el siglo XX el grupo médico necesitó formar personal que se encargara del cuidado de los enfermos porque con las Leyes de Reforma y la consecuente expulsión de las órdenes religiosas ya no se disponía como antes de religiosas y religiosos que prodigarán atención cristiana y casi gratuita a los enfermos. Por otro lado, los médicos no podían utilizar a las parteras para atender a los enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y su nivel jerárquico y el trato a pacientes no obstétricas lo hacían a través de las “enfermeras”.

Las “enfermeras” y los “enfermeros” que habían no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo médico que el siglo nuevo prometía. El cambio en la finalidad asistencial y la consiguiente transformación del sistema de poder institucional, aunado con las políticas de atención estatal de salud y la construcción de numerosos centros hospitalarios, hacía impostergable una mejor preparación del personal de Enfermería, pues el proyecto inmediato era la inauguración del Hospital General de México.

El grupo médico necesitaba asegurarse de que su obra de diagnóstico y terapéutica estaría a cargo de personas obedientes, que mantuvieran limpios y entretenidos a sus pacientes; que cuidaran de la pulcritud, el orden y el resguardo de los recursos físicos, y cumplieran sin la más mínima objeción ni error sus órdenes, y resultaba mejor si eran mujeres.

En mi opinión, para lograrlo, el proyecto médico requirió de cambios en la estructura asistencial, y esos cambios se dan en tres ámbitos principalmente: educativo, ideológico y administrativo.

En el ámbito educativo: desde 1900 se habían iniciado los intentos por capacitar a las enfermeras que laboraban en el Hospital de San Andrés de México. De 1900 a 1905 en que se inaugura el Hospital General, y deja de ser el Hospital de San Andrés, el grupo médico utilizó varias estrategias para reunir "un buen grupo de estudiantes". Se pretendía que los futuros aspirantes para estudiar Enfermería, hombres y mujeres, tuvieran "un determinado grado de estudios, como haber cursado la Escuela Normal o los estudios de Obstetricia" (Pérez Loredó, L. 1992:4). Esta pretensión resultaba por demás ambiciosa ya que, tanto las maestras y los maestros de la Escuela Normal y las parteras ocupaban un buen lugar social y laboral como para dedicarse a cuidar enfermos y a obedecer médicos.

Por distintas razones el proyecto pretendido de reunir "un buen grupo de estudiantes" para la futura escuela de Enfermería no tuvo los resultados que su iniciador Eduardo Liceaga, director de la Escuela de Medicina, esperaba, aunque puso gran empeño en ello. Ante la falta de aspirantes para estudiar Enfermería, los médicos rebajaron los requisitos académicos, pues les urgía asegurar personal para una institución hospitalaria que estaba por inaugurarse.

Se establecieron entonces como requisitos ser (exclusivamente) mujeres de 14 a 30 años de edad y tener estudios de primaria. La carrera se cursaría en tres años con clases sólo una vez a la semana; el resto de los días atenderían enfermos y vivirían en el hospital. Así empezó la primera escuela de Enfermería en México, inaugurada en 1905 bajo la dependencia de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes. Los enfermeros hombres que habían fueron quedando ubicados en hospitales psiquiátricos, donde se necesitaba fuerza física para "atender" a los pacientes.

Luz Pérez Loreda, enfermera e historiadora de la Enfermería, nos informa sobre el "Reglamento de la Escuela de Enfermeras del Hospital General" que elaboraron algunos médicos para las alumnas:

"Las enfermeras deberán levantarse a las 5:00 A.M. desde el 1º de abril, al 31 de octubre; los demás meses a las 6:00 A.M.; la hora de acostarse será las 10:00 P.M. Queda prohibido colocar en las paredes, mesas y ventanas de su cuarto, estampas, retratos o juguetes... Cada enfermera deberá tener para su uso personal: cuatro vestidos, seis delantales, seis gorritos, seis calzones, cuatro enaguas blancas... veinticuatro pañuelos... un corset [...]. No deberán tener familiaridad con los médicos, y para dirigirse a ellos deberán decir 'el señor doctor' [...] Les está prohibido usar tacón alto, perfumes, polvos y pintura en la cara, lazos de listón en la cabeza y peinados exagerados..." (1992:44-45).

En 1911 la Escuela de Enfermería del Hospital General pasó a depender de la Escuela de Medicina de la Universidad de México. Más que como escuela independiente, fue considerada como una "sección de Enfermería de la Escuela de Medicina" dirigida por un médico "encargado"; éste inicia comisionando al doctor Eduardo Lamicq para que elaborara un programa "para metodizar la enseñanza" que requerían las enfermeras. Así escribió la *Guía de la Enfermera* que fue el texto utilizado en la naciente escuela. En el prólogo de la obra, señala que para cumplir el cometido tuvo que consultar los diversos tratados extranjeros para enfermeras que pudo obtener, pero que advirtió que se les daban conocimientos de patología médica lo que le pareció incorrecto "pues no se trata de formar 'curanderas' sino enfermeras". El doctor Lamicq agrega que después de meditar bien el punto concluye que si bien la enfermera debe de conocer las enfermedades, puesto que su misión es precisamente atender enfermos ... "a la

enfermera sólo corresponde asistir al paciente, obedeciendo al médico, coadyuvando con él para que el resultado final sea de curación”³.

El doctor Lamicq reconoce la labor benéfica de las Hermanas de la Caridad en el pasado, pero agrega que:

“llegó un momento en que, con los progresos de la Medicina, la monja con su corazón lleno de caridad, pero con su cerebro casi vacío de ciencia médica no podía cubrir ya las necesidades de su cometido... que en todo caso se necesita para aplicar debidamente las prescripciones del médico”.

Se insiste también en que la enfermera no haga nada por cuenta propia:

“cuando la enfermera no tenga que hacer, se sentará en un lugar donde esté a su vista el enfermo, por si algo se le ofrece, ocupándose mientras en algún trabajo tranquilo y no ruidoso, como por ejemplo: coser o bordar”. (cfr. Lamicq, E. 1914).

En esta guía más el Reglamento descrito por Luz Pérez Loredo ya mencionado, quedó definido el perfil de la enfermera que necesitaba el grupo médico.

Han pasado cien años desde la elaboración de estos preceptos, que además se han repetido de distintas formas pero con el mismo fondo, y a pesar de ello la Enfermería de hoy ha logrado un gran desarrollo académico. A la Medicina le llevó cientos de años hacerlo. Yo considero que hay una gran riqueza de esfuerzo y de superación en las enfermeras, pero necesitamos hacerlo conciente y convertirlo en poder.

³ Durante mucho tiempo, los procedimientos de Enfermería fueron escritos y publicados por médicos, destacando en ellos lo que debían hacer las enfermeras para ayudarles (Cfr. Torres A., José 1969:1472-1479).

En mi opinión, la Enfermería se limitó a mujeres exclusivamente por dos razones: en primer lugar los hombres que podían estudiar buscaban ubicarse en carreras de mayor prestigio social como lo demuestra la creciente disminución en la matrícula de la Escuela Nacional de Maestros y el incremento de egresados de esta Escuela que al titularse, se inscribían en la Universidad en otras disciplinas pues la profesión de maestro les servía de equivalente del bachillerato (cfr. Galván, L.E. 1985:175); en segundo lugar, porque con las mujeres ya se tenía un largo camino andado. Desde la educación familiar se iniciaba el aprendizaje de las conductas esperadas para las mujeres, es decir el aprendizaje de género. El sometimiento, la obediencia, el sacrificio, etc. eran valores altamente apreciados, que sólo necesitaban mantenerse reforzados. El pasado colonial de atención cristiana a los enfermos legitimado por las Hermanas de la Caridad había dado buenos resultados. Aunque la educación de las mujeres en general y de las enfermeras en particular fuera laica, no significaba que la religión perdiera su papel central en la vida femenina. La familia y la iglesia han sido y son dos instituciones que han participado eficazmente en la construcción y en la reproducción de los estereotipos de género.

Muchos fueron los mecanismos para lograr el control ideológico en las enfermeras, desde ponderar su labor desinteresada, llena de humildad y gloria, merecedora de un premio sobrenatural, hasta reglamentar estrictamente su estancia en los hospitales. Debía ser el prototipo de la “mujer honesta” y dejar en el pasado a las “mujeres libertinas”, de malas costumbres que les habían antecedido, prejuicios no sólo clasistas sino profundamente sexistas⁴.

⁴ Sobre este punto, es importante mencionar que aun hoy leemos nada menos que en un documento publicado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los derechos de los pacientes hospitalizados, escrito por un médico, que la única referencia que se hace de las enfermeras (como si la atención de las personas enfermas la hicieran sólo los médicos) es en Inglaterra en el siglo XVIII sin ninguna contextualización. El documento mencionado señala en la introducción: “la enfermera secular fue descrita como analfabeta, ruda, banal y agotada. Dividía su tiempo entre el trabajo de su casa, la lavandería, fregar pisos y un simulacro de atender enfermos en la forma más ruda y rápida. Rara vez rechazaba una propina, y frecuentemente la exigía. Beber era su debilidad, y a menudo su refugio ante la estrechez de su vida” (CNDH:1993).

Para que estos proyectos -educativo e ideológico- se consolidaran se requirieron también modificaciones administrativas en la nascente escuela de Enfermería, como asignar personal médico que se encargara de dar las clases: disponer de un espacio físico para este fin; elegir a las enfermeras de las áreas hospitalarias para que vigilaran el trabajo de las estudiantes, y establecer coordinación con la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes para suprimir los estudios que se cursaban en el Hospital General y validar los de las alumnas que se incorporaban a la Escuela de Medicina (Catálogo del Fondo Escuela de Medicina. Oficios 652, 654, 656, 659).

La matrícula de mujeres para Enfermería aun era muy baja a pesar de aceptarse incluso con la primaria incompleta, y la Obstetricia –carrera muy solicitada por las mujeres- constituía un campo de creciente interés para los médicos por lo que las parteras resultaron prescindibles.

No es extraña entonces la decisión tomada en 1912 por la Escuela de Medicina de que para ser partera debía cursarse primero la carrera de enfermera; la duración de los estudios sería de dos años para las enfermeras -uno menos que lo establecido en años anteriores- y cuatro para las parteras -dos años más con la carrera de enfermera- (Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina 1912 p. p. 13- 17). Con esta decisión los médicos cumplían dos objetivos: 1º asegurar alumnas para Enfermería y 2º disminuir el egreso de parteras pues para muchas de ellas cuya meta era ser parteras, el prolongarse el tiempo de duración de la carrera les significaba un gran sacrificio económico y tenían que desertar teniendo a lo sumo los estudios de Enfermería. Para subsistir sólo podían trabajar como enfermeras.

En el primer plan de estudios para la carrera de enfermera de 1912, los contenidos estaban orientados eminentemente a actividades de ayudantía con una carga horaria de 10%, aproximadamente, para teoría y 90% para práctica hospitalaria. Esta práctica no contaba con asesoría ni con planeación específica y servía para

mantener la asistencia a los enfermos las 24 horas del día. A los contenidos del plan de Enfermería se agregaron -sin modificaciones- los que ya tenía la carrera de partera, sólo cambió el año en que se cursaba, lo que se hacía en el 1° año ahora pasaba al 3° y lo de 2° año ahora estaría en 4° año . La formación de enfermeras fue un proyecto médico para asegurarse ayudantes más calificadas y obedientes. Es lógico que los cambios que fueron dándose en la Enfermería fueron consecuencia de las modificaciones en la práctica médica. (Cfr. Alatorre, E. 1984).

2.4.1 Algo de historia sobre la profesionalización de las enfermeras.

Por la amplitud del tema y la complejidad del análisis a partir del inicio de la profesionalización de la carrera, decidí utilizar la periodización que propone Julio Frenk (1980) para el análisis de la práctica médica, dada la estrecha relación histórica que han guardado estas disciplinas. En este contexto abordo algunos aspectos políticos, educativos y laborales significativos, para comprender mejor el desarrollo de la educación de las enfermeras, en el marco del proyecto médico hospitalario durante el siglo XX.

2.4.1.1 Creación de las principales instituciones médicas hospitalarias 1910-1943.

Dentro de las estrategias del Estado posrevolucionario para legitimar el interés por la salud del pueblo, se contempló la construcción de gran cantidad de instituciones hospitalarias tales como: el Hospital General, el Hospital de Huipulco, el Manicomio General y el Instituto Nacional de Cardiología, entre otros.

Al asumir el Estado la responsabilidad de la atención a la salud se definieron las políticas que modificaron también el modelo de práctica médica dirigiéndola a la

medicina curativa donde aumentaban cada día las demandas de atención. Pero el crecimiento institucional acelerado no coincidió con la formación de recursos médicos, ni en número, ni en el tipo de prácticas clínicas. Los alumnos de Medicina realizaban prácticas hospitalarias hasta que eran pasantes, situación que se mantuvo hasta 1934 cuando se modificó el plan de estudios y se planearon las prácticas a partir del 3er. año de la carrera (Moreno Silva, 1985:203).

Durante más de 30 años las enfermeras vivieron un importante desarrollo clínico, no precisamente como consecuencia de la formación académica que seguía sin modificaciones de fondo, sino en función de las características de la práctica médica que favorecía que tuvieran una mayor participación hospitalaria. Existen numerosos testimonios sobre la destreza y habilidad que alcanzaron en áreas como la Anestesia, la Fisioterapia, el trabajo social, la Obstetricia y en procedimientos médico-quirúrgicos y pediátricos. Pero en la medida en que los alumnos de Medicina cambiaron su práctica educativa hacia los servicios hospitalarios también asumieron funciones y realizaron procedimientos que primero aprendieron de las enfermeras y que más tarde significaron áreas de su dominio y control con el consiguiente desplazamiento para ellas hacia funciones cada vez más rutinarias.

Las políticas estatales en materia de salud no se centraron solamente en la atención de las zonas urbanas, el mismo desarrollo económico obligó al Estado a prestar atención a las zonas rurales, especialmente en puertos y fronteras, proyecto que se consolidó en 1938 con la Secretaría de Asistencia Pública.

Esta expansión sanitaria también estaba en discordancia con la formación de los recursos médicos y con el creciente interés de éstos por ubicarse en las instituciones hospitalarias, lo que favoreció el desarrollo de las enfermeras en otro importante espacio: el de la Salud Pública, desarrollo que tampoco fue consecuencia de una planeada formación académica, pues ni siquiera se tomaba en cuenta la Salud Pública en el plan de estudios de Enfermería. Nuevamente,

mientras estos espacios no fueron del interés médico, las enfermeras tuvieron un papel decisivo en la salud comunitaria.

Sería muy largo describir las actividades de las enfermeras sanitaristas, baste decir que su presencia llegaba hasta las fábricas, las escuelas, los mercados, las iglesias y las cooperativas. Para muchas pioneras de la Enfermería, esta fue una época de oro. Su desarrollo hizo necesarias diversas formas administrativas con un organismo rector propio: la Oficina de Enfermería Sanitaria, en el Departamento de Salubridad. Ahí las enfermeras planeaban, implementaban y evaluaban las acciones de Enfermería en un marco de autonomía y de poder de decisión.

La formación académica universitaria de las enfermeras seguía rezagada. Se les seguía preparando para ubicarse en actividades asistenciales y delegadas y las únicas modificaciones que encontramos en esta etapa es el aumento en los requisitos académicos para ingresar: en 1929 se les pide que cursen un año “preparatorio” en la Escuela Nacional Preparatoria (las materias correspondían al primer año de secundaria) y en 1935 ellas logran que se exija la instrucción secundaria, 66 años después de que en México se tuvieran estos estudios⁵.

Se aprecia en esta primera etapa un marcado reforzamiento ideológico tanto en las escuelas de Enfermería, a través del currículo presente y del oculto, como en los hospitales con sistemas de premios y castigos tendiente a reproducir una enfermera “despersonalizada” (sic) como se explicita en la 2ª Asamblea Nacional de Cirujanos (Ramos Contreras, M. 1938:76-77), enfermeras cuya razón de ser fuera el trabajo exhaustivo sin atreverse a protestar. Desde la propia escuela de Enfermería se distinguía de manera especial a las enfermeras que reunían estas

⁵ Desde 1933 en el 1er. Congreso de enfermeras y parteras ellas concluyen que debía pedirse la secundaria como requisito para estudiar la carrera; esta decisión la comunicaron a la escuela de Medicina de la que dependía la sección de Enfermería (archivo personal). Sin embargo, el Doctor Ignacio Chávez hace suya la propuesta y lo manifiesta en un posterior informe: “hace cinco años la Facultad de Medicina, a propuesta mía, implantó la reforma urgentísima de exigir los estudios de educación secundaria para ingresar a la carrera de enfermería” (Chávez, I., 1938:s/p).

cualidades “[...] jamás se quejó ni mostró cansancio ante el excesivo trabajo que le estaba encomendado, [...] trabajó intensamente hasta unas horas antes de morir” (Hernández, Juventina. 1955:2)

Encuentro entonces coherente que, a pesar de que desde la Constitución de 1917 se establece en ocho horas la jornada de trabajo, hasta 1939 se respetó para el trabajo de las enfermeras; casi 40 años trabajaron, aun como estudiantes, jornadas diarias hasta de 15 horas (Martínez, Benítez, et. al. 1985:31) y lejos de sentir la explotación debían sentirse cercanas al paraíso.

2.4.1.2 Crecimiento médico institucional lento e inicio de la especialización. Proyecto para especializar a las enfermeras 1944-1957.

Las políticas de salud y el modelo médico enfocado a la medicina curativa, impulsó hacia la especialización como forma dominante de organización para la producción de los servicios médicos, sobre todo al crearse los institutos y los hospitales de especialidad.

En la medida en que se desarrollaban las distintas especialidades médicas, surgió la necesidad de contar con enfermeras capacitadas específicamente para asegurar el éxito de la atención médica especializada. Esta demanda fue atendida por las escuelas de Enfermería, que seguían en manos de médicos, con la formación de recursos en nivel postécnico (después de terminar la carrera técnica), que las instituciones asistenciales ubicaban como especialistas. En el caso de la ENEO estos cursos postécnicos fueron decididos e implementados por los profesores médicos, sin considerar al Consejo Universitario sino hasta 1967 en que se solicitó su aprobación (Zúñiga, V.,E., 1982:43). Eran las necesidades institucionales y las de la práctica médica las que definían la formación de las enfermeras y no las políticas universitarias.

Aunque en teoría el Estado privilegiaba la salubridad y los problemas de salud eran apremiantes en las zonas rurales, este campo no constituía un área de interés médico; atender a la población sin recursos no les representaba ni poder ni dinero. Las enfermeras sanitaristas con educación formal o sin ella seguían sosteniendo los programas de salud desde su propia experiencia y profundo sentido humanitario, pero sin la intervención de las instituciones educativas como lo prueba el hecho de que no se incluyeron en el plan de estudios las materias de Salud Pública ni de Enfermería Sanitaria hasta finales de la década de los 50. Curiosamente se hace esta modificación cuando la formación de los médicos se interesa por esta área pues los campos clínicos de medicina especializada comenzaban a saturarse (Alatorre, E., 1992:62), Se inicia la pérdida hasta de estos espacios para las enfermeras sanitaristas.

La formación de las parteras también fue modificada en función de las necesidades médicas. En el caso de la UNAM, en 1955 la Escuela Nacional de Medicina reestructuró su plan de estudios con los llamados grupos piloto, a los que se daba en la práctica una serie de "clínicas" entre las que estaba la de Obstetricia, prácticas que debían realizar los alumnos en los hospitales donde estaban también las alumnas de partos de la ENEO. La situación "se resolvió" después de que los maestros médicos ubicados en la ENEO "informaron" al Consejo Técnico que las alumnas ya sólo podrían realizar las prácticas de noche pues en el día lo harían los alumnos de Medicina (Acta de Consejo Técnico ENEO 8-03-1956).

Se iniciaba también la pérdida de los espacios hospitalarios para las parteras universitarias. En 1960 el director médico de la Maternidad Maximino Ávila Camacho prohibió que los partos los atendieran las parteras y el IMSS las suprimió de los tabuladores (Martínez Benítez, 1985:81). Así siguió su situación hasta 1968 en que desaparece la carrera de partera y se crea la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Tema que será abordado en el Capítulo 3.

2.4.1.3 El aumento de la red de servicios médicos y la formación de auxiliares de Enfermería 1959-1967.

El aumento en la red de servicios médicos requería de un mayor número de recursos humanos. Para tener médicos, se incrementó su formación. Entre 1967 y 1971 las escuelas de Medicina en el país pasaron de 25 a 59 y el número de estudiantes se incrementó en 20,000 en sólo 4 años.

La demanda de enfermeras fue más difícil de solucionar ya que desde tiempo atrás se arrastraba un gran déficit de estos recursos. En 1959 el Hospital General señalaba que tenía necesidad de 1272 enfermeras y sólo contaba con 474, y de éstas, el 75% no eran tituladas. Dado que esta situación no se podía solucionar con los pocos recursos que egresaban de las escuelas de Enfermería, se implementaron cursos de capacitación de un año de duración con el requisito de tener la primaria; a las egresadas de estos cursos se les daban "las prerrogativas a las que tienen derecho las enfermeras tituladas". (Hosp. General de México, oficio 15/095.4/954/2, Archivo Personal).

Las mujeres que podían estudiar una licenciatura buscaban ubicarse en carreras con más reconocimiento. Analizando el trabajo de Eduardo Perea Álvarez (1991:s/p) sobre la evolución profesional de la mujer en la UNAM, vemos que de 1911 a 1923 las enfermeras y las parteras ocupaban el 82.4% de los títulos expedidos; el 2.6% era para médicas y el 15% para otras profesiones; y en la etapa de 1955 a 1964 el porcentaje de enfermeras y de parteras disminuyó al 24% y aumentaron los egresos en otras profesiones: 20% las médicas y 56% las demás.

Era evidente que las mujeres se inclinaban hacia profesiones que les aseguraran la posibilidad de autonomía y de práctica libre, demandas que cobraban fuerza en los diferentes planteamientos feministas.

A todo esto se agregó el hecho de que las enfermeras obstetras que egresaban buscaban ubicarse como parteras; muchas habían estudiado Enfermería porque era un requisito previo obligado. Esto acentuaba el déficit de enfermeras tituladas; en 1960, por ejemplo, de 2,008 jefaturas de Enfermería en diversas instituciones del país, 1,552 eran ocupadas por personal auxiliar (Figueroa, G., 1968:s/p). El crecimiento de la demanda de mujeres por ser auxiliares de Enfermería estaba y está directamente relacionado con dos cuestiones: la necesidad de ubicarse tempranamente en el mercado de trabajo debido a su precaria condición socio-económica, y finalmente por la imagen estereotipada de la Enfermería como carrera femenina.

Si bien ya se apreciaba una creciente preocupación en las enfermeras por resolver el déficit de recursos, su interés se centraba en resolver la deficiente ayuda que se daba a los médicos. En el 2º Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia en 1955 se abordó como problemática el adiestramiento de personal auxiliar. En el 3er. Congreso de 1959 se presentó el tema: "cómo ofrecer a los médicos una mejor colaboración" (Martínez B., 1985:72).

Mientras las enfermeras clínicas, las enfermeras sanitaristas y las parteras vivían la pérdida paulatina de espacios profesionales al ritmo de las necesidades de ubicación médica, las enfermeras docentes seguían un mejor desarrollo. Aunque encontraban una gran oposición por parte de los profesores médicos, las condiciones laborales, el mayor acceso a la información y la relativa autonomía frente a los grupos, favorecieron su proyección más allá de las instituciones educativas. Poco a poco se hacía más grande la brecha entre las enfermeras ubicadas en los espacios médicos clínicos y las enfermeras ubicadas en los espacios universitarios. Desde estos últimos se empezaron a organizar los proyectos de educación superior y a desarrollar una investigación crítica del hacer tradicional de las enfermeras. Proyectos que verían su mayor desarrollo a finales del siglo XX, pero que separaron a un reducido grupo (menos del 6%) de enfermeras con mayor educación superior, de las demás. Este aspecto necesita

ser más analizado pues considero que puede estar afectando la construcción de lazos solidarios entre las mujeres enfermeras. Es difícil pretender relaciones de igualdad entre personas con tanta desigualdad. Aunque sean todas mujeres.

2.4.1.4 Crisis médica: El desfase en la formación de recursos y las repercusiones en la práctica de las enfermeras 1968-1979.

El desbalance entre la oferta y la demanda de recursos médicos fue modificando en consecuencia la práctica clínica de las enfermeras. Al disminuir la Seguridad Social la acelerada expansión del período anterior, en particular en lo referente a la construcción de nuevas unidades hospitalarias, se produjo un desequilibrio en el sistema de educación médica que siguió presentando patrones de crecimiento muy superiores a las demandas del mercado de trabajo.

El aumento en la oferta de recursos médicos, aunada a las diversas presiones de grupos estudiantiles organizados sobre todo a partir del conflicto médico de los años 1964-1965, hizo que las instituciones empleadoras se valieran de diversos mecanismos para ubicar a los descontentos egresados, lo que ocasionó una creciente proletarización médica que modificó las relaciones sociales con otros profesionales del área de salud, sobre todo con las enfermeras. Julio Frenk (1980:53) señala que al eliminarse las diferencias por el asalariamiento, la jerarquización se acentuó entonces, fundamentalmente sobre las diferencias en la capacitación técnica y el control de los instrumentos de trabajo”.

Era evidente que el proceso de medicalización y el control tecnológico lo detentaban los médicos, mientras las escuelas de Enfermería, con una visión médica patriarcal, seguían formando recursos enfocados a actividades dependientes, técnicas y rutinarias, fomentando y reproduciendo a través de muchísimos mensajes, a la enfermera servicial, obediente y sumisa que no debía cuestionar y menos aun disentir de la sapiencia médica; basta revisar la

bibliografía que las propias escuelas recomendaban, para reconstruir su perfil profesional de egreso. Un perfil decidido, como ya señalé, desde 1914.

2.4.1.5 Las políticas de extensión de cobertura médica al menor costo y la pérdida de espacios para las enfermeras.

La emigración del campo a la ciudad producto de la crisis económica que se vivía en el país agudizó los ya numerosos problemas urbanos. Ante esta situación, las políticas de atención se enfocaron hacia la extensión de cobertura con una red comunitaria.

Entre las estrategias estatales para lograrlo se contempló lo siguiente:

- Se estableció la meta de formar en 10 años 20,000 médicos comunitarios.
- Se incrementó la formación de auxiliares de Enfermería en cursos incluso de tres meses de duración.
- Se destacó que la atención primaria a la salud debía ser proporcionada por personal auxiliar y por agentes de la comunidad.
- Se ponderó la importancia de la participación de la propia comunidad en acciones de autocuidado de la salud.
- Se consideró la necesidad de incorporar a las parteras empíricas a los programas oficiales de atención materno-infantil, a través de su capacitación y reglamentación. En 1976 se publicó el Reglamento de Parteras Empíricas capacitadas.

Evidentemente estas acciones disminuían los gastos de operación y mantenían la presencia de un Estado “interesado” en la salud del pueblo, pero en la realidad los resultados distaban mucho de mejorar las condiciones reales de salud.

Las limitaciones impuestas a las prácticas de las enfermeras comunitarias fueron perjudiciales para la comunidad, la necesidad de buscar espacios para ubicar la sobreproducción médica aunada a la formación de médicos comunitarios, bloqueó su participación; “se inició la práctica de comisionarlas para tareas inútiles o superfluas y se suspendió la visita domiciliaria” (Martínez, B. 1985:98). Además poco a poco se fueron cerrando las jefaturas en Salud Pública o fueron siendo ocupadas por médicos.

Esta pérdida de espacios coincidió con las pérdidas que enfrentaban las parteras tituladas y ambas coincidieron, tanto con las demandas del grupo médico por ubicación laboral, como con la necesidad del Estado por extender la cobertura de atención con el menor gasto posible.

También las enfermeras hospitalarias sufrieron la pérdida de espacios sobre todo administrativos. A partir de 1973 la jefa de enfermeras del IMSS en el Valle de México fue nombrada simplemente asesora de Enfermería, cargo que representaba actividades sólo de consulta y no de decisión como tenía antes. En el IMSS se empezó a destituir a las jefas de enseñanza en Enfermería y a desaparecer la División de Enfermería Sanitaria. Posteriormente, al llegar la reforma administrativa a la SSA, desapareció la Dirección de Enfermería (Gomezjara, F., 1983:93).

En las instituciones educativas de Enfermería también se advertía un panorama incierto. Un estudio realizado por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería en 1972 mostró que:

- Había 80 escuelas en el país.
- El 85% de ellas carecía de objetivos académicos.
- El 67.5% estaban dirigidas por médicos.
- La cuarta parte de las escuelas no contaba con ninguna enfermera en su planta docente.

-El número de asignaturas variaba en las diferentes escuelas, de 14 a 48 y el número de horas de práctica variaba de 1,300 a 5,414.

Quince años después, un estudio sobre la situación de las escuelas de Enfermería de la República Mexicana, no mostraba cambios favorables e incluso, en algunos aspectos, el panorama era más desalentador (Nájera, R., 1988:41).

Aunque la gran demanda de enfermeras y la poca oferta de egresadas evitaba el problema del desempleo, se acentuó la anarquía en la formación y en la utilización de estos recursos, llegándose a advertir un verdadero desfase entre el perfil de egreso que las instituciones educativas ofrecían y las pretensiones de las instituciones médicas empleadoras.

Las escuelas de Enfermería procuraban formar enfermeras en concordancia con las necesidades de salud de la población y evidentemente las instituciones empleadoras buscaban asegurar ayudantía a los médicos, administrar y cuidar del material y equipo de la institución, y cuidar del bienestar de los pacientes de los médicos. Para desempeñar estas funciones no veían la necesidad de mayores estudios. Las mujeres enfermeras podían atender la parte asistencial de la atención medicalizada con cualquier nivel de preparación. Para resolver los grandes problemas de salud estaba el poder médico.

Aunque hay estudios de enfermeras que han abordado esta problemática, nunca vislumbraron que la situación de las enfermeras estaba determinada por su condición de género. No se tenían aun los elementos para otro tipo de análisis, hoy ya es inaplazable otra perspectiva.

2.4.1.6 La creación de la licenciatura en la Enfermería.

En estas condiciones se inició la licenciatura a finales del siglo XX. Para las enfermeras, como un proyecto académico ambicioso y la meta de elevar su nivel profesional pero, con otras pretensiones para el grupo médico que participó en el proceso y que explica que hoy, a 35 años de distancia, las instituciones médicas hospitalarias no contemplan un nivel escalafonario para las enfermeras con licenciatura, teniendo que ubicarse en plazas para nivel técnico y aún como auxiliares de Enfermería, con el correspondiente salario, y enfrentar en la práctica una gran indefinición de funciones.

Resulta paradójico que mientras que en distintas escuelas de Enfermería de la República las enfermeras docentes documentaban la necesidad de formar recursos con nivel de licenciatura, el Estado incrementaba la formación de enfermeras técnicas y de auxiliares de Enfermería. La UNAM, por ejemplo, aumentó la formación de enfermeras de nivel técnico en las ENEPs Zaragoza e Iztacala al final de la década de los setenta y de manera simultánea la SEP a través del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) ofrecía la carrera de Enfermería con el requisito de ingreso de la secundaria y con 6 meses de carrera (Martínez B., 1985:34).

Al final de la década de los ochenta la situación de la Enfermería era:

- Había un total de 213 escuelas en el país, 50% de ellas eran oficiales y 50% privadas. Era obvio que estas últimas respondían al fortalecimiento del proyecto médico empresarial.
- Los planes de estudio eran tantos como escuelas existían.
- El 90% de las escuelas formaban recursos de nivel técnico y el 10% con nivel de licenciatura.
- La mayor parte del personal docente seguía siendo médico y decidía el modelo de enfermera que egresaría.

2.5 La situación actual de la Enfermería en México.

A reserva de cuestionar su contenido más adelante, existe consenso entre las enfermeras de que la Enfermería "es un servicio humanizado de salud, a través del cual las enfermeras ofrecen servicios de diferente complejidad, para guiar a los seres humanos en su capacidad de existir y para recuperar condiciones de salud o evitar la enfermedad, tareas que realiza de manera multidisciplinaria e intersectorial" (ENEO, 2000:17).

Hasta 1997 había en México 152,157 enfermeras⁶, sólo el 7% de ellas con nivel profesional, es decir con licenciatura en Enfermería, el resto con nivel técnico o auxiliares de Enfermería. La preparación en el nivel técnico no requiere estudios previos de bachillerato, sólo el nivel profesional de licenciatura. A pesar de que sólo se registra un 7% con nivel profesional, en este informe se señala que el 30% del total de las enfermeras ya contaba con estudios de bachillerato.

La licenciatura se inicia en 1967 en la ENEO de la UNAM⁷. Para 1987, 23 escuelas en todo el país ofrecían este nivel; en 1993 el número se incrementó hasta 35 escuelas; para el año 2000 la licenciatura se estudia en 76 de las 442 escuelas y facultades que hay en México.

En 1980 se inician diversos programas de posgrado, entre maestrías y especialidades (más de 30 actualmente). La Dirección General de Profesiones reporta que el 0.1% de los títulos de Enfermería de posgrado es de especialidad y que un porcentaje "no significativo" corresponde a maestría. El 92.9% de los títulos registrados en la D.G.P. corresponde al nivel técnico y el 7% como ya mencioné son títulos en el nivel de licenciatura.

⁶ La mayor parte de los datos que daré están tomados del fascículo núm. 9 de la Dirección General de Profesiones. México 2000.

⁷ Dada su importancia, este proceso será analizado en el capítulo 3.

El personal auxiliar de Enfermería no forma parte de los niveles educativos de la profesión. La preparación de estas enfermeras no es universitaria ni reciben títulos al concluir su capacitación, la cual varía desde uno a dieciocho meses y aunque se establece que deben tener la secundaria para recibir esta preparación, lo cierto es que un gran número de auxiliares de Enfermería, sobre todo en los Estados y más aun en zonas rurales, tiene sólo la primaria. En 1997 el 31% del total de enfermeras era auxiliar de Enfermería. El tipo de contratación de enfermeras que hacen las instituciones de salud –no necesariamente está relacionado con el nivel académico- el 48% es contratado como “enfermera general”, el 10% como “enfermera especialista”⁸ y el 42% restante como “enfermera auxiliar”. No existe un tipo de contratación para las licenciadas en Enfermería ni aun hoy.

Los primeros títulos de enfermera que registró la Dirección General de Profesiones (DGP) datan de 1945, hasta entonces el nivel era sólo técnico. A la fecha, según datos de la dependencia, los títulos en el nivel técnico, consignan catorce nombres diferentes, por ejemplo: “Enfermera Clínica”, “Enfermera General”, “Enfermera Hospitalaria”, “Enfermera Militar”, “Enfermera Sanitaria”, etc., nombres que aluden más que a la profesional de una disciplina, a la particularidad de su formación y al área de desempeño.

El registro de títulos profesionales de las enfermeras con licenciatura se inicia en la década de los 70 del siglo XX. En este nivel sólo se registran dos nombres: “Licenciada en Enfermería”, y “Licenciada en Enfermería y Obstetricia”. La Obstetricia, otrora área de intervención femenina, hoy está a punto de desaparecer de la formación universitaria de Enfermería.

El inicio de la licenciatura fue decidido e impuesto por el grupo médico a cambio de eliminar la carrera de partera, con el argumento de que el cambio constituiría un avance para la profesión. Lo que se inició en la ENEO de la UNAM, se extendió

⁸ No se refiere a estudios de posgrado, sino a estudios posteriores al nivel técnico. El 50% de éstos son en áreas clínicas médicas, el 25% en administración de servicios de Enfermería, el 6% en salud pública y el resto en otros campos.

a otras escuelas de la República. Hoy no sólo no se forman parteras universitarias, los mismos títulos muestran su final: sólo el 27% conserva el nombre de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. El desaparecer la carrera de partera y dejar la licenciatura sin la Obstetricia no ha sido analizado con la responsabilidad que requiere.

Una vez concluidos los estudios de Enfermería, tanto de nivel técnico como de licenciatura, las enfermeras pueden continuar su preparación a través de los cursos posttécnicos de 10 a 12 meses de duración que se ofrecen en las escuelas de Enfermería, o en las instituciones de salud afiliándose a alguna universidad; el requisito mínimo para ingresar a estos cursos es tener el nivel técnico en Enfermería⁹.

A pesar de que académicamente los cursos posttécnicos no son de posgrado, las instituciones médicas los reconocen como especialidades y les otorgan beneficios laborales y salariales a las enfermeras que los cursan. Resulta un retroceso que las enfermeras con licenciatura tengan que hacer cursos con menor nivel académico a fin de mejorar sus condiciones laborales, puesto que a pesar de que hace más de 30 años que se forman enfermeras con licenciatura son contratadas aún como auxiliares de Enfermería.

Es obvio que la Enfermería se ejerce en el marco de una gran indefinición de funciones. En mi opinión esta indefinición se relaciona con los mecanismos reales y/o simbólicos con los que el poder patriarcal médico impone a las enfermeras una "barrera invisible" para evitar cualquier ascenso que amenace las bases de su legitimación en los espacios médico asistenciales de salud. El tope, la barrera, constituye el "techo de cristal" impuesto a todas las mujeres en los espacios laborales. En el caso de las enfermeras, el techo de cristal es el nivel técnico.

⁹ Aunque en la actualidad ya se ofrecen cursos de posgrado después de cursar la licenciatura, el número de egresadas aun no resulta significativo (0.1%).

El 93% de las personas que ejercen la Enfermería son mujeres. Este dato tan significativo empieza a ser visible para algunas enfermeras, en la medida en que tienen mayor acceso a la educación y en algunos casos a espacios de poder, lo que está posibilitándoles otros niveles de análisis. Sin embargo, estoy convencida de la necesidad de que –independientemente del problema que se analice, de la metodología que se emplee, del proyecto que se vislumbre- debe hacerse con perspectiva de género, pues sólo así podremos explicarnos porqué a pesar de que hace más de 70 años la mayoría de los problemas de hoy ya fueron identificados por otras enfermeras que nos alertaron incluso sobre sus consecuencias, y que nos dejaron documentadas sus reflexiones, éstas han permanecido invisibles. La ceguera es el resultado de tener sólo una visión: la masculina.

Resumiendo: En este capítulo hice un breve recorrido por la historia de las mujeres, parteras y enfermeras, en México. Cada suceso quedó contextualizado en el marco del desarrollo de la práctica médica institucional; práctica que diferencié de aquella ejercida con el modelo religioso de caridad y de filantropía en el período colonial y parte del independiente.

Me detuve en el análisis de la mujer partera a fin de distinguir su presencia libre y autónoma del poder médico. Así mismo, busqué la figura de la mujer “enfermera”, creación de la medicina hospitalaria, primero religiosa y después laica.

Describí el proceso de pérdida de los espacios femeninos de atención a la salud en la lógica de un creciente poder médico hegemónico. Señalé los diferentes modelos médicos institucionalizados, resaltando que aunque cambien las formas conservan su carácter patriarcal, puesto que han excluido la práctica ancestral de los saberes femeninos y negado el poder a las mujeres. Afirmo que el sistema médico oficial es un sistema de dominación masculina en el que se decide la adjudicación de espacios y la asignación de los modelos del ser y las normas del deber ser para las mujeres, tanto trabajadoras de la salud como usuarias de servicios médicos en función de la pertenencia de género

Así las cosas, las relaciones entre las enfermeras y los médicos estarán definidas, más que por la diferente formación profesional, por un modelo de relaciones genéricas de dominio/dependencia institucionalizado, donde no habrá cabida para ningún desarrollo profesional femenino que signifique una amenaza para el poder médico instituido. Ni la licenciatura, y menos los posgrados, tendrán cabida en una estructura médica androcéntrica que devalúa la participación de las enfermeras; en la lógica de que lo que hacen les es "natural" por ser mujeres, los estudios sobran.

Entonces, parafraseando a Marta Lamas (1997:63), para este poder médico la Enfermería se convierte en un espacio donde no hay poder ni jerarquía que repartir, en un espacio de indefinición donde las enfermeras se vuelven idénticas – no importa si son auxiliares, o técnicas, o licenciadas, o con estudios de posgrado o sea, sustituibles una por otra que cumpla "esas funciones femeninas".

Finalmente, en este capítulo senté las bases para seguir argumentando sobre la dualidad de la cosmovisión médica. El conocimiento, la investigación, el dominio tecnológico, farmacéutico y quirúrgico, etc. son ubicados en el "espacio masculino de la cultura": el espacio médico. El cuidado, la protección, la educación, la nutrición, el apoyo emocional, etc. son ubicados en el "espacio de la naturaleza femenina": el espacio de las enfermeras. Y como en esta cosmovisión lo que hacen las mujeres es menos valorado que lo que hacen los hombres, entonces lo que hacen "las enfermeras" tiene menor valor. Así: "las enfermeras", todas idénticas.

Es fundamental seguir haciendo visibles los sistemas de género en la práctica médica institucional para comprender cómo estructura y cómo transmite la cultura médica las relaciones genéricas en el complejo sistema de atención a la salud y, lo más importante, nos permite remitirnos a las construcciones sociales que legitiman la subordinación femenina, construcciones que pueden y deben ser transformadas.

Hoy el 93% de las enfermeras somos mujeres, independientemente de la diversidad de circunstancias educativas, económicas y culturales. La Enfermería espera ser analizada y construida con una visión femenina, invisible hasta ahora. Cierto que somos sólo el 7% con nivel profesional, pero tenemos un enorme compromiso con las demás. El mayor desarrollo académico logrado debe servir para construir redes de solidaridad y de respeto para descubrir y difundir la cultura feminista de salud, para tener y para multiplicar la conciencia de género, es decir, para crear una política feminista basada en la amistad entre mujeres como propone Graciela Hierro (2002:1-19), pero, como ya mencioné, sin dejar de considerar que las profundas desigualdades sociales y académicas deben ser asuntos que requieren atención paralela.

CAPÍTULO 3.- La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El capítulo 2 me acercó al desarrollo histórico del sistema médico oficial en México, a fin de conocer los mecanismos a través de los cuales el poder patriarcal médico fue definiendo genéricamente las condiciones de las parteras y de las enfermeras.

Me detuve de manera particular en el cambio del modelo médico en el siglo XX, cuando domina la atención institucionalizada de la salud y se hacen evidentes las asimetrías de poder en las tareas asistenciales. El recorrido por la historia me permitió hacer visible el poder político médico a través de su relación con el Estado. Mostré sus mecanismos de control, sobre todo ideológico, para asegurarse un trabajo femenino de ayudantía. Pude constatar una de las evidencias más contundentes del androcentrismo médico, analizando cómo la Medicina tomó como paradigma de lo humano al hombre y lo masculino, y condujo

a que las mujeres dejaran de hacer lo que ellos decidieron hacer, tal es el caso de la atención obstétrica, e hicieran todo lo que ellos no querían hacer, tal es el caso del cuidado directo de los enfermos y las tareas hospitalarias.

Seguí la valiosa trayectoria de las mujeres en la salud: como parteras, como enfermeras, como sanitaristas. Transformándose, aprovechando cada espacio no ocupado, construyendo otros; siempre orientadas a la amorosa tarea de cuidar y proteger la salud individual y colectiva. Valoré su perseverancia por superarse.

Sobre la situación actual de la Enfermería en México sé que las condiciones sociales y educativas de las enfermeras son heterogéneas, pero afirmo que la causa de cada enfermera es la causa de todas las demás. Cada una ha estado en el centro de estas reflexiones. Concluí que, si bien con la obtención del nivel de licenciatura no se reemplaza la enorme pérdida de la Obstetricia, sí nos ofrece la plataforma para acceder a otros niveles académicos y con ello al conocimiento y a las acciones políticas que pueden empoderarnos.

Hoy la Medicina sigue siendo patriarcal pero desarrolla estrategias más sutiles de dominio. Ya no vemos las grotescas descalificaciones hacia las parteras y las enfermeras de antaño, sin embargo, seguimos viviendo diversas formas de control. La Medicina sigue sustentada en juicios y criterios androcéntricos, aunque la parcialidad hacia el género masculino pase inadvertida, aun para las mismas enfermeras cuando no han sido educadas con perspectiva de género. Basta poner atención en cualquiera de los juramentos que hacen hoy las enfermeras al concluir sus estudios:

“Juro solemnemente ante Dios...llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad...Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra...”.

Florence Nightingale (1860).

"...Ofrezco velar por mis enfermos abnegadamente, fiel a las instrucciones del médico, sabiendo que soy su leal colaboradora, la mano que prolonga su arte y el espíritu que humaniza su ciencia..."

Ignacio Chávez (1945)

Los médicos también hacen un juramento al concluir su carrera: el juramento hipocrático que marca su pertenencia al grupo en el poder.

"Juro por Apolo médico...considerar a mi maestro en Medicina como si fuera mi padre...tener a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este Arte...hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas y demás doctrinas, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie mas" (CNDH 1991:409).

En este contexto, es obvio que las relaciones laborales entre los médicos y las enfermeras estarán definidas por un modelo de relaciones simbólicas de dominio/dependencia.

Con estos elementos y con el apoyo teórico acerca de la perspectiva de género construido en el Capítulo 1, entiendo el papel de las instituciones en la construcción y en la reproducción de las relaciones entre los hombres y las mujeres. La Medicina oficial es una institución patriarcal, pero no es la única. Las escuelas que forman enfermeras también lo son, puesto que contribuyen al mantenimiento de las estructuras que reproducen la exclusión de las enfermeras.

Comparto la propuesta de Alda Facio (1997:s/p) cuando distingue cinco procesos utilizados por las instituciones patriarcales para mantenerse y reproducirse, pues se pueden extrapolar para analizar, en un caso concreto, el carácter de la formación que reciben las enfermeras. Estos procesos son:

- a) Una historia robada a las mujeres.

- b) Un lenguaje masculino.
- c) Una formación androcéntrica.
- d) Una estructura laboral sexualizada y jerarquizada.
- e) Una ciencia androcéntrica.

Afirmo que: hasta este momento todas las instituciones educativas de México donde se forman enfermeras son instituciones de carácter patriarcal, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) no es la excepción. Por tanto, en este capítulo haré un análisis de la ENEO, institución elegida como ejemplo, para evidenciar los procesos señalados por A. Facio ya mencionados. Todo lo construido en los capítulos 1, 2 y 3 son el fundamento para hacer, en el capítulo 4, algunas propuestas feministas que harían posible la construcción de un paradigma de equidad entre los géneros.

Inicio este capítulo con una síntesis histórica de la ENEO pues es preciso evidenciar los mecanismos de control que han estado y sobre todo siguen estando presentes en la institución; mecanismos cada vez más efectivos no sólo por sofisticados e invisibles, sino porque provienen aun de las mismas enfermeras, que sin saberlo los siguen sosteniendo.

Puntualizo que: no es la lucha de las mujeres enfermeras contra los hombres médicos, enfermeros, o de otra profesión –nuestros padres, hermanos, amigos, compañeros, amantes o hijos-. Es la lucha en contra del condicionamiento social del género, como dijera Graciela Hierro (1988:52). Es la lucha contra la distribución sexualizada y jerarquizada de tareas, de atributos y de espacios para las enfermeras basada en la supremacía masculina.

3.1 Algunos antecedentes de la ENEO.

La historia de la ENEO como institución se inicia en 1945 al dejar de ser una sección de la Escuela de Medicina como venía siendo desde 1911 –año en que la Escuela de Enfermería del Hospital General que le antecede desde 1907, pasa a depender, como sección, de la Escuela de Medicina- y ya con independencia administrativa es denominada ENEO.

Desde sus antecedentes (1907) hasta 1974 estuvo dirigida por profesionistas de la carrera de Medicina y el estudiantado fueron mujeres. El argumento para limitar el ingreso sólo a personas femeninas se basaba en que la carrera era una extensión de la atención que “naturalmente” prodigaban las mujeres en el hogar; que requería de “valores femeninos” como el altruismo, la comprensión, el sacrificio y la abnegación, entre otros. Así los médicos determinaron que la Enfermería sería una carrera femenina cuya estructura y funciones se decidirían con su criterio.

Aunque la formación de enfermeras estuvo durante 69 años decidida por la profesión médica, nueve de estos años correspondieron a una mujer médica que imprimió un sello diferente al proceso educativo de las enfermeras y una visión más completa de la atención a la salud: la doctora Emilia Leija Paz de Ortiz.

3.1.1 La fase médica masculina en la formación de enfermeras en la ENEO.

Everardo Landa, el primer director de la Escuela -ahora director de un plantel universitario, antes sólo jefe de sección- consigna en su informe de actividades 1945-1948 que: “diversas instituciones de enfermeras insisten en que la Universidad ponga en manos de ellas la dirección de la escuela”, pero añade que: “ésta sólo puede estar en manos de médicos” (Landa, E. 1948)¹⁰.

¹⁰ Esta insistencia se mantuvo a lo largo de 30 años de lucha, hasta que la organización y la presión de las enfermeras llevaron a la dirección del plantel a una de ellas en 1975: Marina Guzmán Vanmeeter.

Con el control de la ahora ENEO, los médicos orientaron el rumbo hacia la consolidación de un poder hegemónico donde institucionalizaron las relaciones de dominio y de subordinación entre los médicos y las enfermeras.

Los primeros cambios se orientaron a:

- Delimitar la estructura administrativa de la "nueva escuela" a través de la adquisición de mobiliario propio y la contratación de una secretaria exclusiva, para sus asuntos administrativos.

- Legitimar la autonomía de la naciente escuela mediante la integración de un Consejo Técnico propio integrado únicamente por médicos. No podía participar ninguna enfermera.

- Reforzar los contenidos del plan de estudios en función de la ayudantía médica hospitalaria. Ningún aspecto de la formación de enfermeras se orientaba a las necesidades de salud de la población, situación que explica porqué a pesar de ser tan grande la necesidad de atención a los grupos más desprotegidos, y de lo valioso de las acciones de las enfermeras sanitarias, los planes de estudio de la ENEO no contemplaron contenidos de Salud Pública hasta 1950, no obstante que desde 1917 en que se crea el Departamento de Salubridad Pública ya participaban las enfermeras visitadoras, sobre todo en la atención materno infantil.

- Asegurar la adquisición de habilidades y destrezas de las alumnas en la atención de enfermos, a través de la contratación de personal de Enfermería de los Hospitales Juárez y General para que vigilaran el orden y la obediencia y enseñaran los procedimientos técnicos a las alumnas.

3.1.2 La fase médica femenina.

Desde 1905 a 1948 la formación de enfermeras había estado en manos de médicos hombres. Dejar la dirección del plantel después de 43 años en una mujer, aunque médica, no fue nada fácil.

La doctora Emilia Leija¹¹ ocupó la dirección gracias al apoyo de las enfermeras y de las alumnas ante la oposición y el rechazo de los médicos profesores, cuyo principal argumento en contra era el hecho de “ser del sexo femenino”, ya que “siendo mujer no será aceptada por los catedráticos que quedarían subalternos a personas del sexo contrario” (Libro de Actas de Consejo Técnico 1941-1961 ENEO).

Ella conocía los problemas que enfrentaban las enfermeras y las parteras, puesto que tenía una hermana con estas profesiones, que planteaba sistemáticamente la necesidad de cambiar el rol dependiente de las enfermeras y señalaba los mecanismos que utilizaban los médicos para mantener el poder y el control sobre ellas. Este hecho constituyó otro de los argumentos utilizados al impugnar la designación de la doctora Emilia Leija en la terna para ocupar la dirección de la escuela pues: “su hermana manifiesta actitudes de rebeldía al cuestionar a los catedráticos médicos” (Libro de Actas de Consejo Técnico 1941-1961 ENEO).

La gestión de la Dra. Leija duró de 1948 a 1957. Durante 9 años mantuvo un decidido apoyo a las enfermeras y a las parteras que laboraban en la Escuela, sobre todo para ubicarlas en la categoría de docentes, ubicación a la que se oponían los médicos argumentando “incapacidad y falta de nivel académico” (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM. 1952 s/f).

¹¹ Esta etapa de la ENEO es muy importante para recuperar parte de la historia robada a las enfermeras. Historia que he ido reuniendo a través de los testimonios de las enfermeras que la vivieron y de los libros de actas del Consejo Técnico del plantel (Cfr. Alatorre, E. 1992).

La Dra. Leija describe y documenta la importancia de las enfermeras en todas las acciones de salud y en los diversos campos médicos; también presenta los principales problemas que enfrenta la profesión y la necesidad de elevar el nivel académico de ingreso con bachillerato y de ofrecer estudios posteriores a la conclusión de la carrera. Destaca especialmente que las enfermeras que participaban en la enseñanza de las estudiantes debían prepararse más para lograr la categoría universitaria de docentes. Estos trabajos los dio a conocer a la comunidad de la UNAM y los envió al entonces presidente de la República Lic. Adolfo Ruiz Cortines (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM. 16 julio 1952).

Consideraba que había indefinición en las carreras de Enfermería y de Obstetricia pues la Obstetricia aparecía como especialidad de la Enfermería, cuando había nacido antes y se había desarrollado de manera autónoma. En sesión de Consejo Técnico del 18 de noviembre de 1949, propone que la Escuela cambie de nombre, de Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia a Escuela Nacional de Enfermería y que se separaran las carreras de enfermera y de partera, dejando la carrera de partera independiente y con una estructura curricular propia dado que la Ley General de Profesiones la catalogaba como una carrera profesional (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM 18 noviembre 1949), no así la de enfermera que se ubicaba en la lista de oficios.

Esta propuesta fue aprobada por los miembros del Consejo Técnico presentes, sin embargo en la siguiente sesión fue rechazada por médicos que no habían asistido a la anterior. Sus argumentos se centraron en que la ENEO no debía formar parteras que tuvieran poder y autonomía, la Escuela debía seguir como estaba y que lo que se debía hacer era denominar a las parteras "enfermeras obstetras", con funciones sólo de "ayudantes de partero" (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM. 5 enero 1950). La propuesta de la Dra. Leija aunque ya aprobada no se llevó a cabo. Las parteras comenzaron a ser llamadas enfermeras obstetras.

La Dra. Leija sabía que la única forma de luchar para que las enfermeras de la Escuela fueran consideradas como personal docente y no como oficiales administrativos, como era su denominación, era elevando su nivel académico y obteniendo la plaza de instructora mediante concurso de oposición. Ante el escepticismo de los profesores médicos se inició un curso de especialización de Educación Básica para Enfermeras Instructoras y se consiguió mediante convenios internacionales, becar a algunas profesoras para realizar estudios en Centro y Sudamérica. Además empezó a formar una pequeña biblioteca, comprando los libros con sus propios recursos.

Así como consideraba que las carreras de enfermera y de partera eran dos profesiones distintas, consideraba también que la Enfermería general y la Enfermería sanitaria debían estar estrechamente unidas en una y ser la primera... “cimiento que sostenga y dé solidez a la segunda: edificio” pues para lograr el desarrollo profesional de las enfermeras no debían perderse los espacios de la salud pública, puesto que les darían autonomía profesional, y las comunidades se verían beneficiadas (Leija, E. 1953:s/p).

Este período constituye una etapa de desarrollo para la población estudiantil. La presencia y valentía de las alumnas se notaba cada vez más denunciando incluso irregularidades por parte de los maestros médicos como el obligarlas a comprar los libros de ellos para no reprobarlas (Acta de Consejo Técnico. ENEO. 13 dic. 1955). Se consideró importante que las alumnas recibieran orientación sobre la carrera desde que ingresaban a la misma, por lo que propuso que debía mantenerse en forma permanente un programa de orientación vocacional.

El trabajo de la Dra. Leija favoreció también el desarrollo de las enfermeras instructoras. A través de la lectura de las actas del Consejo Técnico se aprecian diversas propuestas –rebatidas siempre por los médicos- en el sentido de otorgarles mayor autoridad.

Una de estas propuestas se refiere el apoyo de la Dirección al grupo de enfermeras instructoras que solicitaban participar en el Consejo Técnico de la Escuela también ellas, pues no tenía fundamento la exclusión que hacían los médicos (Acta de Consejo Técnico. 14 de oct. 1955).

Poco a poco las enfermeras fueron ganando espacios y en 1955 logran por primera vez formar parte del jurado de exámenes profesionales, actividad propuesta y apoyada por la directora (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM. 13 diciembre 1955).

La gestión de la Dra. Leija se distingue por la participación de las maestras y las alumnas en la elaboración de un plan de estudios orientado a cambiar la imagen de la enfermera. Hay en esta época como en ninguna otra un gran interés por: elevar el nivel académico profesional considerando el ingreso con bachillerato, delimitar la competencia de las carreras de enfermera y de partera, integrar las enfermerías general y sanitaria, y ofrecer estudios de especialización (postécnicos) a las egresadas considerando las áreas más urgentes de aprendizaje. El curso de docencia para las maestras enfermeras resultaba primordial en un momento de lucha para legitimar su ubicación académica de las maestras; así también el curso de Enfermería Pediátrica que respondía a las políticas estatales que señalaban prioritaria la atención a la niñez¹².

Aunque destaca la importancia del proyecto académico de las profesoras para formar enfermeras y parteras con otro perfil, no se logró nada concreto. El bloqueo del grupo médico estuvo organizado desde dos frentes: uno al interior de la propia ENEO y el otro desde la Escuela de Medicina.

¹² Aunque , en realidad, éste y todos los cursos postécnicos se orientaron a capacitar enfermeras para las especialidades médicas. Más adelante se creó el curso de Administración de Servicios de Enfermería, curso de gran demanda destinado a formar a las personas que mantuvieran el control de todos los elementos, incluidas las enfermeras, que requería la estructura médica asistencial. En mi opinión sólo el curso de docencia fue construido por y para las enfermeras. Curiosamente, fue el primero en desaparecer. (Cfr. Alatorre, E. 1984).

En la ENEO, los profesores médicos buscaron descalificar a la Dra. Leija reclamándole “su falta de autoridad para limitar sólo a nivel de ayudantía” a las enfermeras, pues no debían tener “mayor injerencia en asuntos académicos (Acta de Consejo Técnico. 15 de dic. 1955).

Dado que los profesores médicos de la ENEO eran maestros de la Escuela de Medicina, también decidían y modificaban la práctica de las enfermeras y de las parteras en función de las necesidades de sus alumnos de Medicina.

Tal es el caso de la práctica clínica de Obstetricia para las alumnas de partos que se mantuvo sin modificaciones mientras no constituyó un espacio de interés para los médicos, pero que al modificarse el plan de estudios para la carrera de Medicina y formarse en 1955 los “grupos piloto” se planearon prácticas clínicas que incluían la Obstetricia, se modificó entonces la práctica de las parteras estudiantes.

El acta de Consejo Técnico del 8 de marzo de 1956 consigna: “... se informa que el Dr. Alfaro, del Servicio de Obstetricia del Hospital General quitaba las prácticas de las alumnas en vista de que iba a ocupar ese tiempo para los grupos piloto de la Escuela de Medicina”.

Así los médicos fueron dejando en los hospitales en el turno matutino las clases teóricas de Obstetricia pero con la advertencia de que las alumnas “... no tuvieran intervención en el asunto práctico”(Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM. 8 marzo 1956). Ese mismo año se limita el ingreso de alumnas; de 120 que se aceptaban sólo se recibieron 60 (Acta de Consejo Técnico ENEO-UNAM 5 de octubre 1956).

A pesar de tantos obstáculos las profesoras seguían trabajando en la elaboración de dos planes de estudios: uno con requisito de ingreso de secundaria y otro con bachillerato. Estos planes fueron presentados al Consejo Técnico (Acta de

Consejo Técnico. ENEO-UNAM. Marzo 4, 1957). Sin embargo, hay muchos puntos oscuros en torno a este proyecto pues el acta está incompleta y sólo se menciona que se discutieron los contenidos y el número de horas.

Sería interesante seguir investigando la trayectoria que tuvo el proyecto de formar parteras y enfermeras con otro perfil académico. Desde 1948 en que la Dra. Leija plantea la necesidad de que la carrera de Enfermería y la de Obstetricia se hicieran con bachillerato. Más adelante la aprobación por Consejo Técnico en 1952 y el inicio de la carrera en 1953, llevando simultáneamente el bachillerato; la integración en 1953 de una comisión formada en su mayoría por enfermeras, para elaborar el nuevo plan de estudios; la presentación de trabajos sobre la licenciatura en Enfermería en el I Congreso Nacional de Enfermeras de 1956; la presentación al Consejo Técnico del plan de estudios ya elaborado y el inexplicable silencio de los siguientes 10 años. Diez años en que la Escuela volvió a ser dirigida por médicos hombres. Silencio que sólo se rompió para extinguir la carrera de partera.

3.1.3 La reinstauración de la fase médica masculina.

Al terminar la gestión de la Dra. Emilia Leija, la dirección de la ENEO volvió a quedar en manos de médicos hombres durante 17 años, excepto 2 meses de un interinato cubierto por una médica. En los primeros 9 años estuvieron en la dirección 5 médicos (2 de ellos como interinos) y en los últimos 8 años permaneció como director sólo uno.

Al analizar el desarrollo de la ENEO utilizando los libros de actas de Consejo Técnico, observo que de 1957 a 1966 es un período de gran inestabilidad. En menos de 9 años hubo 5 directores:

-Alfredo López de Nava. 1957-1961.

- Lázaro Pavía Crespo. 1961-1963.
- José L. Amor. 1963 (5 meses de interinato).
- Rafael Tovar Villagordoa. 1963-1966.
- Esther Chapa Tijerina. 1966 (2 meses de interinato).

Se aprecia en esta etapa una gran anarquía en las reuniones de Consejo Técnico. Por ejemplo, mientras que en la gestión de la Dra. Leija hay reportadas 43 sesiones con un promedio de 4 hojas en cada acta, en el período del siguiente director de noviembre de 1957 a marzo de 1961, hay sólo 3 y de ellas sólo una acta está completa.

Las pocas actas que encontré de este período describen cuestiones superficiales relacionadas con horarios, nombres de materias y presupuestos principalmente. Resulta interesante que aparezca reportado que en 1957 se agrega la materia de "Historia de Enfermería" al plan de estudios, materia cuyos contenidos –basta revisar la bibliografía- hacían énfasis en heroínas abnegadas, sumisas y obedientes, incapaces de llevar a cabo las luchas y la emancipación del dominio médico que protagonizaban las alumnas y las profesoras de la ENEO en esos momentos. Una historia tendenciosa y errónea orientada a que como enfermeras y mujeres se identificaran con personajes femeninos ideales y místicos, revestidos "de amor y de disciplina infinitos"; personajes incluso ajenos a la historia de la Enfermería en México.

En 1960 se dejó a la ENEO el edificio que albergaba a la Escuela de Medicina y que al dársele a ésta un lugar en Ciudad Universitaria quedó vacío. Durante 55 años la Escuela de Enfermería tuvo sus oficinas y salones repartidos en dos locales que alquilaba. Ahí permaneció hasta 1979 en que se le da un espacio, no en Ciudad Universitaria, sino cercano a una zona de hospitales. Situación congruente con el destino que –durante la formación y el egreso- esperaba a las enfermeras.

La última etapa de la fase médica masculina de 1966 a 1974, corresponde a un médico: Alejandro Guevara Rojas, con dos períodos en la dirección de la ENEO, tiempo en que desaparece la carrera de partera y se crea la licenciatura en Enfermería y Obstetricia¹³.

3.1.4 La ENEO dirigida por enfermeras.

En 1975, después de 65 años con profesionales médicos, se inicia otra etapa en la ENEO cuando las enfermeras ocupan la dirección del plantel. Han pasado 29 años y la evaluación de este tiempo dependerá del cristal con que se mire. Con lentes de género –como dice Graciela Hierro- el panorama no es tan alentador. Si bien identificamos importantes avances, sobre todo académicos, aún no se resuelven viejos problemas que tienen que ver con reivindicaciones sociales y laborales para las enfermeras y con estructuras de subordinación y de dependencia profesional.

Los primeros 12 años de esa nueva etapa fueron tiempos de lucha, de búsqueda, de incipiente empoderamiento. Las enfermeras trascienden sus diferencias y afianzan uniones, hay una gran claridad: nunca más un médico como director. Sin embargo, sólo había cambiado la profesión del dirigente oficial. Los médicos perdieron la Dirección pero no el poder.

Las dos primeras directoras enfermeras: Marina Guzmán Vanmeeter y Esther Hernández Torres tenían además otra profesión; una de ellas psicóloga, la otra socióloga. Ambas formadas, como todas las demás con el modelo femenino estereotipado de devoción y obediencia profesional a los médicos. Sin embargo,

¹³ Los argumentos para esta decisión resultan inverosímiles: disminuir a la UNAM costos en la formación de enfermeras; atender las “grandes demandas” de mujeres que quieren ser enfermeras con mayor nivel y que “ya no quieren ser parteras”, etc. Argumentos que encubren la consolidación de un proyecto médico iniciado muchísimos años atrás (Cfr. Alatorre, E. 1984). No es casual que hoy la UNAM destine a la ENEO el presupuesto más bajo de todos los planteles universitarios (Cfr. Ríos E., M. 2001:94) y a la Facultad de Medicina el más alto (El Universal, marzo 25, 2003, A19).

ninguna de ellas con mayor compromiso hacia ellos lo que explica el rumbo que tomaron sus gestiones en la dirección de la Escuela.

Aunque se mantuvo el modelo conservador de enfermera se amplió su horizonte hacia las ciencias sociales, la integralidad biopsicosocial humana y la investigación. Con sus particularidades, los primeros 12 años con ellas en la Dirección hay cambios muy importantes sobre todo en la intencionalidad del perfil de egreso, enfocado, con transformaciones curriculares reales, a la atención de la salud sobre todo de los grupos más desprotegidos. Hay también un decidido apoyo a mejorar las condiciones laborales de las enfermeras de la ENEO y a elevar el nivel académico de éstas y de todas las demás en México.

1975, año importante también en las luchas feministas. México es sede de la Primera Conferencia Internacional de la Mujer. En todo el mundo las mujeres reclaman sus derechos y se oponen a la discriminación; sus voces comienzan a escucharse; mujeres de todas las razas, de todos los estratos sociales y culturales y de todos los niveles educativos, dejaban evidencia de que en la base de la inequidad estaba su condición de género. Con sus matices regionales e históricos había una constante: la inferiorización impuesta a las mujeres y a lo femenino.

Algo de esto debe haber sido escuchado en la ENEO, pues Marina Guzmán Vanmeeter invitó a Graciela Hierro, feminista universitaria, a hablarles a las enfermeras en el III Congreso Nacional de Enfermería, en julio de 1981.

Ahí escuché por primera vez a la Dra. Hierro y empezó mi interés por el feminismo, es decir, por el descubrimiento de los intereses femeninos, tal como las mismas mujeres los van descubriendo. Ahí se hizo gigante la figura de mi maestra Roselia Avila, a quien un año antes, en la IV Asamblea Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez la escuché decir:

“Esta vez deseo referirme a ciertas situaciones ocultas en la reglamentación de la Enfermería; como el machismo, la represión, la discriminación, el sometimiento y la explotación, que en última instancia los determina, y que no han permitido que nuestra profesión se desarrolle [...]. Toda nuestra legislación tiene su origen en el derecho romano, al cual podemos catalogar como aquel que afirma la figura del hombre como dueño y señor de todas las cosas de la tierra [...]. El machismo se sustenta en las siguientes ideas:

-La mujer es congénita y biológicamente inferior al hombre.

-La mujer es un ser cuyo fin y objetivo único en la sociedad es ser madre y reproducir a la especie humana” (Avila, R. 1980).

Marina Guzmán Vanmeeter escribía sus valiosas reflexiones, y aunque no tenía elementos teóricos para identificar que los problemas partían de condicionamientos de género, hay una gran claridad en lo que observa.

“Creo que la Enfermería está en una crisis `existencial`: se sacude, se revela, porque se da cuenta de su realidad y no sabe que camino tomar, ¿el conformismo? ¿la rebelión? Es como en la época del adolescente que se esfuerza por conseguir su `autoafirmación`; defiende `su autonomía` ante el equipo de salud y ante la sociedad; busca su identidad como persona y como grupo; y a veces se multiplican y `chocan` unos con otros y surgen luchas internas como si fueran luchas de `clases` sociales, y las energías se agotan” (1979).

Fueron años de despertar para algunas enfermeras en la ENEO. Años de solidaridad y unión que cristalizaron en la publicación que semestralmente hicieron como Asociación de Profesoras de la ENEO. Publicación llamada “Enfermería Hoy”, testimonio claro de sus luchas. Una sola portada tienen todas las publicaciones, “el dibujo *art nouveau* de una mujer”, y la explicación de que en esta mujer “-tal vez cruzada de la salud- resalta la seguridad en sí misma, la

decisión, la mirada solidaria y humana, la recuperación vital de su pasado...”
(*Enfermería Hoy*. No. 1 dic. 1981).

El primer evento en la ENEO, ya dirigida por enfermeras y en un edificio propio, fue el Primer Congreso Nacional Científico Cultural, con motivo de la inauguración de sus nuevas instalaciones. Fueron invitadas de honor las enfermeras dirigentes de las instituciones del sector salud y del Colegio Nacional de Enfermeras; este último, fundado en 1947 como Asociación Mexicana de Enfermeras, había tenido un papel decisivo en la obtención de la dirección de la ENEO para las enfermeras en consecuencia con uno de sus objetivos: “Pugnar porque los puestos de Enfermería sean ocupados por enfermeras competentes en la materia”. Se invitó también a profesionistas de la salud de La Habana, Cuba, a exponer el modelo de atención comunitaria en su país. Modelo totalmente distinto al nuestro¹⁴.

Al analizar detenidamente los temas elegidos para este 1er. Congreso y las personas invitadas para exponerlos, tenemos un panorama del movimiento de las fuerzas políticas en la ENEO. Por un lado se aprecia un gran interés por la salud, y se destaca la importancia de las enfermeras en temas centrales como: “La salud en México”; “La UNAM”; “El niño y la salud”; y “La atención primaria de la salud y la participación activa de la comunidad”. Sin embargo, llaman la atención otros temas con contenidos médicos altamente especializados, como: “El uso de recursos en el control de la hipertensión arterial”; “Arritmias y marcapasos”; “Trasplante renal”; y “Función de la enfermera durante el paro cardíaco”. En estos temas participó, además de los especialistas médicos, una enfermera que sería años después directora de la ENEO: Susana Salas Segura.

Así se sucedieron los eventos académicos en la escuela y se estrecharon lazos con otras enfermeras y con los grupos colegiados. Las enfermeras escriben y

¹⁴ Con el triunfo de la Revolución Cubana la práctica médica se enfocó a los aspectos preventivos, privilegiando las acciones del cuidado y la protección de la salud; en este contexto el papel del personal de Enfermería y de Medicina fue considerado fundamental en la consecución de las metas de salud para toda la población. Modelo que, con sus variantes se mantiene en la actualidad.

publican. Hay en algunas, un evidente interés por recuperar la historia robada a las enfermeras mexicanas.

“En México la carrera de Enfermería nació exclusivamente por la necesidad de ayuda del médico...Por lo tanto, la formación de enfermeras quedó, desde sus orígenes totalmente subordinada a las órdenes médicas y limitada a las actividades manuales y técnicas que el médico requería” (Cortés M., Elvia. et.al 1981:11-62).

Por primera vez se rinde homenaje a las enfermeras mexicanas distinguidas y se publica su semblanza histórica.

Para el IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia de 1988, las enfermeras de la ENEO también invitaron a Graciela Hierro. Entre lo que dijo destaca:

“La invitación que yo vengo a hacerles a las enfermeras, en este asunto de la profesionalización de Enfermería, es precisamente la de enfrentar su trabajo con esta nueva conciencia de las mujeres. Consiste en la observación, la crítica y la inventiva para descubrir e implementar las nuevas formas de encarar los viejos problemas de la salud individual y comunitaria...En Enfermería se reúnen todas las tareas milenarias, extensión de las tareas domésticas adjudicadas a las mujeres. La enfermera cuida, sirve, obedece y calla. Está dispuesta siempre a escuchar la voz de los que `saben mejor que ella misma lo que a ella le conviene´. Esto es precisamente el condicionamiento de su género [...] Aun quedan muchas barreras por superar. Para las enfermeras: ¿cuáles? –no sé- yo no soy enfermera, soy filósofa. Esta respuesta tendrán que darla las mismas enfermeras, de todos los niveles, ...Todas unidas en acción solidaria”. (Hierro, G. 1988. Archivo personal).

Tal vez porque estos mensajes resultaban amenazantes para el orden patriarcal de la ENEO. Tal vez porque desde que la escuela es dirigida por enfermeras se multiplicaron los eventos que reunían a un número cada vez mayor de enfermeras de todo el país y aun extranjeras, sobre todo latinoamericanas y se discutía ya no sólo de la Enfermería sino de las condiciones y de los problemas que vivían las enfermeras. Tal vez porque crecía el interés por las ciencias sociales y la corriente marxista. Lo cierto es que estos eventos acabaron o, mejor dicho se transformaron, que es lo mismo.

La ENEO cambió de rumbo. Miró más al horizonte de la alta tecnología, de la cercanía con los modelos de América del Norte, del mayor desarrollo médico y, en consecuencia de la alta especialización para las enfermeras. Ciertamente que los compromisos en materia de comercio transfronterizo de servicios del Tratado de Libre Comercio (TLC) lo exigía y había que competir, en gran desventaja académica, con las enfermeras de Canadá y de los Estados Unidos, pero esto afianzó nuevamente el dominio y el control del poder médico y se amplió la dependencia profesional de las enfermeras, ya no sólo a la Medicina, sino a otras profesiones y a los modelos teóricos extranjeros.

Los siguientes 16 años la Dirección de la ENEO fue ocupada por dos licenciadas en Enfermería: Graciela Arroyo de Cordero y Susana Salas Segura. Si bien ambas formaban parte de un grupo menos conservador, se encontraban muy vinculadas con el poder médico altamente especializado lo que también marca el rumbo que siguió la Escuela.

Hay en ambas gestiones importantes logros que pueden documentarse en los proyectos e informes respectivos por lo que me enfocaré a la descripción de otros procesos menos visibles¹⁵ que viven las enfermeras, desde que inician su

¹⁵ Hubiera querido seguir analizando los libros de actas del Consejo Técnico pues es evidente que es la mejor información para documentar esta etapa pero, por escrito, me fue negado el acceso a los mismos (oficio archivo personal).

formación, tanto en la escuela de Enfermería como en las instituciones médicas donde realizan prácticas clínicas o laboran en ellas.

3.2 La ENEO como institución patriarcal.

Por muchas razones la ENEO ha sido y es una institución líder en la formación de los recursos de Enfermería en México. Ha construido un sólido prestigio nacional e internacional a través de su presencia permanente y comprometida en todos los ámbitos donde se analiza y discute la formación y la práctica de esta profesión. Cuenta con profesoras y profesores de amplia trayectoria y probada excelencia profesional y con la decisión en muchas(os) de ellas(os) de construir los mejores escenarios para transformar las condiciones que siguen siendo obstáculo para el pleno reconocimiento del valor social y profesional que tiene la Enfermería.

La ENEO, como todas las instituciones donde se forman enfermeras es una institución patriarcal por las razones que he venido exponiendo. Sin embargo, no hay en ella, ni en las demás, la perversa intención de serlo. Cuando se carece de conciencia de género no es visible el sesgo patriarcal de que lo que hacemos, lo que decimos, lo que enseñamos, lo que investigamos, lo que defendemos, lo que proponemos, tiene una sola visión: la masculina. Entonces, como sólo se busca lo que se sabe que no se tiene, mi interés al desarrollar este tema es hacer visible lo que no se tiene en la ENEO: la visión de las mujeres.

Además de la tarea de formación de recursos de Enfermería y de participar en el cumplimiento de las funciones sustantivas de la UNAM, la ENEO trabaja de manera importante con diversos grupos e instituciones donde "se definen las directrices y lineamientos para la formación y la práctica de la Enfermería en México, en el marco de las políticas de los sistemas de educación y de salud" (cfr. Salas, S. et. al. 2000:51-64) tal es el caso de la Comisión Técnica Consultiva de Enfermería (CTC).

La CTC es un organismo que concentra a las y los representantes de las principales instituciones involucradas en la formación, el ejercicio, y los grupos colegiados de la Enfermería en el país; cuenta con el apoyo de la Dirección General de Profesiones (DGP) de la Secretaría de Educación Pública y tiene, entre sus funciones, el establecer coordinación con los grupos de expertas(os) de la Enfermería de Canadá y de Estados Unidos en el marco de los acuerdos trilaterales del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, a fin de unificar criterios para el intercambio transfronterizo de servicios de Enfermería.

Las tareas de estos grupos se iniciaron con el diagnóstico de la situación de la Enfermería en cada país¹⁶. Los resultados de la situación en México fueron publicados por la DGP en un informe y constituyen un excelente material para ser analizado desde una perspectiva feminista para hacer visibles algunas estructuras sexistas que están limitando las legítimas pretensiones de las y los profesionales de la Enfermería por resolver problemas ya añejos.

En el informe mencionado (DGP.2000) se señalan los perfiles deseables para la formación y el ejercicio del personal de Enfermería en México¹⁷. Se define "Perfil de Egreso" como "la descripción de las características principales que adquirirá la alumna como resultado de la transformación intencional en una institución educativa, las cuales le permitirán satisfacer determinadas necesidades sociales".

Se agrega que el "Perfil Laboral" se refiere a "los requisitos académicos, de experiencia y de las actividades que deben ser desempeñadas para atender las necesidades de la institución para la cual trabaja".

¹⁶ Aunque hay importantes variaciones en la formación y el ejercicio de las enfermeras canadienses y norteamericanas con las de México estas diferencias se ubican en: los niveles académicos; la cantidad de recursos (expresados en indicadores por número de médicos, cobertura de población, etc); distribución geográfica y condiciones laborales principalmente. Pero se conservan en los 3 países las estructuras patriarcales y los condicionamientos de género que mantienen y reproducen distintas formas de discriminación y exclusión para las enfermeras (Cfr. La Iniciativa Tripartita para la Enfermería en América del Norte)

¹⁷ Aunque en todo el documento se escribe en masculino, para efectos de este trabajo, aun en las citas textuales utilizaré –como debe ser- el sujeto en femenino tratándose de un contingente donde la inmensa mayoría somos mujeres.

Con estos perfiles de Egreso y Laboral, el grupo concluye que el “Perfil Académico Profesional” (PAP) “logra conjuntar esas características y representa el patrón ideal para el desempeño profesional de las integrantes de la disciplina de Enfermería”. Entonces, si en este apartado haré un análisis de la formación que reciben en la ENEO las enfermeras, deberé ubicar los espacios, dentro y fuera del plantel, donde se da el proceso formativo.

En uno de los escenarios que vislumbran las y los integrantes de la CTC para el siglo XXI se señala que:

“la alumna desempeñará un papel activo y su preparación se basará en trabajos integrados dentro de los equipos multiprofesionales; para ello se le proveerá de prácticas que le permitan desenvolverse como líder ... participará en los niveles de decisión en el área de la salud [...] estará plenamente identificada con su profesión [...] serán profesionales con seguridad, confianza y decisión para enfrentar los retos de competencia profesional”.

Este planteamiento (uno de muchos más) merece por si solo un detenido análisis. Es obvio que para el grupo de expertas no son visibles las condiciones discriminatorias que enfrentan las enfermeras por su condición de género y que en mi opinión impedirán, como lo han hecho, el logro de esas pretensiones. Sin embargo, con un análisis feminista no sólo son visibles, sino que se tiene más claridad para hacer las propuestas de cambio.

Señalo que no son visibles las condiciones de discriminación ni su relación con el condicionamiento de género en las enfermeras porque, a pesar de que se documentan éstas, se atribuyen a: la “sobresaturación de médicos en ejercicio y formación”; a la “resistencia médica de aplicar modelos preventivos”; a “políticas injustas en la prestación de servicios de salud”; a “programas educativos

obsoletos”; a “limitaciones económicas”, etc. (cfr. Salas S., Susana 2000:39-69, DGP 2000:24, y DGP:26).

Se acepta por ejemplo lo siguiente:

-Que se han incrementado las escuelas particulares que forman enfermeras con nivel técnico, “sin que exista ningún tipo de control para su apertura”.

-Que “no existe reconocimiento laboral ni económico para las egresadas con licenciatura”.

-Que las instituciones de salud prefieren contratar enfermeras técnicas y auxiliares pues consideran que con ellas “obtienen buenos resultados”.

-Que “los programas educativos tienen alto contenido de procesos patológicos, lo que no permite abundar en los contenidos de la disciplina”.

-Que “la investigación que aprenden y realizan las enfermeras es fundamentalmente cuantitativa y biomédica”.

-Que las egresadas “privilegian la práctica hospitalaria en detrimento de la comunitaria”.

-Que las políticas restrictivas afectan cada vez más los programas de salud, sobre todo en las áreas más desprotegidas y en consecuencia, “no habrá atención preventiva, sólo curativa”.

-Que “ninguna enfermera participa en el diseño de políticas ni tiene autoridad para actuar de manera independiente”. (cfr. DGP. 2000:27-29).

Si los problemas como éstos no se analizan con perspectiva de género no son visibles las condiciones asimétricas de poder por razón de género, ni los modelos dicotómicos que subyacen. Los problemas, desde una sola perspectiva, son vistos sólo en sus consecuencias, y las causas son ubicadas en la superficie. Las propuestas resultan obvias y reiterativas: si no hay control de las escuelas “patito”: que lo haya; si no se reconoce a las licenciadas: que se esfuercen ellas para demostrar que valen; si las instituciones prefieren contratar recursos menos calificados: que se les convenza de que les convienen más las enfermeras calificadas. No es extraño que se tenga el pensamiento mágico de que “la gran oportunidad para la Enfermería será la reforma del Sector Salud al transformar éste su estructura y su funcionamiento” (Salas S., Susana 2000:53).

Con sus matices, esta “solución” ha sido planteada a lo largo de muchos años y nada se ha logrado. En la dualidad de la cosmovisión patriarcal médica el conocimiento, la investigación, el dominio tecnológico, farmacéutico y quirúrgico son ubicados en los espacios institucionales sanitario-asistenciales y educativos “de propiedad masculina”; el cuidado, la protección, la educación para la salud, la nutrición, el apoyo emocional son ubicados en el espacio “de la naturaleza femenina” y como he venido señalando, en esta cosmovisión la valoración se hace desde un referente simbólico masculino; lo que hacen las mujeres vale menos que lo que hacen los hombres, entonces lo que hacen las enfermeras –siendo vital para el bienestar humano- tiene menor valor e importancia que lo que hacen los médicos. Pareciera que la intervención de las enfermeras es consecuencia de “su naturaleza”, no de su esfuerzo profesional. Al fin mujeres, nacieron sabiendo cuidar, nutrir, proteger, educar...

Así las cosas, me parece muy difícil que las enfermeras que egresan de las distintas escuelas del país; que son formadas con valores androcéntricos, es decir, que no son educadas para tomar el control de su vida personal y profesional y que van a ubicarse en instituciones médicas donde realizarán funciones delegadas y dependientes, puedan alcanzar las expectativas pretendidas por las(os)

enfermeras(os) dirigentes: desempeñar “un papel activo”, desenvolverse “como líderes”, participar “en los niveles de decisión”, y tener “seguridad, confianza y autonomía para enfrentar los retos de competencia profesional”. “En consecuencia”, continúan señalando, “estarán plenamente identificadas con su profesión” (cfr. DGP 2001:28).

Me pregunto, ¿qué significará para el grupo experto estar “plenamente identificada” con la Enfermería? Porque la respuesta puede ser diametralmente opuesta según se pretenda conservar, o transformar el orden patriarcal en las instituciones educativas y de salud; según se pretenda capacitar, o educar a las enfermeras.

3.2.1.- Los propósitos formativos en la ENEO. El plan de estudios de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

La ENEO como la institución más antigua e importante en la formación de recursos de Enfermería en el país enfrenta grandes retos, uno de ellos es la profesionalización de recursos de Enfermería. Si bien ha dejado de formar enfermeras con nivel técnico en el sistema escolarizado, aun lo hace y lo incrementa a través del sistema de universidad abierta, en un proyecto nacional orientado a capacitar a las enfermeras auxiliares de Enfermería para que cursen el nivel técnico y a las enfermeras con nivel técnico para que puedan acceder al nivel de licenciatura.

La cobertura educativa de la ENEO es muy ambiciosa. A grandes rasgos diré que abarca no sólo la formación en dos niveles en el pregrado; se extiende a estudios posttécnicos, de especialidad, y recientemente de maestría; mantiene en forma permanente diversas opciones de actualización para personal docente y de servicio tanto nacional como extranjero, y establece y estrecha vínculos con las enfermeras de muchos países a través de programas de intercambio académico,

entre otros. Es fácil pensar la influencia que tiene la ENEO en la Enfermería nacional e internacional.

De ahí mi interés en participar en la construcción de otro paradigma educativo en la ENEO cuestionando el actual, con la meta de que las enfermeras logremos la “revolución copernicana” que propone Graciela Hierro (1990), es decir la educación para la acometividad, cualidad reprimida a las mujeres desde tiempo inmemorial. Acometividad “en el sentido de valentía, de osadía para emprender las transformaciones y arrostrar sus dificultades”. Tema que desarrollaré en el 4° y último capítulo.

Como mencioné, son varias las opciones educativas que ofrece la ENEO. Cada una tiene su propio plan de estudio y organización y aunque cualquiera de ellos debe ser analizado, sólo me concentraré en el plan actual de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO).

No pretendo hacer un análisis exhaustivo del mismo que, por lo demás, no es tarea para una sola persona. La ENEO tiene un equipo de profesionales para tal fin. Me propongo identificar y evidenciar, desde una visión feminista, algunos contenidos sexistas que en mi opinión están impidiendo que las enfermeras reciban educación en la ENEO.

Desde luego que si afirmo que la ENEO no está educando a las enfermeras, es porque parto de otro paradigma, donde educar significa: la adquisición y la transmisión de contenidos, de conocimientos, y de actitudes valiosas y significativas; con una perspectiva viva; es decir, que integre las ideas vitales que posean la capacidad de poderse utilizar y de combinar en formas nuevas y útiles para las personas que se educan y para aquellas a las que se dirigen.

Comparto el planteamiento que hace Graciela Hierro sobre la educación, como: “el proceso de adquisición de conocimientos, de habilidades y de actitudes con un fin

ético (puesto que) la educación necesariamente nos convierte en mejores personas (1994:7). Ella explica que “persona” es un ser moral, libre y digna; condición que adquirimos por nuestro propio esfuerzo educativo, en función de: las condiciones de género y de la condición social, histórica, racial, étnica, geográfica y del ciclo de vida en el que nos encontremos.

Hasta hoy la ENEO no está educando a las enfermeras, sólo las está instruyendo de manera tradicional porque esta “educación” hace énfasis, de manera implícita y/o explícita, en la obediencia a los patrones acostumbrados de identidad de género, es decir, en lo que se espera de una mujer y de un hombre, como veremos a lo largo de este análisis.

La educación nueva, la que nos hace personas morales, libres y dignas, surge de la preocupación por la educanda y por el educando, cada cual con sus propias necesidades e intereses. Mujeres y hombres. El neutro “hombre” para nombrar a la humanidad no existe. La nueva educación para las mujeres, advierte Graciela Hierro, va más allá de la “domesticación” tradicional (2001:136).

En este contexto, elegiré algunos párrafos del plan de estudios de la LEO, especialmente aquellos que señalen propósitos académico-profesionales y haré la crítica que me permita fundamentar en el siguiente capítulo las propuestas feministas para un nuevo perfil en la educación de las enfermeras en la ENEO.

El plan actual de la LEO, vigente desde 1991, fue actualizado en el año 2000. La Escuela lo introduce señalando su propósito institucional¹⁸:

“La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia busca responder de manera cada vez más eficiente a los imperativos que plantea el formar profesionales de la enfermería útiles a la sociedad mexicana. Para lograr tal propósito, a través de la función de la docencia, busca orientar a los

¹⁸ Los subrayados son míos.

estudiantes para adquirir los conocimientos, habilidades y conciencia necesarios para entender su sociedad y participar en la solución de los problemas del área de la salud que afectan a la población mexicana [...]. La profesión de enfermería cubre acciones en cada uno de los tres niveles de atención¹⁹ en los campos de la salud pública, atención médica y asistencia social" (ENEO 2000:7).

Se trata de un planteamiento al que difícilmente se le encuentra algo potencialmente discriminatorio para las enfermeras, pero veámoslo desde otra perspectiva aprovechando el sustento teórico que he construido en los primeros capítulos.

-En todo el plan de estudios el sujeto de las acciones es masculino. Esta es la primera gran exclusión femenina. Hace evidente que el referente simbólico en la profesión de Enfermería es el hombre; decir que se sobreentiende que la mujer está incluida es un recurso distractor y falaz. Francesca Gargallo (2001:48) advierte que es por el uso sexista de nuestras lenguas, que en las escuelas se manifiesta un sistemático silenciamiento de los aportes de las mujeres al desarrollo de las ciencias, de la Filosofía, del Derecho, del cuidado de la salud, de la educación. Es además violar el derecho a una educación no sexista, como bien señalan los documentos internacionales de Derechos Humanos.

-En todo el plan de estudios la profesión de Enfermería se escribe con minúscula. Pareciera algo sin importancia pero, observemos cómo otras profesiones se escriben con mayúscula, como debe ser, tratándose de un nombre propio. Escribir Enfermería con minúscula no sólo es incorrecto, es darle una importancia minúscula.

¹⁹ Hacen referencia al grado progresivo de la complejidad de los problemas y del tipo de recursos humanos y materiales que se requieren para ser solucionados. El menos complejo el 1º nivel y el mayor es el 3º.

-En el plan de estudios el sujeto de las acciones es la Enfermería, no las enfermeras: "La enfermería cubre acciones..." etc. La Enfermería existe porque existen las enfermeras, pero debemos hacerlas visibles y dotarlas de voz.

-En todo el plan de estudios se distingue el compromiso de la institución con la salud, las necesidades de la población y con los grupos más desprotegidos. Sin embargo los contenidos de las distintas materias muestran una mucho mayor carga a la Medicina asistencial, hospitalaria, intramural, en unidades de 2° y 3° nivel de atención. Áreas que son "propiedad" de la profesión médica.

La ENEO establece en el "Perfil de ingreso" que "es necesario que las estudiantes posean conocimientos esenciales del área químico-biológica, junto con nociones de los campos humanísticos y social"²⁰ [...] que posean valores de respeto a los demás y que la autorrealización personal sea una prioridad absoluta en su vida.[...] Es también necesario que las solicitantes...dominen los códigos de comunicación verbal y escrita para poder expresarse, tomar decisiones e interactuar académicamente" (ENEO 2000:25).

Este fragmento sobre el "perfil de ingreso" que establece la ENEO para las y los aspirantes a la LEO, merece un detenido análisis "con lentes de género".

-El gradiente de valor que establece la ENEO sobre los conocimientos que debe poseer la aspirante a la LEO, es sintomático de la orientación preestablecida que tendrán las enfermeras. Todo apuntaría a pensar que la profesión es fundamentalmente social. "El médico atenderá los procesos patológicos" se nos recalca, y "las enfermeras atenderemos las necesidades humanas". Sin embargo la ENEO pide que ingresen con conocimientos esenciales del área químico-biológica –justo los conocimientos para entender los procesos patológicos-; y que

²⁰ Como ya comenté, todo el plan de estudios está redactado en masculino. Sin embargo, deliberadamente cambiaré el sujeto al femenino. Y escribiré siempre "Enfermería" con mayúscula. Los subrayados son míos.

tengan sólo nociones de los campos humanístico y social –precisamente los que fundamentarán su participación social y comunitaria-.

Aunque es alentador leer que la ENEO establece que las aspirantes tengan como prioridad absoluta en su vida la autorrealización personal; es preocupante que la misma Escuela puntualice que la enseñanza de la Enfermería en la ENEO se orientará a “formar profesionales competentes que actúen convencidas y sin egoísmos (sic) para buscar un aceptable estado de salud en lo individual y en lo colectivo de la población mexicana”. Al margen de que cabe la duda sobre el “aceptable estado de salud” –aceptable ¿para quién?- es clara una contradicción: se espera que ingresen alumnas cuya prioridad absoluta sea su autorrealización personal, para luego “educarlas” para que actúen “sin egoísmos”.

De muchas formas se puede demostrar que se forma a las enfermeras para ubicarse en espacios médicos asistenciales, no en las comunidades. Entonces, es razonable suponer que a quien no deben mostrar egoísmo es al médico. Deben ser “la mano que prolonga su arte” (su de él) como juran las enfermeras al egresar de la carrera (ver p. 78).

Los médicos enseñarán “su arte médico” a sus compañeros según la ley médica “pero a nadie más”, como juran al egresar de la carrera (ver p. 79).

En el plan de estudios actual la ENEO puntualiza que la profesión de Enfermería tiene un fundamental sentido social y humanístico, lo que la compromete con los sectores más necesitados de nuestra sociedad (ENEO 2000:20-21). Ya mencioné la deficiente formación que reciben las alumnas para tener un sentido social y humanístico, lo que difícilmente las hará comprometerse con los sectores más necesitados de la sociedad. Sobre esto último, no basta con que se comparta la filosofía basada en la dignidad humana si no se incluye en su visión humanista a las mujeres. Ciertamente, el plan de estudios de la ENEO considera entre “los sectores más necesitados a los niños, a los enfermos, a los ancianos, a las personas

discapacitadas, a los indígenas, a las personas sin recursos económicos...". Sin embargo, no se incluye a la mitad de la población: las mujeres, a pesar de que, por serlo, son las más excluidas de la humanidad, las más necesitadas. Su presencia en el currículo sólo está ligada con asuntos gineco-obstétricos. Basta ver los contenidos de esas materias (Cfr. ENEO 2000:245-281).

Las alumnas aprenden que la etapa reproductiva de las mujeres les da existencia, pues legitima su misión "natural" de procrear, de nutrir, de cuidar, de proteger a "los otros" (Lagarde, M. 1990). Las mujeres no tienen otros tiempos que no sean el ciclo menstrual, el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia, y la menopausia. Su salud ¿integral? depende de los contratiempos que alteren las funciones reproductivas naturales. El sistema reproductor les da existencia. Y, ¿el resto?, queda subsumido en la categoría "universal" de "el hombre" donde son, por supuesto, invisibles.

Decir niño no es decir niña, decir anciano no es decir anciana, decir enfermo no es decir enferma, decir deprimido no es decir deprimida, decir hombre no es decir mujer. Entre los "sectores más necesitados", el pertenecer al género femenino constituye un mayor riesgo para la salud de las mujeres. Premisa fundamental si queremos atender de manera realmente integral a todas las personas: masculinas y femeninas.

Finalmente me detengo en la precisión que hace la ENEO sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de las alumnas de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. "Este queda enmarcado", se precisa, "por las instituciones de salud y de educación".

Efectivamente, el plan de estudios consta de 3,984 horas. De ellas 1,984 están destinadas para teoría en aula y 2,000 horas para prácticas en instituciones médicas asistenciales. El proceso formativo en las instituciones médicas será analizado en el siguiente subcapítulo.

Sobre la formación que reciben las alumnas en los espacios de la ENEO habría mucho que decir. En cada cuartilla del plan de estudios podrían hacerse observaciones y sugerencias. Tarea titánica y poco útil. Yo hago una sola recomendación: hacer una lectura con “lentes de género”. Lentes que deben construir las enfermeras antes que nada, a través del estudio formal del feminismo en espacios para la investigación y el análisis.

No obstante que cada materia debe ser analizada de esta manera, deconstruyéndola para identificar los graves contenidos sexistas, quiero concluir este tema reflexionando algo particularmente importante para evidenciar el carácter patriarcal con que se pretende “educar” a las enfermeras.

Como mencioné, las instituciones líderes en Enfermería en México –la ENEO entre ellas- han decretado que para este siglo XXI, las alumnas enfermeras:

“...desempeñarán un papel activo y su preparación se basará en trabajos integrados dentro de los equipos multiprofesionales; se les proveerá de prácticas que les permitan desenvolverse como líderes...participarán en los niveles de decisión en el área de la salud [...] estarán plenamente identificadas con su profesión...serán profesionales con seguridad, confianza y decisión para enfrentar los retos de competencia profesional (DGP 2001:28)”.

Pero, en mi opinión, las escuelas de Enfermería muy difícilmente lograrán ese perfil. La ENEO, por ejemplo, establece en el “perfil profesiográfico para la impartición de los distintos programas para la licenciatura en Enfermería y Obstetricia” (ENEO 2000:43-44) que el Plan de Estudios consta de 22 materias obligatorias, pero sólo en 5 de ellas se señala que serán impartidas –exclusivamente- por enfermeras; en las 17 restantes el perfil se refiere a otros profesionistas: médicos, sociólogos, psicólogos, nutriólogos, pedagogos, antropólogos. Así, todos nombrados en masculino y, aunque en teoría se suponga

al femenino integrado, la realidad es otra. El lenguaje es la vía por la que se instauran los indicadores de la diferencia, y el medio que actualiza el juego de los reconocimientos constituyentes de la subjetividad (Gutiérrez, C. 2002:62). Cómo pretender formar profesionales de la Enfermería líderes, plenamente identificadas con su profesión, si ésta les es impartida desde la visión de otras disciplinas, en un proceso formativo patriarcal, excluyente, donde lo que menos identifican ellas es un campo profesional autónomo y libre.

Serán egresadas consecuentes con esa formación. Habrán aprendido que la Enfermería es “algo” que siempre depende “de”. Y esto no será siquiera conciente. Como mujeres ya introyectaron muchas dependencias de “los otros”: de los padres, de los hermanos, de las relaciones afectivas, de otras mujeres. Ahora, como enfermeras agregarán otras dependencias: de los médicos, de otros profesionistas, de los jefes, de los maestros, de los enfermeros, de las instituciones, de las jefas. Dependencias enmarcadas por la subordinación, la subalternidad, y la opresión.

En estas condiciones no es posible esperar que logren autonomía profesional, tampoco libertad en el sentido de ser protagonistas, ser sujetas sociales de la historia. Cuando se vive subordinada no se puede ser libre, no se pueden desarrollar tareas profesionales valorizadas cuando el valor es decidido por otros. ¿Cómo esperar que las alumnas de Enfermería aprendan conocimientos especializados propios, construidos por las enfermeras para su profesión, si ésta se les presenta como un “coctel” de teorías de los otros, aunque tengan la autoría, muchas veces de enfermeras?

Esto no es educación, esto no puede educar a las enfermeras para ser personas morales, libres y dignas. Los “conocimientos” que adquieren difícilmente son valiosos y significativos para poderse utilizar y combinar en formas nuevas y útiles que se transformen en las acciones de vida, de amor, del cuidado que prodigan las enfermeras, si no los han recibido ni siquiera de las mismas enfermeras.

Es ya inaplazable reflexionar sobre esto y actuar en consecuencia.

3.2.2.- La formación práctica de las alumnas de la ENEO en espacios médicos sexualizados y jerarquizados.

Del total del personal de salud que trabaja en las instituciones sanitario asistenciales más del 50% son enfermeras. Cumplen una serie de tareas fundamentales, imprescindibles, vitales; no sólo para las personas que requieren servicios de salud, sino para el sostenimiento de las estructuras institucionales. Permanecen el mayor tiempo de manera ininterrumpida todos los días del año, de día y de noche. Ninguna, ni aun la más preparada y/o con más experiencia, tiene mayor jerarquía y poder de decisión que cualquier médico.

En estos espacios trabajan además mujeres y hombres de otras disciplinas y tareas que viven diferentes relaciones y niveles jerárquicos entre ellos. Puesto que me interesa mostrar las relaciones genéricas en que se verán involucradas las alumnas enfermeras durante las 2000 horas de práctica que pasarán en las instituciones de salud, separaré a los personajes sólo de dos profesiones: Enfermería y Medicina para mostrarlas. Las relaciones intragénero se darían entre: enfermera/enfermera, médica/médica, enfermera/médica, enfermero/enfermero, médico/médico, médico/enfermero. Las relaciones intergénero se darían entre: enfermera/enfermero, enfermera/médico, enfermero/médica, médico/médica.

Al margen de que este tema requiere de investigaciones más profundas dada su complejidad e importancia, para mi propósito basta con afirmar que en las instituciones patriarcales cualquier combinación conserva las relaciones culturales entre los sexos, es decir, la simbolización de lo que “es propio” o no para cada género, independientemente de la profesión que ejerzan o la circunstancia que vivan.

Aunque los personajes sean médicas y por profesión se les suponga mayor jerarquía, el género adjudicado a las personas femeninas les confiere un lugar subordinado en el sistema médico. No pertenecen a la aristocracia masculina. Aunque sean médicas, son mujeres. Son muchos los estudios que abordan esta situación. Deyanira González de León, por ejemplo, señala:

“en distintos países se ha demostrado que las médicas se encuentran en puestos y ocupaciones de baja categoría laboral, con salarios bajos y subordinadas a los médicos hombres...La aplicación de los estereotipos femeninos a todas las mujeres conduce a que las médicas asuman un papel secundario y de inferioridad” (Cfr. Cardacci, Dora *Mujeres y Medicina*, UAM Xochimilco. CONACYT. Revistas 1, 2, 3, 4 1987 a 1992)

Los enfermeros, en teoría, sufrirían discriminación por razón profesional, sin embargo, pertenecen por género al “conjunto de los dominadores”; en este sentido, aunque se ponga en juego su pertenencia legítima por razones de profesión, y aun por otras razones (de clase, de raza, de preferencia sexual, de filiación política, etc.), su pertenencia de género es indiscutible, les dota de mecanismos para identificarse, aliarse y desarrollar poderío de género. Cada hombre debe ser reconocido por sus méritos patriarcales por otros hombres para ocupar espacios, ejercer poderes, y formar parte de sus instituciones. No necesitan medirse con las mujeres, de antemano ocupan la posición central y superior, aunque formalmente estuvieran subordinados laboralmente a una mujer.

A pesar de que en la Enfermería del mundo los hombres constituyen una minoría (7% en México) tienen mejores condiciones personales, educativas y laborales, impulsadas y favorecidas aun por las mismas mujeres enfermeras. Por ejemplo, un estudio comparativo sobre la situación de los hombres enfermeros en Estados Unidos e Inglaterra señala que aunque en muchos países las enfermeras consideraron que la Enfermería se beneficiaría al incrementarse el ingreso de hombres a la profesión; lo cierto es que ha aumentado la subordinación de las

mujeres enfermeras ahora también por ellos, pues a pesar de que su número sea muy reducido, los hombres “tienden a asumir el control y aunque sean menos del 10%, más del 50% de los puestos directivos en los hospitales y en las escuelas son ocupados por ellos” (cfr. Ryan S, Porter, S. 1993:262-267).

Es interesante analizar el discurso de los enfermeros sobre temas profesionales. Aunque es obvio que los hombres y las mujeres vemos el mundo con diferente perspectiva independientemente del tema en cuestión, en el campo de la Enfermería me parece que los enfermeros suelen describir los hechos como espectadores “fuera de la barrera”. A pesar de que en toda su formación prevaleció un lenguaje masculino y siempre el hombre como referente simbólico de la humanidad, hablan en femenino al referirse a las personas de la Enfermería: “las enfermeras”, “ellas”, “las otras”. Pareciera que su lugar está en otro lado de mayor poder: el masculino²¹.

La subordinación de las mujeres, aun médicas, y la sobrevaloración de los hombres, aun enfermeros, no tiene que ver con la profesión. Se inscribe en la lógica de un sistema patriarcal donde se decide una división del trabajo sexuada y jerarquizada.

En cualquier relación humana se ejercen formas de poder. Tanto las mujeres como los hombres viven estas relaciones marcadas por su género y por diversas circunstancias de su existencia: la edad, la nacionalidad, la clase social, la raza, la religión, el estado de salud, las habilidades y destrezas, los saberes, la ideología, y otras más, que en conjunto definen su manera de vivir, sus oportunidades y sus obstáculos para el desarrollo personal, grupal y profesional.

²¹ Es ilustrativa la participación de un licenciado en Enfermería a quien se invita para teorizar sobre “la relación de médicos con enfermeras” en un libro sobre Bioética que forma parte de la bibliografía de la carrera de Enfermería en nuestro país. En esta obra, Oscar R. Salcedo describe cuál debe ser la relación “de ellas” con el médico: “deben hacer un esfuerzo especial para llevarse bien...para poder llevar a cabo las indicaciones médicas”. Concluye reconociéndoles: “la magnanimidad, es decir la capacidad de colaborar en los planes ajenos, debe ser una constante en una enfermera, pues su trabajo se caracteriza por ejecutar decisiones que en general ella no ha tomado” (cfr. Kuthy et al 1997:51-55)

En las estructuras patriarcales las relaciones intragénero masculinas de poder se caracterizan por incluir las estrategias que les permiten identificarse y aliarse (cfr. Amorós, C. 1990). En cambio, entre las mujeres las relaciones de poder suelen basarse en el desconocimiento de la otra, compiten y ejercen formas fragmentarias de dominio entre ellas: por tener reconocimiento social, por delimitar y defender espacios, por no perder vínculos y privilegios, -el trato galante- diría Graciela Hierro (Hierro, G. 1990:51), y por poseer, desde una situación vital carenciada, más que las otras.

Para conservar estos "privilegios femeninos", las mujeres desarrollan la actitud concomitante de conservadoras del orden social establecido, convirtiéndose en defensoras y transmisoras de la ideología patriarcal so pena de perder "privilegios" y ser el blanco de la agresividad masculina (Hierro, G.1990:16-20).

El patriarcado médico obtiene de la confrontación enajenada entre las mujeres que integran el equipo de salud -sean psicólogas, enfermeras, médicas, trabajadoras sociales, etc.- uno de sus mayores recursos de sobrevivencia: mantenerlas aisladas, divididas, antagonizadas; enemistadas políticamente, debilitadas, y oprimidas. Se enfrentan inferiorizadas, dominando unas a otras de distintas maneras: por parentesco, por edad, por condición civil, por atributos físicos, etc., que les suman o les restan poderes.

En el marco médico patriarcal, el dominio de las enfermeras a las enfermeras se sustenta además: en su condición social, en la institución educativa en que se formaron, en el nivel académico que poseen, en su ubicación laboral, en las distinciones obtenidas, en la experiencia. De una u otra forma, aceptan la sujeción a cambio de ejercer dominio sobre otras y no perder los vínculos, el "reconocimiento", y la pertenencia a las instituciones de salud y a las educativas.

Existe otro tipo de poder desarrollado por algunas mujeres. Surgió del conocimiento de sí mismas –primero- y luego de los y las demás. “Se trata de la capacidad de cuidar y ejercer la responsabilidad, la autoestima, el autodesarrollo y finalmente de sentir placer para desarrollar el trabajo creativo y hacer una contribución social, lo cual se adquiere a través de una nueva educación para las mujeres” (Hierro, G. 2001:135). Una nueva educación para las mujeres enfermeras sólo es posible cuando se evidencie y se trascienda el sexismo de las instituciones en las que se forman y trabajan actualmente.

En conclusión, el trabajo sexuado o la división sexual del trabajo en las instituciones de salud, es un proceso utilizado para mantener y reproducir su carácter patriarcal.

En estas instituciones las alumnas enfermeras aprenderán mucho más que “las formas de cuidado, el uso de material y equipo especializado, y el fundamental sentido social y humanístico de la profesión”, como espera la ENEO (ENEO 2000:17), aprenderán el sistema de relaciones de género y las estructuras institucionales que reproducen la subordinación femenina. Parafraseando a Rosario Castellanos, (1975) para mantener la hegemonía médica masculina hay que mantener el “eterno femenino” de las enfermeras.

3.2.2.1 Algo sobre las condiciones laborales de las enfermeras.

En todos los países las enfermeras viven diversas condiciones de discriminación laboral, asunto que es considerado prioritario de resolver por el propio Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). En 1958 el CIE declara que:

“...ningún país posee el mecanismo satisfactorio de negociación de las condiciones de empleo de las enfermeras, con la claridad de su derecho a

negociar. En algunos, inclusive no están autorizadas a participar en las negociaciones” (CIE 1958:65).

A lo largo de diversas publicaciones el CIE ha seguido documentando la discriminación laboral de las enfermeras, haciendo referencia a su relegación a puestos tipificados como de baja calificación, mal remunerados y con escasas posibilidades de promoción “a pesar de que las enfermeras han elevado considerablemente su nivel educativo” (el techo de cristal ya descrito). Sufren mayor vulnerabilidad a despidos, y “viven relaciones laborales jerárquicas de subordinación y de dependencia”.

Para 1995 el CIE amplía las observaciones en torno a las deficientes condiciones de trabajo de las enfermeras. Retoma de manera particular las que afectan su vida y su seguridad; incluye la violencia y el acoso sexual e insiste en que las enfermeras viven violaciones sistemáticas a sus Derechos Humanos, lo que constituye, en muchos sentidos formas de violencia.

Por su importancia, haré una síntesis de la Declaratoria del CIE al respecto (cfr. CIE 1995). Inicia señalando que: “Las condiciones de trabajo específicas al sector salud tienden a exponer al personal de Enfermería a importantes riesgos para su salud y a situaciones de abuso y violencia” dado que:

-Las modalidades de menor dotación de personal y la contratación de trabajadores temporarios, como estrategia de las instituciones para disminuir costos de operación, expone al personal de Enfermería a sufrir sobrecargas de trabajo, lo que ocasiona a las enfermeras estrés y desgaste físico, sobre todo lesiones de espalda. Estas lesiones son uno de los mayores problemas de las enfermeras de todos los países, “en muchos la incidencia es mayor que las lesiones sufridas por los trabajadores de la construcción”.

-Tienen intervenciones que exigen un estrecho contacto y proximidad física con personas enfermas y con áreas de alto riesgo, lo que expone a las enfermeras a contraer enfermedades transmisibles como la hepatitis, tuberculosis pulmonar y VIH/sida²², entre otros. Así mismo cáncer por exposición a radiación ionizada, benceno, formaldehído y otros agentes conocidos por sus efectos cancerígenos.

-Participan en la atención de enfermeras las alumnas de Enfermería a quienes se ubica para realizar las mismas actividades que las enfermeras trabajadoras, sin tener la experiencia y sin la supervisión suficiente, lo que las expone a muchos riesgos²³.

-Las enfermeras sufren perturbación de las modalidades de vida debido al trabajo rotatorio y por turnos, especialmente en el trabajo nocturno, lo que altera la organización familiar, los ritmos de descanso y de recreación y los tiempos de estudio y de desarrollo y superación profesional. El trabajo nocturno incrementa en las enfermeras el riesgo de violencia por la mayor inseguridad nocturna sobre todo en las grandes ciudades, al tener que desplazarse desde y hacia el trabajo. Así mismo incrementa el riesgo de violencia familiar al descuidar "sus responsabilidades" conyugales y domésticas.

De especial importancia es el planteamiento del CIE sobre la violencia física y sexual hacia las enfermeras, pues éstas constituyen claramente formas de violencia por razón de género. Documenta casos en varios países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Australia, Irlanda, etc., y señala que:

"Encuestas realizadas ponen de relieve la importante frecuencia de abusos y violencia contra las enfermeras, incluyendo a médicos entre los agresores...a lo que se restaba importancia y se pasaba por alto, o se

²² En México según datos de la CONASIDA del año 2000, las enfermeras son las más afectadas por contagio, con 32 casos entre documentados y posibles. En el personal médico sólo 15 casos CONASIDA 2000:32)

²³ El reporte de CONASIDA mencionado incluye también a las y los estudiantes de todas las profesiones del área de la salud como altamente vulnerables.

culpaba a las propias enfermeras del `fracaso en el desempeño de sus deberes profesionales, además de presionarlas para mantener los hechos en silencio”.

Concluye el CIE condenando todas las formas de abuso y de violencia contra las enfermeras, incluido el acoso sexual, pues los considera “violaciones a su derecho a la dignidad e integridad personal”.

En nuestro país, el segundo párrafo del artículo 4° Constitucional establece la igualdad jurídica entre el varón y la mujer. Ambos tienen, en teoría, los mismos derechos y obligaciones que establecen y ordenan las leyes. Con la disposición de igualdad jurídica se entiende “la prohibición de cualquier clase de discriminación o segregación con motivo del género de la persona”. Se entiende por discriminación laboral la alteración o modificación de la igualdad entre personas. La discriminación ocurre cuando se produce desigualdad en cualquiera de sus modalidades: de oportunidades, de trato, o de pago (Kurczyn V. P. 2001:10 y 42).

En todas las instituciones de atención de la salud de nuestro país encontramos enfermeras: trabajadoras de la institución, profesoras guiando las prácticas clínicas, alumnas en diferente nivel de formación, pasantes realizando su servicio social, etc. Todas viven y/o son “mudas testigos” de las condiciones laborales “peculiares” que enfrentan las enfermeras. Algunas de estas condiciones no sólo son injustas y arbitrarias, son violatorias de sus Derechos Humanos. Tal es el caso, a manera de ejemplo, de las condiciones de las enfermeras que trabajan en el turno nocturno.

Mientras que el personal médico en este turno, puede dormir en estancias limpias y cómodas y acudir a ver a algún(a) enfermo(a) sólo si se requiere, las enfermeras deben permanecer en vela; duermen en el suelo cuando pueden y donde pueden, muchas veces en áreas más contaminadas que lo usual en estos lugares. Aunque

tienen prohibido dormir, entre todas establecen solidarias complicidades para “descansar” a ratos, con la zozobra de ser descubiertas.

Entre muchas otras situaciones de discriminación laboral que viven las enfermeras podemos señalar:²⁴

- Se les responsabiliza del equipo e instrumental médico que se pierda. Deben pagarlo o reponerlo.

- Siempre hay escasez de personal y son ellas las que suplen la falta de camilleros, de personal de limpieza, de mensajería, etc.

- Si falta material y equipo para protegerse como guantes, cubrebocas y batas, son ellas las que “se sacrifican”.

- Aunque se percaten de errores médicos o de prácticas deficientes en perjuicio de los pacientes deben permanecer en silencio.

- Si la institución no tiene instalaciones suficientes, como vestidores, por ejemplo, son las enfermeras las que quedan excluidas, teniendo que vestirse (para eventos quirúrgicos, entre otros) en los sanitarios.

- Se les bloquea, mediante diversos mecanismos, y aun se les prohíbe asistir a eventos científicos, académicos, políticos, u otros que les darían mayor desarrollo y participación.

- No cuentan con asesoría ni protección jurídica. Las instancias de defensoría médica, como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

²⁴ Datos tomados de una encuesta (no publicada) que realicé en 1999 a 100 enfermeras de todos los niveles, trabajadoras del ISSSTE, en la Ciudad de México.

(CONAMED) difícilmente resuelve a favor de una enfermera, “los médicos”, señalan ellas, “se tapan entre ellos”²⁵.

Esto último me hace reflexionar sobre algunos planteamientos de Celia Amorós (1990:13) sobre los “pactos patriarcales” ya que se aplica a los pactos médicos. Ellos también, como colectivo masculino viven los espacios institucionales de atención de la salud como su espacio, el espacio de los pares, de los iguales. Mientras que el colectivo femenino aparece como el colectivo de la impotencia; la mujer –cualquiera- no es percibida como individualidad. Ellas son ejemplificaciones irrelevantes “de la feminidad” o de “lo femenino”; como ocurre siempre en un colectivo “donde no se juega lo importante, donde no se juega el prestigio, donde no se juega –en definitiva- el poder.

Los eventos descritos por las enfermeras son considerados discriminatorios por ellas, aunque no los relacionan con violaciones a sus derechos: a la dignidad, a la salud, a la educación, a no ser discriminadas, a la justicia, a la igualdad, a la participación política.

Las enfermeras viven diversas formas de discriminación. El hecho de que las licenciadas en Enfermería posean un título que las acredita para incorporarse al mercado de trabajo en un nivel escalafonario consecuente con la formación universitaria recibida, y sin embargo sean ubicadas en plazas de menor jerarquía y remuneración económica es –definitivamente- violatorio de sus Derechos Humanos, como señala el Art. 10.1 inciso a) de la Declaración sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Documento ratificado por México, lo que lo hace ley suprema.

²⁵ Las mismas agrupaciones médicas advierten que: “cuando surge una demanda contra un médico, las autoridades judiciales tienen el deber de evitar la publicidad del asunto, porque va en ello el prestigio del médico...para no vulnerar la estima social a un profesionista de esta categoría” (Galindo Garfías, Ignacio. 1995:14).

La Ley Federal del Trabajo reglamentaria del artículo 123 apartado "A" de la Constitución dispone, en los art. 6° y 17, que las normas contenidas en los Convenios y Tratados Internacionales, celebrados conforme al art. 133 de la Constitución y aprobados por la Cámara de Senadores son aplicables a las relaciones de trabajo en México. La ratificación o aprobación por el Senado hace que sean leyes obligatorias en México. (Cfr. Kurczyn V. P. 2001)

La discriminación la sufren las enfermeras por ser mujeres. Planteamiento fundamental para articular sus luchas con las luchas femeninas por el derecho a ejercer los Derechos Humanos. Pero como apunta Diego Valadez "es evidente que donde los derechos no son conocidos tampoco son ejercidos" (citado por Kurczyn 2001).

Hoy, aunque las mujeres trabajadoras están logrando mejores condiciones laborales aun falta mucho por hacer. Las enfermeras siguen teniendo condiciones laborales discriminatorias en los espacios sanitario asistenciales que controla el poder médico, es decir, en todos.

El conocimiento, el ejercicio y la tutela de los Derechos Humanos deben ser acciones permanentes amalgamadas con la educación y con la práctica de todas las enfermeras. Deben ser el sustento de las propuestas feministas para la transformación de la Enfermería.

CAPÍTULO 4.- Propuestas feministas para la Educación profesional de las enfermeras en la ENEO.

En el capítulo anterior me propuse hacer visible el carácter patriarcal de la ENEO puesto que está formando a las enfermeras con una sola visión: la masculina. Mostré cómo a pesar de ser una escuela integrada en su mayoría por mujeres, ni ellas ni su voz están presentes.

Hice un recorrido histórico de la institución comparando las etapas en que estuvo dirigida por profesionales de la Medicina primero y de la Enfermería después, con el fin de documentar la diferente orientación y metas en los y las dirigentes y su relación con condicionamientos de género.

Me detuve en la situación actual de la ENEO, y apoyada con documentos oficiales pude apreciar las fortalezas y las debilidades de la institución. Entre las primeras destacué su liderazgo en la Enfermería nacional e internacional, pero documenté también las debilidades, sobre todo por los ancestrales problemas no resueltos, justamente porque no se tiene la visión femenina para plantear otras soluciones.

Analiqué el plan de estudios vigente distinguiendo los eventos que en mi opinión están reproduciendo una formación androcéntrica para las enfermeras. Así mismo, mostré el carácter contradictorio en algunos de los propósitos de formación profesional donde se pondera la orientación social y comunitaria que tendrán las egresadas, y en la realidad se afianzan los compromisos y las dependencias con la Medicina curativa institucional.

Puesto que más de la mitad de las horas que tiene la licenciatura en Enfermería y Obstetricia son de carácter práctico, y las alumnas estarán 2000 horas en las instituciones sanitario asistenciales, consideré fundamental hacer un recorrido por éstas, evidenciándolas como espacios jerarquizados y sexualizados que afianzarán la dependencia profesional.

Finalmente, pude documentar la importante posición del Consejo Internacional de Enfermeras ante la reiterada violación a los Derechos Humanos de ellas; su recomendación por una educación consecuente y por la unión de la enfermeras con las luchas feministas. Planteamiento que señalé como sustento para la transformación de la Enfermería.

El contenido diagnóstico del capítulo 3 me sirve ahora para articular las propuestas que considero fundamentales para la construcción y el protagonismo en una nueva Enfermería, desde y con las enfermeras y los enfermeros de las instituciones educativas y sanitario asistenciales, y las alumnas y los alumnos de Enfermería.

4.1 - La lucha por los Derechos Humanos: alternativa para lograr la equidad de las enfermeras.

Hace tiempo las mujeres feministas demostraron que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 no estaban incluidas las mujeres. Por más que se dijera formalmente, los hechos decían lo contrario.

Para muchas enfermeras el sentir era el mismo. En 1983, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó una Declaración durante su reunión en Brasilia en el mes de junio, en respuesta a las solicitudes de asociaciones de enfermeras en diversos países, "deseosas de ayudar a las enfermeras a asegurar el respeto de sus derechos humanos y el de sus clientes" (CNDH 1991:127). Aunque esta declaración carece de fuerza jurídica, constituye un llamado de atención sobre el respeto a los Derechos Humanos de las enfermeras. Destaca en la Declaración del CIE lo siguiente:

"Toda enfermera tiene derecho a su seguridad personal y a la garantía de que no será objeto de malos tratos, amenazas o procedimientos de intimidación".

Se advierte a las enfermeras sobre su responsabilidad con la salvaguarda de los Derechos Humanos y el riesgo que esto conlleva:

“...cuando una enfermera constata o sospecha que existe una violación de los derechos de los pacientes, de las enfermeras o de cualquier otra persona, tiene la obligación de defender los derechos de la persona afectada [...] La enfermera que toma la iniciativa de una acción requiere el conocimiento de los Derechos Humanos propios y de los demás, demostrar coraje moral, disponer de un plan de acción bien pensado y mostrarse determinada a proseguir la acción hasta que logre el objetivo fijado. El riesgo personal es un factor que debe tenerse en consideración, y cada persona debe utilizar su capacidad máxima de juicio en cada situación”.

¡Vaya que saben las enfermeras los riesgos que corren si denuncian alguna violación! No son pocas las que han perdido el trabajo o les ha sido revertida la responsabilidad en el hecho. Conciente de ello, el mismo CIE en esta Declaración les recomienda:

“...a menudo resulta mucho más efectivo y su acción más enérgica si enfocan en grupo las cuestiones de Derechos Humanos. Las asociaciones nacionales de enfermeras deben garantizar que su estructura provea un mecanismo realista que permita a las enfermeras recibir asesoramiento, consejo, apoyo o asistencia...”.

¡Este es el camino!. Nunca una enfermera sola. “Caminar”, como decía en 1938 Concepción Eudave una gran enfermera, maestra de enfermeras: “todas unidas y en fraternal cadena...haciendo un solo frente, llevando en el alma un ideal y en el cerebro ideas de progreso” (Eudave, C. 1938).

La lucha es de todas pero con el pleno conocimiento de los Derechos Humanos y de los documentos que de esta Declaración Universal emanan, a fin de hacerlos efectivos en la defensa de mejores condiciones educativas, laborales y de vida para las enfermeras.

Entre las recomendaciones del CIE para proteger los Derechos Humanos de las enfermeras destaca el llamado a las asociaciones nacionales de enfermeras a fin de:

- “Promover y mantener las medidas apropiadas para asegurar la protección de las enfermeras y el ejercicio de sus Derechos Humanos.

- Apoyar y asesorar a las enfermeras en caso de procedimientos jurídicos.

- Apoyar las propuestas de la OIT/OMS relativas al reconocimiento del derecho de todas las personas empleadas a acceder a un servicio de salud en el trabajo.

- Velar por la disponibilidad de programas de formación continua de Enfermería de salud en el trabajo.

- Insistir en que la adopción de la legislación en materia de salud en el trabajo incluya a las enfermeras, dadas sus condiciones laborales de riesgo.

- Establecer sistemas de información y estadísticas sobre accidentes y traumatismos profesionales y cualquier otra situación que altere las condiciones laborales o violente los Derechos Humanos de las enfermeras.

- Iniciar y/o apoyar investigaciones concernientes a la seguridad y la dignidad laboral de las enfermeras.

- Facilitar información al CIE sobre la salud en el trabajo de las enfermeras y difundirla entre las asociaciones y grupos colegiados locales”.

Concluye el Consejo Internacional de Enfermeras declarando su firme apoyo a los diversos Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) donde se considera a las enfermeras; como el Convenio No. 149, “relativo al empleo y las

condiciones de vida y de trabajo del personal de Enfermería”, en el que se pide a los Estados Miembros que mejoren las leyes y reglamentos existentes en materia de higiene y seguridad en el trabajo “adaptándolos a la naturaleza específica de la Enfermería y del medio en que se ejerce”²⁶.

Especialmente importante para las mujeres en general, y para las enfermeras en particular son los siguientes Documentos Internacionales:

1.-La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la ONU, en la Resolución 217 de 10 de diciembre de 1948.

Esta declaración universal constituye el documento jurídico base, sobre el que se legitiman los Derechos Humanos en el ámbito legislativo.

2.- La Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2263 de 7 de noviembre de 1967.

Destacan de esta Declaración los siguientes considerandos:

La Asamblea General de la ONU:

“Preocupada de que, a pesar de la Carta de las Naciones Unidas, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de los pactos internacionales de Derechos Humanos, y de otros instrumentos de las Naciones Unidas y los organismos especializados y a pesar de los progresos realizados en materia de igualdad de derechos, continúa existiendo considerable discriminación en contra de la mujer (advierde que)...La discriminación contra la mujer es incompatible con la dignidad humana y con el bienestar

²⁶ En México, la Ley Federal del Trabajo (LFT) contempla algunas modalidades laborales considerándolas “Trabajos especiales” pues incluyen condiciones de riesgo. Algunos de estos trabajos se desempeñan con mayor frecuencia por mujeres, ejemplos: el trabajo a domicilio, trabajos insalubres, etc. Se considera el

de la familia y de la sociedad , (ya que) impide su participación en la vida política, social, económica y cultural de sus países en condiciones de igualdad con el hombre, y constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de las posibilidades que tiene la mujer de servir a sus países y a la humanidad.

Artículo 1.- La discriminación contra la mujer, por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre, es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana.

Artículo 9.- Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para asegurar a la mujer, casada o no, derechos iguales a los del hombre en materia de educación en todos los niveles y en particular:

- a) Iguales condiciones de acceso a toda clase de instituciones docentes, incluidas las universidades y las escuelas técnicas y profesionales, e iguales condiciones de estudio en dichas instituciones.
- b) La misma selección de programas de estudios, los mismos exámenes, personal docente del mismo nivel profesional.
- c) Iguales oportunidades en la obtención de becas y otras subvenciones de estudio.
- d) Iguales oportunidades de acceso a los programas de educación complementaria.

Artículo 10.1.- Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para garantizar a la mujer...

trabajo de médicos residentes en período de adiestramiento pero no el de las enfermeras. (LFT Arts. 353 A, 353 1).

- a) El derecho, sin discriminación alguna por su estado civil, o por cualquier otro motivo,...a trabajar, a elegir libremente empleo y profesión, y a progresar en la profesión y en el empleo para el que fue formada²⁷.
- b) El derecho a igual remuneración que el hombre e igualdad de trato con respecto a un trabajo de igual valor” (Cfr. Tapia, S. CNDH 1999:47-51).

3.- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW siglas en inglés): aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981. Contiene 30 artículos que consagran en forma jurídicamente obligatoria los principios aceptados universalmente y las medidas para lograr que la mujer goce de derechos iguales en todos los aspectos. Esta Convención, conocida también como la “Carta Internacional de Derechos de la Mujer”, representa un gran avance en el campo de los derechos de las mujeres, toda vez que amplió las disposiciones generales de los Derechos Humanos. Entre las recomendaciones a los gobiernos destaca:

“Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”. Art. 5 inciso A. (IIDH 1999:36).

4.- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos: realizada en Viena en 1993, constituye uno de los documentos internacionales más importantes para las mujeres, no sólo porque en el se reconocen los derechos de las mujeres como parte inalienable, integral e indivisible de los Derechos

²⁷ Como señalé, la imposición de un “techo de cristal” a la altura del nivel técnico, impidiendo que las licenciadas en Enfermería sean reconocidas es, definitivamente una flagrante violación a sus derechos.

Humanos Universales, sino porque urge a los Estados a establecer programas de educación en derechos humanos. Enfatiza la necesidad de divulgar la información y los datos tanto teóricos como prácticos para la promoción y la vigencia de los Derechos Humanos. Esta Declaración fue un importante avance en el reconocimiento de que la discriminación y la violencia contra las mujeres por su condición de género, es una violación a sus Derechos Humanos.

5.- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: mejor conocida como "Convención de Belem Do Pará", aprobada el 9 de junio de 1994 por la Asamblea General de los Estados Americanos (OEA), en su vigésimo cuarto período de sesiones. Ratificada por México el 12 de noviembre de 1998. representa otro valioso instrumento jurídico para las mujeres, pues establece a nivel mundial, los parámetros legales en torno a la violencia contra la mujer, a los cuales quedan sujetos todos los países signatarios de dicha Convención.

6.- La Declaración de Beijing. Es una declaración que resume las posiciones y los proyectos de las medidas acordadas en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, también expresa la determinación de los Gobiernos de desarrollar e intensificar los esfuerzos y las acciones tendientes al logro de los objetivos y de las estrategias de Nairobi orientadas a promover la independencia económica de la mujer y fomentar el desarrollo sostenible enfocado hacia la persona, a través de la educación, la capacitación y la atención primaria de la salud; igualmente expresa la determinación de los Gobiernos de garantizar la paz para las mujeres, la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, intensificando los esfuerzos para garantizarles el disfrute de condiciones de igualdad de sus Derechos Humanos.

Resumiendo: es por demás clara la preocupación de las mujeres de todo el mundo por cuestionar la neutralidad en relación al género en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y su ocupación en construir estos postulados con la visión y la presencia de las mujeres.

El proceso ha tenido y seguirá teniendo un costo altísimo no sólo porque el concepto y la práctica de los Derechos Humanos reflejan las relaciones y los valores de las sociedades, y en consecuencia se han visto influidos por lo que se considera propio o no para los hombres y para las mujeres; sino porque las mismas mujeres no somos inmunes a esta visión androcéntrica del mundo. Para una inmensa mayoría de mujeres, es la única visión que conoce. Transformar la realidad en favor de relaciones justas, solidarias y democráticas entre mujeres y hombres pasa –necesariamente– por el hecho de que ambos deconstruyamos esa perspectiva de la realidad. Esto supone una lucha permanente, un movimiento social que no sólo defienda los derechos reconocidos, sino que reivindique nuevos derechos (IIDH, 1998:5).

Las mujeres necesitamos sumarnos activamente a los movimientos sociales. Se requiere, en opinión de Graciela Hierro “Politizar la discriminación”. Es decir, dar fuerza a las luchas por los derechos de todas en un movimiento político, movimiento que surge “cuando se sospecha que se pueden legítimamente levantar demandas, hacer uso de los espacios políticos; en una palabra, que podamos autoconferirnos personalidad jurídica y reclamar nuestros derechos” (Hierro, G. 1998:17-18).

La conciencia de grupo de las enfermeras empieza por trascender la creencia de que los obstáculos y el trato injusto tienen que ver con la falta de esfuerzos personales, o con poco compromiso de las líderes, o con la incapacidad de las asociaciones gremiales. Tiene que ver con la pertenencia a la mitad femenina de la humanidad; entonces las luchas tienen otro sentido y otro impacto. El cómo, el dónde, y el con qué son secundarios cuando es prioritario el para qué: la

congruencia con una Enfermería humanista donde “los Derechos Humanos constituyan el fundamento último del Humanismo” (Hierro, G. 1998:13).

4.1.1 La Pedagogía de los Derechos Humanos.

En julio de 1996, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU, conjuntamente con The People’s Decade for Human Rights Education y el Gobierno de Costa Rica, convocaron a una Consulta Mundial para diseñar una propuesta pedagógica para la Década de Educación en Derechos Humanos de Naciones Unidas: 1995-2004.

Como señalé, desde la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena se urge a los Estados a establecer programas de educación en Derechos Humanos reconociendo que por condición de género las mujeres están más expuestas a sufrir violaciones a sus derechos. En consecuencia, si bien la educación en Derechos Humanos es impostergable para todas las personas, lo es más para las mujeres.

Aunque hay una sola Declaración Universal de Derechos Humanos que consigna que estos derechos son valores inherentes al ser, a la persona por el hecho de existir, que no son concesión de ningún gobierno y que no pueden ser arrebatados a nadie de forma lícita, en la práctica no hay un solo discurso de Derechos Humanos, pues han sido interpretados de distinta manera. Pueden incluso ser utilizados para fines opuestos: como excusa para invadir un país, o como un manifiesto de rebeldía para conducir al cambio social.

Me interesan en este segundo sentido dado mi empeño de participar en la conducción de las transformaciones para la Enfermería. La propuesta es construir y multiplicar una educación en Derechos Humanos para las enfermeras que, como recurso crítico nos permita, por un lado, exponer las relaciones y las estructuras

de poder en el ámbito de la salud y, por el otro, sirva de herramienta para el cambio social en la profesión y para la implementación de los Derechos Humanos de las enfermeras y de las personas y los grupos a quienes dirigen su atención, como ha sido la preocupación del propio Consejo Internacional de Enfermeras.

Para lograrlo se requiere una aproximación pedagógica coherente que nos permita difundir estos conocimientos al mayor número de personas, en la mayor cantidad de ámbitos posibles. Las técnicas educativas pueden ser secundarias, en todo caso, hay muchas compañeras enfermeras pedagogas que apoyarán con sus valiosas propuestas. Lo primordial es la intencionalidad. En este sentido, desde la planificación del proceso educativo deben desarrollarse objetivos de aprendizaje específicos sobre los Derechos Humanos.

Susana Chiarotti, feminista que ha aportado fundamentales contribuciones a la Pedagogía de los Derechos Humanos considera que, al margen de lo creativo que el proceso pueda ser, requiere de algunos elementos básicos como guía²⁸.

En primer lugar, partir del conocimiento de los Derechos Humanos y los tratados internacionales, incluyendo distintas teorías para explicarlos y las fuentes legales nacionales e internacionales para hacerlos valer.

En segundo término, se requiere revisar los casos que puedan constituir violaciones a los Derechos Humanos de las enfermeras o de las personas a su cuidado. Hay una gran riqueza en los testimonios de todas. Las anécdotas deben ser elevadas a categorías puesto que lo personal es político. Aun lo que parezca trivial debe considerarse potencialmente significativo.

En tercer lugar, conocer y documentar las estrategias y las formas de resistencia que han implementado las enfermeras ante las violaciones a sus derechos y/o a

²⁸ Dado que me parecen muy importantes las propuestas de S. Chiarotti sobre el particular, desarrollaré este tema extrapolándolas a la formación en Derechos Humanos deseable para las enfermeras (Cfr. Chiarotti, S. 1998:201-230)

las de las y los usuarios de servicios de salud. Nuevamente sus testimonios son importantes.

Finalmente, se requieren las técnicas pedagógicas más adecuadas para aproximarse a los distintos grupos y comunidades.

Educarnos y educar en Derechos Humanos significa participar en un proceso de construcción de un nuevo conocimiento que surge de la problematización de los paradigmas actuales. Las teorías feministas plantean una desconfianza hacia las teorías y los modelos vigentes, que parte de la asunción de que como todo lo que pertenece a la cultura dominante está atravesado por visiones estereotipadas de género; deben ser por tanto materia de análisis, de deconstrucción y de construcción de nuevas teorías. En el mundo del conocimiento, señala S. Chiarotti (1998:207) “estamos enfrentando lo que se dio en llamar un vuelco epistemológico. Hay un cambio completo en la manera como concebimos el proceso de aprendizaje y esto es importante para la educación en Derechos Humanos”.

Uno de los aspectos en los que ponen el acento las feministas que trabajan en pro de la Pedagogía de los Derechos Humanos es el lenguaje. Este no puede ser neutro, por más que se diga lo contrario. No sólo se ignora a las mujeres al pretender que el término “hombre” incluya a la mujer, tema que ya he venido tratando, sino que las definiciones, las categorías, las clasificaciones, los temas y los valores que están detrás de las palabras moldean nuestras mentes, nuestras vidas, nuestro lugar en el mundo y las opciones que tenemos para movernos y actuar.

Esto es especialmente relevante para las enfermeras, pues nuestro mundo formativo y profesional está descrito en masculino y no siempre somos conscientes del poder de las palabras. El lenguaje no es neutro a la hora de

traducir los modelos de comunicación social y de construir e interpretar las teorías de Enfermería.

Francesca Gargallo, feminista que está construyendo teoría en materia de los Derechos Humanos de las mujeres, llama la atención sobre la gran responsabilidad que recae sobre quien educa, en el sentido de que las generaciones futuras tengan conciencia del sexismo que se transmite a través del lenguaje. Consciente de lo difícil que es para la maestras y los maestros hablar una lengua no sexista, dado que “nuestras lingüísticas son portadoras de prejuicios antifeministas muy enraizados”, hace algunas sugerencias que bien podemos llevar a cabo en la Educación –así, Educación- de las enfermeras:

-No utilizar la palabra “hombre” ni para designar a la especie humana, ni al representante de un pueblo. Hombre no tiene valor genérico. Debemos utilizar: ser humano, persona, mujeres y hombres, la mujer y el hombre.

-No utilizar exclusivamente plurales masculinos ahí donde hay presencia mixta, por ejemplo en lugar de alumnos debe decirse las alumnas y los alumnos, mujeres y hombres, o alumnas y sus compañeros o viceversa...padres no significa padres y madres; es necesario aprender a sustituir esa palabra por la madre y el padre o por “progenitores”.

-Cuidarse del uso extensivo de las palabras hermanos, paternidad...

-Evitar la precedencia recurrente del masculino en las parejas opositoras, por ejemplo hombre/mujer, padre/madre, hermano/hermana, porque acostumbramos dar el primer lugar a las cosas o los conceptos “buenos” y el 2º a los “malos”: el bien y el mal; la luz y la sombra, etc.

-No designar a las mujeres como categorías aparte cuando se habla de un conjunto porque parecería que no hay mujeres entre los miembros de un

pueblo. Por ejemplo: los viejos, los niños, los obreros, los jóvenes. Utilizar términos incluyentes: las personas ancianas, la niñez, las y los obreros, y las y los jóvenes.

-No utilizar títulos en masculino si se habla de mujeres profesionales, por ejemplo: ella es *médico*, ella es *ingeniero* (Cfr. Gargallo, F. 2000:74-76).

La Educación en Derechos Humanos para las enfermeras debe desarrollar además modos alternativos de producción del conocimiento, recuperar las historias no escritas -la vida profesional de mujeres olvidadas, invisibles, que no aparecen en los libros de texto; la historiografía de las mujeres: la lucha de las enfermeras (Hierro, G. 1989:9)- y la reescritura de las narrativas actuales, a partir de cuestionar la supuesta neutralidad en términos de género de las teorías y los modelos en los que se sustenta la Enfermería. Aun si se trata de aportaciones de enfermeras.

En este contexto, Celia Amorós (1991:27) advierte:

“La ausencia de la mujer en el discurso androcéntrico, como toda ausencia sistemática, es difícil de rastrear. Es la ausencia que ni siquiera puede ser detectada como ausencia porque ni siquiera su lugar vacío se encuentra en ninguna parte; es la ausencia de la ausencia”.

4.2 La nueva Enfermería: conocimientos y prácticas que construyen y transmiten las mujeres.

En capítulos anteriores señalé la necesidad de que construyamos una Enfermería ejercida por mujeres y por hombres biológicamente diferentes pero iguales en valor, ¿cómo ahora planteo que los saberes y las prácticas profesionales sean transmitidas por las mujeres enfermeras? Me explico.

Sigo creyendo en la utopía de una Enfermería ejercida por mujeres y hombres en igualdad, despojada de estereotipos de género; en consecuencia, una profesión libre y valiosa para todas las personas que la ejerzan. Pero esa no es la Enfermería de hoy. Actualmente es una profesión con orientación androcéntrica. La nueva Enfermería requiere necesariamente de un proceso educativo en el que estén incluidas las mujeres. Hoy no lo están aunque sean una gran mayoría, por las razones que he venido exponiendo a lo largo de este trabajo.

La nueva Enfermería debe ser iniciada por las mujeres porque:

-El sexismo es sufrido por las enfermeras, no por los enfermeros. Cuando hay hostilidad (no discriminación) hacia ellos, ésta no proviene de sus compañeros(as), ni de los(las) profesores(as), ni de las instituciones; no es consecuencia de su pertenencia al género masculino; proviene de la desvalorización social de su elección o su aceptación profesional, y del menor prestigio, reconocimiento y remuneración que esto conlleva.

-Las enfermeras, por ser mujeres, sufren discriminación en todas las instituciones patriarcales: familia, escuela, trabajo...

-Es la ancestral sabiduría femenina en el cuidado de la salud la que ha sido devaluada, incluso borrada; sus contribuciones han sido ignoradas, o se han perdido.

-Hoy la Enfermería, en todos los niveles, está compuesta por más del 90% de mujeres. Luego entonces es a ellas, en primera instancia, a quienes les corresponde cambiar este estado de cosas.

-La construcción y la resignificación del conocimiento sobre la salud y el cuidado tienen que ver con relaciones de poder. En este contexto, el poder patriarcal controla y descalifica cualquier conocimiento –como el cuidado-

que problematice las bases de su legitimación en cualquier espacio: sean escuelas de Enfermería o instituciones sanitario asistenciales.

-El cuidado, tarea distintiva del hacer de Enfermería, tiene que resignificarse desde la visión femenina devolviéndole su carácter milenario de salud y de vida, pues desde una concepción androcéntrica seguirá siendo una tarea devaluada en tanto "connatural" a las mujeres.

-La adquisición y la transformación de los contenidos educativos sólo se da si la acción pedagógica va acompañada de amor: a sí misma, al conocimiento, a las personas, a la profesión. En el estado actual de formación y de ejercicio de la Enfermería es difícil que los hombres enfermeros sientan amor e identidad por la profesión.

En suma, son las voces femeninas las que históricamente han sido silenciadas. Recobrar la voz y la presencia de las enfermeras es el proyecto central para la nueva Enfermería. Advierto, la crítica del poder patriarcal y sus resultados en la formación y en el ejercicio profesional de las enfermeras, no pretende que ellas dominen a su vez a los hombres: médicos, enfermeros, pedagogos, etc., sino la transformación del poder mismo, sus términos y sus condiciones. Menos aun se pretende anular las diferencias entre mujeres y hombres para alcanzar la igualdad porque "requerir que una sea igual a los que marcan el criterio que nos distingue y clasifica como desiguales socialmente, traería como consecuencia la imposibilidad misma de alcanzar la igualdad" (Hierro, G. 1989).

Apoyadas en un nuevo paradigma epistemológico: el feminismo, las enfermeras debemos contribuir a la construcción de la Enfermería nueva, a partir de la resignificación de la historia, de la sociedad, de la cultura, de la política, del cuidado de la salud, desde las enfermeras y con las enfermeras; demostrar y trascender el androcentrismo actual de los sistemas educativos y laborales, pues en ese marco cabe esperar que una formación sexista en Enfermería produzca

profesionales, mujeres y hombres, sexistas, con fuertes mecanismos de control para conservar y reproducir un modelo de enfermera dependiente y subordinada por más que en teoría se pretenda lo contrario. La nueva Enfermería debe construirse con lazos de afecto y de respeto; valores que sí se enseñan a los médicos.

“Entre los médicos debe existir siempre amistad y compañerismo, no sólo por el hecho de que se tienen los mismos ideales [...] es útil, frente a los éxitos en el tratamiento de los enfermos, obtener el reconocimiento de los compañeros [...] pero sobre todo será indispensable el estímulo y la comprensión frente a los fracasos...” (Kuthy et.al. 1997:61).

María Teresa Mc.Dermitt, gran enfermera comprometida con la Enfermería mexicana, hace tiempo que lo venía señalando. “Las enfermeras”, decía, “tendremos que desarrollar un auto-concepto positivo y fuerte. Si no creemos en nosotras mismas, ¿cómo nos podrán valorizar los demás?” (1988:58).

Decir Enfermería hoy es decir mujeres. Es imposible pensarla como un espacio neutro sin condicionamientos de género. Analizar la Enfermería con perspectiva de género es tener los elementos para fundamentar una manera feminista alternativa, no excluyente, de pensar, de observar, de explicar y de actuar en el área de la salud. Una manera de construir relaciones de reconocimiento, de comprensión, de apoyo, es decir, de solidaridad entre nosotras.

4.2.1 La Pedagogía de la diferencia.

Entre los trabajos de mujeres educadoras interesadas en la equidad educativa, es decir, sin distinciones por ninguna razón están los que se plantean la necesidad de interpretar el significado simbólico y social que tiene hoy la presencia de las mujeres en las aulas, dada su histórica segregación de la educación formal cuando el sujeto de ésta era sólo el masculino. Sus trabajos están demostrando

que, aunque en la actualidad se procura el acceso igual a los hombres y a las mujeres, se hace a partir de la construcción de un sujeto que se dice neutro y que sigue siendo masculino. El referente simbólico se mantiene intacto aun en espacios educativos donde las mujeres son mayoría, como ocurre en la Enfermería. Lo femenino sigue siendo "lo otro". El marco conceptual y de actuación se limita a una perspectiva de igualdad pero referida a los derechos de los hombres.

El acceso y los avances de las mujeres en la educación son importantes pero no garantizan por si solos la igualdad y –su consecuente- la libertad para ellas, cuando no se llega a la raíz del problema; necesitamos, sobre todo, que el tratamiento que da la escuela a los sujetos humanos sexuados sea considerado un tema central en el currículo (Mañeru, Ana et. al., 1999:253).

La libertad y la autonomía para las mujeres, y por ende para las enfermeras, depende de la posibilidad de reconocer una genealogía femenina que nos permita inscribirnos en el mundo profesional con seguridad. Esto no es posible, señalan Ana Mañeru y cols. sin una política de la relación entre mujeres, mediante la cual reconozcamos autoridad a otras y nos la reconozcan. Significa hacer visible en las escuelas de Enfermería la presencia de las mujeres, y que la diferencia sexual femenina tenga una traducción concreta en la realidad social.

La Pedagogía de la diferencia sexual²⁹ subraya la necesidad de eliminar al hombre y lo masculino como el paradigma de lo humano con la consecuente ausencia de la mujer y lo femenino.

²⁹ Se basa en los postulados feministas sobre los Derechos Humanos de las mujeres. Destacan los compromisos internacionales para la igualdad de oportunidades en la educación que insisten, entre otros, en promover una política activa y visible de integración de la perspectiva de género en todos los programas educativos a fin de que se analicen los efectos concretos sobre las mujeres y los hombres antes de tomar decisiones (Plataforma para la Acción, párrafo 79 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China (1995) Cfr. Mañeru, M. Ana et.al. "La diferencia sexual en la Educación". En: Belausteguigoitia, M., Mingo. A...1999 p.p. 251-274).

Se fundamenta en las prácticas que hacen visible la autoridad femenina y se advierte que para que lo femenino tenga presencia es necesario que las mujeres dispongamos de una mediación femenina para relacionarnos con el mundo y con nosotras mismas. Para ello se requiere de una estructura simbólica que el sistema ordinario de relaciones sociales no ha contemplado o ha excluido.

La autoridad femenina es una de las figuras para nombrar estas nuevas relaciones sociales. Consiste en reconocer a otras mujeres como mediadoras con lo real. Esta autoridad permite que las relaciones de intercambio que se establecen entre enfermeras produzcan a su vez un orden simbólico femenino en la Enfermería, necesario para que podamos actuar con autonomía y sin subordinarnos al orden patriarcal. Autoridad entendida como cualidad relacional para medirnos con lo real, en un intercambio de sentido y de valor que enriquece cualitativamente nuestras experiencias en el cuidado, la educación, la protección, la compañía, el amor, y tantas tareas de vida que históricamente han prodigado las mujeres.

¿Por qué es importante que las enfermeras seamos visibles y tengamos voz?

Porque como los hombres han tenido el poder de definir las cosas y los valores de la Enfermería, sólo las cosas y los valores que ellos han definido son aceptados como válidos en nuestra cultura, por ende, esa cultura es masculina. "Las mujeres como seres humanos plenas y autónomas no existimos en esa cultura masculina", advierte Alda Facio (1997: s/p). Yo agrego, las enfermeras, como personas plenas y autónomas tampoco existimos. La profesión de Enfermería es una profesión casi en su totalidad de mujeres y, siendo mayoría, las enfermeras somos invisibles en nuestra propia casa.

Las enfermeras docentes necesitamos construir una Pedagogía para "crecer" y para "hacer crecer": a nosotras mismas y a nuestras alumnas. Esto no significa hacer una Pedagogía de las mujeres, supone ponerse y poner a las enfermeras en el centro de la Enfermería donde hoy no están. Debemos partir de la diferencia

sexual como algo innegable; nacemos en un cuerpo sexuado en femenino o en masculino y esa diferencia primaria debe tener una representación simbólica y social en cualquier espacio. Por supuesto en la educación. Es fundamental tener presente en nuestro quehacer cotidiano que pertenecemos a un sexo que no es el masculino y que no se deriva de él.

Esto que parece obvio para abordar de forma concreta la educación de las enfermeras –educación que paradójicamente se orienta hacia aprendizajes culturalmente atribuidos connaturales a las mujeres– se resiste a ser aceptado cuando el punto de partida es la afirmación de un sujeto neutro que no existe pero que protagoniza las políticas de igualdad en las prácticas interdisciplinarias de atención a la salud y toma las decisiones en la formación y en el ejercicio de las enfermeras.

La Pedagogía de la diferencia se basa en las relaciones genéricas entre las personas integrantes del proceso educativo; donde la diferencia sexual es el primer hecho significativo que está presente en la vida cotidiana en las aulas. Propone los siguientes aspectos orientados a que lo femenino tenga presencia en dicho proceso:

- Garantizar a las alumnas experiencias educativas en las que puedan vivir su autenticidad, fieles a sí mismas, afirmarse como seres sexuados con integridad personal y confianza en sí mismas y en el mundo.

- Tomar en serio los intereses, las necesidades, los argumentos, y los problemas que ellas llevan a la escuela. Lo que ellas hacen, opinan, deciden, es tan importante como lo que hacen, opinan, deciden, sus compañeros.

-Dar credibilidad a sus vivencias, sus sentimientos, sus ideas y sus proyectos, reconociendo sus actuaciones y expresiones de autonomía, de afirmación propia y de independencia mental.

-Interpretar los modos de ser de las alumnas por sí mismas y en relación con otras, no en relación con los alumnos.

-Facilitarles conocer su profesión, con sus problemas y grandes fortalezas e impulsarlas a que reflexionen y aporten sugerencias.

-Favorecer eventos para la discusión y el análisis crítico, donde puedan identificar situaciones que afecten a las mujeres por el hecho de serlo.

-Dar la palabra a las alumnas y animar a que la mantengan en las interacciones de grupo y confiarles tareas importantes y significativas, evitando convertirlas en satélites al servicio de sus compañeros.

-Crear espacios para las alumnas y respetar los que ya existen, interpretando estos espacios para la búsqueda de relaciones, de amistad, de interioridad, de complicidad, de reflexión, en términos de sabiduría, no de debilidad.

-Motivar a las alumnas a vincularse con las demás para encontrar coincidencias y fortalezas, de manera que se produzcan mediaciones eficaces con otras semejantes, compañeras y docentes, que hagan de espejo, de intérpretes, de defensoras y de juezas entre sí mismas y el mundo.

Todas estas sugerencias son válidas para cualquier disciplina. Aunque pareciera que se orientan de manera especial a aquellas donde las mujeres son minoría. Cabría suponer que en las carreras como Enfermería el número abrumador de mujeres les daría poder y confianza en sí mismas, cosa que no ocurre. Para

ninguna enfermera docente es desconocido cómo los pocos alumnos hombres ocupan los cargos y las posiciones de mayor poder: son elegidos jefes de grupo, consejeros estudiantiles, interlocutores, etc. Gozan de gran popularidad en asuntos de amores, no importa si son poco agraciados tienen una larga fila de espera de pretendientas. Sus opiniones son más tomadas en cuenta. Todo esto tiene una razón fundamental: ellos son visibles y tienen voz.

Las enfermeras debemos analizar en grupo las propuestas de la Pedagogía de la diferencia. No se trata de construir el "club de Lulú". De hecho sería enriquecedor construir todas y todos la nueva Enfermería; la única regla del juego es la realización del bien colectivo.

Sugiero, como una actividad fundamental, rescatar de los archivos (¿muertos?) una enorme riqueza que han escrito algunas enfermeras con visión revolucionaria donde destacan e insisten en el valor de la solidaridad femenina. Una de ellas (Mc.Dermit, M.T. 1988:58) advierte:

"Se necesita un nuevo perfil de la enfermera que enfatice ciertas características personales y gremiales como:

- Autoafirmación basada en una imagen positiva de sí misma y de las demás.
- Solidaridad –con otras enfermeras y con las auxiliares- reconociendo sus cualidades y éxitos. Hermandad entre enfermeras.
- Audacia –emprendedora de cambios- dispuesta a arriesgar ciertos privilegios y comodidades para iniciar y estimular el cambio".

Pamela Babb (1987:10) fue una compañera solidaria y amorosa; pionera en el cuidado integral de Enfermería a las personas en el trance de morir, resaltaba la importancia del apoyo y el afecto que nos debíamos entre compañeras; agregaba que debíamos reflexionar en lo mucho que nos entregábamos a los

demás y lo poco que recibíamos. “¿Dónde está el apoyo para la enfermera?”, preguntaba, y decía enfática:

“éste se encuentra dentro del mismo grupo de trabajo, con sus compañeras enfermeras. La Enfermería debe unificarse y buscar sus fuerzas dentro de sí misma, en cada enfermera la solución...la enfermera debe compartir, reconocer, aceptar, ayudar, reír, llorar, colaborar y –sobre todo- tocar a la compañera enfermera”.

¡Hermandad entre enfermeras! Recuperar nuestra historia robada y el protagonismo en el cuidado de la salud. Ginofilia, diría Graciela Hierro (2002:3).

4.2.2 Recuperando el protagonismo femenino en la gestión de la salud familiar y comunitaria.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) es una sede de prácticas comunitarias de Enfermería que pertenece a la ENEO, inicia sus actividades en 1992 en la población de San Luis Tlaxialtemalco (SLT) de la Delegación Xochimilco en una comunidad semiurbana dedicada fundamentalmente al cultivo y comercio de flores, frutas y verduras, integrada por 10,000 habitantes, según datos censales del año 2000³⁰, su creación es producto del esfuerzo de muchas enfermeras con el liderazgo de la maestra Graciela Arroyo de Cordero, gran promotora de la salud pública.

La ENEO tiene en el CCOAPS un excelente campo de intervenciones profesionales de Enfermería donde las enfermeras tienen la oportunidad de vivir su profesión con libertad, con dignidad y con verdadera autonomía respecto de la

³⁰ Los datos que daré son parte del informe de investigación *La violencia familiar en SLT: un estudio con enfoque de género*. (Alatorre, E., Gutiérrez, A. 2002)

Medicina oficial. En mi opinión, el CCOAPS es el único espacio de poder que tiene la ENEO y por ende las enfermeras, y no está siendo valorado como se debiera.

En consecuencia, una de las propuestas que hago en este capítulo se orienta a mirar el CCOAPS como un espacio potencial para que las enfermeras se empoderen, es decir se llenen del poder valioso que surge del conocimiento de sí mismas, primero, y luego de las y los demás. “Se trata de la capacidad de cuidar y ejercer la responsabilidad, la autonomía, el autodesarrollo y finalmente de sentir placer para desarrollar el trabajo creativo y hacer una contribución social, lo cual se adquiere a través de una nueva educación para las mujeres” (Hierro, G. 2001:135).

Una nueva educación implica recuperar –desde varios frentes y estrategias- el protagonismo femenino en la gestión de la salud familiar y comunitaria. Tareas valiosas de amor y servicio con las que históricamente las enfermeras llevaron salud a las comunidades. Sus historias están en espera de que las hagamos visibles. El marco jurídico nacional e internacional de hoy también es claro para apoyar y guiar nuestro trabajo.

La ENEO a través del CCOAPS fundamenta sus acciones en la estrategia mundial de Atención Primaria a la Salud (APS) en sus dos componentes esenciales: a) las acciones anticipatorias al daño a través del enfoque de riesgo, y b) la atención a los problemas de salud de bajo riesgo donde –según las resoluciones adoptadas desde la 31^a. Asamblea Mundial de Salud de 1977 y reiteradas en la 45^a de 1992, “deben ser la enfermera y la partera las que asuman el papel protagónico” (Gómez, G. E.1994).

Diversos estudios internacionales lo fundamentan también, ya que entre el 75 y el 80% de los casos que llegan a los servicios de salud de primer contacto requieren: orientación, apoyo emocional, protección, medicación y tecnología simple que las enfermeras resuelven con eficacia sin tener que recurrir a la Medicina oficial. (Cfr.

OPS/OMS La salud y las mujeres...1994:70-74). Estas acciones y muchas más han sido realizadas por más de 10 años en la comunidad de SLT, por las profesoras, y las(los) alumnas(os) del pregrado y del posgrado de la ENEO.

Este centro no sólo ha sido y es un modelo de atención para las enfermeras mexicanas, también para las de otros países. En 1998 se incorpora como sede de prácticas para apoyar los importantes trabajos que realiza la ENEO como Centro Colaborador de la OPS/OMS, lo que afianza su presencia en el liderazgo de la Enfermería comunitaria.

Depende en línea directa de la Secretaría General de la ENEO. Cuenta (hasta el año 2002) con 6 profesoras enfermeras, una que funge como coordinadora y cinco como tutoras académicas de servicio social; tiene además seis personas para las áreas administrativa, de intendencia y vigilancia.

Funciona en un local de 420 m² en el que existen 4 consultorios de Enfermería, un área de recepción, una de servicios administrativos, una sala de orientación nutricional, una de educación para la salud y una sala para estancia corta. Esta sala tiene una cama, una cuna y un sillón de descanso. Ahí se recibe a personas de cualquier edad que presenten algún problema de rápida solución, o bien que requieren estar en observación para tomarse alguna decisión clínica. Por ejemplo: fiebre, heridas, dolor, deshidratación, golpes, diarrea, etc. En esta área se realizan también procedimientos como: aplicación de venoclisis, dispositivos intrauterinos, curaciones, muestras de exudado vaginal para detección de cáncer cérvico uterino, entre otros.

Cuenta además con una biblioteca, una sala de juntas, una sala para investigadoras(es), vestidores y servicios sanitarios para usuarias(os) y personal.

El CCOAPS funciona en un horario de 8 a 19 horas en dos turnos. La atención de Enfermería se realiza en dos modalidades: intramuros, es decir en el área física

del Centro, y extramuros, es decir en el área de 6.5 Km² que tiene la comunidad de SLT. Con base en el número de habitantes se considera que existen alrededor de 2,000 familias con 5 integrantes cada una, en promedio. Las enfermeras han integrado 1,800 expedientes familiares, de los cuales 1,600 corresponden a SLT, y el resto a familias de otras colonias cercanas que han acudido a solicitar la atención de las enfermeras de la ENEO.

Las diversas intervenciones de Enfermería son llevadas a cabo en 5 programas:

- a) Salud escolar.
- b) Salud laboral.
- c) Salud en el deporte y la recreación.
- d) Salud ambiental, y
- e) Salud familiar

La mayor afluencia de usuarias al CCOAPS son mujeres; la cobertura dentro y fuera del Centro abarca a 5,000 aproximadamente de todas las edades. No es extraño que el programa más solicitado y con mayor impacto sea el de Salud Familiar.

Según datos oficiales, (Salas, S. et.al. 2002:49-50) en un año las enfermeras brindaron 6,300 consultorías, de las cuales sólo el 4% fueron referidas a la atención especializada de los servicios públicos de la zona, el 96% de los problemas fueron resueltos por ellas.

Realizan más de 2,500 visitas domiciliarias: a mujeres embarazadas y puérperas para darles educación y asesoría para su salud y la de su familia; a personas con enfermedades crónicas, con edad avanzada, con problemas nutricionales, etc.. aplican y controlan esquemas de vacunación. Efectúan 1,000 curaciones diversas anualmente; realizan más de 200 pruebas de embarazo, toman una gran cantidad de muestras para citología para la detección de cáncer cérvico uterino; exploran y educan para la autoexploración mamaria para la detección temprana de cáncer

mamario. Hacen revisiones ginecológicas y colocan dispositivos intrauterinos(DIU). Ofrecen entre otros servicios: asesoría nutricional y demostraciones para personas con diabetes, hipertensión arterial, obesidad, y otras patologías que requieren terapéutica alimenticia.

Describir las intervenciones de las enfermeras en los otros programas: de Salud Escolar, de Salud Laboral, de Salud en el Deporte y la Recreación, y de Salud Ambiental, escapa a mis propósitos. Basta señalar que en el CCOAPS, las enfermeras han demostrado con hechos lo que significa actuar con autonomía y poder en favor de la salud individual y colectiva. Sin embargo, pueden y deben hacer más: atender los problemas invisibles que tanto afectan la salud integral, sobre todo de las mujeres, como consecuencia de las diversas formas de discriminación y de violencia por razón de género. Problemas que sólo serán visibles, cuando ellas sean educadas para verlos con sus ojos, desde su perspectiva, la perspectiva femenina.

Esto lo han sabido y lo saben algunas enfermeras. Una de ellas, también maestra de maestras: Addy Gutiérrez Raigosa inició el CCOAPS. Durante 10 años formó alumnas y docentes de la ENEO y otras escuelas de México y de otros países, compartiéndonos su amplia experiencia como pionera de la Enfermería comunitaria. Con ella realizamos algunas investigaciones con enfoque de género en el CCOAPS, cuyos resultados confirman la necesidad de tener en el Centro una clínica de Enfermería para la salud integral de la mujer. Confirman también la factibilidad de que las enfermeras ejerzan libremente su profesión , como ya lo están haciendo muchas de ellas y algunos enfermeros en áreas como: estancias de atención y cuidado para personas ancianas, atención materno infantil; cuidado de la salud y medicina alternativa; atención en el hogar para personas con problemas crónicos de salud, o que requieren tratamientos ambulatorios (quimioterapia, diálisis, etc.); rehabilitación músculo-esquelética, y muchas tareas más para las que no sólo cuentan con un sólido respaldo académico, sino con la normatividad legal para ejercer libre, digna, y autónoma su profesión.

Con el inicio de otra etapa de la ENEO, con un enfermero en la dirección del plantel: Lic. Severino Rubio Domínguez, Addy cambia de ubicación y de tareas y me concede una entrevista en la que recuerda día a día su estancia y la de tantas comprometidas compañeras enseñando y aprendiendo a la y de la comunidad de SLT, los secretos del cuidado y la protección de la salud.

“Por la atención intramuros que proporcionábamos”, me cuenta ella, “pagaban las y los usuarios una cuota simbólica. Por una consulta (no importaba a cuántos miembros atendíamos) pagaban \$5.00, si necesitaban algo para planificación familiar, sólo pagaban el costo del material, por un dispositivo intrauterino, 15 ó 20 pesos; los condones los regalábamos previa orientación, sobre todo a los y las adolescentes que acudían a solicitarlos³¹”.

Addy lamenta no haber podido hacer más, sobre todo un proyecto pedido incluso por las propias mujeres de SLT: la atención de partos en el CCOAPS. Al escucharla considero que no sólo es factible, sino deseable por el bien de las enfermeras pasantes y de su autoestima profesional. Ellas cuentan con los elementos teóricos y con la experiencia y la habilidad de muchas profesoras que - como Addy- las guiarían. Desde luego se verían beneficiadas las mujeres de SLT que, teniendo un embarazo normal (de bajo riesgo), prefirieran la atención de las enfermeras obstetras que forma la ENEO.

¿Qué recursos se requieren? le pregunto, y me los empieza a describir:

“primero, debemos asegurar a la comunidad un servicio permanente de 24 horas, es decir agregar un turno, por la noche, en el CCOAPS. Segundo, adquirir como mínimo una cama -no la mesa obstétrica que utilizan los médicos- para que las mujeres paran, como lo hacen, en cama; una cuna; y un sillón para su familiar”. “También es deseable”, me comenta “tener una

³¹ Uno de los programas permanentes es el de educación para la sexualidad, implementado en las escuelas primarias.

ambulancia para trasladar a otras instituciones de salud a la mujer, o a otras(os) usuarias(os) que requieran atención médica o quirúrgica”.

Por diversas razones este proyecto no fue apoyado a pesar de que se han atendido varios partos en el propio domicilio y de que en 10 años nunca tuvieron alguna complicación, de ninguna especie, y con ninguna intervención.

De nuevo me pongo a pensar -con perspectiva de género- y veo con tristeza que hay otros proyectos convenidos por la ENEO donde las alumnas están atendiendo partos, de día y de noche, y dando consultoría gineco-obstétrica y pediátrica pero en espacios médicos. Aparentemente tienen autonomía y libertad pero sólo se encubre una actuación dependiente y delegada en las instituciones médicas patriarcales, oficiales y particulares, donde ni el poder ni los beneficios los tienen ellas.

Finalmente me comenta la maestra Gutiérrez R. que aunque el CCOAPS tiene la capacidad y los proyectos para recibir anualmente un promedio de 20 pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia para realizar su servicio social, es muy reducido el número que acuden. Ella y yo sabemos que hay dos razones principales que lo explica:

1.- Desde que se forma a las enfermeras con valores patriarcales se privilegia la medicina curativa, especializada y con alta tecnología; se aprende que estos espacios de atención son los importantes y los de prestigio, como he venido exponiendo.

2.- Por la presión que hacen a la ENEO las autoridades del ámbito de la atención médica, en el sentido de pedir para las instituciones de 2° y 3° nivel de atención al mayor número de pasantes para resolver las necesidades de ayudantía y de servicios hospitalarios. Las pasantes constituyen un valioso botín pues: están bien

preparadas, tienen grandes deseos de “pertener” a estas instituciones, y no les representan gastos de operación.

El CCOAPS tiene también capacidad para recibir a 8 grupos de pregrado con sus profesoras para realizar las prácticas comunitarias de diversas materias de Enfermería, y la baja afluencia se repite, a causa de la negativa de muchas docentes para llevar a sus grupos argumentando la lejanía del CCOAPS.

Aunque en el plan de estudios de la ENEO y, seguramente, de todos los planteles de las escuelas y facultades de Enfermería están explícitos objetivos y contenidos programáticos sobre la salud pública y la Enfermería comunitaria, muchas cosas no están funcionando.

La ENEO necesita orientar el proceso formativo de las enfermeras a revertir el actual estado de la atención en unidades de primer nivel y en las comunidades. La Escuela se ha propuesto: a).- que las enfermeras “ayuden en las comunidades a localizar sus problemas de salud, a tomar conciencia de ellos, y a elaborar respuestas a los mismos a través del autocuidado” y b).- “que actúen como enlace entre los servicios de salud y la población”. Aunque estos propósitos son cumplidos ampliamente en el CCOAPS, aun falta mucho por hacer para explicar porqué el rechazo de las(los) docentes, y en consecuencia, de las(los) alumnas(os) hacia el trabajo comunitario, y la devoción al trabajo en instituciones médicas de alto nivel.

Situación que reconocen –no explican- las(los) expertas(os) de Enfermería cuando señalan que:

“El 82% de las enfermeras mexicanas están concentradas en unidades de 2° y 3° nivel de atención [...] la actividad profesional seguirá estando concentrada en los grandes centros hospitalarios [...] sólo el 6% de las

enfermeras se ha interesado en la salud pública, es decir, hay 0.26 enfermeras por cada 10,000 habitantes” (Cfr. DGP 2000).

Esta problemática –para las que la vemos como tal- tiene un común denominador: un proyecto académico incongruente que por un lado valora y distingue la salud pública y la Enfermería comunitaria y por otro lado se compromete con la medicina curativa institucional.

Las áreas hospitalarias son espacios médicos. A ellos se les forma para introjectarlo así, y los defenderán a toda costa. Ahí necesitan sólo la ayudantía de las enfermeras y seguirán asegurándose de que no cambie esto. Los médicos no necesitan enfermeras en los espacios comunitarios. Ahí las necesita la población, cosa que parece no preocuparles.

Esto debe quedarnos claro a las enfermeras. Las comunidades son nuestro espacio. Ahí nos necesitan. Ese es nuestro poder social. Son nuestras potenciales áreas para el ejercicio profesional libre.

Revertir esto implica que en la ENEO se trabaje con grupos de personas educadas con perspectiva de género, integrados por enfermeras de todos los sectores y niveles con el fin de identificar el sexismo que subyace en la incongruencia entre los propósitos formativos institucionales para la atención comunitaria y las posibilidades reales de llevarlos a cabo; evidenciar que aunque en teoría se forman enfermeras para atender las necesidades de salud de las personas y las comunidades, lo cierto es que se están formando para atender las necesidades de ayudantía de los médicos, y las necesidades institucionales de servicios hospitalarios. Es un deber para la ENEO asumir una conducta congruente con las metas que establezca.

Entre otras muchas tareas más -que incluyen necesariamente la participación de la comunidad estudiantil y una amplia difusión de los avances, los resultados, y las

propuestas- se requiere hacer un seguimiento de las acciones nacionales e internacionales en favor de la salud como derecho humano identificando en todos los casos los conductos jurídicos para hacerlo valer. Es fundamental que la ENEO a través del CCOAPS se mantenga vinculada con los organismos gubernamentales (OG) y sobre todo, con los no gubernamentales (ONG) para sumar fuerzas.

Finalmente, en esta etapa de cambios en la ENEO es preciso analizar los primeros 10 años del CCOAPS, potenciar sus logros, apoyar los proyectos inconclusos o no iniciados; de manera especial la clínica de atención integral para la salud de las mujeres, recordando que la salud sólo será integral si se planean, ejecutan y evalúan acciones con perspectiva de género; de otro modo seguirá siendo invisible su condición de género que es la condición que determina en última instancia su salud.

Un análisis feminista del CCOAPS seguramente hará visibles muchos otros proyectos de educación, de difusión, de investigación, de acción, etc. para las enfermeras y justificará sin duda la necesidad de multiplicar los CCOAPS en todo el país.

4.2.3 Escuchando la voz de nuestras maestras y compañeras.

“También queremos descubrir y sacar a la luz la labor silenciosa de nuestras madres y abuelas, reales e históricas, que desde tiempo inmemorial se ha venido elaborando y que había sido ignorada. Es trabajo nuestro, de las contemporáneas, tomar sobre sí la amorosa tarea de descubrir, de fomentar y enriquecer esa cultura femenina milenaria”.

Graciela Hierro (1989:16).

Descubrir y sacar a la luz la labor silenciosa de nuestras madres y abuelas, ¡vaya tarea más importante para nosotras las mujeres! Desempolvar su recuerdo, descubrirlas con nuestra voz, verlas con nuestros ojos con una perspectiva femenina. Reivindicar su figura es identificarnos con una abuela, con una madre, con una enfermera, con una partera, con una mujer valiosa y fuerte.

Una tarea así sólo puede hacerse mediante una metodología feminista que sirva a las enfermeras para conocer y reconocernos en el pasado a fin de entender el presente y construir el futuro de la Enfermería.

Al mirar atrás encontramos diversas figuras femeninas, además de las abuelas y las madres, cuya labor silenciosa ha sido importante en la construcción de la cultura del cuidado de la salud, de la cultura de las mujeres. Entre estas figuras están nuestras maestras y nuestras compañeras -reales y simbólicas- personajes que también merecen la reconstrucción de su historia desde nuestra perspectiva.

El planteamiento anterior señala el interés que como enfermera y como mujer tengo, de buscar en el pasado la participación de las mujeres que formaron a las enfermeras, que nos educaron y que lucharon en un mundo donde el poder lo acaparaba, y sigue haciéndolo, el médico hombre.

En esta tarea he puesto mi mejor empeño desde hace muchísimos años. He guardado cuanto documento "viejo" ha llegado a mis manos. Estos tesoros los he recogido aun de la basura, y en muchos de ellos he encontrado viva y fuerte la ¿ausencia? de las mujeres parteras y enfermeras que me ayudaron a crecer.

La Enfermería sofisticada de escuelas extranjeras que se admira hoy; a la que se rinde pleitesía; la de los "metaparadigmas"; la de la "subyección epistemológica" -como digo yo en tono irónico- ya era conocida por nuestras maestras de antaño. Ellas describen con gran claridad y sencillez las fortalezas y las debilidades de la

Enfermería, y ubican –aunque no le den ese nombre- la influencia que tiene en la profesión, la condición de género de las enfermeras.

En este trabajo de tesis es muy poco lo que apporto de novedad, lo he ido construyendo con los mensajes de mis maestras y compañeras reales y simbólicas. ¡Claro que encuentro en sus mensajes diferentes contenidos e intencionalidad! Como diferentes fueron y son sus personalidades e ideología. Hay mensajes de sumisión, de heroísmo, de disciplina infinita, de rebeldía, de propuestas revolucionarias, de profundo análisis, de solidaridad, etc. Los hay para todos los gustos e intereses. En mi caso resulta obvio que en los mensajes que he elegido están mi admiración e identificación con las personas autoras. Basta una pequeña muestra:

En 1938 se realiza en México la 2ª. Asamblea Nacional de Cirujanos y, por primera vez, se invita a las enfermeras a participar, presentando ponencias cuyo tema les fue asignado con anticipación. A una de ellas, María Luisa Díaz Lombardo se le encomendó que preparara y expusiera el tema sobre las “Cualidades fundamentales de la enfermera”.

Después de agradecer “la distinción” que hacían los “señores doctores” al invitarlas, esto les dijo María Luisa:

“La vida moderna con sus complicaciones y sus problemas ha dilatado el campo de actividades de la mujer. En la actualidad no sólo se desliza su existencia dentro del hogar, sino que su personalidad ha sabido también desenvolverse dentro de horizontes más amplios. [...] Permítaseme hablar ahora de esa enfermera ideal, de la que no erró su vocación [...] que es el tipo al que todas debemos aspirar.

No ya la ayudante mecánica y servil de la medicina, sino la inteligente y digna mujer, de corazón heroico y ánimo esforzado, que hace entrega generosa de su ser poniendo al servicio de la humanidad su ternura

femenina, su intuición, su habilidad, su comprensión [...] Pero esa bondad no debe hacerla pusilánime, ni temerosa; al contrario, valiente, porque el valor es una cualidad importantísima, es la fuerza moral que la ayuda a desafiar el peligro [...]

Este tipo de enfermera ideal –no irreal- es la que une, a una alta vocación las cualidades fundamentales que son como la sal en la comida y la miel en el pan [...] la que la sociedad espera, la que será la fuerza potente y viva en las comunidades [...]" (Memorias 1938:25-31).

Otra de ellas, Ángela Cortés Jiménez, abordó un tema sobre los "deberes de la enfermera con sus compañeras" (p.p:123-128); en él describe un maravilloso tratado de solidaridad:

"... bajo la ideología de la significación del valor de un gremio profesional y bajo un espíritu franco, abierto, de compañerismo, deben sustentarse los deberes que la enfermera tiene a sus compañeras.

[...] la abstención de todo juicio crítico que la denigre, que hiera su amor propio [...] y cuando sea preciso corregir o advertir, lo hará con buen tino, con amable expresión, con ternura y con cariño [...] Ser lo más discreta posible sobre los asuntos que su compañera le comunique, ya se refieran a cuestiones profesionales, o ya a asuntos de su vida privada.

Con las compañeras que inician sus actividades, deber es prestarles ayuda, encauzarlas, darles facilidades para su aprendizaje, enseñarles con dulzura y con cariño [...] Confortar a la compañera en sus momentos de angustia, de zozobra ... brindarle la mano que la apoye [...]

Construir un ambiente de unión, de sólido conglomerado para obtener las facilidades lícitas en el trabajo y las garantías para todas sus compañeras en el cuidado de su principal riqueza: la salud".

Carmen Gómez Siegler (1953) advertía:

“Muchas enfermeras mexicanas se sacrifican grandemente por la institución donde trabajan, reciben muy poco sueldo, procuran estudiar y sacrificarse [...] y sin embargo cuando se trata de luchar por una compañera son las primeras en desgarrarla, en hablar mal de ella. Por tanto, aunque sean las mejores enfermeras, moralmente no han llegado a la superación.

Debe llegar el día en que nos unamos para ayudarnos todas sin distinción de escuelas, credos, posición social, ni ideología [...] a fin de conseguir mejores sueldos, mayores prestaciones y seguridad para nosotras y nuestras familias”.

Esperanza Sosa Vázquez (1957) filosofaba en torno a la sabiduría. “Esa palabra”, decía, “invoca razón, alumbró nuestro entendimiento, nos ayuda a discernir lo que es correcto, bueno y justo... Comprender, entre otras cosas, que lo más importante está en nosotras, no en extraños”.

María Teresa Mc.Dermitt (1982) nos señala la importancia de potenciar las luchas de las enfermeras con las de otras mujeres.

“La Enfermería tiene mucho que contribuir y recibir de un acercamiento a los grupos de Movimientos de Mujeres. Hay que romper con los papeles estereotipados del hombre y de la mujer que tantas limitaciones y sufrimientos han causado. Una identificación de docentes y alumnas con dicho movimiento podría traer como consecuencias: actitudes de autoafirmación, mayor conciencia política y búsqueda común de sistemas de atención más humanizados”.

Encuentro recurrente el tema de la solidaridad entre las enfermeras hasta mediados de la década de los ochenta. Me parece que el discurso fue cambiando en la medida en que se privilegia la medicina curativa y se tecnifican hasta las

formas de relación. Las enfermeras como sujetas de la acción fueron desapareciendo para dejar en el centro a “la Enfermería”, término impersonal que –sin las enfermeras- queriendo abarcarlo todo, no dice nada.

Los años del despertar solidario de las enfermeras tuvieron su correlato en las propuestas educativas que hacían. En 1955 las maestras de la ENEO organizaron el II Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia; en sus memorias encuentro reflexiones y planteamientos que me asombran y que considero vital rescatar.

Juventina Hernández Márquez indicaba que el proceso educativo de las enfermeras debía ser total:

“... en relación con las situaciones de la estudiante, en la adquisición de conocimientos teóricos y de destrezas manuales, tomando en cuenta sus necesidades, su vida cívica, social y espiritual completa; que hagan de ella una persona feliz”.

Alicia Roca Belmont reflexionaba:

“Quienes hemos trabajado en zonas rurales como parteras, no hemos dejado de sentir en nuestro espíritu un llamado que nos impulsa a luchar, para dar a las que nos han de seguir en la profesión bases mejores, que las preparen para ser promotoras del bienestar de la comunidad”.

Entre la riqueza de los escritos de nuestras compañeras y maestras hay una marcada orientación al cuidado de la salud más que a la atención en la enfermedad. Encuentro planteamientos, desde educativos y mesurados hasta francas declaraciones de rebeldía y emancipación.

Marina Guzmán documentaba que:

“Con la filosofía de atención comunitaria aparece la `enfermera visitadora` que se orienta realmente al cuidado individual y familiar de las comunidades. Durante esta época adquieren el más alto grado de reconocimiento y de autorrealización como profesionistas” (1982:263).

Ella misma advertía que si queremos educar a las alumnas en la filosofía del cuidado de la salud, las maestras y las instituciones educativas debían actuar en consecuencia.

“Siempre que hablamos de objetivos terminales queremos como producto un profesional con conocimientos científicos, con habilidades técnicas, con juicio crítico y constructivo, con carácter de líder y con deseos de superación, pero ¿qué modelo les estamos ofreciendo? Debemos tomar en cuenta que del Perfil de la Estudiante sigue el Perfil de la Profesionista (1982:275).

Roselia Ávila Jiménez, luchadora incansable, rebelde maravillosa, decía sin rodeos:

“... el mayor número de personas ejerce en instituciones hospitalarias muy al estilo norteamericano. Aquí la visión de la enfermera es eminentemente individualista, tecnócrata, de culto a los aparatos, a las fórmulas, a las tecnologías sofisticadas.

En la atención comunitaria la demanda profesional es menor, por situaciones derivadas del modelo médico y de la estructura económica del país. No se pueden ignorar estas condiciones, pues determinan los valores mercantilistas impuestos por el sistema mismo.

La práctica comunitaria nos exige compromiso social y político con las comunidades miserables, explotadas y engañadas sin que esto se enseñe o se discuta en las escuelas.

Y es precisamente la comunidad quien más requiere los servicios de enfermeras que tengan claramente cimentados los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad. Es decir, que consideren el problema de la enfermedad como un hecho social histórico concreto que se debe atacar desde su raíz [...] incidiendo en la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo y las formas de organización social para la defensa de sus intereses.

Pero se forma a la estudiante en un proceso `desocializante`, consecuencia de distorsionarle su propio sistema de valores, su creatividad y su deseo de experimentación[...]

Consecuentemente, este tipo de `educación` produce enfermeras pre-programadas y poco imaginativas que encajan en el patrón de cuidados exigidos por los médicos, como son las labores manuales, rutinarias, subordinadas, pesadas, desagradables y escasamente consideradas” (1984:5-6).

María Teresa Mc.Dermit (1988), solidaria contemporánea, hace una fuerte crítica al sistema médico institucional y sus intereses en la industria farmacéutica y hospitalaria. “Los sistemas de salud están enfermos”, dice, y “lo que necesita la población es más salud y menos enfermedad”.

“Son las enfermeras las que marcarán la pauta del cambio, cambiando el rumbo de la atención médica hegemónica orientando las acciones de salud a la prevención, la educación, la protección, la atención ambulatoria en otros lugares –no hospitalarios-: consultorios y centros de salud, el hogar, la comunidad, los centros de trabajo, las escuelas, los mercados, etc”.

Y “¿qué debemos hacer las enfermeras?”, se pregunta Tere Mc.Dermit y propone:

“1.- Identificar las necesidades de salud no atendidas bien por los actuales sistemas de salud.

2.- Documentar estas necesidades, hacer un estudio de su magnitud y el interés de la gente y de las autoridades en resolverlas.

3.- Desarrollar proyectos específicos ante las necesidades detectadas, como por ejemplo la atención a las personas mayores de edad, en su hogar o en instituciones; la atención en el hogar a pacientes terminales o moribundos; proyectos ocupacionales; sistemas de continuidad entre el hospital y el hogar; unidades de medicina familiar; educación nutricional, entre muchas más”.

“Lo importante”, continua ella, “será que las enfermeras seamos capaces de definir los servicios que en ‘paquete de atenciones’ podemos ofrecer. Las enfermeras somos polifacéticas. Podemos proporcionar un gran rango de servicios en todas las etapas de salud o enfermedad y en una variedad de ambientes a usuarias y usuarios de diferentes edades”.

Afortunadamente hay muchas más enfermeras mexicanas rebeldes “contemporáneas” de las que habla Graciela Hierro y que están escribiendo y publicando testimonios y propuestas emancipadoras para las generaciones de mañana. Nombro sólo algunas, que agrego a las que ya mencioné. No sé si sean las mejores, pero sí con las que más me identifico: Juana Rodríguez Velázquez, Isabel Hernández Tezoquipa, Ma. Matilde Martínez Benítez, Rosa María Nájera, Imelda Castañeda, Virginia Guerrero Peña, María Alberta García, y Araceli Monroy Rojas³², entre otras que escriben y publican.

Hay otras compañeras no enfermeras que están escribiendo con nosotras, apoyándonos desde otras disciplinas: psicólogas, médicas, sociólogas y trabajadoras sociales principalmente. De manera especial ha estado y estará

³² Cfr. Martínez Benítez, M. et.al. 1985. Hierro, Graciela. et.al. 1986. Castañeda Núñez, I. et.al. 1989. Guerrero Peña, V. et.al. 2000. Fuerbringer, Mady. et.al. 2000.

siempre la amorosa presencia de una gran maestra contemporánea Graciela Hierro, que desde la filosofía feminista ha dado claridad y sentido a nuestras luchas y que nos deja en su inmensa obra un valioso acervo de sabiduría.

No puede faltar en nuestro espacio. Sara Alicia Ponce de León, enfermera feminista llena de pasión a quien admiro. De ella leí un artículo sobre la salud de las mujeres, que ha inspirado muchas de mis reflexiones. En este artículo plantea:

“Aunque la madre es muy importante en el cuidado de la salud, continuar con esa orientación refuerza el modelo patriarcal que minimiza la participación del hombre y su responsabilidad paterna en el cuidado, la socialización y la formación de sus hijos.

...En este enfoque el sistema de salud ejerce violencia contra la mujer, porque al centralizar en ella la responsabilidad, se convierte en un medio eficaz para su control y opresión, a través de la culpabilidad que induce la cultura patriarcal en las madres que no cumplen con el ideal de mujer que se les ha impuesto, y les exige que asuman los cuidados familiares...

Las mujeres no deciden ni tienen participación en hacer las guerras, pero padecen toda su crudeza. No establecen los sistemas socioeconómicos, y tienen que enfrentar los problemas y asumir las responsabilidades para la supervivencia familiar. No participan en las políticas de población, pero se les responsabiliza de que sean ellas quienes las acaten y padezcan las intervenciones del control natal y asuman todas sus consecuencias, sin poder decidir siquiera sobre su propio cuerpo” (1993:10-13).

La Enfermería moderna en nuestro país no se inicia con las teóricas extranjeras. No niego la importancia de sus propuestas, incluso les dedico un espacio en esta tesis, pero es trabajo nuestro, de las contemporáneas, tomar la amorosa tarea de descubrir, fomentar y enriquecer la cultura femenina de nuestras compañeras y maestras enfermeras mexicanas. Veremos que ahí están las directrices y el poder. Ellas ya identificaban con claridad los “cuatro conceptos fundamentales” del

“metaparadigma” del que hablan las teóricas modernas: persona, entorno, cuidado, y salud. Basta leer por ejemplo, el informe de la tercera semana de trabajo del Seminario de Educación en Enfermería de Zimapán, Hidalgo de 1954

Más aún, nuestras compañeras y maestras distinguían que la salud, el entorno y el cuidado no significaban lo mismo para la persona, si ésta era mujer u hombre. Pero ellas siguen esperando ser escuchadas.

4.3 Los saberes de las enfermeras desde otro paradigma epistemológico.

El cuidado de los enfermos como una actividad impuesta como castigo o como penitencia ya es sólo pieza de museo. También quedó en el pasado como una misión angelical, desinteresada y sublime que sólo podía ser realizada por abnegadas mujeres al servicio incondicional de los médicos, en sus espacios hospitalarios.

Hoy, las enfermeras estamos empeñadas en una tarea común: dimensionar el cuidado como una actividad profesional de vida, producto del estudio, de la reflexión, y de la investigación, en una disciplina científica: Enfermería. Pero a pesar de que se tenga una cierta claridad sobre la naturaleza del cuidado, no se sabe con precisión qué es la Enfermería.

Ningún médico, en cualquier parte del mundo dudaría en responder a las preguntas ¿qué es la Medicina? Y ¿qué hacen los médicos? Encontraríamos tal vez variaciones relacionadas con las condiciones locales, pero no con la esencia de su profesión. En cambio estas mismas preguntas hechas a las enfermeras sobre el carácter de la Enfermería y las tareas de ellas, tendrían un abanico de respuestas. Cada una responde según se ubique o lo intente, en una Enfermería donde no son visibles.

Algunas enfermeras se han dado a la tarea de indagar y documentar los conceptos que sobre Enfermería existen. El resultado no deja de asombrarlas, pero hasta allí. En mi opinión no se está profundizando al respecto, o el análisis se está haciendo sólo desde una perspectiva que no es la suya. La Enfermería debemos construirla desde otro paradigma epistemológico: desde y con las mujeres.

4.3.1 ¿Qué es la Enfermería?

El primer intento importante y documentado para definir la Enfermería lo encuentro en 1954, en el Seminario de Educación en Enfermería realizado en Zimapán, Hidalgo. Seminario que aun recuerdan y valoran nuestras compañeras y maestras que lo vivieron.

Una de las tareas en este Seminario fue la "interpretación del término Enfermería", que las enfermeras trabajaron en 4 subgrupos: A, B, C, y D. El grupo A concluyó que:

"Enfermería es un proceso educativo, terapéutico y social mediante el cual se orienta al individuo, familia y comunidad en la salud y en la enfermedad, a través de la aplicación del criterio basado en conocimientos o principios médicos, físicos, biológicos, sociales, pedagógicos, administrativos, habilidades y destrezas aprendidas en una escuela de Enfermería aprobada por una institución educativa o del Estado".

El grupo B manifestó su gran dificultad para cumplir con la tarea puesto que "el concepto Enfermería no es estático, sino dinámico; está influenciado y relacionado, entre otros factores, por el avance de la ciencia y por la complejidad social".

El grupo C concluyó que:

“Enfermería es un proceso creativo, evolutivo y dinámico que tiene como fin principal cuidar de la salud del individuo en su medio ambiente, considerándolo como un todo: cuerpo, mente y espíritu, y promover la salud de la comunidad a través de la educación, la observación y el análisis”.

Finalmente, para en grupo D:

“la Enfermería es un proceso en el que –por medio del contacto prolongado y servicios educativos y terapéuticos prestados a los individuos, a las familias y a las comunidades- se hace posible una relación interprofesional que conduce a la confianza y al fortalecimiento y bienestar de ellos, preparando el medio para que contribuyan a la conservación y a la restauración de su propia salud”.

La riqueza de este histórico Seminario está aun por descubrirse. Yo, entre más lo analizo, más me maravillo. Me identifico, sobre todo con los argumentos del grupo B pues también considero que la Enfermería aún está por definirse, desde la voz y la perspectiva también de las mujeres, tarea que implica, como bien dijeron las enfermeras de este grupo, profundizar en “la complejidad social”. Esto no es otra cosa que entender que la sociedad está integrada por personas femeninas y masculinas, no por un ser paradigmático, unitario.

Entre los muchos conceptos actuales que encuentro sobre Enfermería destaca el de Doris Grinspun (1992); en él intenta contener a los cuatro conceptos fundamentales en que se basan las “teorías y modelos” de la llamada “Enfermería Moderna”, y agrega el término “persona beneficiaria”, que se enmarca ya en la filosofía de la salud como un Derecho Humano.

Para D. Grinspun la Enfermería "es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud" (1992:180).

La ENEO, en su plan de estudios considera que la Enfermería es:

"un servicio humanizado de salud, a través del cual las enfermeras ofrecen servicios de diferente complejidad, para guiar a los seres humanos en su capacidad de existir y para recuperar las condiciones de salud o evitar la enfermedad, tareas que se realizan de manera multidisciplinaria e intersectorial" (ENEO 2000:17).

Para llegar a este concepto de Enfermería en la ENEO, debieron pasar años de reflexión. No se en qué medida está en él la presencia de nuestras compañeras y maestras de antaño con sus valiosas y revolucionarias aportaciones; o en qué otra es producto de la preferencia por las propuestas de enfermeras de otros países. En todo caso, sea cual sea el concepto, de ayer o de hoy, de México o del extranjero, en mayor o menor medida tiende a ajustarse al modelo médico hegemónico.

Analizar la Enfermería con perspectiva de género me ha dado valiosos elementos analíticos para que –reconociendo y valorando los esfuerzos de tantas enfermeras que desde distintos frentes, en diversos países, y en distintas épocas han estado y están luchando por dar sostén teórico y metodológico a nuestra profesión- pueda hacer una lectura feminista, con la finalidad de resignificar sus propuestas desde otro paradigma epistemológico, demostrando y trascendiendo el sexismo que pudiera estar presente.

4.3.2 Las “teorías y modelos” desde la perspectiva de género: una propuesta para resignificar la Enfermería.

El dotar a la Enfermería de un cuerpo de conocimientos y de intervenciones propias ha sido una preocupación permanente para las enfermeras. Para algunas, el inicio se ubica en la figura de Florence Nightingale al dejar evidencia de sus observaciones. No obstante que ella consideraba que la Enfermería era connatural a las mujeres por lo que no requerían de mayor validación –“las enfermeras” decía, “no pueden tener registro o examen, como no pueden tenerlo las madres...su saber es instintivo” (citado por Hierro, G. 2001:137)-, F. Nightingale cambió el concepto de la Enfermería, e inició un importante proceso de dignidad para el trabajo de las enfermeras. Concebía a la Enfermería como un servicio femenino a la humanidad, basado en la observación y en la experiencia a fin de poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pudiera restablecer o conservar la salud.

Muchos años transcurrieron sin que trascendieran los postulados de F. Nightingale más allá de propuestas aisladas. Prácticamente fue hasta mediados del siglo pasado cuando algunas enfermeras, sobre todo norteamericanas y europeas, con mejores condiciones de vida e información, fueron enriqueciendo y documentando su hacer cotidiano apoyándose en sólidas construcciones desde las ciencias biológicas y sociales. Así fueron formulando diversas “teorías y modelos” en el afán de dar a las enfermeras bases teóricas para fundamentar su ejercicio profesional.

Aunque son muchas las propuestas, hay en todas grandes coincidencias en cuanto a los conceptos que les son fundamentales:

1. El “cuidado” como el objeto de estudio de la Enfermería
2. La “persona” como el sujeto del estudio y de la atención de las enfermeras

3. La "salud" como un valor, y
4. El "entorno", tanto el interno de cada persona (biológico, psicológico y espiritual), como el externo (todo lo que le rodea).

De acuerdo con Suzanne Kérrouac y cols. (1994:24-57)³³ la relación particular entre los conceptos: cuidado, persona, salud, y entorno, constituye el núcleo de la Enfermería, "su metaparadigma".

Las distintas concepciones sobre la disciplina pueden agruparse en seis escuelas, de acuerdo con las bases filosóficas y científicas que las sustentan:

1. La "escuela de las necesidades"
2. La "escuela de la interacción"
3. La "escuela de los efectos deseados"
4. La "escuela de la promoción de la salud"
5. La "escuela del ser humano unitario"
6. La "escuela del caring"

Sin pretender un análisis exhaustivo sobre el tema, sí haré algunos señalamientos a manera de ejemplo en algunas de las teorías más aceptadas por la comunidad de enfermeras, incluyendo la de la ENEO. Me interesa, como dije, valorar sus aportaciones para hacer visibles algunos contenidos androcéntricos que de modificarse, cambiarían positivamente su intencionalidad e impacto y nos orientaría a resignificar la Enfermería y a hacer visible la presencia de las enfermeras.

La escuela de las necesidades considera fundamentalmente la búsqueda del hacer de las enfermeras. El cuidado se centra en el logro de la independencia de las personas, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, y en su capacidad para autocuidarse; el papel de la enfermera se basa en:

³³ La mayor parte del sustento para este tema, está tomado de su obra: *El pensamiento enfermero* (1994).

“reemplazar a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades de salud, y le ayuda a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado”.

Entre las teóricas de esta escuela está Virginia Henderson (1966). Para ella “los cuidados enfermeros” consisten en la ayuda proporcionada a las personas en la ejecución de las acciones que satisfagan 14 necesidades fundamentales. Estas personas, según Henderson, podrían llevar a cabo las actividades sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad, y/o los conocimientos necesarios para hacerlo.

Para ella, las necesidades “comunes a toda persona enferma o sana” son: respirar normalmente; beber y comer adecuadamente; eliminar; moverse y mantener una posición adecuada; dormir y descansar; vestirse y desvestirse; mantener una temperatura corporal normal; estar limpio y aseado; evitar los peligros del entorno; comunicarse con otras personas; practicar su religión y actuar según sus creencias; ocuparse de manera que se sienta útil; participar en actividades recreativas; y aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Al margen de que cuestiono que en todas las teóricas, de todas las escuelas, el referente simbólico es masculino aunque se refieran a “persona” –término pretendido neutro que no existe como ya he venido argumentando- para Virginia Henderson las 14 necesidades son “comunes” a toda persona y esto es falso. Algunas de ellas son necesidades que satisfacen por igual las mujeres y los hombres; con sus variaciones, ambos respiran, beben, comen, eliminan, etc. Es decir, las necesidades biológicas (en condiciones normales) tienen variaciones naturales derivadas de las particularidades anatómicas y fisiológicas de ambos, sin que esto tenga importancia en términos de salud porque no la tiene en términos de poder. Pero las necesidades relacionadas con la condición social: familiar y cultural, no son las mismas para las personas femeninas que para las

masculinas, y éstas sí tienen importancia en la salud. Estas sí tienen que ver con relaciones de poder.

La condición de género les da a las mujeres y a los hombres condiciones diferentes de salud y de enfermedad, y condiciones diferentes para actuar en consecuencia. Ni "la fuerza", ni "la voluntad", ni "los conocimientos necesarios" para resolver sin ayuda sus necesidades son los mismos.

Como he venido exponiendo en capítulos anteriores las mujeres viven condiciones inequitativas "para dormir y descansar", para "evitar los peligros del entorno", para "participar en actividades recreativas", para "aprender", para "descubrir", etc. y para todas aquellas que tengan que ver con autonomía y con poder.

Como para Henderson la salud es la capacidad que posee "una persona" de satisfacer de forma independiente "sus 14 necesidades fundamentales" resulta obvio que las personas mujeres enfrentan mayores riesgos de enfermarse, de no ser independientes, de no ser plenas, de no ser felices. Aunque sea mayor su esperanza de vida, habría que ver si la cantidad de vida se correlaciona con la calidad de la misma. Esto, que es fundamental no es considerado (o lo es en forma superficial) por ninguna de las teóricas que integran las seis escuelas antes citadas.

Dorothea Orem (1991) pertenece también a la escuela de las necesidades. Pone especial énfasis en el "autocuidado" al que considera una acción "aprendida por una persona en su contexto sociocultural de manera voluntaria y deliberada, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad". Orem agrega que "la imposibilidad de ejercer autocuidado está unida a la incapacidad de decidir, de emprender, o de efectuar una acción personal". Esto último me parece fundamental, siempre y cuando se analicen las condiciones desiguales que viven las mujeres y la asimetría de poder para

“decidir”, “emprender” y “efectuar una acción personal”, lo que las sitúa en condición de no ejercer ese autocuidado.

A esto se agrega que dentro del proceso de construcción genérica, las mujeres aprenden que su misión es “ser para otros” (tema que desarrollé en el capítulo I). Por tanto, las mujeres cuidan pero difícilmente se autocuidan.

De acuerdo con Orem, “los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado”. ¡Estoy completamente de acuerdo! siempre y cuando reflexionemos y actuemos en consecuencia a favor de la salud integral de las mujeres. Esto nos compromete necesariamente a tomar partido por la justicia, por la equidad, por un cuidado con fines éticos. En suma por ver a la salud como un Derecho Humano, meta imposible de lograr si pretendemos un cuidado “unisex”.

Ayudar a “las personas” a superar sus limitaciones no es lo mismo según se trate de personas masculinas o de personas femeninas. Las mujeres enfrentan muchos factores de riesgo derivados de su condición de género –factores no genéticos sino adquiridos, por tanto modificables- como: la violencia, el abuso, la opresión, las sobrecargas de trabajo, la exclusión de la vida política, la discriminación, el desigual acceso a la educación, etc., que afectan de muchas formas su salud.

Las enfermeras somos casi todas mujeres y como tales vivimos el mismo condicionamiento de género y sufrimos las mismas consecuencias. También para nosotras son invisibles, aunque estén siempre presentes. Entonces, si pretendemos ayudar a las personas femeninas “a superar sus limitaciones”, es condición fundamental empezar por nosotras mismas, a través del análisis, de la discusión en grupo, en el marco de los estudios de género. Aprender y ser portadoras de una nueva forma de concebir el cuidado; un cuidado que incluya a las mujeres. Esto se traducirá realmente en mayor bienestar para todas las personas: femeninas y masculinas.

Considero que el análisis de una muy pequeña parte de los postulados de V. Henderson y de D. Orem debe ser el principio para analizar las demás teorías, en sus versiones originales. La visión de género nos va a permitir apreciar sus excelentes puntos de vista pero a tener también los elementos teóricos y analíticos para resignificarlos³⁴

4.3.3 “Otro modo de ser” para las enfermeras.

Ya he venido señalando que “la Enfermería” existe porque existen “las enfermeras”. En este sentido, considero que cambiar el concepto de Enfermería es significativo sólo si es consecuencia de la modificación total de lo que hoy hacen y cómo lo hacen las enfermeras, y cómo y con qué contenidos están siendo educadas.

Siguiendo las “teorías y modelos” intentaré identificar lo que son hoy las enfermeras para acercarme a lo que podrían ser, en el contexto de “otro modo de ser” más humano y más libre, parafraseando nuevamente a Rosario Castellanos (Meditación en el umbral 1961).

No pretendo cuestionar la legitimidad del “metaparadigma de Enfermería” al que arriban las teóricas modernas de la disciplina, ni tengo la suficiente información para hacerlo³⁵. Quiero sí, analizar desde una perspectiva feminista los “conceptos” y sus fundamentos con los que las enfermeras pretenden modernizar a la Enfermería.

³⁴ El análisis de todas las teorías no constituye un objetivo central para este trabajo, pero sí lo considero una tarea pendiente.

Mi interés radica en que en la ENEO y en las demás escuelas de Enfermería las “Teorías y Modelos” son hoy parte importante en la formación de las estudiantes, como queda explicitado en el Plan de Estudios.

“El cuidado como objeto de estudio de la Enfermería se sustenta en cuatro conceptos básicos: persona, entorno, salud y Enfermería; la relación entre estos conceptos centrales son el núcleo del campo del cuidado de Enfermería” (ENEO 2000:17).

Sobre el concepto “Enfermería”, que abordé al principio de este capítulo, sigo pensando que está por construirse en la medida en que sea visible la perspectiva también de las mujeres.

-El concepto “Persona”, es considerado fundamental por todas las teóricas, incluso clave para la definición de Enfermería.

En la ENEO, haciendo una mezcla de los postulados de diferentes escuelas teóricas, se considera que la persona es

“un ser fisiológico, psicológico, sociocultural, y espiritual, un todo integral indisociable, más complejo que la suma de sus partes y diferente a éstas; que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno” (p. 18).

En este concepto, y en cualquier otro que revisemos, siempre el discurso está en masculino, entonces se refiere a una persona neutra que sólo existe en ese discurso masculino; como he venido argumentando, a través del lenguaje se transmiten, en cada caso, los valores patriarcales.

³⁵ Continúo utilizando a Kérouac, Suzanne et.al. para referirme a las “Teorías y Modelos”. Esta obra expone los trabajos de las principales teóricas de la Enfermería y es un libro de texto en las escuelas. Reconozco que tendría mayor precisión analizar las obras originales de cada autora.

Una de las teóricas, Martha Rogers (1970) se interesó incluso por dar respuesta a la pregunta ¿a quién van dirigidos los “cuidados de enfermeros”? Así que indagó para buscarles destinatario.

Kérouac, S. (1994:39) señala que M. Rogers

“buscó conocimientos provenientes de numerosas disciplinas, entre ellas la psicología, sociología, astronomía, física, filosofía, historia y biología para crear su modelo conceptual del ser humano unitario”.

Claro que en estas disciplinas y aun en otras, propuestas y explicadas por y para las personas masculinas, sólo podía encontrar M. Rogers al hombre como la persona a quién se dirigen los “cuidados enfermeros”. Ella y cualquier otra enfermera si no está educada para analizar las teorías con la perspectiva femenina, su perspectiva, no dudará en creer que “hombre” es un término que incluye “en unidad” a la mujer.

Para mí, la cosa no es tan complicada. Persona es un ser biológico que existe en un cuerpo sexuado en femenino o en masculino. Para ambas personas el asunto de la salud, y cualquier otro, reviste sus propias particularidades. La mujer no es el hombre unitario, ni el hombre es el ser unitario. La humanidad, es por definición, diversa.

Si las acciones de Enfermería están centradas en la persona deben señalarse, en “las personas”: femeninas y masculinas con sus diferencias orgánicas, y aunque ontológicamente pudiéramos afirmar su igualdad, en la realidad social las personas femeninas viven profundas desigualdades que marcan también sus condiciones biológicas, socioculturales y espirituales.

-El entorno es percibido como la estructura interna y las influencias externas sobre "la persona", incluyendo los miembros de la familia, la comunidad y la sociedad así como el entorno físico.

Para Moyra Allen, teórica de la Escuela de la Promoción de la Salud, el entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden; agrega que el aprendizaje de "la persona" se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la escuela, el hospital y el lugar de trabajo. Considera que "la persona" y el entorno están en interacción constante.

Para Madeleine Leininger, inspirada en conocimientos de Antropología, el entorno se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que "la persona" se encuentra: físicos, ecológicos y sociales; así mismo con la visión del mundo y con todo factor que tenga una influencia sobre su estilo de vida. Considera que el entorno es principalmente exterior a "la persona" pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de "esa persona".

Leininger da una especial importancia a la cultura y la influencia de ésta en la salud y en la enfermedad, y formula 3 principios de "cuidados enfermeros". Uno de ellos reconoce la factibilidad de modificarse aquellas conductas culturales "de forma que los nuevos hábitos sean más significativos para él".

Independientemente de que insista en la crítica sobre la orientación androcéntrica de M. Allen y de M. Leininger en sus aportaciones, considero importante que ambas distinguen que la salud no sólo es biológica, sino social y cultural, producto de aprendizajes, donde la familia tiene un lugar fundamental.

Esto sin duda nos acerca a una visión más completa del tener o no salud. Sin embargo como también está ausente la condición femenina, lo cual es consecuencia de seguir estancadas en "la persona" como un ser neutro, tampoco son visibles las condiciones familiares y culturales de las mujeres y lo que a éstas

les significan e impactan no sólo en la salud física, sino emocional, sexual, reproductiva, laboral, etc. El entorno tiene también significados e influencias diferentes para las personas mujeres y para las personas hombres.

-El concepto "Salud" para las teóricas gira en torno a: equilibrio, armonía, integridad, plenitud, felicidad, funcionamiento y muchos otros valores positivos.

Hildegard Peplau por ejemplo, considera que la salud es la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva. Para ella "la persona" tiene la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva, lo que le permitirá responder a sus necesidades.

En el Plan de Estudios de la ENEO la salud es considerada como

"un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, en creencias, en formas de actuar que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas; varían de una cultura a otra, es así que para una sociedad lo que significa la salud es diferente para otra".

No hay duda de que en cualquiera de los planteamientos hay el componente bienestar. Sin embargo, es importante señalar que las variaciones en la concepción y en las prácticas de salud varían no sólo de una cultura a otra, sino de una persona a otra en función, entre otras, de su pertenencia y sus relaciones genéricas.

La salud es vida no sólo para las teóricas de la Enfermería. Las mujeres lo hemos sabido siempre aunque no sepamos o no podamos definirla. En este sentido, me

parece que la percepción histórica femenina sobre el cuidado de la salud hace que las enfermeras, en tanto mujeres, dan por hecho que al cuidar a “la persona” se cuida por igual a todas las personas, de cualquier sexo, de cualquier edad, de cualquier condición social, como lo han hecho y lo siguen haciendo.

Para las mujeres, el problema radica en que por condicionamiento de género aprenden a cuidar de otros convencidas de que el cuidado les es innato por ser mujeres. Es innegable que parir y amamantar son funciones naturales que justifican hasta cierto grado que las mujeres cuiden a las personas en su niñez. Pero parir y amamantar no están en un paquete genético que incluye: cocinar, lavar, planchar, barrer, consolar, enseñar, abrigar...y muchísimas tareas más, que de por vida, “deben” proporcionar a todas las personas (las hayan parido o no). Cuidan a los otros y se entregan a los otros negándose a sí mismas el derecho de ser cuidadas y de autocuidarse.

Insisto, decir enfermeras hoy es decir mujeres, ¿por qué habríamos de pensar que las enfermeras no enfrentan estos conflictos ante su salud y la salud de otras mujeres?

Sé que hay para las mujeres, y por ende para las enfermeras, otra manera de ser más humana y más libre, que empieza por hacer conciencia de que vivimos y enfrentamos condiciones adversas de todo tipo que afectan nuestra salud y las posibilidades de autocuidarnos y que estas condiciones adversas no tienen nada que ver con nuestra biología, sino con las estructuras patriarcales que construyen un mundo donde no existimos como personas plenas, autónomas y libres. Ningún evento reproductivo debe tener un riesgo más allá de lo razonable. No son patologías. Los riesgos –muchísimos- están relacionados con la inequidad y la violencia y esto es inobjetable para todas, si queremos saber lo que significa la salud.

Reconocernos como mujeres, independientemente de las circunstancias que estemos viviendo: como prestadoras de servicios de salud (enfermeras), o como usuarias de los mismos (pacientes), nos ofrece la posibilidad de establecer entre nosotras un puente de comunicación valioso para modificar el orden simbólico existente. Sólo viéndonos en la otra, en esa mujer en circunstancias difíciles para conservar o recuperar su salud, podremos “tender los lazos de la dignidad y el respeto que todas las mujeres merecemos”, como apunta Marta Lamas (1998:55).

4.3.4 El cuidado de la salud integral de las mujeres: dimensión de poder para las enfermeras.

La salud es un bien, es un Derecho Humano que debe ser patrimonio para las personas masculinas y femeninas por igual; sin embargo como he venido señalando no ocurre así con la salud de las mujeres como resultado de la inequidad y la violencia de género lo que constituye un agravio a la humanidad. La propia OMS ha declarado que “La riqueza de las naciones depende de la salud de la mujer” (OMS/OPS 1995). En consecuencia su falta de salud se traduce en pobreza, no sólo económica, para las familias, las comunidades y las naciones.

Cuando la madre o la abuela, o la figura femenina se enferma o muere, la salud de toda la familia se ve afectada, sobre todo la de las personas menores y mayores de edad. La labor silenciosa de las mujeres a través de acciones tan importantes como alimentar a la familia; mantener un hogar limpio y funcional; enseñar prácticas higiénicas y preventivas a sus hijas e hijos, cuidar que tengan sus vacunas; educarlos; cuidar de las personas enfermas o con alguna discapacidad; administrar los ingresos familiares y muchas más, se traduce en salud y bienestar.

La salud, algo tanpreciado y tan difícil de definir, de cuantificar y de cualificar y no obstante tan fácil de proteger cuando se tiene la conciencia y la voluntad individual, social, y política para hacerlo; cuando se sabe que cuidar la salud trae

muchos más beneficios que curar las enfermedades, pero sobre todo cuando se profundiza en los determinantes de la salud.

Al respecto, Roberto Castro y Mario Bronfman (1998:205) enfatizan que el estudio de los determinantes de la salud no puede hacerse al margen del análisis de la forma en que los conceptos de salud y de enfermedad son construidos socialmente, y agregan que es en éstos

“donde la capacidad analítica de la teoría feminista resulta más prometedora, toda vez que dichos análisis tienden a desenmascarar el papel que la ideología y el conocimiento juegan en la creación y recreación de las estructuras de dominación que oprimen a las mujeres”.

El tema sobre el cuidado de la salud de la mujer para garantizar la salud de las poblaciones adquiere en la IV Conferencia Mundial de Beijing dimensiones históricas. Este evento movilizó cuantiosos recursos, esfuerzos y voluntades en todo el mundo. Entre sus logros, destaca el consenso “para institucionalizar los enfoques, el lenguaje, y los conceptos previamente utilizados en las conferencias internacionales realizadas en el último lustro” (Tuirán, R. 1995:107).

Porque se sabía que los enfoques, el lenguaje, y los conceptos se referían a la perspectiva de género, este tema fue uno de los aspectos más controvertidos de la agenda de discusión en dicha Conferencia. Rodolfo Tuirán (1995) cita a Winthrop, Carty quien señala:

“Los delegados sabían que en la Conferencia sobre la Mujer, palabras que en apariencia son inocentes, serían utilizadas para cubrir convicciones profundas y opuestas que la gente tiene sobre el sexo, los derechos de la mujer, el aborto, la planificación familiar, y la formación de familias. Las mismas palabras o frases podían utilizarse en la práctica como agentes de

cambio o como centinelas del *statu quo*, dependiendo de cómo se les definiera”.

En efecto, la perspectiva de género como herramienta para el análisis crítico del orden patriarcal estaba identificada mucho tiempo atrás y había que nulificarla. Sin embargo la unión de mujeres empoderadas en todo el mundo mantuvo firme el proyecto de las mujeres, logrando que se aceptara que:

“La perspectiva de género sostiene que la distribución de papeles en la sociedad para cada sexo no se desprende directamente de las diferencias biológicas, sino que se construye como un hecho determinado por el contexto social, político y económico. En este sentido puede decirse que la diferenciación biológica entre hombres y mujeres ha sido utilizada para cimentar una construcción social que establece dos modos de vida, dos tipos de persona, y dos formas de ser. La piedra angular de la diferenciación entre hombres y mujeres, es un orden jerárquico basado en la supremacía de los hombres y lo masculino, y en la desvalorización y subordinación de las mujeres y lo femenino, que se expresa en la construcción diferenciada de identidades; en la definición de ámbitos de acción para hombres y mujeres dentro del tejido institucional; y en un acceso desigual al poder, las oportunidades y los recursos” (IV Conferencia Mundial de Beijing 1995).

Dos modos de vida, dos tipos de persona, y dos formas de ser. Dos condiciones desiguales para acceder al poder, las oportunidades y los recursos. Dos posibilidades diferentes para tener o perder la salud. Esto cambia cualitativamente los cuatro “conceptos fundamentales” del “metaparadigma” de la “Enfermería moderna”: persona, entorno, cuidado y salud. En sus bases teóricas hace falta la construcción del cuidado de la salud integral de las mujeres con una perspectiva feminista –si no, no lo sería-. Estoy segura de que esto es un mundo inexplorado de sabiduría y de poder para las enfermeras.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha estado pendiente de cada evento internacional donde se aborden temas de interés para ellas. En 1995, en ocasión del día internacional de la enfermera (DIE) se dio a la tarea de documentar y publicar una carpeta a la que se tituló: "La salud de la mujer: las enfermeras abren el camino" (DIE/CIE 1995). Este documento debe ser la guía para las enfermeras interesadas en la construcción de los sustentos teóricos para una nueva Enfermería.

Especialmente importante es el hecho de que el CIE reconoce la necesidad de que las enfermeras sean educadas con una perspectiva de género, puesto que esta condición está presente en todos los problemas de salud y sin embargo esto no está siendo atendido por las instituciones educativas.

La carpeta DIE recoge el diagnóstico de la situación de las mujeres y los compromisos adoptados en la IV Conferencia Mundial de Beijing y los desarrolla identificando la importancia de la participación de las enfermeras.

"Las asociaciones de enfermeras nacionales podrían, por tanto, colaborar más estrechamente con grupos femeninos, comunidades y otras organizaciones a fin de asegurar una mayor atención posible y dar prioridad a los problemas de salud de la mujer".

Un compromiso de esta naturaleza tiene que ser la consecuencia de un proceso de autoconciencia y de educación para cada enfermera. El estudio de las luchas feministas en defensa de los Derechos Humanos, la salud entre ellos; y el análisis de los diagnósticos, los debates y las propuestas resultantes de estas luchas deben ser acciones permanentes en los grupos de reflexión de enfermeras, en los grupos colegiados, en las academias, etcétera.

Por su importancia, vale la pena sintetizar el diagnóstico al que se llegó en la IV Conferencia Mundial sobre la salud de la mujer y su relación con los condicionamientos de género³⁶:

El diagnóstico de la situación que enfrenta la mujer en materia de salud destaca que entre los principales factores negativos están las desigualdades sociales por razón de género; mismas que ponen en riesgo su bienestar presente y futuro y les limita el acceso a los servicios de atención a la salud.

También se puntualiza que la violencia contra las mujeres, en todas sus formas de expresión, las expone a: un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, al igual que embarazos e hijos no deseados; condiciones que fuerzan a las niñas al matrimonio y a la reproducción temprana; diversas prácticas que son visualizadas como obstáculos para su adelanto educativo, económico y social.

Frente a estas realidades, la Plataforma de Acción de Beijing plantea que la mujer debe disfrutar de una salud plena para potenciar su papel en la sociedad y para su vida y bienestar. Se reconoce que la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos, por lo que sostiene que la falta de atención de los derechos reproductivos limita gravemente sus oportunidades en la vida privada y pública.

Finalmente, los postulados en materia de salud fueron agrupados en 78 compromisos de acción, integrados en 5 grandes objetivos estratégicos:

1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud, a información, y a servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.
2. Fortalecer los programas comunitarios que promueven la prevención de la salud de la mujer.

³⁶ Cfr. Tuirán, Rodolfo 1995:105-122.- DIE.CIE. 1995:1-51.- CLADEM 1996:13-40.

3. Construir iniciativas que tengan en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.
4. Promover la investigación social con enfoque de género y difundir información sobre la salud de la mujer.
5. Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de las acciones a favor de la salud de la mujer.

Al respecto, el propio Consejo Internacional de Enfermeras hace un llamado a las enfermeras, para asumir la responsabilidad que les corresponda. Señalando entre otras cosas que:

“...las mismas enfermeras deberán analizar las estadísticas nacionales con el objeto de ilustrar la situación sanitaria de las mujeres en sus países, confrontando en grupo a los responsables, planificadores, y defensores en materia de discriminación de género, y preconizando un enfoque coordinado que preste una atención de salud asequible, integrada, y de calidad para la mujer” (CIE.DIE. 1995).

Ivonne Szasz P., investigadora de El Colegio de México destaca la importancia que tiene para las investigadoras y las prestadoras de servicios de salud, darse a la tarea, desde distintos frentes, de construir, ejecutar y evaluar programas para la salud integral materno-infantil:

“...las construcciones sociales que definen la subjetividad femenina, el papel de la reproducción como eje de su valoración, los discursos y normas divergentes y contradictorias entre las que se encuentra situada, las barreras que introduce un contexto económico profundamente desigual e incierto, la tensión que existe entre la apertura de espacios para una mayor autonomía individual y la persistente subordinación jerárquica a diversas relaciones de poder socialmente legitimadas, plantea grandes desafíos a la

intención de delinear un marco conceptual para el estudio de la salud materno-infantil, pero a la vez apunta hacia la riqueza que proporciona la perspectiva de género en el análisis de la salud” (1996:328).

La perspectiva de género es una visión científica, analítica y política creada desde el feminismo. Desde este campo de conocimiento podemos plantearnos una gran variedad de preguntas sustantivas para construir teoría sobre la salud de las mujeres.

Distinguir el cuidado integral a la salud de las mujeres no significa de ningún modo discriminación al cuidado integral que también requieren los hombres. Lo que pasa es que sobre la salud masculina hay muchísimo camino andado. Basta leer al azar cualquier documento médico. En cambio sobre la salud de las mujeres, más allá de la relacionada con la reproducción, se sabe muy poco.

La formación profesional en la Enfermería también carece de los conocimientos sobre la salud integral de las mujeres. Basta leer también al azar cualquier hoja del plan de estudios de la ENEO por ejemplo. Sin embargo, crear una teoría feminista del cuidado no significa que la hagamos y la ejecutemos sólo las mujeres enfermeras; no se trata de una teoría sobre “los problemas de las mujeres”. Las enfermeras queremos cambiar la Enfermería pero los enfermeros también. Ellos tampoco viven con plenitud en una profesión que aunque les otorgue cierto poder, éste no es consecuencia del valor profesional sino de su pertenencia al género masculino. Estoy segura de que ellos -educados con visión de género- tendrán mucho que aportar para evidenciar y trascender el carácter patriarcal de la atención medicalizada de la salud y empoderar a la Enfermería. Profesión que también les pertenece, como dice un gran maestro enfermero Julio Hernández Falcón, interesado también en una nueva Enfermería:

“Desde un enfoque de género, la emergencia del masculino en la Enfermería responde más a un asunto público que privado, a una

construcción social [...] Al interior de las instituciones de atención de la salud se reproducen las mismas condiciones discriminatorias que se dan en el contexto social [...] En el discurso, el hombre-enfermera no existe. Cuántas veces se generan mitos acerca de la sexualidad de los enfermeros...muchas veces no sabemos cómo actuar". (2003, pendiente publicación).

La meta es construir una Enfermería donde las enfermeras y los enfermeros nos preguntemos ¿qué es la salud?, ¿qué significa para las mujeres y qué para los hombres?, ¿qué papel han jugado el sistema oficial de salud y el sistema educativo de la Enfermería en el mantenimiento y en la reproducción de los estereotipos de género?, ¿de qué manera el sistema sexo/género ha definido la salud y su cuidado?

Tenemos que crear una teoría del cuidado que no sea sexista, que le sirva por igual a las mujeres y a los hombres, que no jerarquice las intervenciones de salud.

Necesitamos espacios donde podamos compartir los conocimientos y las experiencias de compañeras y compañeros de todos los niveles y ubicación educativa y laboral. Saber cómo se manifiesta el sexismo que enfrentan las enfermeras; cómo la homofobia que enfrentan los enfermeros. Cómo se manifiesta el sexismo que enfrentan las mujeres usuarias de servicios de salud. Cuáles son nuestros Derechos Humanos y cómo los haremos valer. Cuáles han sido y son las formas de resistencia y de lucha con las que las enfermeras y los enfermeros enfrentan la discriminación y/o la hostilidad.

Esto y mucho más está pendiente pero si y sólo si tenemos conciencia de género las enfermeras y los enfermeros por igual. Ser mujer no es sinónimo de feminista; ni ser hombre lo es de machista. Ambos debemos creer en el feminismo, que no es más que el convencimiento de que la realidad social no es tal si falta en ella la perspectiva de las mujeres.

4.3.5 La investigación feminista al servicio de las enfermeras.

Hasta aquí he presentado algunas propuestas feministas orientadas a la consecución de un nuevo perfil académico profesional en la educación de las enfermeras y de los enfermeros en la ENEO. Su fundamentación se enmarca en una educación donde la adquisición y transmisión de conocimientos y de actitudes valiosas y significativas integra ideas vitales, es decir que posean la capacidad de poderse utilizar y de combinarse en formas nuevas y útiles para las personas femeninas y para las masculinas que se educan. Una educación con un fin ético, como apunta Graciela Hierro (1994:7).

En este sentido, mis propuestas no estarían completas si no considero también al proceso de investigación como una herramienta para explicar objetiva y racionalmente los fenómenos en los que tienen sentido los saberes y las prácticas de las(os) enfermeras(os)³⁷.

Ya desde 1910 el doctor Nicolás León en su obra *La Obstetricia en México* se refiere a los importantes estudios clínicos que elaboraban las parteras que estudiaban en la Universidad Nacional de México; trabajos que incluso presentaban en sesiones médicas donde "asombraban a los ilustres médicos". Las parteras eran consideradas incluso "como parte del personal científico".

Muchos años pasaron desde entonces y con la pérdida del poder las parteras perdieron también los espacios para investigar. La incursión de las enfermeras en las actividades inquisitivas tiene otra historia puesto que otro fue su origen y sus posibilidades para acceder a la investigación.

Con la llegada de enfermeras a la dirección de la ENEO, las aspiraciones de muchas de ellas tuvieron un mejor panorama. Marina Guzmán V. consigna en su

³⁷ Seguiré refiriéndome a las enfermeras, en femenino, por las razones ya expuestas pero no se excluye a los enfermeros.

primer período en la dirección (1975-1978) que sería prioritario “promover actividades de investigación que estimulen la enseñanza de los estudios de diagnóstico para la reestructuración del Plan de Estudios” (Alatorre, E. 1998). Las enfermeras de la Escuela y de otras instituciones educativas y asistenciales empezaron a incursionar en la investigación educativa y en la investigación histórica.

En el segundo período de la Lic. Guzmán (1979-1982) ella planteaba “...es evidente que la investigación y el servicio social deben formar parte de la carrera desde el inicio, siendo fundamental en la enseñanza el Método Científico”. Se llevó a cabo en esta etapa el “Primer Encuentro sobre la Docencia, la Investigación y el Servicio en Enfermería”.

Con la Lic. Esther Hernández Torres en la dirección (1983-1986), se orienta la investigación desde el pregrado, quedando como parte del perfil de egreso “planear y realizar investigación en Enfermería”.

De 1987 a 1994 la Lic. Graciela Arroyo de Cordero siguió impulsando la investigación y el proyecto iniciado desde 1975 para tener estudios de posgrado en la ENEO. Los eventos sobre investigación organizados por la ENEO o aquellos a los que era invitada, fueron cada día más importantes.

Durante la gestión de la Lic. Susana Salas Segura pudieron consolidarse diversos proyectos, como iniciar los estudios de especialización y una maestría en Enfermería. La Lic. Salas amplió el liderazgo de la ENEO en el campo de la investigación a través de convenios y compromisos, desde instituciones educativas extranjeras hasta la propia OPS.

Es sumamente valiosa la historia del desarrollo académico y científico en la ENEO. Es un fiel testimonio de la fortaleza y los deseos de superación de las enfermeras; es también un material muy rico para explicarnos hoy la investigación

que hacen y/o en la que participan las enfermeras. Sin embargo, con lentes de género podemos constatar que, salvo muy contadas excepciones, son trabajos que de una u otra forma reproducen el orden patriarcal.

Para investigar se requiere libertad, autonomía, seguridad, autoestima, y acometividad, entre otros ingredientes. Las enfermeras difícilmente se aventuran en investigaciones propias, innovadoras, revolucionarias. Esto no significa en lo absoluto que carezcan de espíritu inquisitivo; lo que ocurre es que con frecuencia se incluyen, o son incluidas en investigaciones médicas en torno a problemas significativos para ellos, pero que no significan lo mismo para ellas.

La ciencia no surge del vacío social. Se ha producido socialmente, como indica María Angeles Durán (1999:323) "y la han hecho nacer grupos específicos con fines igualmente específicos, marcando con su huella de origen el curso posterior de su desarrollo".

La ciencia tampoco es ajena a las relaciones de poder. La incipiente ciencia de Enfermería es el producto de la historia de las enfermeras, sometida a las mismas prohibiciones, subordinada a las necesidades médicas; se ha construido desde el poder patriarcal médico y la ha puesto a su servicio. Se ha construido sin las enfermeras aunque tengan su autoría, y muchas veces en contra de ellas.

Me he interesado en la historia de las enfermeras no para mirar lo que no hicieron, sino lo que hicieron y lo que pudieron haber hecho si otras hubieran sido sus condiciones de existencia, y en este afán los estudios feministas me han dado una gran claridad. Al entender la histórica exclusión de las mujeres en la investigación científica, entiendo la exclusión de las enfermeras. También sé que a través de la educación, no de la domesticación, las enfermeras pueden hacer frente a la ciencia médica ajena, para hacer suya la ciencia que puede y debe ser; pueden encontrar la dimensión utópica de la ciencia de la Enfermería.

Roberto Castro y Mario Bronfman (1998:212) consideran que entre los mayores logros de la teoría social feminista está la revolución en el campo del conocimiento, al demostrar los sesgos que el monopolio masculino en la producción del conocimiento le imprime a los diversos hallazgos científicos, lo que cuestiona su supuesta validez universal.

Todos los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos reflejan primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo como bien señala María Angeles Durán (1999). De la capacidad inicial –potencial- que cada persona tiene para conocer, hasta el conocimiento final que cada grupo reconoce como propio y codifica e incorpora a la educación sistemática, hay innumerables pasos que están matizados socialmente. Esta mediatización resulta sexista cuando es mujer la que investiga, y si se enfrenta ésta con condiciones de subordinación como ocurre con las enfermeras, cualquier conocimiento que problematice las bases del poder del opresor será controlado o eliminado.

Aunque hay en la ciencia feminista una clara inclinación por los métodos cualitativos, esto no excluye a los cuantitativos. Lo esencial en estos últimos, es poner el acento en la interpretación cualitativa de los datos, sobre todo cuando de estadísticas desagregadas se trata³⁸.

Encuentro especialmente importante el “decálogo para la reflexión sobre la ciencia” que propone M. Angeles Durán (p:345) y que puede ser adoptado por las enfermeras interesadas en hacer ciencia desde otro paradigma epistemológico.

1. “La recuperación crítica, desde el feminismo de la historia de las mujeres”. En el caso de Enfermería, de aquellas mujeres relacionadas con el cuidado de la salud.

³⁸ Se refiere a señalar los fenómenos de salud y/o de enfermedad distinguiendo cómo afecta concretamente a los grupos masculinos y a los femeninos.

Esta es una de las tareas más importantes de la historiografía de las enfermeras a fin de delinear con precisión las variadas formas en que el patriarcado médico aparece históricamente; los cambios en su estructura y funcionamiento y las adaptaciones y las concesiones ante las presiones y demandas de las mujeres tanto usuarias de servicios de salud como prestadoras de estos servicios.

2. "Explicación crítica de la metateoría subyacente.
3. Crítica de los elementos sexistas encubiertos en la teoría.
4. Crítica de los elementos sexistas encubiertos en los conceptos o en su operativización.
5. Crítica de los efectos sexistas derivados de la utilización de algunos procedimientos o técnicas específicas de observación, medición o recolección de datos".

Aunque estos cuatro últimos puntos los empecé a desarrollar como base para proponer la construcción de una nueva Enfermería, debemos profundizarlos en espacios de estudios de género.

6. "Crítica de la organización social en la producción de la ciencia o disciplinaria.
7. Crítica de la incongruencia o fosilización –yo agregó, de la ausencia- de los conocimientos sobre la mujer.
8. Crítica del uso de los conocimientos proporcionados por la disciplina en la vida social y en la práctica profesional".

Sobre estos tres puntos, vale destacar que aunque cada vez es mayor la producción de conocimientos en estudios formales realizados por las enfermeras, estos estudios se centran en la investigación del interés médico. Por todas las razones ya expuestas, estas investigaciones están muy lejos de ser objetivas e imparciales. El género es una categoría de análisis que nos permite trazar las coordenadas de nuevos campos de estudio en la investigación. Incluir en las

variables el sexo: masculino o femenino no está señalando más que una pertenencia biológica, no una valoración social; esta última no puede estar ausente pues seguiríamos explicando cualquier fenómeno desde la perspectiva masculina.

Cuando se investiga un fenómeno social desde el enfoque de género se está explicando cómo interactúa cualquier categoría: edad, trabajo, escolaridad, familia, preferencia sexual, raza, estado civil, etc. con las construcciones de género, para definir los conocimientos y las prácticas de la salud y de la enfermedad, y para conocer el grado de autonomía o de dependencia que pueden tener las mujeres y los hombres sobre su propio cuerpo, su sexualidad, su libertad, el acceso a los recursos económicos, al conocimiento y al poder.

9. "Explicitación de las demandas de nuevos conocimientos que puede satisfacer la disciplina.
10. Reflexión crítica sobre los medios con que se puede contribuir al rechazo de conocimientos sesgados y a la potencialización de los nuevos conocimientos libres de sexismo".

Si bien es cierto que el proceso de construcción y de resignificación del conocimiento es un proceso propio de la naturaleza humana, es innegable que diversas desigualdades estructurales condicionan el acceso a la información y a la tecnología; la creación de nuevos conocimientos y su aplicación en la práctica; y la aceptación de un conocimiento como verdadero. Todos estos aspectos entrañan relaciones de intercambio y de dominación que afortunadamente ya están siendo analizados por las enfermeras trabajadoras en "grupos feministas" desde la última década del siglo XX (Heinrich, K., Witt, B. 1993:117-124).

El proceso está iniciado. Cualquier investigación que emprendamos las enfermeras se verá enriquecida y completa sólo si incluimos, no únicamente las condiciones biológicas de las personas femeninas y las masculinas, sino de

manera especial, las diversas condiciones sociales y el sello que les imprime la pertenencia de género. Es decir la investigación con perspectiva de género.

CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo fui descubriendo la presencia histórica de las enfermeras profesionales que hoy egresan de la ENEO. La razón fundamental fue indagar su presente a través de su pasado. Un presente donde se conservan y aun se agravan antiguos problemas que mantienen a las enfermeras en condiciones realmente desfavorables para participar con mayor autonomía y libertad en la importante tarea de cuidar y de proteger la salud.

Aunque la ENEO se traza metas ambiciosas para preparar enfermeras que se distingan por un desempeño profesional que contribuya a solucionar los problemas de salud, y que para lograrlo se proponga que las enfermeras profesionales desarrollen habilidades intelectuales “como el análisis, la síntesis, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver y de plantear nuevos problemas, la búsqueda y el manejo de información [...] para la toma de decisiones fundamentadas ...” (ENEO 2000:27), lo cierto es que hay una gran distancia entre las pretensiones académico-profesionales de la institución educativa y las condiciones que encuentran en las instituciones sanitario-asistenciales donde, en teoría, tendría existencia el perfil académico-profesional pretendido.

Después de más de 25 años como educadora en la profesión de Enfermería, no me queda duda de que la presencia mayoritaria de mujeres en la disciplina debe ser el elemento decisivo en la definición y consecución del perfil académico profesional de las enfermeras. Esto supone un plan de estudios congruente. En principio, planeado, operacionalizado y evaluado por y para las enfermeras; lo que –obvio- requiere de la visión femenina. Esta visión está ausente en el proyecto educativo actual de la ENEO aunque haya sido elaborado por mujeres en su mayoría.

Demostrar esta afirmación constituyó el sustento de las propuestas que desde una posición feminista consideré en este trabajo. Puedo sostener ahora, con base en toda la argumentación que antecede que:

1. La atención de los enfermos como actividad laboral fue demandada en instituciones, primero de carácter religioso y más tarde laico, a hombres y a mujeres por igual. No hay en un principio más jerarquía que la que otorgaba la posición social de los participantes y la intencionalidad del servicio.
2. El proceso de medicalización de la salud y el cambio en el modelo de atención durante el siglo XX profundiza y evidencia las asimetrías de poder en las tareas asistenciales. Se define el carácter androcéntrico de la Medicina y se sexualizan los saberes y los haceres en el proceso de salud-enfermedad.

Desde el poder patriarcal médico se asegura un trabajo femenino de ayudantía a través de la formación y la ideologización de las mujeres “enfermeras” y se institucionaliza el proceso con la creación de escuelas de Enfermería en el corto plazo, y con la extinción de las parteras universitarias, en un plazo mediano.

3. La ENEO se inicia como institución patriarcal en 1945 al dejar de ser sólo una sección de la Escuela de Medicina como venía siendo desde 1911. No significa que antes no tuviera este carácter, pero sí que el poder estaba compartido administrativamente.
4. El proyecto educativo actual de la ENEO plasmado en el Plan de Estudios constituye la evidencia de su carácter patriarcal. Descubre así mismo la conexión funcional con las instituciones sanitario asistenciales, cerrando el círculo de control para las enfermeras.

5. En 1975 la ENEO deja de estar dirigida por profesionales de la Medicina y se inicia un importante proceso de conciencia y empoderamiento para algunas enfermeras. La formación académica se nutre con ideas sociales revolucionarias, y el marxismo y el feminismo las alientan para pensar en un proyecto utópico, en el sentido de superar las condiciones injustas y desiguales que veían en las enfermeras. Hay valiosos testimonios de la claridad con la que algunas de ellas hacen propuestas factibles para construir una Enfermería posible pero utópica por inexistente.
6. Los más de 28 años que la ENEO ha estado dirigida por enfermeras contienen la más valiosa información para analizar la dinámica del poder patriarcal médico y de otras profesiones, para asegurar y reproducir el sistema de dominación genérica. Esta investigación no admite demora pero requiere *sine qua non* de enfermeras y de enfermeros educados(as) en género, de otra manera es imposible visualizar ningún proceso de forma objetiva y racional.
7. Las enfermeras viven violaciones a sus derechos humanos no por razones profesionales sino por ser mujeres; situación que ha venido denunciando el propio Consejo Internacional de Enfermeras. En este sentido, planteo como primera propuesta la lucha por los Derechos Humanos como una actividad permanente en el proyecto educativo de la ENEO.
8. La formación de las enfermeras en la ENEO, además de ser androcéntrica, privilegia la mayor injerencia de profesionistas hombres de otras disciplinas, como se explicita en el profesiograma del plan de estudios (ENEO 2000:43-44), lo que evita que las enfermeras se eduquen teniendo claridad de lo que es la Enfermería y que se identifiquen con un modelo profesional propio y valioso. Por tanto, propongo que como parte fundamental de la Educación de las enfermeras se recupere el protagonismo ancestral de las mujeres en el cuidado y la protección de la salud, y que la Pedagogía de la diferencia

sea el hilo conductor en una institución donde la mayoría es femenina. Desde esta propuesta educativa las enfermeras ocuparán el lugar central en la Enfermería, donde hoy, no están.

9. Las "teorías y modelos" en los que se sustenta la Enfermería moderna, si bien constituyen importantes esfuerzos por dotar a la disciplina de sustento teórico y metodológico, están contruidos desde una visión androcéntrica que sigue teniendo al hombre y a lo masculino como paradigma de lo humano, con la consiguiente ausencia de la mujer y lo femenino. Esta problemática me parece crucial puesto que la ENEO fundamenta la formación de las enfermeras en los diversos postulados teóricos que excluyen la visión femenina.

En este contexto, abundo en la justificación para resignificar los postulados teóricos contruidos por enfermeras expertas, pero desde la perspectiva de género. Señalo que la meta debe ser construir una filosofía feminista del cuidado, donde tenga relevancia la atención realmente integral de la salud de la mitad de la humanidad: las mujeres.

10. Finalizo mis propuestas apuntando la parcialidad y el sesgo que tienen las investigaciones que han prevalecido en la ENEO o en las instituciones médicas donde participan las enfermeras, puesto que el mundo y sus fenómenos no significan lo mismo para los hombres y para las mujeres y necesita ser descrito y analizado por ambos. Propongo, en consecuencia, construir una investigación feminista donde la pertenencia de género sea una categoría fundamental puesto que determina la salud y la vida de las personas femeninas y de las masculinas.

Pretender formar profesionales críticas, transformadoras, significa un enorme y maravilloso compromiso que debe empezar por mirar, desde otra perspectiva epistemológica, las estructuras de poder donde se produce y se reproduce el conocimiento, donde se forman los actores de la política y el poder. Esto puede

ser la diferencia entre egresar enfermeras conscientes, seguras, empoderadas, que realmente actúen con un fundamental sentido social y humanístico incluyente. O por el contrario egresar licenciadas en Enfermería y Obstetricia que se sumen al grupo de las mujeres enfermeras idénticas, reemplazables, invisibles.

Puede ser la diferencia entre formar enfermeros resentidos, avergonzados de serlo, que huyen de la carrera o que se quedan en ella sólo para ejercer el dominio que les otorga su condición de género. O formar enfermeros más seguros y solidarios, convencidos del valor social que representa el cuidado de la salud, que se esfuerzan con las enfermeras en trascender los estereotipos de género impuestos a las tareas asistenciales.

Parece difícil pero es posible. Si no lo fuera, no tendría sentido este trabajo. El feminismo concibe una humanidad incluyente. Las enfermeras y los enfermeros debemos proponer una Enfermería donde la diversidad no signifique desigualdad. Una Enfermería que no reproduzca en su interior la educación y el trabajo sexualizado donde los estudiantes y los trabajadores enfermeros viven con mayores privilegios. Una Enfermería construida por personas femeninas y masculinas igualmente diferentes.

Concluyo así un trabajo en el que abordo “a vuelo de pájaro” un tema extenso y complejo. Estoy consciente de la importancia de seguir profundizando, pero sé que no es tarea para una sola persona. Debe nutrirse de la visión y las experiencias de las enfermeras y los enfermeros interesados en hacer posible esta utopía.

Mi trabajo intenta ser sugerente, apuntar algunas direcciones en las que podría orientarse el proceso educativo de las enfermeras, pero eso sí, distinguir bien que sólo hablamos de Educación cuando la meta es asegurar una vida profesional libre y digna. Cuando la Educación tiene un fin ético.

OBRAS CONSULTADAS

Adam, Evelyn. *Hacia dónde va la Enfermería.* Edit. Interamericana. México 1982.

Alatorre Wynter, Edda. *Desarrollo histórico de la Enfermería en México.* ENEO, UNAM. México 1984.

Alatorre Wynter, Edda. *Filosofía de la Educación en Enfermería. El caso de la ENEO de la UNAM.* Maestría en Enseñanza Superior. Mecanograma 1991.

Alatorre Wynter, Edda. "El proceso histórico de la educación de Enfermería en México". *XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería.* ENEO UNAM. México 1992 pp. 49-67.

Alatorre Wynter, Edda. *La salud de las mujeres, responsabilidad de las mujeres.* México. Seminario "Presente y Prospectiva de la Mujer en Guanajuato". FEMU Guanajuato, Gto. 1993.

Alatorre Wynter, Edda. "La atención gineco-obstétrica en el marco de los Derechos Humanos". *Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer.* CNDH. México, 1995.

Alatorre Wynter, Edda. "La Enfermería desde el enfoque del género". *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* Vol. 4 No. 3. julio-septiembre. México 1996 pp. 84-87.

Alatorre Wynter, Edda, "El `deber ser´ de las mujeres: una ojeada al pasado". *Gaceta de la CNDH No. 92.* México 1998 pp. 18-28.

Alatorre Wynter, Edda. *Antecedentes históricos de investigación de Enfermería en la ENEO.* ENEO, UNAM Mecanograma. México 1998.

Alberdi Castell, Rosamaría (coord.). *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía diagnóstica de la NANDA*. Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid 1997.

Alberro, Solange. *Inquisición y Sociedad en México 1571-1700*. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1988.

Alvarado, Lourdes (comp.) *El siglo XIX ante el feminismo. Una interpretación positivista*, Edit. UNAM, México 1999.

Álvarez Amézquita, José. et. al. *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Tomos I, II, III, IV. Edit. SSA, México 1960.

Amorós, Celia. "Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales". En: Mangueira y Sánchez (comp.) *Violencia y sociedad patriarcal*. Pablo Iglesias. Madrid 1990 pp. 39-53.

Amorós, Celia. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. 2ª Edición Edit. Anthropos. Barcelona, España. 1991.

Antiga Trujillo, Nedelia. "Conceptualización del servicio en la práctica de Enfermería". *Enfermería Hoy* No. 3. diciembre 1982. México. p.p. 24-34.

Antiga Trujillo, Nedelia. *El papel social de la mujer y los problemas de salud durante el porfiriato*. Informe de investigación. ENEO, UNAM. México 1995.

Andréé, Michel. *El feminismo*. FCE México, 1983.

Arenal, Concepción. *La emancipación de la mujer en España*, Ediciones Jucar, Madrid España 1974.

Arrom, Silvia Marina. *Las mujeres de la ciudad de México 1790-1857, Siglo XXI* Editores, México 1988.

Arroyo de Cordero, Graciela. *Garantía y Equidad de los Derechos Sociales y Reproductivos de la Mujer*. S.S.A. Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Ponencia mayo 21. México 1999.

Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. Estudio de actividades que realiza el personal de Enfermería en la República Mexicana. *México 1976*. *Archivo personal*.

Ávila Jiménez, Roselia. "Marco Histórico y Social de Enfermería". *Enfermería Hoy* No. 1. México 1981.

Ávila Jiménez, Roselia. "Esquema conceptual operativo de la Enfermería en servicios". *Enfermería Hoy* No. 4. junio 1983. México. p.p. 4-10.

Ávila Jiménez, Roselia. "La enseñanza de la Enfermería en México". *Enfermería Hoy* No. 5, marzo 1984. México. p.p. 3-19.

Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación. Sacados de la Embriología Sacra del Sr. Dr. D. Francisco Manuel Cangliamila y puestos en castellano por el Dr. D. Ignacio Segura, Médico de la Corte. En México, año de 1775. *Archivo personal*.

Azize Vargas, Yamila. Et.al. *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. ASDI. Comisión de la Unión Europea. Costa Rica 1996.

Babb Stanley, Pamela. "Fuentes de apoyo psico social para la enfermera". *Enfermera al día* vol. 12 No. 3. México 1987. p.p. 9-10.

Bant Hauer, Astrid. *Salud, cultura y género: ¿cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?* Edit. Reprosalud/Manuela Ramos. Lima, Perú 2001.

Balletbo, Ana. et. al. *La liberación de la Mujer: Año cero*, Granica Editor. Barcelona España 1972.

Basaglia, Franca. *"Mujer, locura y sociedad"*. Universidad Autónoma de Puebla. México 1985.

Bazant, Milada. "La República Restaurada y el Porfiriato". Vázquez, Josefina Z. *Et.al. Historia de las Profesiones*. El Colegio de México. México 1982 pp. 159-168.

Bazant, Milada. *Debate pedagógico durante el porfiriato*. Edit. El Caballito. México 1989.

Bazarte Martínez, Alicia. *Las cofradías de españoles en la ciudad de México (1526-1869)*. UAM, Unidad Azcapotzalco. México 1989.

Bedolla Miranda, Patricia. (Comp.) *Estudios de Género y Feminismo 1. Para aquellas mujeres y aquellos hombres que luchan por una sociedad sin géneros*, Edit. Distribuciones Fontamara, S:A., Facultad de Psicología UNAM, México 1989.

Belausteguigoitia, Marisa. Mingo, Araceli (Edit.) *Géneros prófugos. Feminismo y educación*, Edit. UNAM, PUEG, Centro de Estudios sobre la Universidad, Colegio de las Vizcaínas, Paidós Género y Sociedad, México 1999.

Benavente, Toribio de. *Relaciones de la Nueva España*. UNAM. México 1994.

Bojalil Jaber, Luis F., Lechuga Solís, Graciela (comp.) *Las profesiones en México. No.1*, Edit. UAM Xochimilco, México 1988.

Cardaci, Dora., González de León, Deyanira. (comp.) *Las profesiones en México. No.3 Medicina*, Edit. UAM Xochimilco, México 1990.

Cardaci, Dora. "Educación Nutricional: Mujeres culpabilizando a Mujeres". En: *Revista Mujeres y Medicina*. No. 4. México. UAM Xochimilco. 1990.

Careaga Pérez, Gloria. Figueroa, Juan Guillermo. Mejía, María Consuelo (comps.). *Ética y salud reproductiva*. UNAM. PUEG. Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial. México 1996.

Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear. Mandada hacer por el Real Tribunal del Proto-medicato al doctor D. Antonio Medina. En México, año 1806. Archivo personal.

Carrasco, Pedro. "La sociedad mexicana antes de la Conquista". En *Historia General de México*. El Colegio de México tomo 1. México 1981 p.p. 235-286.

Carrillo, Ana María. "Parteras y Ginecólogos. El hombre dijo: háganse las salas de partos". En *Fem México* 1988.

Castañeda de Infante, Carmen (coord). *Catálogo de Tesis de Medicina del siglo XIX*. UNAM-CESU. México 1988.

Castañeda Núñez, Imelda. **Hierro**, Graciela. Et al. *Enfermeras rompiendo barreras. Cuaderno de trabajo*, Edit. CEEM, México 1989.

Castellanos, Rosario. *Mujer que sabe latín*. Edit. Sep Setentas. México 1973.

Castellanos, Rosario. *El eterno femenino*. Fondo de Cultura Económica. México 1975.

Castro, Roberto. Bronfman, Mario. "Teoría feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión". En Figueroa Perea, Juan G. (comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México. México 1998 p.p. 205-233.

Cerezo, Libia Victoria (coord.). *Antología de experiencias en servicio y docencia en Enfermería en América Latina*. OPS/OMS. Washington, D.C. 1980.

CIE. *La educación básica de la enfermera profesional*, 3ª edición, Edit. OPS, Washington, D.C., EUA 1952.

CIE. "Abuso y violencia contra el personal de Enfermería. Posición del Consejo Internacional de Enfermeras". *The American Nurse* E.U.A. junio 1993 p. 12

50 años de Salud Pública en el Distrito Federal. Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, SSA. México. 1993.

CLADEM. *Cumbres, consensos y después...* Seminario Regional: Los Derechos Humanos de las Mujeres en las Conferencias Mundiales. Lima, Perú 1996.

Clavijero, Francisco Javier. *Historia Antigua de México*. Editorial del Valle de México, S.A. de C.V. México 1978.

Cohen, Helen A. *La Enfermería y su identidad profesional*. Edit. Grijalvo, Barcelona. 1988.

Colliere, Marie Françoise. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería*, Edit. McGraw Hill Interamericana, España 1993.

CNDH. *Documentos Internacionales en materia de salud*. Secretaría Técnica del Consejo de la CNDH. México 1991.

Conapo. *Antología de la sexualidad humana.* Tomos I, II , III Edit. Porrúa. México 1998.

Condiciones de Trabajo del personal de Enfermería. Comité de expertos en Enfermería de la OMS.OIT. 1958. Archivo personal.

Confederación de Educadores Americanos. *La responsabilidad social de educar en los valores del humanismo, la ciencia y la tecnología.* Cuaderno de trabajo número 5. UNESCO. México 1997.

Consejo Internacional de Enfermeras. *Condiciones de trabajo del personal de Enfermería 1958.* Archivo personal.

Consejo Internacional de Enfermeras. *Informe sobre la Reglamentación de Enfermería 1986.* Archivo personal.

Consejo Internacional de Enfermeras. "Declaración sobre el papel de la enfermera en la salvaguarda de los Derechos Humanos". En: *Documentos Nacionales e internacionales sobre Derechos Humanos.* CNDH. México 1995. p.p. 127-130.

Consejo Internacional de Enfermeras. *Día Internacional de la Enfermera 1995: La salud de la mujer. Las enfermeras abren camino.* Archivo personal.

Cortés R, Elvia M. et. al. "Diagnóstico Social de la Profesión de Enfermería en México". *Enfermería Hoy.* No. 1. diciembre 1981 p.p. 11-62.

Cosío Villegas, Ismael. "Algunas reflexiones sobre Medicina". En *Foro Universitario* No. 11 octubre. México 1981.

Cuéllar U., Juan. "La educación médica y la sociedad". En: *Foro Universitario* No. 11 octubre. México 1981 pp 20-26.

Cuéllar, Ricardo. Peña, Florencia. *El cuerpo humano en el capitalismo*. Folios Ediciones. México 1985.

Chávez, Ignacio. *México en la Cultura Médica*. Edición del Colegio Nacional. México 1947.

Chávez, Ignacio. "Una idea, un programa y una obra", Julio 1938. en *Jubileo profesional del doctor Ignacio Chávez*. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México 1970.

Chávez, Ignacio. *Ideario*. UNAM. SEP. El Colegio Nacional. INC. FCE. México 1997.

Chiarotti, Susana. "Aportes para una pedagogía de los derechos humanos de las mujeres". En Movimiento Manuela Ramos. *Derechos Humanos de las mujeres*. Serie Mujer y Derechos Humanos No. 6. Lima, Perú. 1998 p.p. 201-230.

Da Silva Arouca, Antonio Sergio. "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* No. 84 *Medicina: Economía y Política*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México 1976. p.p. 33-56.

De Barbieri, Teresita. "La desigualdad social a través del género". En: Fuentes, M. Et.al. *Ámbitos de familia*. UNICEF, DIF, COLMEX. México 1997 pp 85-88.

De la Cruz, Sor Juana Inés. *Respuesta a sor Filotea de la Cruz*. Ediciones y Distribuciones Hispánicas, S.A. de C.V. México 1988.

Defensoría del pueblo. *Sobre género, derecho y discriminación.* Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú, 1999.

Díaz del Castillo, Bernal. *Historia verdadera de la Conquista de la Nueva España.* 2 vols. Edit. Porrúa. México 1942.

Díaz Lombardo, Ma. Luisa. "Cualidades fundamentales de la enfermera". En *La enfermera en la segunda Asamblea Nacional de Cirugía.* Memorias. México 1938 p.p. 25-31.

Durán, María Ángeles. "Liberación y utopía. La mujer ante la ciencia". En Belausteguigoitia, Marisa. Mingo, Araceli. *Géneros prófugos. Feminismo y Educación.* UNAM. PUEG. CESU. Colegio de las Vizcaínas. Paidós Género y Sociedad. México 1999:323-347.

Ehrenreich, Bárbara. English, Deirdre. "Inválidas o Contagiosas: Sexismo en el saber y la práctica médica". En: Cardaci, Dora. (comp.) *Mujeres y Medicina No. 1.* UAM Xochimilco, México 1980 pp. 155-158.

Ehrenreich, Bárbara. English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras.* Edit. La Sal. Barcelona 1984.

Elizondo Huerta, Aurora. *Las trampas de la identidad en un mundo de mujeres,* Edit. ITACA, México 1999.

ENEO-UNAM. *Primer simposio nacional sobre planificación de los recursos de Enfermería (Memoria),* Edit. UNAM ENEO, México 1979.

ENEO-UNAM. *Tercer Simposio Nacional sobre planificación de los recursos humanos de Enfermería en América Latina (Memoria),* Edit. UNAM ENEO, México 1982.

ENEO-UNAM. I Jornada Conmemorativa del 4º aniversario de las instalaciones físicas de la ENEO. *Situación actual y perspectivas de la práctica social de Enfermería en México*, (Memorias) Edit. UNAM ENEO, México 1983.

ENEO-UNAM II Jornadas Conmemorativas del 5º aniversario de las instalaciones físicas de la ENEO. *Indicadores de evaluación en la enseñanza de la Enfermería*, (Memorias) Edit. UNAM ENEO, México 1984.

ENEO UNAM. *Catálogo de trabajos de investigación elaborados por docentes y alumnos de la ENEO de 1975-1989*, Edit. ENEO, México 1990, 49 p.

ENEO UNAM. *Atención a la salud en México* Compilación. Edit. ENEO, México 1994.

ENEO UNAM. *Memorias legados y tendencias 1907-1997. Enfermería universitaria*, Edit. ENEO, México 1996.

ENEO UNAM. *Plan de estudios de la carrera de Enfermería y licenciatura en Enfermería y Obstetricia*, Edit. ENEO, México, 2000.

Enfermería. Serie Progresión XX-XXI de las Profesiones. SEP.DGP. México, 2000.

Espina, Gioconda. *La función de las mujeres en las utopías*. Edit. DEMAC, México 1991.

Estudio de actividades que realiza el personal de Enfermería en la República Mexicana. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. México 1976.

Facio, Alda. *Cuando el género suena cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal.* ILANUD. San José, Costa Rica. 1992.

Facio, Alda. *Criminología crítica y enfoques de género.* CLADEM. Lima, Perú 1996.

Facio, Alda. *El principio de igualdad ante la ley.* III Curso Internacional: Mujer y Derechos Humanos. Lima, Perú 1997.

Falcón O'Neill, Lidia. *Historia de los Derechos de las Mujeres: La construcción del Sujeto Político.* III Curso Internacional "Mujer y Derechos Humanos". Lima, Perú 1997.

Fee, Elizabeth. "Las mujeres y la atención a la salud: Una comparación de teorías". En: Cardaci, Dora (comp.) *Mujeres y Medicina* No. 3 UNAM Xochimilco Archivo Histórico. México 1987.

Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. *Programa de Calidad para la Educación de Enfermería.* Sistema Nacional de Acreditación. México 1996.

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. *Marco Referencial para el Desarrollo de la Práctica de Enfermería en los Servicios de Salud.* OPS/OMS 1996.

Fernández del Castillo, Francisco. *Las facultades de Medicina según el Archivo de la Real y Pontificia Universidad de México.* Edit. Imprenta Universitaria. México 1953.

Figuroa Perea, Juan G. (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud,* El Colegio de México, México 1998.

Flores Palacios, Fátima. *Psicología Social y Género. El sexo como objeto de representación social.* DGAPA. UNAM. McGraw-Hill. México 2000.

Foucault, Michel. "Incorporación del hospital a la tecnología moderna". En *Educación Médica y Salud*, Núm. 1, Vol. 12. OPS 1978 pp 20-22.

Foucault, Michel. *La arqueología del saber*. Edit. Siglo XXI. México 1979.

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. 18ª. Ed. Edit. Siglo XXI. México 1999.

Frenk, Julio. *El mercado de trabajo médico*. Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco. México 1980.

Fuerbringer Bermeo, Mädy. Et. al. *De matronas a parteras y enfermeras (historias de vida)*. Edit. Edmundo García Estévez. México 2000.

Galante, Cristina. Castañeda, Martha A. "Mujer partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural". Tuñón Pablos, Esperanza (coord.). *Género y Salud en el sureste de México*. ECOSUR. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México 1997 pp. 224-241.

Gallegos, Esther. Parera, Elisa. Velázquez, Ma. de J. Elena. *Normas para la Educación en Enfermería en México*. Iniciativa Trilateral para la Enfermería. San Antonio, Texas, septiembre 1995.

Galindo Garfias, Ignacio. "Responsabilidad Profesional". En: CNDH. *La responsabilidad profesional del médico y los Derechos Humanos*. UNAM. Academia Nacional de Medicina. México 1995. p.p. 11-14.

Galván, Luz Elena. *La educación superior de la mujer en México: 1986-1940*. CIESAS Cuadernos de la Casa Chata 109 México 1985.

Galván, Luz Elena. *Los maestros y la educación pública en México.* SEP. Cultura Colección Miguel Othón de Mendizábal. México 1985.

Gálvez Toro, Alberto. *Enfermería basada en la evidencia.* Fundación INDEX. Granada, España, 2001.

García, Ana Lidia. *Problemas metodológicos de la historia de las mujeres: La historiografía dedicada al Siglo XIX mexicano.* UNAM. Coordinación de Humanidades. PUEG. México, 1994.

García Jiménez, Ma. A. García Núñez, Maritza. (comp.) *La Enfermería. No.9,* Edit. UAM Xochimilco, México 1991.

García Martínez, Antonio Claret. Et.al. *Presentación y Análisis de la Obra Instrucción de enfermeros, de Andrés Fernández 1625. Aproximación a la Enfermería española de los siglos XVI-XVII.* Edit. Consejo General de Colegios Diplomados en Enfermería. Madrid 1996.

García Romero, Horacio (coord.) *El Derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos,* Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 1996.

Gargallo, Francesca. *Tan derechas y tan humanas. Manual ético divagante de los derechos humanos de las mujeres.* CNDH. México 1999.

Garzón Alarcón, Nelly. "Bases para el liderazgo de Enfermería en los escenarios de salud". *XII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería.* ENEO-UNAM. México. 1992. p.p. 76-84.

Garzón Alarcón, Nelly. "La profesionalización en Enfermería y su impacto social". *Revista de Enfermería IMSS.* Nos. 2, 3, vol. 1 México 1998 pp 60-62.

Gene, Lucy. Sue Ellen, Eileen. "Mujeres que trabajan en el Hospital". Revista *Mujeres y Medicina*. No. 3. UAM Xochimilco. México 1987 pp. 50-53.

Gilligan, Carol. *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica. México 1994.

Gobierno de México. *Quinto Informe Periódico de México acerca de la Aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer 1998-2000*. SRE PRONAM.

Gómez Gómez, Elsa. (coord). *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C. 1994.

Gómez Siegler, Carmen. "Editorial" *Boletín de la Asociación Mexicana de Enfermeras* Vol. 1 No. 4 abril. México 1953 p.p 3-4.

Gómez Siegler, Carmen. "Problemas de Legislación de Enfermería en México". *Memorias II Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia*. AME.SSA. México 1955. p.p. 35-46.

González, Juliana. Landa, Josu (coords.) *Los valores humanos en México*. Edit Siglo XXI. UNAM. México 1997.

González Butrón, Ma. Arcelia (comp.) *También somos protagonistas de la historia de México*, EMAS, México 1999.

González de León, Deyanira. "Las mujeres médicas". En: Cardaci, Dora, González de León, Deyanira (comps.) *Las profesiones en México No. 3, Medicina*. UAM Xochimilco. México 1990.

González de León, Deyanira. "Las Recién Llegadas..." En Revista *Mujeres y Medicina*. No. 4. UAM Xochimilco. México 1990.

González de Pazos, Margarita. *La mujer y la reivindicación internacional de sus derechos*, UAM-Azcapotzalco, México 1989.

González Marín, Ma. Luisa (coord.) *Metodología para los estudios de Género*. Edit. Instituto de Investigaciones Económicas UNAM, México 1996.

Gonzalvo Aizpuru, Pilar. *La educación de la mujer en la Nueva España*. Edic. El Caballito SEP Cultura México 1985.

Gonzalvo Aizpuru, Pilar. Las mujeres de la Nueva España. Educación y vida cotidiana. El Colegio de México. México 1987.

Gracia García, Guadalupe. *El servicio médico durante la revolución mexicana*, Editores mexicanos unidos, México 1982.

Grassi, Estela (comp.) *La antropología social y los estudios de la mujer*, Edit. Humanitas, Argentina 1986.

Grinspun, Doris, "Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico". *XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería*, ENEO, UNAM. México 1992 p.p. 176-183.

Guerrero Peña, Virginia. *Las hijas de Florence*. Sinaí Editores. México, 2000.

Guía de prevención y tratamiento para la exposición ocupacional al VIH. 2ª. Ed. CONASIDA. México 2000.

Gutiérrez Castañeda, Griselda. *Perspectiva de género: cruce de caminos y nuevas claves interpretativas. Ensayos sobre feminismo política y filosofía*. UNAM Coordinación de Humanidades PUEG México. 2002.

Gutiérrez Raigosa, Addy. *Diez años de servicio de la ENEO en Xochimilco: Experiencias y compromisos con la sociedad*. Publicación pendiente. ENEO UNAM. México 2003.

Guzmán Stein, Laura., Pacheco Oreamuno, Gilda (comps.). *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*. IIDH. ASDI. Comisión de la Unión Europea. Costa Rica 1997.

Guzmán Vanmeeter, Marina (coord.) *Memorias de: 1º, 2º y 3º Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos Humanos de Enfermería en América Latina*. UNAM ENEO. México 1978, 1980, 1982.

Heinrich, Kathleen T. Witt, Bárbara. "The passionate connection: Feminism Invigorates the Teaching of Nursing". *Nurse Outlook* Vol. 41 No. 6. E.U.A. 1993 p.p. 117-124.

Hernández, Guadalupe. *Educación y Género*. Ed. Jaguar. México 1991.

Hernández M., Juventina. "Educación Profesional en Enfermería". *Memorias II Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia*. AME.SSA. México 1955. p.p. 55-64.

Hernández, María del Pilar. *Derechos del personal de la salud*. Cámara de Diputados LVIII Legislatura. UNAM. México, 2001.

Hierro, Graciela. et.al. *Enfermería cadena o camino*. México 1986.

Hierro, Graciela. "Género y Poder". *Segundo encuentro de Feminismo Filosófico*. Buenos Aires, Argentina. Noviembre 1989. Mimeo Archivo personal.

Hierro, Graciela. *De la domesticación a la educación de las mexicanas*, Edit. Fuego Nuevo, México 1989.

Hierro, Graciela. *Ética y feminismo*, Universidad Nacional Autónoma de México. México 1990.

Hierro, Graciela. *Ética de la libertad*. 4ª. Edic. Edit. Torres Asociados. México 1993.

Hierro, Graciela (comp.) *Estudios de Género*, Edit. Torres Asociados, México 1995.

Hierro, Graciela (comp.) *Filosofía de la educación y Género*, Edit. Torres Asociados, FFyL UNAM, México 1997.

Hierro, Graciela. "Los Derechos Humanos de las Mujeres". En *Revista Mexicana de Justicia*. PGR México 1998 pp. 13-19.

Hierro, Graciela. "Prólogo". Guerrero Peña, Virginia. *Las hijas de Florence*. Sinaí Editores. México 2000 pp. 9-10.

Hierro, Graciela. *La ética del placer*. DiVERSA 16 UNAM. México 2001.

Hierro, Graciela. *La amistad entre mujeres. La ginofilia y la ética del placer*. Mecnograma. México 2002.

HUMANITAS. *La Mujer y Profesión de Asistente Social*. Buenos Aires, Argentina. Edit. Humanitas 1987.

Iyer, Patricia W. Et. al. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México 1993.

INFONAVIT *Primer Congreso Feminista de México. 1916*. (Ed. Facsimilar) México 1988.

Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos de la Mujer. Comisión Andina de Juristas. Movimiento Manuela Ramos. Lima, Perú 1997.

Izquierdo, María Jesús. *El malestar en la desigualdad*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia Instituto de la Mujer. España 1998.

Jamieson, Elizabeth M. Et al. *Historia de la Enfermería*, 6ª edición, Edit. Interamericana S.A., México 1968.

Juliano, Dolores. *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Cuadernos inacabados. Horas y Horas editorial. Madrid, España. 1998.

Kabeer, Naila. *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. Paidós. UNAM. PUEG. México, 1998.

Kaufman, Michael. "La construcción de la masculinidad y la tríada de la violencia masculina". En: Valdez, Rosario. Hume, Patricia (comps). *Violencia doméstica*. Cidhal. México 1998 pp 52-69.

Kaufman, Michael. *Masculinidad dominante, armadura que paraliza*. <http://www.jornada.unam.mx/2000/abr00/000406/ls-kaufman.html>

Kérouac, Suzanne. Et.al. *El pensamiento enfermero*. Edit. Masson, S.A. Barcelona, España 1996.

Kingman, Mireille. "La discriminación en Enfermería". Rev. *Enfermeras*. Vol. XXXV No. 3 sept-dic. CNE. México 1999. p.p. 39-41.

Klein, Viola. *El carácter femenino. Historia de una ideología*. Edit. Paidós Argentina 1951.

Kurczyn Villalobos, Patricia. *Derechos de las mujeres trabajadoras*. Cámara de Diputados. LVIII Legislatura. UNAM. México 2001.

Kuthy. *Introducción a la Bioética*. Edit. Méndez editores. México 1997.

La enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. Ediciones de la Sociedad de Cirugía. México. 1938. Archivo personal.

La Real Academia de la Lengua Española y Enfermería. <file:///A:/laenfermería.htm>

Lagarde, Marcela. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Edit. FFyL Coordinación General de estudios de posgrado, México 1990.

Lagarde, Marcela. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos inacabados No. 25. Madrid, España, 1997.

Lagarde y de los Ríos, Marcela. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Cuadernos inacabados No. 39 Edit. horas y Horas. Madrid, España, 2001.

Lamas, Marta. "La antropología feminista y la categoría género". Rev. *Nueva Antropología*. Vol. VIII No. 30. México 1986 pp 173-197.

Lamas, Marta (comp.) *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM PUEG. México, 1996.

Lamas, Marta. *La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. DIF. México 1997.

Lamas, Marta. "La doble moral y la lógica del género". En González, J., Landa, J. (coords). *Los valores humanos en México*. Edit. Siglo XXI. UNAM. México 1997 p.p. 57-76.

Lamas, Marta. et.al. *De mujer a mujer: enfermeras y trabajadoras sociales ante los dilemas reproductivos*. GIRE México 1998.

Lamicq, Eduardo. *Tratado de Enfermería. Guía para la enfermera*, 7ª edición, Edit. Porrúa, México 1941.

Lamicq, Eduardo. *Guía de la Enfermera*. Biblioteca Dr. Nicolás León. Palacio de Medicina CRT71L35. México 1914.

Lartigue, Teresa, Fernández, Victoria (comp.) *Enfermería: Una profesión de alto riesgo*, Universidad Iberoamericana. Plaza y Valdez editores, México 1998.

Las Naciones Unidas y la Mujer. S.R.E. Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación. México 1975.

Laurell, Asa Cristina. "Las políticas de salud en los ochentas". *Cuadernos Políticos* No. 23. Ediciones Era. México 1980.

Lavrin, Asunción (comp.). *Las mujeres latinoamericanas. Perspectivas históricas*. Edit. Tierra Firme. F.C.E. México 1985.

Leddy, Susan. Pepper, Mae. *Bases conceptuales de la Enfermería profesional*. 1era ed. en español. OPS/OMS 1989.

León, Nicolás. *La Obstetricia en México. Notas Bibliográficas, Étnicas, Históricas, Documentarias y Críticas de los orígenes históricos hasta el año 1910*. Partes 1ª. y 2ª. México 1910. Archivo personal.

Levy Amselle, Claudine. *Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación*, Cuadernos de cultura pedagógica No. 1 UPN.SEP, México, 1987.

Libros de *Actas del Consejo Técnico de la ENEO*. De 1945 a 1974. ENEO-UNAM. México.

López Reyes, Janet. Márquez Paredes, Vianey. *Un acercamiento sociocultural a las parteras tradicionales desde la óptica de Enfermería: El caso de algunas comunidades en Uruapan, Michoacán*. Tesis profesional dirigida por Alatorre Wynter, Edda ENEO UNAM. México 2000.

López Sánchez, Oliva. *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, Edit. Plaza y Valdés Editores, CEAPAC, México 1998.

Malvido, Elsa. "Las Hermanas de la Caridad en México en el siglo XIX. El origen de la Enfermería actual". *XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería*. ENEO UNAM. México 1992 pp. 23-36.

Manfredi, Maricel. Souza, Alina. "Educación de Enfermería en América Latina". En. *Educación Médica y Salud*. Vol. 20, Número 4. México 1986.

Mañeru Méndez, Ana. et. al. "La diferencia sexual en la educación, las políticas de igualdad y los temas transversales". En Belausteguigoitia, Marisa. Mingo, Araceli.

Géneros prófugos. Feminismo y Educación. UNAM. PUEG. CESU. Colegio de las Vizcaínas. Paidós Género y Sociedad. México 1999:251-274.

Maroun, Virginia M. (coord.) *La Iniciativa Tripartita para la Enfermería en América del Norte: Canadá, México y Estados Unidos.* Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools USA 1996.

Martínez Benítez, Ma. Matilde. (coord.) *Sociología de una profesión. El caso de Enfermería,* Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevomar, México 1985.

Martínez Rocha, Ana Ma. Et. al. "Desarrollo histórico de Enfermería en el país y en Hospital General de México". *II Jornadas de Enfermería.* S.S.A. Dirección General de Asistencia Médica. Departamento de Enfermería. Febrero 1978. Mimeo. Archivo Personal. México.

Mc.Dermit, María Teresa. "Nuevas direcciones en el ejercicio de la Enfermería". *Revista de Enfermería IMSS.* Vol. 1. No. 2-3. México 1988. p.p. 56-58.

Mc.Dermit, María Teresa. "Importancia de fortalecer la autoestima y la actitud de competencia en la enfermera de hoy". *XII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería.* ENEO-UNAM. México. 1992. p.p. 268-270.

Memorias. Salud de la Mujer, UAM-Xochimilco, 2ª edición, México 1988.

Mertus, Julie. Et al. *Derechos Humanos de las Mujeres : Paso a Paso,* Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Women, Law & Development Internacional. Human Rights Watch Women's Rights Project. 1999.

Módena, María Eugenia. *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica.* Ediciones de la Casa Chata No. 37. México 1990.

Módena, María Eugenia. Mendoza, Zuanilda. *Géneros y Generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres de la ciudad de México*. Population Council. EDAMEX. México, 2001.

Monsiváis, Carlos. "Sexismo en la literatura mexicana". En: Urrutia, Elena (comp) *Imagen y realidad de la mujer*. Edit. SEP Setentas Diana 1997.

Montesinos, Rafael. "La masculinidad: la cultura y las tendencias genéricas en el México contemporáneo". En Racielo, P., Pérez Gil, S. (coords.) *Seminario Debate actual sobre los Estudios de Género*. CIESAS. INNSZ. México 1997. pp. 36-41

Morales, Ma. de Jesús. Valle, René. *Cronología de la ENEO 1929-1979*. ENEO-UNAM. México 1979.

Moreno Silva, Pablo. "Evaluación del Plan de Estudios". *Revista de la Facultad de Medicina* No. 3 jul-sept. México 1985.

Mrkwicka, Leonore. "Violence and stress in nursering". *Reflections Third Quarter*. Ireland 1999 p.p. 22-23.

Muriel, Josefina. *Los recogimientos de las mujeres. Respuesta a una problemática social novohispana*. UNAM. IIH. México 1982.

Muriel, Josefina. *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. UNAM. Cruz Roja Mexicana. México 1990.

Muriel, Josefina. *Hospitales de la Nueva España. Tomo II. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII*. UNAM. Cruz Roja Mexicana. México 1991.

Nájera Nájera, Rosa Ma. et.al. *Situación de las Escuelas de Enfermería de la República Mexicana*. S.S.A. México 1988.

Nightingale, Florence. *Notes on Nursing: what it is and what it is not*. Dover Publications Inc. New York 1969.

Ocaranza, Fernando. *Historia de la Medicina en México*. Edit. Cien de México. CONACULTA. México 1995.

Oficina Sanitaria Panamericana, Coordinación de Recursos Humanos. *Lineamientos generales para el desarrollo de un Programa de Investigación en Enfermería 1992-2000*. OPS/OMS.

Oliver Sánchez, Lilia. *El Hospital Real de San Miguel de Belén 1581-1802*. Edit. Universidad de Guadalajara. México 1992.

Organización de los Estados Americanos. *5to. Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas*. Washington, D.C. 1998.

Ortega, Sergio (comp.) *De la santidad a la perversión o de por qué no se cumplía la ley de Dios en la Sociedad Novohispana*. Edit. Grijalvo. México 1985.

Pacheco, Gilda. (coord) *Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres*. IIDH.CLADEM. Costa Rica 1996.

Pateman, Carole. *El contrato sexual*. Edit. Anthopos. UAM Unidad Iztapalapa. México 1995.

Perera Álvarez, Eduardo. *La evolución profesional de la mujer en la Universidad*. Centro de Estudios sobre la mujer. El Colegio de México. México 1986.

Pereyra, Carlos. Et.al. *Historia ¿para qué?*. 13^a. Ed. Edit. Siglo XXI. México 1990.

Pérez Loredo, Luz. "Momentos históricos de Enfermería en México". Rev. Higiene. Abril-junio. Vol. 38 No. 2. Sociedad Mexicana de Salud Pública. México 1985.

Pérez Loredo, Luz. *Efemérides de Enfermería 1900-1985*, Edit. Miguel Ángel Porrúa. México 1986.

Pérez Loredo, Luz. "Notas sobre el proceso histórico-social de Enfermería". *Revista de Enfermería del IMSS*. Vol. 5. Núm. 1. enero-abril. México 1992 p.p. 45-47.

Pérez Loredo, Luz. "Características de los servicios de Enfermería al inicio del siglo XX". *XIII Reunión Nacional de licenciados en Enfermería*. Memorias. ENEO-UNAM. México 1992.

Phillis, Anne. *Género y teoría democrática*, Isabel Vericat (trad.), Edit. UNAM Instituto de Investigaciones Sociales PUEG, México 1996.

Piussi, Anna María. "La pedagogía de la diferencia sexual. Nuevas perspectivas en Italia". En Belausteguigoitia, Marisa. Mingo, Araceli. *Géneros prófugos. Feminismo y Educación*. UNAM. PUEG. CESU. Colegio de las Vizcaínas. Paidós Género y Sociedad. México 1999:276-289.

Ponce de León, Sara Alicia. "La mujer y la salud". *Revista Enfermeras*. No. 12. México 1994. p.p. 10-16.

Radkau, Verena. "*Por la debilidad de nuestro ser*". *Mujeres del pueblo en la paz porfiriana*, Cuadernos de la Casa Chata. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México 1989.

Ramírez Esparza, Carlos. *Apuntes para la historia de la Medicina del Hospital Civil de Guadalajara 1800-1950*. Edit. Universidad de Guadalajara. México 1990.

Ramos Contreras, Marín. "Preparación y función social de las enfermeras adscritas al Servicio de Sanidad Militar". *La enfermera en la 2ª. Asamblea Nacional de Cirujanos*. México 1938 p.p. 75-81.

Randall, Margaret. *Las Mujeres*, 10 edición, Siglo XXI Editores, México 1989.

Ravelo, Patricia. Pérez Gil, Sara Elena (coords.). *Seminario Debate Actual sobre los Estudios de Género*. CIESAS, INNSZ. México 1997.

Ríos Everardo, Maribel. *El género en la socialización profesional de enfermeras*. UNAM.CRIM. México, 2001.

Riquer Fernández, Florinda (coord.) *Relatoría del taller la niña de hoy es la mujer de mañana*, DIF, GIMTRAP, UNICEF, México 1998.

Roca Belmont, Alicia. "Educación Profesional en Obstetricia en México". *Memorias II Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia*. AME.SSA. México 1955. p.p. 47-54.

Román Celis, Carlos. "Proyecciones de la Legislación Sanitaria en la Asistencia Médica". En *Revista de la SSA*. No. 8. Junio, México 1979 p.p. 26-27.

Rosen, George. *De la policía médica a la medicina social*. Edit. Siglo XXI. México 1985.

Rubio Domínguez, Severino (comp.) *XIII Reunión nacional de licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna"*, Edit. UNAM ENEO, México 1992.

Ruiz Martínez, Cristina. "La moderación como prototipo de santidad: una imagen de la niñez". En Ortega N., Sergio. *De la santidad a la perversión*. Edit. Grijalvo. México 1986 p.p. 49-63.

Ryan, Sandra. Porter, Sam. "Men in Nursing: A cautionary comparative critique". *Nurse Outlook* Vol. 41 No. 6. E.U.A. 1993. p.p. 262-267.

Sacristán, Ma. Cristina. *Locura y Disidencia en el México Ilustrado 1760-1810*, Edit. El Colegio de Michoacán. Instituto Mora, México 1994.

Sahagún, Bernardino de. *Historia General de las cosas de Nueva España*. 4 vols. Edit. Porrúa. México 1956.

Sahagún, Bernardino de. *Suma indiana*. UNAM. Coordinación de Humanidades. México 1992.

Salas, Monserrat. "Contribución a la hipótesis del androcentrismo del sistema biomédico". En: Ravelo, P., Pérez Gil, S. (coords). Seminario *Debate actual sobre los estudios de género*. CIESAS. INNSZ. México 1997 pp 22-23.

Salas Segura, Susana. *Informe de actividades 1999-2003, síntesis*. ENEO-UNAM. Mexico 2003.

Salles, Vania. McPhail, Elsie (coord.) *Nuevos textos y renovados pretextos*, Edit. El Colegio de México, México 1994.

Sánchez Herrera, Beatriz. Pinto Afanador, Natividad (coords.) *Dimensiones del Cuidado*. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia 1997.

Sayavedra Herrerías, Gloria. Flores Hernández, Eugenia (coords.) *Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, Red de Mujeres A. C., México 1997.

Scott, Joan W. "El problema de la invisibilidad". *Género e historia: la historiografía sobre la mujer*. Instituto Mora. México 1993.

Scott, Joan W. "La mujer trabajadora en el Siglo XIX". **Serie Mujer y Derechos Humanos 6**. *Derechos Humanos de las Mujeres. Aportes y Reflexiones*, Movimiento Manuela Ramos, UNIFEM, Lima 1998.

Sentíes, Yolanda (coord.). *El perfil de la partera tradicional en México*. OMS/OPS-SSA. Mexico 1994.

Seminario de Trabajo de Educación en Enfermería. Memorias. Zimapan, Hidalgo. SSA. UNAM. OPS México 1954. Archivo personal.

SEP. *La Globalización de la Educación Superior y las Profesiones: El Caso de América del Norte*. III Reunión Trilateral. Memorias. México 1994.

Serie Mujer y Derechos Humanos 6. *Derechos Humanos de las Mujeres. Aportes y Reflexiones*, Movimiento Manuela Ramos, UNIFEM, Lima 1998.

Sipila, Helvi. Et al. *Las Naciones Unidas y la Mujer*. UNITAR. Secretaría de Relaciones Exteriores. México - Nueva York 1975.

Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. (SIARHE). SSA.OMS/OPS. México 2000.

Somolinos D'Ardois, Germán. *Relación alfabética de los profesionistas médicos o en conexión con la Medicina, que practicaron en territorio mexicano (1521-1618)*.

Capítulos de Historia Médica Mexicana. Biblioteca Dr. Nicolás León. Palacio de Medicina. Archivo personal.

Sosa Vázquez, Esperanza. "Estructura de Enfermería en México". *Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería*. UNAM, ENEO. México 1982. p.p. 89-98.

Sosa Vázquez, Esperanza. "Editorial" *Revista de la Asociación Mexicana de Enfermería*. Nueva Época. Año IV No. 4 julio-octubre. México 1957. p. 3.

Soustelle, Jacques. *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la Conquista*. Edit. FCE. México 1974.

S.S.A. Programa de Acción: *Mujer y Salud PROMSA*. México 2002.

Staples, Anne, "La constitución del Estado Nacional". Vázquez, Josefina Zoraida. Et.al. *Historia de las profesiones*. Edit. El Colegio de México. México 1982 pp. 93-110.

Sullerot, Evelyne. *El hecho femenino*. Edit. Argos Vergara, S.A. Barcelona, España 1979.

Szasz, Ivonne. *Sexualidad masculina, el deseo escindido*. <http://www.jornada.unam.mx/1996/dic 96/961205/ls-ivonne.html>

Szasz, Ivonne. "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil". En: Figueroa P., Juan (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México. México 1998 p.p. 313-331.

Tanck de Estrada, Dorothy. "La Colonia". Vázquez, Josefina Z. Et.al *Historia de las profesiones*. El Colegio de México 1982 pp. 34-44.

Tapia Hernández, Silverio. (comp.). *Principales Declaraciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por México*. CNDH. México 1999.

Tapia Uribe, F. Medardo. *La educación de la mujer en la cultura familiar y en la salud de los hijos. (Reflexiones teóricas y metodológicas)*, Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México 1990.

Thompson, Yoyce. Thompson, Henry. *Ética en Enfermería*. Edit. El Manual Moderno. México 1984.

Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedad*. Edit. Nueva Imagen. México 1981.

Torres Alcalá, José. "Enfermería. Procedimientos". En: *Revista Hospitales y Clínicas*. Año 2- No. 19. sept. 1969. México. p. p. 1472-1479..

Tuirán, Rodolfo. "La salud de las mujeres: controversia y construcción del consenso en la Conferencia de Beijing." *Revista Mexicana de Política Exterior Número 48*. Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos. México. 1995 p.p. 105-122.

Tuñón Pablos, Esperanza. *Mujeres que se organizan. El frente único pro Derechos de la Mujer 1935-1938*. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. UNAM (Coordinación de Humanidades), México 1992.

Tuñón Pablos, Esperanza. *Género y Salud en el sureste de México*. ECOSUR. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México 1997.

Tuñón, Julia. *Mujeres en México recordando una historia*, Edit. Planeta, México 1987.

Urrutia, Elena (comp.) *Imagen y realidad de la mujer*, Secretaría de Educación Pública, México 1979.

Valentín, Patricia E. "A gender perspective on conflict management strategies of nurses". *Journal of Nursing Scholarship* vol 33 núm. 1. Canadá 2001 p.p. 69-74.

Vasco Uribe, Alberto. "La Enfermería como profesión". En Cardaci, Dora (comp.) *Revista Mujeres y Medicina* No. 4 UAM Xochimilco. México 1990 p.p 45-51.

Vázquez, Josefina Zoraida. Et.al. *Historia de las profesiones*. Edit. El Colegio de México. México 1982.

Venegas Ramírez, Carmen. *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*. SEP. INAH. México 1973.

Villanueva Flores, Rocío. (comp) *Sobre género, derecho y discriminación*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Defensoría del Pueblo. Lima, Perú 1999.

Wainerman, Catalina. Geldstein, Rosa. *Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*. Centro de Estudios de Población. Cuaderno del CENEP No. 44. Argentina 1990.

Ward Velasco, Ma. Luisa. Et.al. *Enfermería Fascículo 9*. SEP Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica DGP. México 2001.

Waters, Mary Alice. *Marxismo y feminismo*, Edit. Distribuciones Fontamara S.A., México 1989.

Xelhuantzi L., María. (comp.). *Catálogo del fondo Escuela Nacional de Medicina.* CESU. AHUNAM. México 1984.

Yáñez, Ana María. "El trabajo femenino y el principio de igualdad". En *Derechos Humanos de las Mujeres. Aportes y Reflexiones.* Movimiento Manuela Ramos. UNIFEM. Lima, Perú 1998 p.p. 119-146.

Yurén Camarena, María Teresa. *Mujer, educación informal y valores.* Colección: Cuadernos de cultura pedagógica No. 2. UPN. SEP. México, 1987.

Zúñiga Vázquez, Esther Beatriz. *Memoria de las modificaciones, cambios y creación de planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de la UNAM, 1925-1980.* Universidad Nacional Autónoma de México, México 1982.