

Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción en el siglo XX

RESUMEN

Objetivos: estudiar las características sociales, culturales y sanitarias como determinantes sociales de la creación, formación y desarrollo de la enfermería profesional del Perú en el siglo XX. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo histórico-social a partir de búsqueda documental y transversal y fuentes orales. Se seleccionaron siete escuelas/facultades de enfermería y 16 entrevistas de profesionales docentes. El referencial teórico de análisis fue el materialismo histórico y dialéctico. **Resultados:** los datos revelaron que esos eventos están intrínsecamente relacionados con las transformaciones sociales, políticas, culturales y sanitarias ocurridas en la sociedad peruana durante su trayectoria histórica. La problemática en el ejercicio profesional viene mostrando las mismas características de las profesiones identificadas como femeninas, y está relacionada con las mismas determinantes sociales que derivan en la limitada valoración social de la profesión. **Conclusiones:** el estudio pretende que las situaciones encontradas sean útiles a futuros investigadores de las escuelas y facultades de enfermería, las asociaciones profesionales de enfermería del Perú, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, para continuar profundizando en situaciones relacionadas con la profesión en el Perú y en los países de América Latina.

PALABRAS CLAVE

Historia de la enfermería, escuelas de enfermería, enfermería, historia, historiografía (fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Barrionuevo-Bonini B, Fernandes-de-Freitas G, Cerna-Barba MP. Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción en el siglo XX. Aquichan 2014; 14(2): 261-271.

1 Enfermera. Magíster en Ciencias, Universidade de São Paulo, Brasil. bonini@usp.br

2 Enfermero. Abogado. Profesor Asociado, Universidad de São Paulo, Brasil. genivalf@usp.br

3 Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente Principal, Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. mpcb28@gmail.com

Recibido: 20 de mayo de 2013

Enviado a pares: 4 de junio de 2013

Aceptado por pares: 2 de septiembre de 2013

Aprobado: 28 de enero de 2014

The History of Nursing in Peru: Social Determinants of its Construction in the Twentieth Century

ABSTRACT

Objectives: Examine social, cultural and health characteristics as social determinants in the creation, training and development of professional nursing in Peru during the twentieth century. **Materials and methods:** This descriptive, socio-historical study is based on documentary, cross-sectional research combined with oral sources. Seven nursing schools/faculties and 16 interviews with teaching professionals were selected. Historical and dialectic materialism served as the theoretical reference for the analysis. **Results:** The data showed those events to be linked intrinsically to the social, political, cultural and health changes in Peruvian society during its history. The problem in professional practice has the same characteristics as professions identified as feminine and is related to the same social determinants that result in limited social status for the profession. **Conclusions:** This study is intended to reveal situations that will be useful to future researchers in nursing schools and faculties, professional nursing associations in Peru, the World Health Organization and the Pan American Health Organization as part of an effort to continue to delve into situations related to the nursing profession in Peru and throughout Latin America.

KEY WORDS

History of nursing, schools, nursing, history, historiography (source: DeCS, BIREME).

História da enfermagem no Peru: determinantes sociais de sua construção no século XX

RESUMO

Objetivos: estudar as características sociais, culturais e sanitárias como determinantes sociais da criação, formação e desenvolvimento da enfermagem profissional do Peru no século XX. **Materiais e métodos:** estudo descritivo histórico-social a partir da busca documental e transversal e fontes orais. Seleccionaram-se sete escolas/faculdades de enfermagem e 16 entrevistas de profissionais docentes. O referencial teórico da análise foi o materialismo histórico e dialético. **Resultados:** os dados revelaram que esses eventos estão intrinsicamente relacionados com as transformações sociais, políticas, culturais e sanitárias ocorridas na sociedade peruana durante sua trajetória histórica. A problemática no exercício profissional vem mostrando as mesmas características das profissões identificadas como femininas, e está relacionada com as mesmas determinantes sociais que derivam na limitada valorização social da profissão. **Conclusões:** o estudo pretende que as situações encontradas sejam úteis a futuros pesquisadores das escolas e faculdades de enfermagem, às associações profissionais de enfermagem do Peru, à Organização Mundial da Saúde e à Organização Pan-americana da Saúde, para continuar aprofundando em situações relacionadas com a profissão no Peru e nos países da América Latina.

PALAVRAS-CHAVE

História da enfermagem, escolas de enfermagem, enfermagem, história, historiografia (fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

El presente estudio discute las prácticas de salud considerando que, dentro del contexto peruano, es imposible entender la evolución de esta profesión sin establecer su relación con los acontecimientos históricos. No obstante, se tiene muy claro que la enfermería como profesión viene sufriendo transformaciones a través de su historia y algunos de esos aspectos fueron decisivos para el desarrollo de la profesión.

Como profesionales de enfermería esa situación nos conduce a cuestionarnos: ¿es posible tener sentido en el mundo sin aproximarse a nuestra historia? Considerando la trayectoria de la enfermería peruana ¿cómo comprender su contexto profesional sin conocer su historia? Los estudiosos refieren que la historia sirve para ilustrar el contexto vivido y fortalecer los detonantes significativos de este contexto. Así, el estudio se justifica por el factor del conocimiento histórico de la enfermería peruana que permite elucidar ese contexto y fortalecer los significados de la profesión en los contextos social, económico, político y cultural.

Al respecto comprendemos que el papel de la Universidad, y dentro de esta las escuelas/facultades de enfermería, debe fomentar, además de sus responsabilidades en la enseñanza, la investigación, desarrollar el conocimiento en relación con los recursos humanos que forma, la práctica que desarrollan y las condiciones en que viene desarrollándose dentro del contexto.

Los estudios sobre la historia de enfermería son muy importantes debido a su función social y posibilitan la toma de conciencia de lo que somos en cuanto producto histórico, así como el desarrollo de la autocrítica y la construcción de nuestra identidad profesional. Así mismo, tales estudios tienen una utilidad fundamental en el proceso de enseñanza en las escuelas y facultades, con una propuesta de formación crítica del enfermero para una praxis social de cambio frente a las realidades socio-sanitarias.

El presente estudio tiene como objetivos discutir las determinantes sociales de la creación, formación y desarrollo de la enfermería peruana en el siglo XX, y analizarlas de acuerdo con las condiciones histórico-sociales de conformación de nuestra sociedad.

Materiales y métodos

Por tratarse de un estudio descriptivo de naturaleza histórico-social, fueron seleccionados como fuentes: acervos de bibliotecas

de escuelas y entidades de clase peruanas como Biblioteca Nacional del Perú, Biblioteca del Congreso de la República, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (Aspefeen), Colegio de Enfermeros (CEP), entre otros.

El material bibliográfico se clasificó y ordenó según esas épocas históricas para su descripción y análisis. Los datos del personal de enfermería fueron obtenidos a partir de los testimonios de dieciséis colaboradores por medio de entrevistas que fueron grabadas y transcritas después de su realización.

Los datos obtenidos fueron agrupados en los siguientes temas: creación, formación y desarrollo de la enfermería profesional en el Perú, razones sociales alrededor de estos eventos; desarrollo de los planes de estudio; desarrollo de la profesión en las áreas asistencial, de enseñanza, investigación y otros; limitantes y propuestas para el enfrentamiento de los problemas en la profesión en el escenario peruano. El tratamiento de los datos incluyó la descripción y el análisis cuantitativo y cualitativo de acuerdo con la naturaleza de los mismos. Los aspectos considerados para el análisis y la interpretación de la historia de la enfermería profesional del país fueron emergiendo del referencial del materialismo histórico dialéctico con el recorte de género. La fase de organización, sistematización y análisis de la información facilitó una mejor comprensión de la trayectoria de la enfermería en el siglo XX —que se considera necesaria para la formación de una conciencia crítica—, además del conocimiento de la historia de la enfermería peruana.

Respetando los patrones éticos en investigación con personas, el proyecto fue sometido a análisis del Comité de Ética en Investigaciones del Instituto Nacional de Salud de Lima, Perú, el cual consideró que no existían observaciones éticas para la realización del estudio.

Resultados y discusión

Como parte de los resultados fueron recogidos dieciséis testimonios: dos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huamanga, Ayacucho; cuatro de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno; tres de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca; uno de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima; uno de la Facultad de Enfermería

de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de Lima; cuatro de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, y uno de la Clínica Anglo Americana de Lima.

En las primeras décadas del siglo XX el Estado no manifestaba interés en dictaminar políticas sociales en general, y mucho menos políticas dirigidas a la atención de los problemas de salud de la población, no obstante la epidemia de peste que estaba diezmado a las poblaciones porteñas. Lo que se tiene registrado es el inicio de la colaboración internacional en el campo de la salud en América; así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Rockefeller, a través de la Comisión Internacional de la Salud, iniciarían el apoyo para el combate de las endemias rurales: fiebre amarilla y malaria dirigida a los centros de producción agrícola y centros mineros, a manera de proteger la fuerza de trabajo. Estas organizaciones intentaban implantar los conceptos de salud pública y tuvieron gran influencia en el proceso de creación de las primeras escuelas de enfermería anexadas a los hospitales de beneficencia, como el Hospital Arzobispo Loayza en 1915 con la Escuela Mixta de Enfermeras(os), con un plan de estudios de tres años. El mismo proceso se seguiría con la creación de otras escuelas de enfermería en otros hospitales.

Se observa que, en este periodo, los proyectos de los gobiernos centralistas fueron solamente orientados para paliar con tratamientos empíricos las enfermedades de la población pobre —que era la mayoría—, siendo los profesionales médicos exclusivamente para la atención de los nuevos ricos, las familias pudientes y políticos del gobierno que ejercían cargos oficiales de poder. Para la atención de los problemas de salud de la población existían los hospitales de beneficencia, por ejemplo, el Hospital Arzobispo Loayza para atención de las mujeres y el Hospital Dos de Mayo para atención de hombres. El número de médicos era muy limitado, los estudiantes se encargaban de la atención de casos de cirugía y de los más delicados (1).

En la primera década del siglo XX —año 1906—, la Compañía Anónima “Casa de Salud de Bellavista”, localizada en el primer Puerto del Callao donde se daba el intercambio comercial con embarcaciones del extranjero, creó un moderno centro hospitalario privado, la Clínica Angloamericana, para atender a los enfermos extranjeros, especialmente, empresarios y comerciantes italianos e ingleses que mantenía contratos comerciales con el gobierno. Los médicos extranjeros Nino Barazzini y Jose Mazzini fueron los pioneros de este hecho. En este nosocomio se concibió

la necesidad de crear una escuela exclusiva para enfermeras de clase social alta, dentro de los cánones de la escuela Nightingale (2), registrándose así como la primera escuela de enfermería profesional en el país.

En este periodo, al igual que en los anteriores, la atención que ofrecía este nosocomio reflejaba el interés del gobierno solamente por las clases sociales ricas del país, ofreciendo incluso el apoyo financiero para su funcionamiento. La formación de los profesionales médicos y también de las enfermeras seguía los cánones del paradigma francés, así la enseñanza y el desarrollo en la atención de la salud para esos profesionales tenía como meta París, “los que miran para arriba”, como manifestaba el doctor Fortunato Quesada (2).

Para enfrentar la problemática de salud, sobre todo de la masa trabajadora, se proyectaba programar algunas acciones sanitarias para el control de las epidemias y el manejo de las enfermedades infectocontagiosas en las grandes ciudades, en los puertos marítimos y en las zonas de exportación. Acciones mayoritariamente promovidas por los poderosos grupos capitalistas dominantes interesados en facilitar la exportación de materias primas para los países desarrollados (3, 4), y por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Es así que, articulando el concepto de salud a la capacidad productiva de la masa trabajadora, la atención sanitaria mostró, desde su inicio, ser eminentemente curativa y recuperativa, además de discriminatoria y diferenciadora con relación a la clase social e, incluso, a la raza, y estar subordinada a la capacidad de los servicios privados, servicios de beneficencia y a la buena voluntad filantrópica de los sectores con poder económico. Según Laguna (3), el descanso en el domicilio por enfermedad era privilegio de la clase dominante; para los pobres restaban los hospitales de beneficencia, y para la población rural indígena, totalmente marginalizada, se aplicaban los cánones de la medicina andina popular.

Los historiadores resaltan la presencia y participación de mujeres que se convirtieron en grandes personajes a nivel nacional, por su temperamento de solidaridad y ayuda al prójimo en los hospitales y casas de salud. Muchas mujeres participaron de esos eventos como enfermeras heroicas. Zegarra (5) resaltaba en su libro que la inquietud que animó a las mujeres de proyectar sus

vidas a la solución de las necesidades de otros tuvo sus manifestaciones dentro del desarrollo de la vida del país, en el siglo XIX, en hospitales y asilos a partir de acciones de prevención y protección en la comunidad.

Respecto a la educación, en las primeras décadas del siglo XX los estudios señalan que, para el pueblo, esta continuaba siendo dirigida por las congregaciones religiosas, hecho histórico que determinó la creación de las primeras escuelas de enfermería en la capital del país, Lima, regentadas por las hermanas de San Vicente de Paul y que, dentro de los cánones de las escuelas francesa e inglesa, acogieron el paradigma nightingeliano en la formación de las enfermeras y permaneció hasta la década de los cincuenta en las escuelas y facultades de nivel universitario.

Hasta mediados del siglo XX en Lima se habían creado varias escuelas de enfermería anexas a los hospitales de beneficencia, fenómeno que también se registra en algunas ciudades del interior del país como respuesta a la gran problemática de salud ocasionada, por un lado, por la implementación del modelo capitalista de desarrollo con sus nefastas consecuencias, sobre todo, para las masas trabajadoras de las grandes fábricas; por otro lado, por la gente que migraba del interior del país en busca de trabajo y que se constituyó en poblaciones marginales que vivían en paupérrimas condiciones en los alrededores de las grandes ciudades denominados “cinturones de pobreza”. Además de esto, el modelo económico era propicio para el interés de los grupos capitalistas que iniciaron la creación de instituciones de salud privada. En este periodo también fueron frecuentes los movimientos sociales de los trabajadores en reclamo de sus reivindicaciones.

En esta época se resalta que la implementación del modelo industrial, aunque reiterativamente tendía a marginalizar sobre todo a las regiones del interior del país, determinó que en el ámbito gubernamental se iniciaran políticas sociales en general, y políticas relacionadas con la atención a la problemática de salud, en particular, lo que supone los antecedentes de los principios orientadores de la seguridad social en la Constitución Política de 1933, la creación de los ministerios de Educación, de Salud, del Trabajo y Seguridad Social (1935), la creación del Seguro Social del Trabajador (1936) y, en general, la concepción moderna de los servicios sociales como derechos públicos, expresión de la democratización de la sociedad peruana respecto de la rigidez técnico-estamental de la república oligárquica (6). En estos eventos se

observa la gran participación de los trabajadores —mujeres y hombres— de las grandes fábricas manufactureras de la capital, los que con sus justas luchas reclamaban sus derechos sociales.

A partir de la década de los sesenta, muchos acontecimientos se sucedieron en el contexto socioeconómico peruano que influenciaron el desarrollo de prácticas de atención en salud por las instituciones formadoras de médicos y enfermeras profesionales.

Así, la revisión de la evolución económica, social y política desde 1963 revelaba la ausencia de una estrategia de desarrollo sustentable que lograra elevar el bienestar de todos los peruanos. La mitad de la población registraba una situación de pobreza, y la extrema desigualdad en la distribución de la riqueza y los ingresos era una característica de la sociedad peruana que provocó diversos esquemas de política. Sin embargo, todas estas estrategias se vieron limitadas por diversas causas, especialmente económicas y políticas, ya que las políticas sociales en general no son independientes de estas y no se aplican en contextos iguales sino en entornos cambiantes en los planes institucionales, políticos, internacionales y especialmente históricos.

En el Perú, la dependencia económica se acentuaba y la crisis generaba condiciones de vida infrahumanas con problemas de salud derivados de enfermedades infectocontagiosas, particularmente. En los años sesenta y setenta los gobiernos intentaron mitigar la situación con políticas de asistencialismo, construyendo por ejemplo escuelas a nivel nacional y emitiendo la Ley de la Educación Secundaria Gratuita (7).

Un elemento de interés político-ideológico para el control social de los gobiernos burgueses es la educación pública. Así la reforma educativa se dio con la propuesta de forjar “el hombre nuevo”, pero las medidas que se implantaron resultaron incoherentes; ejemplo de esto fue que, aunque se estableció la educación dirigida al trabajo, no se crearon industrias y talleres para su preparación en los centros educativos; se reguló la educación universitaria bajo la dirección del Consejo Nacional de la Universidad Peruana (Conup), limitando la libertad y creatividad de los centros superiores; los programas y departamentos académicos en las universidades se crearon a partir del modelo norteamericano, con una clara intención de manejo centralizado. En esta época también se definió la educación inicial como proceso de aprestamiento infantil, entre otros. No obstante la situación des-

crita, en el planeamiento de la educación superior se crearon más universidades e institutos tecnológicos privados y centralizados en las ciudades progresistas.

En 1968, la crisis económica estructural cedía al golpe del Estado militar como un intento radical por mejorar la situación social caótica en el país. El gobierno Nacionalista Revolucionario de las Fuerzas Armadas (general Velasco Alvarado) tuvo entre sus planes reivindicar lo social, pero se percibirían enormes limitaciones en la estrategia económica. El fracaso de este modelo se verifica en 1975 con una economía en profunda crisis, no solamente en el plano económico, sino también en los aspectos políticos e institucionales.

En 1979, la pobreza en el Perú afectaba al 46 % de la población. En términos absolutos el número de pobres aumentó durante la década de los setenta. Algunas cifras disponibles de 1979 mostraban lo siguiente: pobreza en la zona urbana, 35 %; en la zona rural, 65 %; indigencia en zona urbana, 12 %; en zona rural, 37 %. La inversión en el sector educación constituía el 4,7 % del PBI en 1975, y el 2,3 % en 1979; en salud 1,7 % en 1975 y 3,0 % en 1979 (8).

En cuanto a la atención de la problemática de salud se registra la creación de un mayor número de clínicas privadas a nivel nacional; a su vez, los consorcios de empresas privadas proyectaron la formación de profesionales y técnicos de salud a nivel de institutos, universidades privadas y del Ministerio de Salud que, por Resolución Suprema aprueba la nomenclatura única de formación de auxiliares de enfermería en seis meses con requisito mínimo de instrucción primaria, y que posteriormente en 1964 fue con tercer año de secundaria. Esta situación respondía al modelo de desarrollo económico del gobierno en el periodo anterior que promovía la industria hospitalaria y que, entre 1940 y 1960, sustentaba un crecimiento vertiginoso. Elevados porcentajes de inversión en salud se orientaban a los servicios curativos en los hospitales y en la especialización clínica del personal médico y de enfermería.

En este periodo predominaba la atención médica recuperativa sobre la práctica preventiva. Este enfoque se mantiene hasta el presente. Sin embargo, haciendo eco de los acuerdos de los ministerios de salud del continente americano, dentro de estos del Perú, se oficializó el Plan Decenal de Salud para las Américas

(1972-1981). En 1977, la Octava Asamblea de la OMS, aprueba una Resolución en la cual se establece como meta de los gobiernos y de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, siendo la “atención primaria” la estrategia clave para alcanzar esa meta.

En el siglo XX se crea el mayor número de escuelas de enfermería, algunas afiliadas a las clínicas privadas y hospitales y otras a las universidades de la capital, Lima, y en el interior del país. Un hecho importante es lo referente a la creación y el reconocimiento de la enfermería universitaria en 1964 como resultado del convenio entre la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), el Ministerio de Salud y la OPS con el fin de elevar la formación de enfermería a nivel universitario. Este hecho impulsó el desarrollo de la educación en los servicios de enfermería a través de programas complementarios y la creación de facultades y escuelas de enfermería a nivel universitario; lo anterior es antecedido por la creación en 1958 de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho, departamento del interior del país. Además, se iniciaron los programas de posgraduación con la creación del Instituto de Posgrado en 1958, en el Ministerio de Salud Pública, que ofrecería cursos básicos de educación y administración en enfermería (9).

La realidad mostraba el interés del Estado por enfrentar, aunque muy superficialmente, los graves problemas sociales sobre todo de salud y educación, como consecuencia de la implantación del modelo capitalista industrial, al igual que en otros países de América Latina. En esta realidad, la historia registra que los problemas de salud se acrecentaron y necesitaron de ser atendidos, sobre todo, los del campo de la salud del trabajador para recuperar la mano de obra explotada. Esta situación es determinante para el desarrollo de la industria hospitalaria, así, entre 1940 y 1960 se dio un vertiginoso crecimiento de escuelas de enfermería en la capital del país, y de facultades de medicina, estableciéndose la hegemonía de la atención médica hospitalaria. Otros eventos sucederían en este periodo relacionados con la organización de los profesionales de la salud y la educación a nivel de asociaciones y sindicatos, y en Enfermería con la creación del Colegio de Enfermeros del Perú como entidad encargada del desarrollo de la profesión. Es necesario resaltar que si bien esas organizaciones fueron reconocidas socialmente, no tuvieron influencia en las decisiones del trabajo, y la formación de estos profesionales en los establecimientos de salud y escuelas permaneció centralizada; dichas organizaciones solamente cumplieron funciones de defensa de sus intereses.

La realidad es que en el año 1977 las condiciones sociales en el país determinaron constantes protestas de los trabajadores de la salud, la educación, la minería, los transportes, etc., que culminaron en jornadas de huelgas nacionales que obligaron al gobierno militar a retirarse del poder. La burguesía se aferró al control estatal y sustituyó a los militares por los civiles en una aparente renovación política. El hecho histórico más sanginario habría de acontecer en este periodo con el surgimiento del terrorismo en el sur del país, donde se concentraba la pobreza, como Ayacucho, y en la ciudad de Huamanga, en el centro académico de la Universidad Nacional de Huamanga.

Se percibe en este periodo la poca o nula atención del Estado por la problemática de salud, ya que eran las empresas privadas las más interesadas en crear el mayor número de instituciones formadoras de profesionales de salud en la capital del país para la atención centralizada en los hospitales. En esta época, los pueblos del interior del país, dentro de este Cajamarca, hicieron muchas movilizaciones, huelgas de hambre, entre otras para llamar la atención del Estado en cuanto a la problemática de salud y de educación, entre otras. En el año 1967 se creó la primera Escuela de Enfermería en el departamento de Cajamarca, para atención de los pacientes que acudían al único Hospital Belén de la Región, en la versión de una enfermera entrevistada.

El perfil epidemiológico del país registraba, en la década de los noventa, enfermedades asociadas a la pobreza como desnutrición crónica, tuberculosis, enfermedades infectocontagiosas, respiratorias, muertes maternas y de niños, cólera, entre otras, además de las enfermedades crónico-degenerativas. Mientras que la inversión gubernamental en este sector de un año a otro se reducía: entre 1987 y 1988 se redujo en 75 %. En 1991, el gasto en salud representó solamente 0,31 % del PIB, restricción que afectó el desarrollo de los diversos programas del área y el adecuado equipamiento de los establecimientos públicos de salud (10).

Las determinantes de esta situación se encuentran articuladas al hecho de que, a través de su historia, el Perú ha pasado por diversos momentos de crisis sociales, económicas y públicas como consecuencia de los vicios estructurales en los modelos de desarrollo practicados en el país. La crisis de los años, iniciada aproximadamente en 1975 y agudizada en la década de los noventa, es considerada como la más grave de toda su historia. Esto como consecuencia de la dependencia económica y del papel subalterno y periférico que ocupa el país en el sistema capitalista

mundial. Esta situación viene generando una aguda recesión económica que hace que el aparato productivo se vea estancado y sin perspectivas a medio plazo. Esto es válido tanto para los hombres como para las mujeres, aunque son ellas las que llevan siempre la peor parte (11).

Existen evidencias empíricas que muestran la persistente desigualdad entre la población económicamente activa masculina y femenina, incluso en el interior de las ocupaciones o en el ejercicio profesional. En la enfermería, por ejemplo, en tanto las mujeres aumentaban en número por la mayor creación de escuelas y facultades de enfermería a nivel nacional, se registraban altas tasas de desempleo y subempleo —hechos muy discutidos en los eventos organizados por el Colegio de Enfermeros—; sin embargo, no se mostraba abiertamente como una necesidad el tratamiento de esta problemática que precisaba ser enfrentada y solucionada a nivel de las instituciones empleadoras como el Ministerio de Salud (Minsa).

Según Ingianna (12), las largas jornadas de trabajo de algunas mujeres del sector salud absorbían de 10 a 12 horas diarias en tareas que demandaban un gran desgaste de energía y esfuerzo físico, tanto por el tipo de trabajo como por la concentración que requiere la dedicación exclusiva al cuidado de personas enfermas, como es el caso de los profesionales de enfermería. Además de esto, el trabajo doméstico no es considerado como generador de valores de uso (bienes y servicios), aunque signifique la reproducción de la fuerza de trabajo.

No obstante la situación descrita, la disponibilidad global de recursos humanos en el área de salud creció significativamente en esta época. El número de médicos pasó de 5.325 a 19.635, de 1964 a 1986. En 1990 eran 23 mil. El personal de enfermería también se cuadruplicó, entre 1964 y 1986, de 3.163 a 14.709, y en 1996 se registraban 28.000 profesionales. Estos se encuentran concentrados en la capital y en las grandes ciudades del país. En Lima, por ejemplo, permanecían 73 % de los médicos y 55 % de las enfermeras, lo que contabiliza un médico para cada 440 habitantes, mientras que en el resto del país la media era de un médico para 2.500 habitantes (13).

En el sector salud, la tendencia en las políticas de expansión de los servicios determinó el aumento de las instituciones de salud y, consecuentemente, de aquellas formadoras del personal,

particularmente de enfermería de nivel superior. Las instituciones formadoras de profesionales de salud —escuelas y facultades de medicina y enfermería— también aumentaron en el sector privado en este periodo. Por ejemplo, en 1996, el Colegio de Enfermeros del Perú refería que en 1960 existían 12 escuelas de enfermería, en 1990, 28 y en 1996, 34 escuelas con una producción anual de 1600 enfermeras (14).

Este crecimiento en el número de escuelas y facultades no significó una mejora en la atención de la problemática de salud de la población, ya que en su mayoría estos profesionales continúan concentrados en las instituciones públicas y privadas —hospitales, clínicas— de la capital del país y ciudades progresistas de la región de la costa, sin mejora en sus condiciones de trabajo. La verdad es que no se tiene un registro real de la situación laboral de estos profesionales y, en general, del recurso humano en salud a nivel nacional. Los colegios profesionales registran un crecimiento de sus inscritos determinado por la creación de mayores instituciones privadas formadoras de estos profesionales: enfermeros, médicos, obstetras, entre otros. Según Cerna (11), este periodo registra un crecimiento de universidades privadas formadoras de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, etc., para atención en las clínicas privadas localizadas preferentemente en Lima, consorcios de médicos con institutos privados formadores de técnicos en salud y, en general, un sector privado productivo de salud acorde con el modelo neoliberal implantado para el desarrollo del país.

Entre tanto, la expansión de la pobreza crítica viene generando un aumento de la automedicación y de la medicina tradicional y, consecuentemente, una disminución de la demanda de los servicios de salud del país. Este fenómeno ocurre también por la elevación de las tarifas de los servicios hospitalarios del MINSA que venía ocurriendo desde 1991 (15). Según el estudio “Demanda de salud por el lugar de consulta, 1985-1994”, los pobres extremos disminuyeron su participación en la demanda hospitalaria de 1991 a 1994, de 30,1 a 28 %, y los pobres de 37,3 a 34 % (16).

En suma, el sistema de servicios de salud continuaba mostrando un elevado grado de dispersión institucional, con escasa coordinación de sus sectores, lo que contribuye a su limitada operatividad en el desarrollo de las acciones sanitarias del país. Además de esto, la variedad de instituciones para desarrollar dichas acciones hace más visible aún la falta de articulación y coordina-

ción en la ejecución de los programas de salud, conglomerado de estilos de administración que evidencia la existencia de múltiples organismos paralelos superpuestos y hasta contradictorios para el desarrollo de los programas de salud, lógica de la hiperburocratización del gobierno peruano.

En este periodo, el Colegio de Enfermeros del Perú manifestaba su preocupación por la situación de sus agremiados: el desempleo y subempleo que determinaba la migración de estos profesionales a otros países: 3.000 enfermeras fueron a Italia, a España y EE. UU. en busca de trabajo y de mejores condiciones laborales; sin embargo, se continuaba —aún es así— con la tendencia a formar profesionales, sobre todo en las escuelas/facultades privadas, para el servicio de desocupados y subempleados a nivel nacional.

Esta problemática ha venido siendo discutida en los congresos de enfermería reconociéndose que estaba determinada por la falta de políticas de formación de recursos humanos de salud, lo que genera a su vez la problemática de formación de estos profesionales como recurso de crecimiento numérico, pero con una formación alejada de las reales necesidades sanitarias de la población, y con perfiles que no responden a la atención de la problemática de salud del país.

Así, cerramos el siglo XX arrastrando una problemática que tiene que ver no solamente con la creación, formación y desarrollo de la enfermería profesional en particular, sino con la situación social, económica, política y cultural del país, cuya crisis se torna más profunda por el modelo de desarrollo que viene implementándose con mucha más fuerza desde el inicio del siglo XX: el neoliberalismo.

Conclusiones

Consideramos que dentro del contexto peruano es imposible entender la evolución de la profesión de enfermería sin establecer su relación con los acontecimientos históricos que ocurrieron a lo largo del siglo XX. No obstante, se tiene muy claro que la enfermería como profesión viene sufriendo transformaciones a través de su historia, y algunos de esos aspectos fueron decisivos para el desarrollo de la profesión.

La enfermería profesional, como ejecutora de las acciones de salud y de la formación de recurso para esas acciones, sufre

de cerca las consecuencias de las contradicciones de ese contexto social peruano que, sin embargo, no son visualizadas incluso por los mismos profesionales, como se observó en las entrevistas del estudio.

La problemática en el desarrollo del ejercicio profesional viene mostrándose con las mismas características de las profesiones identificadas como femeninas y, en la investigación, se muestra en relación con las mismas determinantes sociales que derivan en la poca o limitada valoración social, hecho que aún hasta finales del siglo XX prevalece como una gran situación problemática no superada.

En el Perú, hasta finalizar la década de los noventa, se dio un retroceso en las políticas sociales que, en la coyuntura socioeconómica y política actual, se reflejaría aún más en el impulso que fue dándose a la privatización de los sectores sociales, principalmente, salud y educación. El retorno de la atención de la salud de la población al sector privado significa que los servicios de salud serán basados solamente en la capacidad de los salarios y no en las inversiones sociales del Estado. En este contexto, la cuestión social tiende a considerarse como un asunto privado, situación que conduce a que las políticas de salud en el país dejen de ser parte de las políticas de desarrollo y, por tanto, la difusión de los sistemas de medicina gratuita, la descentralización del sistema integrado de salud, el fortalecimiento de la calidad de

los servicios de salud están al margen y aun desarticulados del desarrollo social del país.

Con la apertura a la globalización de la economía ocurrida a partir de 1990 se generó una dualidad económica y, de cierta forma, una modernización aparente para un importante sector de la población nacional. Solo un sector minoritario tiene acceso a los beneficios de esa modernidad, y participa e interviene activamente en el proceso de globalización económica. En el otro extremo está el país de las grandes mayorías que no participa ni se integra en esta modernidad. En este contexto, es necesario reconocer que se viene generando una violencia estructural que atenta contra la calidad de vida de la población, agrede y deteriora las posibilidades de trabajo de la población económicamente activa, limita el progreso y se refleja en el deterioro de las condiciones de salud, índices altos de morbilidad infantil y materna, bajo consumo de calorías y desnutrición, presencia de epidemias y, en general, en un perfil de salud de países subdesarrollados paralelo al de países desarrollados. Así las cosas, las prácticas de salud y los profesionales de esta área, particularmente de enfermería, vienen desarrollándose determinados por esas situaciones sociales, económicas, políticas, culturales y sanitarias.

Se requiere seguir investigando sobre las determinantes del desarrollo de la profesión en nuestro país, temática que sigue las tendencias regionales, nacionales e internacionales en materia de investigación sobre el recurso humano de salud.

Referencias

1. Paz-Soldán CE. Una doctrina y un templo. Lima: Ausonia; 1959.
2. Clínica Anglo Americana, editores. Libro de oro. Lima: Clínica Anglo Americana; 1971.
3. Laguna JA. Políticas sociales y de salud. En: Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú. Nuevas opciones en salud y enfermería para el desarrollo social. Lima: Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú; 1994.
4. Macera P. Historia del Perú I, II, III. Lima: Editora Bruño, 1985.
5. Zegarra JP. Mujer, poder y desarrollo del Perú. Lima: Editorial Dorcha; 1980.
6. De la Guerra. El racismo silencioso y la superioridad de los intelectuales en el Perú. Socialismo y participación. Lima: Editorial Instituto de Estudios Peruanos; 1965.
7. Instituto de Ciencias y Humanidades. Historia del Perú. Lima: Instituto de Ciencias y Humanidades; 2008.
8. Wise C. Perú Post 1968: The Political Limits to State-Led Economic Development. New York: Columbia University; 1990.

9. Benites VT. Evolución histórica social de la enfermería en el Perú. Actas del Seminario Taller de Historia de la Enfermería en el Perú, 15 al 17 de agosto, Trujillo, Perú. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1990.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Compendio estadístico 1991-1992. Lima; 1992.
11. Cerna MB. Enfermeiras de Cajamarca (Perú): Condições de vida e trabalho. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.
12. Ingianna MY. La construcción social del género y su articulación con los elementos de la realidad y de la sociedad. Actas del 11º Congreso Nacional de Enfermería, 10 al 12 de noviembre, Lima, Perú. Lima: Colegio de Enfermeros; 1991.
13. Consejo Nacional de Población, Perú. Programa Nacional de Población de la Mujer (1990-1995). Lima; 1990.
14. Colegio de Enfermeros del Perú. Situación actual de enfermería en el Perú. Lima: Editorial Colegio de Enfermeros del Perú; 1996.
15. Aguinaga LE. La política macroeconómica y su repercusión en los servicios de salud. Actas del seminario Políticas Sociales vs Políticas de Salud; 13 al 14 de noviembre, Cajamarca, Perú. Cajamarca: Escuela de Posgrado UNC; 1996.
16. Perú. Demanda de salud por el lugar de consulta 1985-1994. Lima; 1994.