

La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América latina 1850-1950

Alina Souza

Asesora para la OPS en materia de Enfermería y Salud Pública

Resumen

Antecedentes: En este artículo se analiza la institucionalización de la formación en enfermería en América a luz del desarrollo socioeconómico de la región. Se consideran tres momentos importantes de la formación social la secularización de la asistencia a la salud que marcó el inicio de los programas en los países que históricamente rompieron los lazos entre el Estado y la Iglesia y reformaron el sistema sanitario expulsando las órdenes religiosas de la asistencia a la salud, y la modernización de los servicios de salud resultante de los avances científicos de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX que impulsan el nacimiento de la clínica médica y la extensión de las hospitalizaciones. El movimiento de salud pública, que surge en los EE.UU. en el inicio del siglo XX, y sirve de modelo a los planes de defensa territorial estratégica y desarrollo de sistemas de atención sanitaria entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial. Y, finalmente, la expansión de los programas universitarios en la región.

Objetivo: Analizar el proceso de desarrollo de la formación en enfermería como parte integral de la formación social específica de cada país, y por lo tanto dependiente de ésta.

Conclusión: El desarrollo de la educación de enfermería en América latina refleja el desarrollo socioeconómico irregular y heterogéneo de los países.

Palabras clave: Enfermería en América. Secularización de la asistencia. Salud Pública. Programas universitarios.

Summary

Background: In this article, the institutionalization of training in Nursing in America based on the socioeconomic development of the Region is analyzed. Three important moments in social training are considered secularization of health care that marks the onset of the programs in the countries which, historically, broke the bonds between the State and the Church and reformed the health care system, eliminating the religious orders from the health care and the modernization of the health care services resulting from the scientific advances at the end of the XIX century and onset of XX century the promotes to the birth of clinical medicine and extension of hospitalizations. The second moment is the public health movement, that arises in the USA in the beginning of the XX century, and serves as a model for strategic territorial defense plans and development of health care systems between the first and second world war. And finally, the expansion of the university programs in the Region.

Objective: Analyze the development process of training in nursing as an integral part of the specific social training for each country and thus dependent on it.

Conclusion: Development of the education of nursing in Latin America reflects the irregular and heterogeneous socio-economical development of the countries.

Key words: Nursing in America. Secularization of health. Public Health movement. University programs.

“Las realizaciones del pasado proporcionan los medios existentes para comprender el presente... Los sólidos principios de los objetivos del aprendizaje están en el futuro, y que sus elementos inmediatos se encuentren en la experiencia presente, solamente puede ser puesto en marcha en el grado en que la experiencia presente se extiende, como se puede decir, retrospectivamente. Solamente se puede proyectar el futuro cuando también se incluye el pasado”.

John Dewey, 1948

Introducción

La enfermería en América latina se desarrolla a partir de tres movimientos sociales importantes: la secularización de la asistencia sanitaria, la modernización de la atención médica, la salud pública y su inserción en los programas de educación superior. Este artículo analiza estos tres movimientos y el desarrollo de los programas de educación en enfermería en América latina.

Al final del siglo XIX América latina empieza a consolidar la fase oligárquica de su desarrollo capitalista –período marcado por la diversidad y la heterogeneidad en todo el continente¹. Estas características se hacen evidentes en el desarrollo de la educación en enfermería. Aunque sea posible hacer algunas generalizaciones, el análisis del proceso de educación en enfermería en América latina requiere una visión ajustada a las características regionales y de cada uno de los países.

La formación precapitalista debe ser reconocida como un factor importante de influencia en la complejidad y heterogeneidad del desarrollo capitalista en América latina. Los países marcados por una formación precapitalista frágil, tales como Argentina, Chile, Uruguay y Brasil meridional, han desarrollado economías más fuertes y más tempranamente. En los países con estructuras capitalistas más fuertes, y que no han pasado por una revolución social, como el caso de México, las formas capitalistas son más tardías y no se han consolidado completamente. Este es el caso de Bolivia, Ecuador, Perú y noroeste de Brasil. Además, hay otras situaciones que mezclan los dos modelos mencionados.

En todos los países de América central (excepto Panamá, que se discutirá separadamente) junto a Colombia, Venezuela y Paraguay el desarrollo socioeconómico se caracteriza por enclaves donde confluyeron elementos internos y externos, permitiendo la permanencia de una economía precapitalista frágil al lado de “islas” de desarrollo capitalista.

Otra situación distinta se da como resultado de la ocupación militar de los Estados Unidos en Cuba, Puerto Rico y República Dominicana después de la ruptura de los lazos coloniales con Europa. La administración directa de los Esta-

dos Unidos en el territorio del Canal de Panamá influye especialmente en el desarrollo socioeconómico y la educación en enfermería. Se procura analizar el desarrollo de la educación de enfermería en América latina a la luz de este panorama de desarrollo.

Estructura general de la educación de enfermería en América latina

Secularización de los servicios sanitarios y modernización de la atención médica

El proceso de secularización de los servicios sanitarios ocurre al mismo tiempo que la atención médica; se moderniza ésta influida por el desarrollo científico de la medicina y la consecuente necesidad de organizar la atención al paciente en bases técnicas. Así, se establecen los fundamentos para el surgimiento del entrenamiento formal de personal sanitario, incluyendo la enfermería².

El proceso de secularización de la atención sanitaria en el siglo XIX fue una consecuencia de la separación entre la Iglesia católica y el Estado. Este proceso ocurrió en países en donde la iglesia no ha sido capaz de mantener su alianza con la burguesía nacional durante la formación de los Estados nacionales. Es tam-

bién importante tener presente que la Iglesia católica ejerció una mayor influencia en los países en donde la formación precapitalista fue más fuerte. México es el más típico ejemplo de esta situación.

La independencia de México estuvo seguida de un período de gobierno conservador, que fue mantenido hasta 1854, cuando tuvo inicio la revolución liberal. El gobierno liberal en el poder inició lo que se conoce en la historia mejicana como la "Reforma". La "Reforma" tuvo su mayor impacto en la iglesia. La justicia no solamente confiscó sus bienes, sino también excluyó las congregaciones religiosas de todos los asuntos públicos. En consecuencia, se produce inmediatamente la secularización de la atención médica y de enfermería³.

En los países en que la Iglesia fue capaz de mantener un grado de influencia, el proceso de secularización ocurrió mucho más tarde y se relacionó directamente con los esfuerzos de la burguesía nacional para modernizar la atención médica en la fase oligárquica liberal de su desarrollo. Por ejemplo, Brasil, inició la modernización de la atención médica en 1980⁴. La secularización en América latina, sin embargo, no siempre afectó a la atención de enfermería. En muchos casos, una vez alcanzada la secularización de la administración de las instituciones

de salud (hospitales), las congregaciones religiosas encargadas de la atención del paciente fueron mantenidas bajo la jurisdicción de la Iglesia. Fue el caso de la mayoría de los países en donde la influencia de la Iglesia persistió, como por ejemplo Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia. Hay también ejemplos como Venezuela que, después de la salida de Guzmán Blanco, cuyo gobierno había promovido la secularización, permitió en 1889 la readmisión de las congregaciones religiosas en la atención al paciente⁵.

Es importante observar que, al final del siglo XIX, las congregaciones religiosas dedicadas a la atención de pacientes hospitalizados realizaban entrenamiento específico de enfermería durante el noviciado. Por ejemplo, la Congregación de San Vicente de Paula, que tenía una extensa red de atención en América latina, incluyó un período de entrenamiento de 6 a 12 meses en los hospitales⁶. Más tarde, cuando la legislación que reglamentaba la profesión impuso la necesidad de la educación formal, el requisito de la práctica de enfermería, las congregaciones religiosas empezaron a enviar a sus miembros a las escuelas laicas. A continuación estas Congregaciones también crearon sus escuelas de enfermería; en 1933 se funda la Congregación Internacional de Enfermeras Católicas. En los

dos primeros congresos internacionales, realizados en 1935 y 1937, los temas básicos tratados fueron la profesionalización de la enfermería. El *American Journal of Nursing* (1936) informó de que el Congreso de 1935 se había declarado:

“[...] primero, la necesidad de registro/s de la profesión, como un deber moral; segundo, un compromiso de idoneidad y, tercero, una cuestión de interés vital para las congregaciones religiosas”.

Durante esta reunión el Papa Pío XI también enfatizó la necesidad de que las religiosas fueran altamente eficientes en este trabajo e insistió en que obtuvieran un diploma y las credenciales necesarias para alcanzar estos objetivos, enfatizando la necesidad de continuar los estudios de enfermería^{7,8}. La enfermería en las congregaciones religiosas, por lo tanto, se ha incorporado al proceso secular de modernización de la enfermería como una estrategia para reconquistar su influencia dominante en el campo que había perdido.

A pesar de la influencia de la Iglesia la institucionalización de la educación de enfermería en América latina está directamente asociada al proceso de modernización de la atención médica que tuvo lugar al final de siglo XIX. Los profesionales médicos educados en Europa durante este período pudieron tomar conoci-

miento de las reformas de la enfermería en Gran Bretaña y valorar las ventajas de tener la administración de los hospitales, en todos sus aspectos, bajo control. La Dra. Cecilia Grieson, por ejemplo, fundadora de la primera escuela de enfermería en Argentina, comentó las ventajas del sistema inglés:

“Los ingleses son prácticos, están convencidos de que una economía mayor resulta del empleo de ‘buenas’ enfermeras, aunque tengan que percibir mejores salarios, y si por ellos fuera gastarían generosamente en su bienestar para alcanzar un personal altamente competente, con una buena moral, que utilice bien los medios colocados en sus manos; como resultado de todo esto el mayor beneficiario será la institución, al envés de la contratación de personal incompetente por un precio irrisorio”.

La Dra. Grieson observa que los médicos latinoamericanos, como jefes y administradores, haciendo una analogía con las fuerzas armadas, no están dando la atención necesaria a la preparación de enfermeras, que son “los verdaderos soldados de los campos de batalla de la salud”.

Durante el tercer Congreso Latinoamericano realizado en 1907 en Montevideo (Uruguay), la Dra. Grienson presentó una resolución que fue aprobada. Esta resolución dice:

“Los médicos de los países latinoamericanos deberían trabajar en cada uno de sus propios países para el desarrollo de escuelas de enfermería,

utilizando el modelo general, los patrones de la educación inglesa y norteamericana”.

Sin embargo, esta resolución solamente fue puesta en práctica en la red de hospitales privados, y particularmente en las instituciones extranjeras de los países.

Cuando se celebró este Congreso solamente había 5 países que tenían escuelas de enfermería: Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Colombia. Todas, excepto Cuba, se habían desarrollado por iniciativa médica. La escuela en Brasil fue creada cuando se secularizó el Hospital del Estado de Salud Mental. Las escuelas de enfermería en Cuba, que han promovido la modernización de la asistencia médica, estaban directamente relacionadas con la ocupación militar americana.

Movimiento de salud pública

El movimiento de salud pública proporcionó otro importante momento para el desarrollo de la enfermería en América latina. El movimiento de salud pública se inició en los Estados Unidos de Norteamérica en el final de siglo XIX. Partía de la necesidad de regular la vida cotidiana de los ciudadanos en relación a la salud pública y la higiene individual. El desarrollo del saneamiento público en América latina durante la época colonial estaba subordinado a la autoridad de los municipios. Durante el período que se

extiende de 1830 a 1930 el gobierno central dio inicio a los servicios sanitarios nacionales que, finalmente, se responsabilizaron del saneamiento a nivel nacional. Después de la Primera Guerra Mundial la Fundación Rockefeller inició programas para crear unidades locales de salud y, por primera vez, el concepto de higiene individual incorporado al movimiento de salud pública se incorpora a los programas de saneamiento público en América latina. Es necesario observar, también, que el desarrollo de la enfermería de salud pública estaba igualmente asociada a la necesidad de higiene privada y la educación para la salud de los individuos y las familias.

Al final del siglo XIX “el rápido crecimiento de las ciudades y las nuevas naciones industrializadas muestra la evidente separación entre las clases altas y bajas [...]”¹⁰. Esta situación exigió el establecimiento de responsabilidades nacionales para la salud y el bienestar social. La ideología del período asociaba la pobreza con el desajuste social e impulsaba que los gobiernos creasen condiciones para mejor adaptación a través del establecimiento de patrones par la renta, las condiciones de trabajo, habilitación de buena calidad y atención de la salud¹⁰.

En los Estados Unidos el movimiento de preservación de los recursos natura-

les que se desarrolló al final del siglo XIX fue dirigido a la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud nacional. El informe Fisher sobre la “Vida media nacional, pérdidas y preservaciones”, presentado a la Comisión Federal para la conservación de los recursos nacionales, nombrada por el presidente Theodore Roosevelt, presionó al gobierno en todos sus niveles para desarrollar acciones encaminadas a proteger la salud de los ciudadanos. Fisher¹¹ señaló la naturaleza compleja e interdisciplinaria de una sociedad industrial y la necesidad de que se considerase el interés social por encima del individual en cuestiones de conservación de recursos, promoción de la salud, prevención de enfermedades y saneamiento. Fisher también llamó la atención sobre el hecho de que los problemas sociales y de salud de los Estados Unidos no eran simplemente cuestiones locales, pero se constituían como de interés en la política nacional. Rosen¹⁰ observó que:

“No fue el caso que este punto de vista hubiera adquirido notoriedad en un período marcado por el reaparecimiento de las políticas e ideas mercantilistas en los Estados Unidos, a través de los esfuerzos para adquirir las colonias, que sirviesen de mercados fuertes de materia prima, y así tuvieran una gran población productiva. Si una potencia industrial deseaba una fuerza de trabajo productiva se deseaban hombres suficientemente

sanos y preparados para servir en las fuerzas armadas, era necesario conservar sus recursos humanos”.

El progreso de las ciencias biológicas, también observadas en el final del siglo XIX, ha hecho posible el proyecto de prevención de enfermedades. Por ejemplo, la eficacia de la vacuna ante la viruela y la prevención del escorbuto eran conocidas, aunque no hubiera un pleno conocimiento de su mecanismo biológico básico. Todavía, al inicio del siglo XX, la noción de enfermedades contagiosas e infecciosas ya estaba bien establecida, determinando la base de postprogramas de acción centrados en la prevención de enfermedades¹⁰.

Por lo tanto, al inicio del siglo XX, en paralelo al desarrollo de las ciencias biológicas y el conocimiento sobre la prevención de las enfermedades, la salud pública se postuló como un movimiento importante de los Gobiernos de los Estados Unidos, visando la protección de la salud de los trabajadores.

Previo al análisis del desarrollo de la enfermería en la estructura del movimiento de salud pública, es también importante señalar cómo este movimiento direccionó la división entre medicina preventiva y curativa. Esta división, desde el punto de vista de las agencias gubernamentales y voluntarias de salud por

un lado, o de los médicos clínicos por otro, se puede considerar bajo la influencia del surgimiento del control de la profesión médica y de suponer en la práctica de los Estados Unidos¹⁰.

La práctica médica prevalente hasta el siglo XVII incluía solamente la hospitalización de las clases bajas y la asistencia domiciliar para las clases dominantes. Sin embargo, al inicio del siglo XVIII, bajo la presión social y frente a las epidemias, el establecimiento de los llamados dispensarios comenzó a prestar atención médica y distribuir medicamentos a las clases bajas, en base a la atención en ambulatorios y atención domiciliar. Estos dispensarios evolucionaron independientes de los hospitales hasta el siglo XX, cuando los hospitales empezaron a organizar los ambulatorios^{2,12}.

En los Estados Unidos el primer dispensario fue fundado en 1786 en Filadelfia. A finales del siglo XIX estaban instalados en todas las grandes ciudades americanas. Inicialmente los dispensarios fueron imaginados exclusivamente como un lenitivo para los pobres, posteriormente se transformaron en locales para la enseñanza médica¹². Con el crecimiento rápido de los dispensarios como unidades independientes, una propuesta de coordinación de los servicios con el propósito de unificar esfuerzos, surgen las

primeras tentativas para el suministro de la administración de los servicios voluntarios de salud pública. Varias experiencias en los servicios de los distritos sanitarios en las grandes ciudades establecieron la base para el desarrollo de un sistema gubernamental de salud pública en los Estados Unidos, después de la Primera Guerra Mundial².

En este tiempo la profesión médica surgía como fuerza dominante. La Asociación Médica Americana empieza a luchar contra la utilización indiscriminada de la atención médica pública por aquellos sectores de la población que, supuestamente, podían pagar por los servicios médicos. Aunque la utilización indiscriminada nunca haya sido completamente comprobada, esta alegación estableció la base para la separación entre los servicios preventivos y curativos en los Estados Unidos¹². Aunque el sistema médico americano fuera muy discutido y criticado, lo cierto es que se ha desarrollado bajo esta división tan superficial entre la curación y la prevención. Posteriormente, este modelo fue difundido en los países que estaban bajo la influencia dominante de los Estados Unidos².

Es ante esta nueva tendencia del movimiento de salud pública que la enfermería de salud pública creció rápidamente en los Estados Unidos en la primera dé-

cada del siglo xx. En primer lugar, los servicios de las enfermeras visitadoras desarrollados durante el último cuarto del siglo xix, tornándose usual la atención domiciliar de enfermería; esta iniciativa recibió un refuerzo sustancial de la *Metropolitan Life Insurance Company*, que pasó a reclutar enfermeras. El propósito de esta compañía aseguradora era disminuir las reivindicaciones de pago de seguros por muerte a través de la reducción de las tasas de mortalidad. Las enfermeras de salud pública ejercían una vigilancia sanitaria adecuada de los asegurados y, todavía más importante, enseñaban las medidas de protección a la salud^{13,14}.

Después de la Primera Guerra Mundial el movimiento de salud pública adquirió un enorme impulso. Las agencias oficiales iniciaron la promoción y el empleo de enfermeras de salud pública, y también el *Internacional Health Board* de la Fundación Rockefeller. Como señaló Roberts¹⁵, “los registros de la rápida expansión de la enfermería de salud pública después de la Primera Guerra Mundial transmiten una sensación de entusiasmo y avance continuos, repercutiendo en la educación de enfermería [...]” tres programas de posguerra fueron de gran importancia para el desarrollo de la enfermería de salud pública: primero, el programa nacional e internacional de la Cruz Roja americana

que, en ese momento, se postulaba como la mayor agencia empleadora de enfermeros en el mundo; segundo, el *Childrens's Bureau Program* entre 1921 y 1929 y tercero, el programa de demostración de salud patrocinado por la Fundación Rockefeller y otras agencias¹⁵.

En estas circunstancias varios acuerdos bilaterales entre la Fundación Rockefeller y la Cruz Roja americana, a través de representaciones nacionales de la Cruz Roja y los gobiernos latinoamericanos, son firmados para la institución de escuelas de enfermería. En 1916 la Cruz Roja brasileña, con asistencia de la Cruz Roja americana, inició una escuela de enfermería. Más tarde, con estas mismas bases, fueron fundadas escuelas en Argentina (1920-1928), Venezuela (1936) y Colombia (1938). El primer proyecto de la Fundación Rockefeller para una escuela de enfermería se desarrolló en Brasil, en 1923. Posteriormente, varios países recibieron apoyo de la Fundación Rockefeller: Colombia, Venezuela, Ecuador y Costa Rica.

Al inicio de la Segunda Guerra Mundial, bajo la orientación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Instituto de Asuntos Americanos y de la Fundación Rockefeller se inició un proyecto de desarrollo de escuelas de enfermería y la reorganización de las existen-

tes en varios países. Este proyecto marcó la primera ayuda de la OPS a América latina en materia de educación en enfermería. Sin embargo, este proyecto fue parte de un plan mucho más amplio de servicios de salud pública, patrocinado por agencias internacionales en América latina, con el propósito de organizar una red de servicios de atención médica preventiva en áreas estratégicas.

En conclusión, el segundo elemento de desarrollo de la educación de enfermería en América latina estuvo relacionado con el movimiento de salud pública. Las condiciones internas existentes en la mayoría de los países en los cuales el movimiento de salud pública se expandía, permitieron la firma de acuerdos bilaterales entre los gobiernos y agencias internacionales, con el propósito de promover la educación de enfermería para la formación de enfermeros de salud pública.

Programas universitarios

El tercer elemento importante en el desarrollo de la educación de enfermería en América latina está marcado por la expansión de las universidades, que se verificó en la década de los cincuenta del siglo pasado. Antes de estas fechas eran pocos los programas de enfermería ubicados en universidades, sea como escuelas aisladas o agregadas a escuelas

médicas. En general, estos programas, al principio, no cumplían los requisitos universitarios o no conferían diplomas adecuados. Aunque la expansión de los programas universitarios de enfermería se haya realizado en la mayoría de los países, esto fue más evidente en los que ampliaron sus sistemas universitarios como un todo.

Las universidades en América Latina fueron fundadas a partir del siglo XVI en la América española, y en Brasil sólo en 1920; sin embargo, la expansión universitaria únicamente ocurrió en la mayoría de los países después de 1950¹⁶. No solamente aumentaron las universidades, sino también el número de alumnos matriculados. Por ejemplo, en Brasil, entre 1936 y 1956 el aumento de instituciones universitarias¹⁷ fue del orden del 216%. Esta expansión también fue marcada por una tendencia general de “modernización”, basada en esencia en los modelos norteamericanos. El proceso de expansión y modernización fue, a su vez, dependiente del desarrollo socioeconómico interno de los países.

El ingreso reciente de los programas de enfermería en las universidades debe ser analizado en el interior del propio desarrollo de la enfermería como una categoría profesional. La larga historia de aprendizaje asociada a conceptos médi-

cos dominantes en enfermería, el rol de la mujer como profesional en la sociedad, pueden ser considerados como elementos que dificultaron el desarrollo de programas universitarios en esta área. La llamada “Reforma Nightingale” de enfermería había dejado como legado un sistema educacional basado en el entrenamiento en servicio, bajo reglas disciplinarias muy rígidas. Como observa Davies¹⁸: “La estrategia Nightingale de educación en enfermería significaba, realmente, el personal hospitalario, como una fuerza de trabajo rígidamente disciplinada de pasantes”. Este legado retardó el desarrollo de un cuerpo de conocimientos científicos de enfermería que justificasen un programa universitario. Además, los médicos siempre han manifestado preocupación y desconfianza por todo lo que pudiera afectar a sus propios intereses. A partir de la fundación de escuelas de enfermería los médicos se han quejado del aumento de tiempo y contenido en la educación de enfermería. La mayoría de los médicos que controlaron la educación de enfermería en el inicio del siglo XX enfatizaban los aspectos prácticos en detrimento de los teóricos. Grierson⁹ defendió enfáticamente que las enfermeras jamás deberían recibir clases “teóricas”. Es también importante comprender el proceso de profesionali-

zación de las mujeres en la sociedad latinoamericana, que es un hecho relativamente reciente. Por un lado, la educación de las mujeres de clase media, no alcanzaba, hasta hace poco tiempo, los niveles exigidos para el ingreso en la universidad, y por otro lado, la reputación moral de las enfermeras laicas era considerada inadecuada por las familias de clase media.

La lucha por el reconocimiento social que las asociaciones nacionales emprendieron para promover la elevación del estatus social de los profesionales a través de la incorporación de los programas de índole universitaria, fue muy importante. Los 6 primeros Congresos Panamericanos de Enfermería realizados entre 1942-1959, recomendaron constantemente la necesidad de crear organizaciones nacionales de enfermería en los países en donde no había, y de formular leyes de registro de acuerdo con la situación interna de cada país. Estas metas fueron eventualmente alcanzadas, permitiendo un paso adelante en el movimiento de la enfermería. En 1969, cuando el primer comité de expertos en enfermería de la OPS se reunió en Washington, hubo un consenso general para el establecimiento de tres niveles de enfermería en la región: enfermeros con nivel académico superior; enfermeros con un nivel de educación secundaria básica y la preparación

bajo comando de la enfermería y auxiliares de enfermería, con un nivel de escuela primaria.

Los programas universitarios de enfermería de América latina empiezan a consolidarse en la mitad del siglo XX. Estos programas resultan de la expansión y modernización de los sistemas universitarios en la mayoría de los países de la región, y el grado de desarrollo interno de la enfermería en cada país. Sin embargo, las dos principales tendencias fueron la incorporación de programas de enfermería ya existentes en las universidades (la forma más común fue el paso de escuelas de los Ministerios de Sanidad a las universidades públicas) y la organización de las escuelas de enfermería en nuevas universidades, acompañado por desarrollo del complejo hospitalario de enseñanza en el área de la salud. A continuación se presenta un breve análisis del desarrollo de las instituciones de enfermería en grupos de países.

Argentina, Chile y Uruguay

Bajo la influencia de la rápida formación de un estado oligárquico liberal, la educación de enfermería se inició en estos países en el último cuarto del siglo XIX. El legado de una formación pre-capitalista frágil creó las condiciones que permitieron este desarrollo anticipado.

Por un lado, la Iglesia no ejerció un liderazgo dominante en la sociedad civil, por lo tanto, la educación, el bienestar y los asuntos culturales no estaban en manos de ésta. Tales circunstancias favorecieron la consolidación de la práctica clínica en los hospitales. El estado liberal fue capaz de establecer un sistema educacional básico razonablemente amplio. Así, en el año 1900 un gran segmento de la población, incluyendo mujeres, alcanzaba en estos países algunos años de educación primaria.

Estos factores facilitaron la introducción temprana de la educación de enfermería, aunque este desarrollo no haya sido homogéneo. Argentina crea la primera escuela en 1886, Chile tiene la primera escuela incorporada a una universidad en 1906 y en Uruguay se funda una escuela de enfermería con patrones nightingalianos en 1912 (Tabla 1).

Brasil

Teniendo en cuenta la gran heterogeneidad que caracterizó la formación social brasileña, la educación de enfermería solamente se consolida en el país como un todo, después de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, la primera tentativa para establecer adiestramiento de enfermería data de 1890 cuando se

formulan algunas políticas de secularización de la atención médica²².

El desarrollo de la educación en enfermería en Brasil es una buena ilustración de la influencia de los tres movimientos analizados anteriormente. La secularización de la atención médica promovió el inicio de programas entre 1909 y 1920. En 1916, bajo la influencia del movimiento de salud pública, la Cruz Roja inicia un programa para formar enfermeras, y en 1922 cuando el recién creado Departamento Nacional de Salud Pública se propone organizar servicio de enfermería en el país, se funda en 1923 una escuela fundamentada en los patrones norteamericanos y financiada por la Fundación Rockefeller.

A partir de 1950 con la expansión de las universidades brasileñas es cuando las escuelas existentes se asocian a las universidades y surgen nuevas escuelas. El Proyecto de Ley 775 de 1949, que reglamentaba la enseñanza de la enfermería y su expansión, coloca la enseñanza de enfermería en las universidades. La Tabla 2 incluye las escuelas de enfermería en Brasil por año de fundación e institución promotora desde 1890 hasta 1950.

Bolivia, Ecuador y Perú

En Bolivia, Ecuador y Perú las tentativas para organizar la educación de en-

Institución/país	Institución Promotora						
	Institución gubernamental ^a	Congregación religiosa	Escuela médica	Universidad	Cruz Roja particular	Hospital	Otras
Argentina							
Escuela Municipal de enfermería	1868 ^b					1906	
Escuela Hospital Italiano						1908	
Escuela Obras de la Santa Fe		1914					
Escuela Parmerino Pinheiro	1921 ^c						
Escuela Cruz Roja					1920		
Escuela Instituto Médico Experimental			1924				
Escuela Hospital de Clínicas			1931				
Escuela <i>Standard Oil</i>							1937
Escuela Instituto Maternidad	1931						
Escuela Univ. Litoral de Rosario				1939			
Escuela Hospital Adventista		1908					
Escuela Enfermería Visitadoras			1924			1928	
Chile							
Escuela Hospital San Boya	1903						
Escuela Hospital San Vicente			1906				
Escuela Hospital del Río	1921						
Escuela Hospital Arriarán	1919						
Escuela Hospital San Agustín	1921						
Escuela Enf. De Salud Pública	1927			1928			
Uruguay							
Escuela Carlos Nery			1912				

a: Instituciones gubernamentales que son clasificadas de acuerdo con distintos niveles institucionales, como municipal, provincial, federal, etc; b: durante los primeros años esta escuela fue mantenida por el "Ciclo Médico Argentino" y después fue transferida para la municipalidad; c: esta escuela se une con la municipalidad después de 1934 y pasa a llamarse Cecilia Grierson.
Fuentes: Molina MT¹⁹, Grierson C², Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana²⁰ y primer Congreso Panamericano de Enfermería²¹.

Tabla I. Número de escuelas de Argentina, Chile y Uruguay por año de fundación e institución promotora. 1868-1940

fermería se inician en el siglo XIX. Sin embargo, la falta de estabilidad social que caracterizó la formación social específica en la que coexistían intereses capitalistas así como estructuras socioeconómicas feudales, retardó el crecimiento y desarrollo continuo. La Iglesia católica mantenía los privilegios feudales, y como

señaló Mariatetegui²³, el Estado "no intentó secularizarla o desfeudalizarla". Como consecuencia, la práctica de la enfermería fue mantenida en las manos de religiosas, a pesar de las tentativas de modernización de la atención médica. El entrenamiento de enfermeros fue mantenido en lo que respecta a los servicios,

Institución/país	Institución Promotora						
	Institución gubernamental ^a	Congregación religiosa	Escuela médica	Universidad	Cruz Roja particular	Hospital	Otras
Escuela Alfredo Pinto	1890						
Escuela Entrenamiento de Pasantes	1892					1902	
Escuela Cruz Roja Nacional					1916	1908	
Escuela Ana Nery	1923			1940			
Escuela São Paulo			1939				
Escuela Cruz Roja							
Escuela Enf. Visitadoras	1923						
Escuela Cruz Roja de São Paulo					1939		
Escuela San Francisco de Asís		1945					
Escuela Madre Teodora María		1949					
Escuela Corazón de María			1959				
Escuela de Porto Alegres			1950				
Escuela San Vicente de Paula		1943					
Escuela Florence Nightingale		1933					
Escuela Carlos Chagas	1933						
Escuela Hugo Werneck		1945					
Escuela Frei Eugenio							1948
Escuela Luisa de Marillac		1939					
Escuela Raquel Lobo	1944						
Escuela Magalhaes Barata	1944						
Escuela San Vicente de Paula		1943					
Escuela Enf. Recife	1923						
Escuela Nuestra Sra. de la Gracia		1945					
Escuela de Enf. de Bahía				1946			
Escuela Enf. Estado do Rio				1944			

Fuente: Pinheiro MRS. Problemas de Enfermagem no Brasil de ponto de Vista da Enfermagem. Bol Of Sant Pan 33: 190-214.

Tabla 2. Número de escuelas de enfermería de Brasil por año de fundación e institución promotora. 1890-1950

sin embargo, no tuvo las características de sistema de prácticas, al contrario, se puede comparar con la preparación de personal auxiliar en los servicios para el trabajo bajo supervisión de las monjas y

para cubrir las necesidades inmediatas de los servicios, pues este personal no recibía titulación reconocida.

Solamente después de 1949, cuando el Instituto de Asuntos Interamericanos

Institución/país	Institución Promotora				
	Institución gubernamental ^a	Congregación religiosa	Escuela médica	Hospital particular	Otras
Bolivia					
Cursos Previos Programas Inst. E.		1882			
Escuelas Clínicas Americanas				1937	
Escuela Nacional de Enfermería	1942				
Escuela Enf. de Cochabamba			1942		
Escuela de Enf. Chulumani		1938			
Ecuador					
Escuela Militar	1906				
Escuela Quito			1917		
Escuela San Vicente de Paula		1943			
Escuela Enf. Nacional 1927					
Perú					
Escuela Enf. Militar				1909	1880
Escuela Hospital Angloamericano			1915		
Escuela Hospital Dos de Mayo	1915*				
Escuela Nacional de Enfermería	1930				
Escuela Hospital Psiquiátrico Magdalena	1928				
Escuela Enf. Visitadoras					

*Esta escuela fue organizada en el Hospital Dos de Mayo, pasó al Hospital Arzobispo de Losaya en Lima y en 1928 se transforma en la Escuela Nacional de Enfermería.

Fuente: Larrabure (1932); Bol. Of. Sanit. Panam., Cernaqué F²⁴.

Tabla 3. Número de escuelas de enfermería por año de fundación e institución promotora. 1930-1950

inició la organización de los servicios de salud pública, se planteó la educación de enfermería de forma institucionalizada (Tabla 3).

México

Desde la lucha por la independencia en 1910 México pasa por un período de inestabilidad política que duró casi 100 años. Las políticas de secularización

formuladas durante este período expulsaron las ordenes monásticas de la República; como resultado la atención de enfermería, tradicionalmente en manos de la hermandad católica, fue secularizada. Este proceso tan prematuro de secularización no provocó inmediatamente el desarrollo de la educación en enfermería. Fue solamente al inicio del siglo XX, como consecuencia de la modernización

Institución	Institución Promotora			
	Institución gubernamental ^a	Escuela médica	Universidad	Cruz Roja
Escuela Enf. del Instituto Politécnico		1895		
Escuela Enf. Hospital Militar	1937			
Escuela Cruz Roja				1909
Escuela Enf. Hospital General	1907	1910		
Escuela de Enf. Chihuahua	1927			

Fuentes: Peña F²⁵, Ocaranza F²⁶, Amezcuita JA, et al²⁷.

Tabla 4. Número de escuelas de enfermería en México por año de fundación e institución promotora. 1895-1940

de la atención médica, cuando la educación de enfermería empieza a institucionalizarse (Tabla 4).

Colombia, Venezuela, Paraguay y América central

A pesar de las diferencias mercantes en la formación social de estos países, su formación precapitalista y capitalista muy frágil constituyó una base para agruparlos. La formación capitalista en estos países adquirió la forma de enclaves, que se puede describir como el desarrollo de núcleos aislados de producción económica sin un impacto importante en la estructura social en su totalidad. En Colombia el avance económico en las regiones del café, en Venezuela la explotación del petróleo y el chaco maderero (madera y tanino) por potencias internacionales, en Paraguay el comercio in-

ternacional se aísla desde su independencia y en los países de Centroamérica el control en enclaves por la *United Fruit Company*.

El capitalismo frágil y tardío en estos países retardó el desarrollo de la educación en enfermería y, con excepción de Colombia y Venezuela en el inicio del siglo xx, intentaron abrir programas, pero las escuelas de enfermería solamente se desarrollan después de la Segunda Guerra Mundial. Ciertamente, la persistencia de las formas precapitalistas no incentivó la modernización de la atención a la salud y, en consecuencia, no hubo necesidad de introducir cambios en la preparación del personal.

Panamá

El desarrollo inicial de la educación de enfermería en Panamá estuvo directa-

mente influida por la presencia de la administración de los Estados Unidos en la zona del Canal durante su construcción. En 1904 el Gobierno de los Estados Unidos asumió el control de los dos hospitales existentes en la ciudad de Panamá y Colón. Inmediatamente se contrataron enfermeras norteamericanas que propusieron la creación de una escuela de enfermería bajo la administración de los Estados Unidos. Así, en 1908 por un decreto especial del presidente de Panamá, se crea la escuela de enfermería en el Hospital Antón en la ciudad de Panamá. Esta escuela fue dirigida por norteamericanas con las mismas características que las escuelas de este país.

Cuba, República Dominicana, Puerto Rico y Haití

En estos países las primeras escuelas se inician en el año 1900 como consecuencia directa de la ocupación militar de los Estados Unidos. La guerra hispanoamericana llevó enfermeras americanas al frente de batalla en Cuba y Puerto Rico en 1898. Después de la guerra Estados Unidos permaneció en misión militar y civil por varios años, durante los cuales organizó servicios de salud pública y promovió el desarrollo de escuelas

de enfermería. Durante la ocupación militar de Haití y República Dominicana entre 1915 y 1934, también se fundaron escuelas de enfermería en estos países. La guerra hispanoamericana fue un importante marco histórico en el desarrollo de la enfermería de los Estados Unidos. Como señaló Roberts¹⁵ “proporcionó nuevas oportunidades a las enfermeras, que se extendieron en el tiempo”. La expansión de la educación en los Estados Unidos está fuertemente asociada con este episodio. Por algunos años, una orden de enfermeras de la guerra hispanoamericana desarrolló actividades en los Estados Unidos^{28,29}.

Conclusiones

El desarrollo de la educación de enfermería en América latina refleja el desarrollo socioeconómico irregular y heterogéneo de los países. Ni el entrenamiento en los servicios puesto en práctica en el inicio del siglo XX, ni el sistema educacional organizado posteriormente crearon las condiciones necesarias para su completo crecimiento profesional o su participación más efectiva para impactar en las condiciones de salud prevalecientes en la región.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas A. El Desarrollo del Capitalismo en América Latina. México: Siglo XXI, 1978.
2. García JC. La Medicina en América Latina. 1982; p. 1880-1930.
3. Donghi TH. Historia Contemporánea de América-Latina. Madrid: Alianza Editorial, 1972.
4. Machado R, et al. Danacao da Norma Medicina Social e Constituicao de de Psiquiatria no Brasil. Río de Janeiro: Serie Saber y Sociedad, Gral. 1978; p. 457-73.
5. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Nueva Sección de Enfermería. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943; 22: 355-7.
6. Hamilton A. Report for the International Council of Nurses on Nursing in France. (Foreign Department in charge of Lavinia L. Dock.) Am J Nursing 1901; 2: 132-5.
7. Recent Meetings. American Journal of Nursing. The International Congress of Catholic Nurses, Rome, Italy, August 25-29, 1935. Am J Nursing, 1936.
8. Vianna LW. Liberalismo e Sindicato no Brasil. Brasil: Ed. Paz e Terra, 1976.
9. Grierson C. Escuelas de Enfermeras y Masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires. La Administración Sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Publicación Oficial, 1910.
10. Rosen G. Preventive Medicine in The United States 1900-1975. Trends and Interpretations. New York: Science History Publications, 1975.
11. Fisher I. A report on national vitality. Its wastes and conservation. (Bulletin 30 of the Committee of One Hundred on National Health). Washington, Govt. Printing Office. Cited in George Rosen. Preventive Medicine in the United States 1900-1975. Trends and Interpretations. New York: Science History Publications, 1975.
12. Davis M, Warner A. Dispensaries their Management and Development. New York: The MacMillan Company, 1918 [Reprinted by Arms Press, 1977].
13. Cannings K, Lazonick W. The Development of Nursing Labor Force in the United States: A basic Analysis. In: Wolf S, editor. Organization of Health Workers and Labor Conflict. New York: Baywoods Publishing Company, Inc, 1978.
14. Waters TV. Visiting Nursing in the United States. New York. Charities Publication Committee, 1909.

15. Roberts M. American Nursing History and Interpretation. New York: The McMillan Company, 1954.
16. Benjamin HW. Higher Education in the American Republics. New York: McGraw-Hill Book Company, 1965.
17. Teixeira A. A escola brasileira e a estabilidade social. Revista Brasileira de Estudos Perdagogicos 1957; 28 (67).
18. Davies C. Rewriting Nursing History. London: Ed. Croom Helm, 1980.
19. Molina MT. Historia de la Enfermería. Argentina: Inter-médica, 1973.
20. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Notas y Revista) (Enfermería en Argentina). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1940; 19: 406-7.
21. Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Trabajo Presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes de Paraguay. Informe del Primer Congreso de Enfermería. Chile: Universidad de Chile, 1942; pp. 95-105.
22. Pontes C. Contribuicao a Historia de Enfermagen. Escola de Enfermagen Alfredo Pinto. A pioneira das escolas de Enfermagen no Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem 1971; 24: 199-214.
23. Mariatetegui JC. Austin and London. Seven Interpretative essays on Peruvian Reality (Trad.) University of Texas Press, 1971; pp. 145.
24. Cernaqué F. La Enfermería en el Perú. Bol Of Sanit Panm 1928; 7(7): 877-8.
25. Peña FB. Nociones de Historia de la Enfermería. México: Editorial Porrúa, S.A., 1980; p. 84-171.
26. Ocaranza F. Historia de la Medicina en México. México: Ed. Laboratorios Midy, 1934.
27. Amézquita JA, et al. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. IV Vols. México D.F: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
28. Editor's Miscellany. Order of Spanish-American Nurses. Am J Nursing 1900; 60-1.
29. Foreign Department. The Regulations for the Schools of Nursing in the State Hospitals of Cuba. Am J Nursing 1902; 2: 466-9.

