XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017
3 - 8 Diciembre / Montevideo
Las encrucijadas abiertas de América Latina
La sociología en tiempos de cambio

LA REPRODUCCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN GUANAJUATO

Elia Lona Moctezuma
italonamoctezuma@gmail.com
Universidad de Guanajuato
México

Elia Lara Lona
elia.lara@ugto.mx
Universidad de Guanajuato
México

Ector Jaime Ramírez Barba
Congreso del Estado de Guanajuato
México

Carmen Rea
careacbo@yahoo.com
Universidad de Guanajuato
México

RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de un revisión documental minuciosa, proveniente de los fondos históricos de la ciudad de Guanajuato, Guanajuato, para reconstruir los eventos relacionados con la enseñanza de la enfermería y la atención médica en la localidad, a fin de identificar los modos empleados para la trasmisión de este conocimiento. Este texto tiene un carácter exploratorio, debido a la ausencia de trabajos similares en la búsqueda de patrones o similitudes en ciertas concepciones pedagógicas practicadas por las profesoras de enfermería.

A la luz de la Teoría de la Reproducción de Bourdieu se coloca a la educación y en concreto a la escuela como uno de los aparatos ideológicos del Estado, encargado de perpetuar la cultura dominante y con ella la base de las desigualdades sociales, que en el caso de enfermería aquí analizado, ayuda a explicar el papel que juega la reproducción al interior de las relaciones, en su contexto y en el proceso de enseñanza.

Para los fines de esta exposición se presentan algunos de los resultados parciales pertenecientes a un estudio descriptivo-interpretativo en proceso, del cual pueden extraerse elementos sobre el papel determinante que tiene la enseñanza de la enfermería en el reforzamiento de un cierto modelo que recicla valores de obediencia, dependencia y sumisión.

Las ideas obtenidas pretenden recuperar los hechos históricos más relevantes de la enseñanza de la enfermería, abonar a la consolidación profesional y al abatimiento de la indefinición epistemológica que la inclina fuertemente hacia currículos de racionalidad técnica; se pretende también motivar a la reflexión sobre la comprensión del campo sanitario como un espacio de conjunción de poderes asimétricos donde circulan los bienes simbólicos, sin lucha por la hegemonía de los saberes y con relaciones de

dominación/dependencia, que dan por resultado una violencia simbólica suave en razón de la complicidad del agente que la sufre por el desconocimiento del grado de arbitrariedad ejercido y la aceptación de su aparente legitimidad.

ABSTRACT

This research is the result of a thorough documentary review from historical collections from Guanajuato city to reconstruct the events related to local Nursing Education and medical care in order to identify the transmitting methods of this knowledge.

The nature of this text is exploratory, due to the lack of similar works in pursuit of patterns or similarities on certain educational conceptions practiced by nursing professors.

In accordance of Bourdieu's Reproduction Theory, education and, particularly schools, are placed as one of the ideological machines of the State, in charge of perpetuating the dominant culture and the basis of inequalities with it. The case of Nursing helps to explain the part played by the Reproduction inside the relationships, in their context and in the learning process.

For exhibitional purposes some partial results belonging to a descriptive-interpretative study in process are presented, from which can be extracted some elements about the decisive role that Nursing Education plays in the strengthening of a certain model that recycles values as obedience, dependence and submission.

Drawn ideas aim to recover the most significant historical facts about Nursing Education, work for professional consolidation and contribute on the decay of epistemological vagueness that tilts it amongst technical

rationality curriculums. The intention is to give pause for thought about the Health Field as a place of asymmetrical power conjunction where symbolic goods are moving, without a struggle for the hegemony of knowledge and with relations of domination/dependence, which result on a soft symbolic violence due to the agent's complicity who suffers it by their ignorance about the despotism and the acceptance of its own perceived legitimacy.

Palabras clave

Reproducción, *historia de la enfermería*, *enseñanza de la enfermería*

Keywords

Reproduction, nursing history, nursing education

I. Introducción

Parte de los resultados de una investigación realizada sobre la educación de los profesionales de la enfermería está incluida en el presente trabajo, que tiene el objeto de reflexionar si la enseñanza que se imparte a las enfermeras en Guanajuato responde a la expectativa discursiva del colectivo, y cómo este discurso pedagógico contribuye o no a la reproducción de estructuras sociales inapropiadas para el desarrollo de la disciplina, ya que no siempre ha sido visible su participación en virtud de la precariedad de su cohesión, la débil identidad profesional y la indiferencia para buscar el conocimiento que le confiera autonomía.

Independientemente de las discusiones que colocan a la enfermería como disciplina o profesión, existe la certeza de que los tiempos actuales requieren de un tipo de enfermera con un perfil diferente que responda a otras necesidades, de tal suerte que se le piden atributos como la capacidad analítica, juicio crítico, comprensión, respeto, tolerancia y destreza instrumental, en fin, competencias para un cuidado de verdadera interrelación, entre ellas las de tipo social, que se definen en el proyecto Tuning como las capacidades individuales relativas a la expresión de sus propios sentimientos, habilidades críticas y de autocrítica relacionadas con la habilidad de trabajo en equipo, la aceptación de compromiso social y ético o, como lo señala Pérez y Garanto en Natalia y Clemente (2008), un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que sustentan comportamientos como adecuados, teniendo en cuenta las demandas y restricciones de los distintos contextos.

Si bien es cierto que no han dejado de manifestarse en la práctica comportamientos en ocasiones desafortunados como la obediencia, el altruismo, el sacrificio, la dependencia y la sumisión, nos encontramos con

que estas actitudes han sido negadas en gran medida por el profesorado bajo la justificación de que la enfermería posee un exclusivo corpus de conocimientos y metodologías, producto del estudio concreto de las necesidades humanas. Pese a ello, también son de considerarse otros factores en contrapeso, como la ausencia de un espacio propio de intervención profesional (Medina Moya, 2006: 20).

Las modificaciones a la educación de las profesiones de la salud en el mundo, mencionadas a partir del Informe Flexner de 1910, han sido contempladas en tres generaciones de reformas educativas: la primera centrada en currículos basados en la ciencia; la segunda mediante currículos basados en la resolución de problemas, y la presente (tercera generación) con un currículo basado en sistemas para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud mediante competencias profesionales esenciales respecto de contextos específicos. La comisión internacional destinada a este análisis identificó que todos los profesionales de la salud (medicina, enfermería y salud pública) deberán ser entrenados para movilizar el conocimiento y comprometerse al razonamiento crítico y conducta ética a modo de participar en los sistemas de salud centrados en el paciente y la población (Frenk J., 2011).

La educación de la enfermera es el resultado de una relación estrecha entre objetivos, fines y medios en la que existen contradicciones en las percepciones entre teoría y práctica; los profesores manifiestan sus intenciones de formar un estudiante responsable y crítico con capacidad de análisis, pero las estrategias didácticas empleadas y los patrones de relación con el alumno manifiestan lo contrario al tratar de imponer un modelo normativo. Mientras las enfermeras clínicas consideran que la estudiante debe adaptarse a una cultura médica en hospital después de proceder de una cultura enfermera escolar, la estudiante asume interpretaciones

contradictorias, comprueba el papel subordinado que realiza en sus prácticas clínicas en relación con su enseñanza y se desmotiva (Medina Moya, 2006: 20-21).

Estos mundos separados que a su vez se dividen en territorios y facciones son jerárquicos, manifiestan las relaciones de poder y muestran a momentos las características del oprimido (inseguridad o agresividad) (Medina Moya, 2006: 89-93; 154-158), primero como mujeres en una sociedad patriarcal y luego como enfermeras en un sistema de salud controlado por médicos; en consecuencia, la profesional incipiente tiene una visión distorsionada de su realidad, de la cual toma los valores del opresor como dependencia emocional y violencia horizontal.

Como resultado de estas concepciones opuestas, el grupo se encuentra inmerso en una crisis que tendrá que resolverse (como ya se ha iniciado) desde la toma de conciencia de las mismas enfermeras, que se aboquen a repensar la esencia de su quehacer y a comprender las relaciones con los otros ejerciendo un mayor acercamiento para entender sus posiciones, a fin de propiciar que las enfermeras desde la docencia o desde la clínica se atrevan a romper las condiciones de la práctica, para erradicar así el paradigma de la profesión auxiliar; que se permitan analizar las características que se atribuyen al comportamiento profesional de las enfermeras: la lealtad con el médico y la subordinación, comportamientos asociados a las recompensas en forma de prestigio y estatus en el primer caso, y en el segundo a la seguridad de su reconocimiento como miembro del equipo de salud (Medina Moya, 2006: 19-21).

En principio se reconoce que el objeto formal de la enfermería es el cuidado al ser humano, individual o en colectividad; que su fuente principal de conocimientos es el conjunto de sus necesidades y el contexto en que se

sucede esta interrelación es el continuo de la vida y los problemas de salud/enfermedad representados en el sistema sanitario.

A partir de estas aproximaciones a la realidad surge el interés por revisar el proceso mediante el cual el estudiante asimila los conocimientos, valores y creencias de la cultura enfermera y por reconocer que la forma de producción, selección y enseñanza de las competencias en el terreno de la enfermería es una construcción social generada en acciones de poder y control social definido a partir del uso de conocimiento científico que no le es propio y que determina las bases con las cuales se relaciona (Medina Moya, 2006: 21).

Situados en el campo cultural al cual pertenece la educación, y desde la visión de la escuela como principal instancia que contribuye a la reproducción de la estructura que distribuye el capital cultural entre las clases con sus acciones pedagógicas, podemos entender que la escuela es la responsable de cumplir la función social de enseñar y diseñar planes de aprendizaje legítimos, y que coincide con la cultura de las clases dominantes gracias a una violencia simbólica ejercida en tanto que impone ciertos significados negativos.

Por años se ha sentido una fuerte desvinculación entre lo que se enseña en el aula alrededor del cuidado enfermero y lo que realmente se practica en el sistema de salud en el cuidado directo al paciente, atribuyendo esta discrepancia a múltiples razones. Se han dedicado esfuerzos para adecuar los perfiles epidemiológicos a la currícula, a la capacitación de los profesores para lograr expertiz en el manejo de los métodos, estrategias y técnicas didácticas; empero, no se ha logrado penetrar en el campo epistemológico del cuidado. Es cierto que se cuenta con bastante conocimiento en el sentido de la disponibilidad de teóricos en el área, pero todavía no permea hasta los diseños curriculares.

Por todo lo anterior, este documento tiene un enfoque dividido en cuatro objetivos identificables. En primer lugar, pretende recuperar de la historia y la experiencia los hechos más significativos que han marcado el proceso de desarrollo de la enfermería en Guanajuato, para conformar de esta manera un estado del arte de la disciplina enfermera y mejorar la comprensión de su actuar en el campo sanitario, para así, en un segundo momento, contribuir a la reflexión sobre el cuidado, con la intención de entender las relaciones entre la función de la educación en enfermería y la perpetuación del patrón social que justifica las desigualdades sociales.

En tercer lugar, intenta contribuir a la comprensión del juego de los distintos elementos en la trasmisión de conocimientos, haciendo un acercamiento a la objetivación de lo que se mantiene visible y oculto en la currícula y en los entornos profesionales de la enfermería. Por último, procura ayudar a la interpretación de las prácticas educativas, conociendo el discurso pedagógico empleado en la legitimización de los saberes y por medio de la noción de capital cultural.

Para la consecución de los objetivos expuestos, es necesario conocer a fondo y de manera previa la problemática que atañe al tema expreso. Habrá que decir, en consecuencia, que las visiones antagónicas entre el cuidado de enfermería y la enseñanza del mismo, entre la realidad del campo ocupacional y la perspectiva académica, no se corresponden con las experiencias de las enfermeras profesionales ni con la visión de los estudiantes de enfermería; que los conocimientos científicos que utiliza la enfermería en su quehacer profesional pertenecen a otras disciplinas, situación determinante en el tipo de relaciones de poder y dominación que se establecen en el proceso educativo y que inciden en la ausencia de un espacio de intervención profesional autónomo; y, no menos importante, que el hecho de encontrar las características del discurso pedagógico entendido

como las prácticas y procesos sociales que tienen lugar en la escuela de enfermería (no sólo lo explicitado curricularmente), así como conocer las bases sociales de la génesis del discurso legitimante en la enseñanza de la enfermería, es una tarea que en definitiva nos compete a todos.

A partir de la problemática anotada será posible obtener claridad acerca del contexto y estado actual y anterior de la enfermería clínica y escolar en Guanajuato, no sin antes abordar cuestiones específicas, referentes a cómo es el proceso de producción y selección de la trasmisión y asimilación de competencias; cuáles son las vivencias que permiten a las estudiantes adquirir los sistemas de creencias de la profesión de enfermería, o qué papel juega el contexto social en la trasmisión de los conocimientos. En su momento, para finalizar, afrontaremos lo tocante a estos asuntos por medio de la expansión de la información ya propuesta y con datos de relevancia social y profesional.

II. Marco conceptual

La enseñanza de la enfermería es una actividad cambiante, inestable, fluida y compleja que permite múltiples interpretaciones. Como actividad social posee un alto grado de incertidumbre y está codeterminada por la interacción de los sujetos de la relación pedagógica; esto es, los profesores, los estudiantes y los participantes de los entornos clínicos.

Al abordar la trasmisión del conocimiento de enfermería desde la perspectiva de la Teoría de la Reproducción de Bourdieu, se parte de los elementos básicos de la función educativa en tanto reproductora de las relaciones de clase desarrolladas desde el campo cultural y en su carácter de instancia legítima para la conservación de la ideología de las clases dominantes (Bourdieu, 2000).

La escuela resulta ser la poseedora de la función social de enseñar y de diseñar el conocimiento que debe ser aprendido de manera legítima presentándolo como la cultura objetiva; indiscutible hecho que la transforma en generadora de violencia simbólica (Bourdieu y Passeron, 1977), en virtud de que impone significaciones como verdaderas y es reproductora natural de la estructura social.

La Universidad Mexicana entre 1960 y 1980 se expandió diversificando su oferta geográfica y disciplinaria hasta volverla universal aumentando la demanda por estudios universitarios (Casillas 1990); entonces, los orígenes de los estudiantes se modificaron diversificando la composición entre los estratos sociales de procedencia y considerando la noción de capital cultural como determinante para acercarse a la historia social de los individuos, puesto que conjunta la influencia familiar y la propia trayectoria del individuo (Casillas, 2007).

Por otra parte, el sistema sanitario que resulta determinante en la formación de todos los profesionales de la salud es el marco en el que se van a mostrar las relaciones de poder establecidas en función de objetivos que plantean los hombres que ejercen el control (Frenk, 1997).

III. Metodología

La metodología utilizada en este trabajo fue la revisión documental de fondos históricos para recopilar hechos que den cuenta de la naturaleza social e histórica del proceso de la enfermería, e indaga sobre las acciones humanas que determinaron la formación de las estructuras que hoy se conocen como "campo del cuidado".

Se intentó un método cualitativo e interpretativo de corte etnográfico que permite acceder a los significados que poseen los profesores y estudiantes de enfermería para comprender su actividad disciplinar (Medina Moya, 2006); es decir, el sentido que la enseñanza y el aprendizaje del cuidado tiene para sus protagonistas, dado que se trata de significados subjetivos en donde el objeto de la observación es la acción humana y la interpretación es aquella tan disímil y variable que las personas le asignan.

Se empleó el recurso de entrevistas aplicadas a enfermeras actuales y de otras épocas y la observación dirigida al significado que tiene para las enfermeras el proceso de trasmisión de conocimientos.

Para la diferenciación de los estudiantes con base en la noción del capital cultural que poseen en su estado institucionalizado (Bourdieu, 1990) se optó por algunas de las variables utilizadas por Casillas (2007), como son: la influencia escolar que sintetiza la historia colegial del alumno a través de la indagación del promedio de bachillerato; si el alumno ha sido o no reprobador; la trayectoria continua o discontinua de sus estudios y la calificación obtenida en el examen de admisión, agrupándolos según la posesión de capital escolar en alto, medio y bajo, dando como resultado cinco tipos de estudiantes: los herederos, los héroes, los pobres exitosos, los de riesgo y los de alto riesgo.

IV. Análisis y discusión de datos

Una vez obtenido el panorama general de los acontecimientos históricos, se aprecia primero que el desarrollo de la enfermería a nivel del caso estudiado conserva las mismas características que en todo el país, esto es, el cuidado de enfermería transitó por las cuatro etapas del cuidado conocidas en todo el mundo: la etapa doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional (Martínez y Chamorro, 2011); de igual manera sucedió con los rasgos que identifican a cada paradigma enfermero: el de la categorización el de la integración y el de la transformación (Rivas y Vargas, 2005) caminando en paralelo con las trasformaciones de la sociedad doméstica a la sociedad capitalista, con el monopolio del Estado sobre la autoridad basada en el derecho.

En la línea del tiempo destacan algunos hechos que influyeron de manera importante en la enfermería, como la forma y los objetivos con que desaparece la partería, ejercida en épocas anteriores, y el surgimiento de una "nueva" enfermería en los albores del siglo XIX como es conocida ahora. Retomando la idea de la desaparición de la partería se explican claramente los motivos en los escritos de Ana María Carrillo. Algunos de dichos motivos son la descalificación continua del proceder de las parteras y la competencia de tipo económico que representaba su ejercicio, de cualquier forma obedecía a una presión del gremio médico sobre el Estado para eliminar a otros agentes del sistema sanitario que no compartieran el conocimiento científico a través de estrategias como la imposición de reglamentos, controles, e imputación de altos índices de mortalidad (Carrillo, 1998).

Cuando nace la enfermería lo hace en tiempos convulsionados por conflictos armados, para sustituir en parte la desaparición de la partera, para

suplir la carencia de personal de los hospitales por la expulsión de los religiosos a cargo de ellos y para hacer frente a las enfermedades, epidemias y desastres, pero lo más significativo y que ha afectado el desarrollo posterior de la disciplina, es que se crea con los objetivos de apoyar al quehacer médico, servir de agente de enfrentamiento con la partera empírica o tradicional para eliminarla y servir de enlace entre el médico y la paciente obstétrica que por pudor y costumbre no deseaba ser atendida por un hombre (Torres Barrera y Zambrano, 2010); el cuidado de enfermería que debía ser la esencia de sus acciones estaba totalmente ausente y en consecuencia la enseñanza estuvo guiada por el modelo médico de atención a la enfermedad en un contexto de predominio clínico y con énfasis en la ejecución de técnicas aprendidas por observación y al lado del paciente (Torres Barrera y Zambrano, 2010).

Instalada a plenitud la medicalización y con ello el papel preponderante de los hospitales y los avances tecnológicos y científicos que se iban sucediendo, la enfermería se requiere más fortalecida en la técnica y la experiencia; se fomenta la especialización para ciertas áreas o procedimientos, se le exige mayor preparación académica y ésta se vuelve escolar o universitaria, por lo que se percibe como un cierto progreso.

Otro aspecto significativo en el desarrollo de la enfermería es la integración de la mujer al mercado laboral y al sistema educativo en condiciones de desventaja, toda vez que el Estado promueve un imaginario donde prevalece la inferioridad femenina y la política es educarla para mejorar su vida y salvarla de la prostitución ofertándole dos carreras: el magisterio y la enfermería, por lo que se consolidó de a poco la exclusión, la discriminación de género y, en general, las relaciones desiguales dentro del sistema sanitario.

Proceso de ser enfermera

El proceso de trasmisión de conocimientos inicia desde el contexto social y personal de quien toma la decisión de ser enfermera; luego le sigue un período de socialización que recibe en la escuela, posteriormente su ingreso y desarrollo en el sistema sanitario (centros asistenciales) y por último el grado de madurez profesional obtenido con la experiencia (Ramió Jofre, 2005).

La selección de la carrera de enfermería se realiza la mayor parte del tiempo bajo criterios de orden práctico como el rápido ingreso al mercado laboral, la solución inmediata de problemáticas personales, por proposición o imitación familiar, como vía de acceso a la carrera de medicina y últimamente, en 2014 y 2015, fue seleccionada como primera opción libre por un 63 y un 71% respectivamente.[1]

A través de la consulta al instrumento de Evaluación Nacional Especializada por Carrera Profesional EGEL 2015, se obtuvieron datos relevantes sobre el perfil sociodemográfico a nivel nacional y sobre los conocimientos y habilidades requeridos para el desempeño de la enfermería, tales como los siguientes: la edad promedio de los estudiantes es de 20 años (62 %); predomina el género femenino (77%); estado civil, soltero (81.7%) —que por lo general viven todavía con los padres—; poseen un empleo (39.6 %) donde el rango salarial que predomina es de $10,000 pesos o menos.

En el caso de los alumnos que eligen un examen a modo de titulación, es de considerarse el porcentaje de ellos por nivel de desempeño; en 2015 se obtuvo un 7.2% para el nivel sobresaliente, un 38.9% para el nivel

[1] Información proporcionada a través de entrevista estructurada.

satisfactorio y un 48.1% en el nivel no satisfactorio, a lo cual se refieren causas como el tamaño de la prueba y baja familiarización con la estructura de la misma. Como sea, el porcentaje de alumnos que no promueven en la primera ocasión que se evalúan es preocupante.

Respecto de la relación del nivel de escolaridad de los padres y la posición de los niveles de rendimiento (también mostrados en el EGEL 2015), se observa que a medida que los padres tienen estudios de primaria o no cuentan con ellos la probabilidad de no obtener un testimonio de desempeño es mayor.

En la promoción agosto 2017 del Departamento de Enfermería Sede Guanajuato se presentaron a examen de selección 162 aspirantes, de los cuales fueron aceptados 80 (49.4%) y rechazados 82 (50.6%), cuyo perfil sociodemográfico se caracteriza por ser una población joven con un promedio de 20 años con predominio femenino (87.7%) y poca presencia masculina (12.3%).

De la población aceptada el 88.75% es femenina y el 11.25% es masculina; el 97 % de los estudiantes pertenecen a los diferentes municipios del estado de Guanajuato y sólo el 3% a otros estados (Hidalgo, Michoacán y Aguascalientes).

Casi todos provienen de las zonas urbanas municipales cercanas a la ciudad de Guanajuato y las escuelas de procedencia son bachillerato tecnológico 28 (35%); preparatoria privada 20 (25%); no indica 10 (12.5%); preparatoria pública 11 (13.75%); Telebachillerato 5 (6.25 %); Secundaria 3 (3.75%); bachillerato administrativo; o secundaria privada 1 (1.25%). En el examen de conocimientos se observó un rango de 5.5 a 1.8 puntos; en el examen EXHCOBA de 8.11 a 2.11; en el examen psicométrico de 9.29 a 5.33; en el promedio de la escuela de procedencia de 9.3 a 7.00; en exámenes extraordinarios de 15 a 0; en la calificación final de 6.7 a 4.3.

Siguiendo los criterios de Casillas, que considera el capital escolar como el conjunto de indicadores que refieren a la trayectoria de los estudiantes previa a la educación superior y que son el resultado de un largo proceso de socialización escolar, se encontró que por los resultados del promedio de bachillerato, los alumnos aceptados se ubican en nivel medio y alto (medio de 7.1 a 8 y alto de 8.1 a más).

Por el indicador de exámenes extraordinarios se ubican como alumnos reprobadores, la trayectoria continua o discontinua no fue explorada y por la calificación obtenida en el examen de admisión se observa un capital escolar bajo, que engloba según la descripción de Casillas bajos promedios, reprobadores, y bajas notas en el examen de admisión, lo que supone dificultades en el camino de la educación superior en virtud de un capital cultural disminuido (Bourdieu y Passeron, 2009).

En principio es claro que la producción, selección y trasmisión de lo que se enseña proviene de la estructura del Estado a través de las políticas públicas de educación y de salud y del sistema sanitario que delimita los roles de las profesiones. El campo de la salud dominado por la profesión médica como poseedora del capital cultural más importante determina lo que es legítimo y verdadero, expandiendo su criterio hacia el imaginario social que lo comparte.

Como parte de esa estrategia para la imposición de los saberes como legítimos se han desarrollado una serie de instituciones de control sobre la enseñanza de la enfermería que determinan el diseño curricular hasta los más ínfimos detalles, como son la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y Comisión Interinstitucional de Enfermería por parte del Sistema de Salud y por parte del Sistema Educativo, las instancias de acreditación y certificación Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A. C. (COMACE) más un

cúmulo de normas oficiales de observancia obligatoria para homogeneizar la prestación de los cuidados y la organización del trabajo de enfermería, encaminadas, en aras de la estandarización y normalización de los cuidados, al seguimiento irreflexivo de protocolos que inhiben la creatividad.

Años atrás era dominio visible y objetivo al depender las escuelas de enfermería de los hospitales y de personal médico. A raíz de la separación física y administrativa de ellas, se forma la idea de que son las enfermeras quienes toman el destino de su propia educación bajo la apariencia de ser autónoma, independiente y neutral; sin embargo, esa percepción, a pesar de ser producto de un esfuerzo enorme, no es suficiente para hablar de autonomía o profesionalización (Wilenski, 1964) con los seis criterios del rol profesional o Parsons (servicios competitivos, autoridad profesional y neutralidad afectiva) mencionados en Urteaga (2008)

La enfermería de Guanajuato es universitaria desde su nacimiento de carácter empírico en 1870, pero avalada con exámenes realizados por la institución, no obstante, no fue reconocida por el colectivo social, sino que había diferencias en el estatus que se le otorgaba a otras carreras como las del foro, las eclesiásticas o las del Instituto de Minería, importante por la actividad de la región. Comienza a desarrollar su conocimiento como una ocupación complementaria para luego evolucionar hacia una profesión complementaria (Chuaqui, 2014). Conforme fue adquiriendo más conocimientos formales se le pidió educación primaria (1913) que egresaba a la alumna como partera; educación secundaria (1958), que la egresaba como enfermera partera, y nivel preparatoria (1993) que la forma como licenciada en enfermería; aun así, los contenidos curriculares, además de no ser sujetos de análisis profundo en búsqueda de una posición epistemológica propia, obedecieron a un arreglo conveniente al Sistema de Salud siguiendo sus objetivos y a una adherencia extrema al modelo biomédico.

Actualmente, la corriente pedagógica influyente en los currícula es el constructivismo a partir de la teoría cognitiva de Vygotsky, toda vez que se considera importante para el aprendizaje la relación estrecha entre el desarrollo intelectual del individuo y el entorno social del proceso, misma que se exige de manera formal por la instancia nacional reguladora como requisito para el otorgamiento de espacios clínicos de práctica.

En cuanto al discurso pedagógico, se advierte discrepancia en la relación teoría-práctica y entre la academia y los servicios de salud; en el primer ambiente se proclama autonomía, libertad y creatividad, mientras que en el segundo se respira un ambiente de dependencia y sumisión, escenario confuso para el estudiante que termina por ceder ante la fuerza del aprendizaje vicario de las conductas y relaciones observadas en donde además se incluye la participación del paciente (Medina Moya, 2006: 135-137).

Aunque en los dos ámbitos se ejerce la violencia simbólica en los ambientes clínicos que forman el complemento del aula, se percibe claramente la posición subalterna en el trabajo de la enfermera, pues ella es la responsable de atender las indicaciones del médico, realizar el trabajo pesado, portar la condición social del médico, lo sigue, lo atiende, limpia el consultorio, lleva los expedientes, haciendo más visible el peso de la segregación por género en las conductas asumidas por los distintos agentes.

El lenguaje cotidiano desempeña un papel importante en las relaciones de poder: la forma y los títulos con que la enfermera se dirige al médico son demostración de cómo se ejerce la autoridad y la dominación. El primer reglamento de enfermería implantado en el Hospital Juárez ya indicaba que la enfermera debería dirigirse a él con respeto y llamándolo “señor doctor”, además de establecerse el uso obligatorio del uniforme y el baño por lo

menos dos veces a la semana. Asimismo, todas las observaciones negativas respecto del mal cuidado del paciente pueden hacerse a la enfermera en la presencia de familiares o extraños, no así de manera inversa.

La infraestructura de las instituciones de salud de cierto nivel también refleja la concepción del trabajo enfermero y las desigualdades; es frecuente encontrar salas de descanso y salas de baño para uso exclusivo de los médicos a pesar de las largas jornadas laborales que las enfermeras deben cubrir.

La estructura laboral institucional y más puntualmente la hospitalaria es un campo en el que la enfermera juega un rol de posición intermedia entre el médico y el personal técnico o auxiliar que está bajo su jurisdicción, o bien, entre el sistema de salud y el paciente, un rol definido desde luego por patrones tradicionales de género que reproducen los roles domésticos, en los cuales se fortalece la idea de profesión complementaria por tanto que es fuente de bienestar por sus atributos femeninos.

Está claro que en el campo de la salud como espacio de relaciones objetivas entre posiciones, la enfermera no disputa el poder sobre los bienes culturales de conocimiento generado porque su volumen no es considerable; la investigación es poco desarrollada y los avances estratégicos que se han intentado no son tema de interés para reflexión de las enfermeras. La enfermera no puede luchar tampoco por la hegemonía de su relación con el paciente, que en un tiempo fue importante porque para él la acción de curar y de cuidar son claras en cuanto a quién detenta el poder que le da seguridad para su recuperación. Sin embargo, los bienes simbólicos circulan en un marco de poder y dominación que afectan sus posibilidades de acción.

La lucha por la apropiación del capital simbólico también le está limitada porque ésta se realiza en los llamados espacios de los estilos de vida como sistemas de prácticas que poseen un valor distintivo y su trasmutación

simbólica da cuenta de las posiciones objetivas de las clases en el espacio social; son sistemas de signos que establecen diferencias y jerarquías que distribuyen los beneficios entre los distintos grupos, hay estilos de vida dominantes, pretendientes (que tienden a reconocer al estilo dominante como legítimo y se esfuerzan por imitarlo) y anti-estilos de vida (Arango, 2002).

La violencia simbólica en los campos clínicos es obvia en la medida que se imponen significaciones como válidas en el ejercicio de una dominación masculina, o dicho de otra forma, el campo clínico es el espacio donde se encuentran un grupo social dominante y mayoritariamente masculino con otro dominado y femenino —ambos necesarios para el sistema—, que tienen el mismo sujeto de estudio pero con objetivos y posesiones diferentes de capitales y formas de vida.

La buena enfermera en este terreno es aquella que además de dominar los procedimientos y las tecnologías médicas con destreza se anticipa no sólo a las necesidades de los pacientes, sino incluso a las del médico para que éste pueda realizar sus acciones con eficacia. Basta con mirar áreas quirúrgicas en las cuales la ayudantía y la sincronización son mayores; la intuición femenina en las ideas de Bourdieu está presente y es inseparable de la sumisión objetiva y subjetiva, pues “es parte de la obligación que tienen los dominados de prestar mayor atención y adelantarse a los deseos tácitos de los dominantes” (Sandoval, 2002).

La violencia también es ejercida por la propia enfermera sobre los pacientes y sobre las estudiantes como reflejo de la violencia de que ella es objeto, y de manera significativa sobre sus pares, impidiendo la cohesión y el desarrollo profesional (violencia trasversal u horizontal).

Siguiendo a Medina Moya (2006), en su estudio sobre la enseñanza de la enfermería española nota que dentro del discurso pedagógico existen tres

ámbitos o ejes estructurales y estructurantes (Bourdieu, 2000), a los que es posible identificar como racionalidad, tradición y poder, todos ellos observados en el caso que nos ocupa. En primer término, la racionalidad del currículum es reconocida como instrumental y tecnológica acorde a la idea de que la enfermera es aplicadora de protocolos elaborados por otros profesionales. Aunque se hayan introducido tecnologías educativas de vanguardia, áreas metodológicas, disciplinares y se trabaje con teorías propias y metodologías adecuadas, se hace notoria la inclinación técnica en la forma de los diseños curriculares en los que siguiendo el modelo constructivista el que jerarquiza las competencias como tiempo atrás jerarquizó también los objetivos. De esta manera se excluyen los aspectos éticos e ideológicos propios de cualquier acción pedagógica, se da más importancia a los medios y fines convirtiendo los criterios científico-técnicos en la esencia de la evaluación.

Los conocimientos se evalúan privilegiando el seguimiento de competencias de orden práctico, de habilidades y de pasos procedimentales a los que contribuyen en gran medida todos los protocolos establecidos como normas oficiales para cada problema de salud identificado.

Los procesos en el aula distan mucho de la realidad clínica; aquí prevalecen recomendaciones como lo que se debe o no hacer limitando el potencial del estudiante y el eje fundamental es sencillamente un buen comportamiento, obedecer las indicaciones preestablecidas y la entrega de trabajos escritos en relación al proceso de atención de enfermería que a su vez está mecánicamente diseñado con objetivos conductistas, y para ser evaluado cuantitativamente (Camacho Franco y Rodríguez, 2010).

En el segundo ámbito mencionado por Medina Moya (tradición) se enmarcan las funciones sociales de la enfermera, ahí observamos una estructura histórica de orden masculino y la división arbitraria entre los

sexos (hoy llamada género) y cómo a lo largo del tiempo se fueron determinando sus actividades profesionales por la ideología de los grupos dominantes a través de estrategias de sometimiento.

El factor poder se identifica también a lo largo de toda la formación de las enfermeras, moldeando la subjetividad de profesoras y alumnas y dirigiéndolas hacia la conformidad con lo que se establece en el sistema sanitario, creando así la ilusión de transversalidad en las relaciones de poder por medio de los conceptos de interdisciplinariedad y de trabajo en equipo, en el cual el jefe que detenta las decisiones importantes del acto de curar o de cuidar es exclusivamente el médico y el resto del grupo trabaja para la consecución de los objetivos de aquel.

Las profesoras de enfermería y las enfermeras clínicas desarrollan su identidad profesional en consonancia con las actividades que ejercen para fomentar el bienestar y la vida; son regidas por códigos de ética; requieren un largo periodo de estudios pero de menor en longitud que otros actores del campo; no poseen el derecho exclusivo de ofrecer servicios si no es por conducto de las instituciones de salud en las que la profesión dominante del *situ* o del campo es la que detenta la autoridad institucional; poseen un conjunto de normas, valores, símbolos y lenguajes propios, es decir, una cultura propia; no gozan de elevado prestigio y la remuneración económica es inferior.

En la institución que nos ocupa, la responsabilidad de la enseñanza descansa en gran medida en 12 profesoras de tiempo completo cuyos grados académicos son 9 doctorados, de las cuales 4 cuentan además con el perfil PRODEP y 3 con maestría; las líneas temáticas sobre las cuales investigan y publican son sexualidad reproductiva y anticoncepción; promoción de la salud, estilo de vida y cronicidad de enfermedades y proceso enseñanza-aprendizaje.

V. Conclusiones

Es tiempo de reconocer que la enfermería mantiene una relación sujeto-objeto en su actuar profesional, pero que puede y debe repensarse y realizarse de varias formas, en las que se asuma verdaderamente al ser humano y su cuidado desde la integralidad, teniendo en cuenta que vive en un mundo laboral permeado de acciones de poder y de violencia.

La tarea de la enfermería y sus profesionales es, en fin, humanizar la interacción con el sujeto de cuidado y estructurarse conceptualmente. Para legitimar su funcionamiento es necesario que el profesional desarrolle conocimiento y que defina, como lo hace cada cultura, su propia forma de comprender y clasificar el mundo, reconociendo los aciertos y desaciertos siempre como oportunidades de progreso.

VI. Bibliografía

Alanís-Rufino, M. (2009) Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905. *Bol Mex His Fil Med, 12*(2), 63-68.

Bourdieu, P. (1976). Algunas propiedades de los campos. *Conferencia a filólogos e historiadores de la literatura, en la École Normale Supérieure*. Recuperado de: https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/bourdieu-algunas-propiedades-de-los-campos-ges.pdf

_____ (1977). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona, España: Laia/Barcelona.

_____ (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica, 2*(5), 1-5. Recuperado de: http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/1043

_____ (1990). El espacio social y la génesis de las clases. En Bourdieu, P. *Sociología y cultura* (281-309). Ciudad de México, México: Grijalbo.

_____ (2000). *Poder, derecho y clases sociales.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una Antropología Reflexiva.* Ciudad de México, México: Grijalbo.

Casillas, M. (1987). Notas sobre el proceso de transición de la universidad tradicional a la moderna: Los casos de la expansión institucional y la masificación. *Sociológica, 2*(5), 7-11. Recuperado de: https://www.uv.mx/personal/mcasillas/files/2014/03/Notas-sobre-el-proceso-de-transicion-de-la-universidad-tradicional-a-la-moderna.pdf

Casillas, M.; Chain, R. y Jácome N. (2007). Origen social de los estudiantes y trayectorias estudiantiles en la Universidad Veracruzana. *Revista de la Educacion Superior, 36*(142), 7-29.

Fernández, J. M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social, 18*(22), 7-31. Recuperado de: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PierreBourdieu.pdf

Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud. 10*(2), 152-169. Recuperado de: http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf

Frenk, J. (1995). *La Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública.* Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica

Frenk, J. *et al.* (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública , 28*(2), 337-341. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf

García Hernández, C. B. (2009). Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México-La reconstrucción del camino. *Escola Anna Nery Revista de Enfermería, 13*(2), 287-296. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf

González N. y Lobato. F. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. *Bordon Revista de Pedagogía, 63*(2), 91-105. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2717064.pdf

Lévi-Strauss, C. (1997). *El Pensamiento Salvaje.* Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica.

Medina Moya, J. L. (2006). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería.* Barcelona, España: Universitat de Barcelona.

Pérez Rayón, E. N. (1998). México 1900: la modernidad en el cambio del siglo. La mitificación de la ciencia. En *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México. 18*(18), 41-62. Recuperado de: http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/moderna/vols/ehmc18/233.pdf

Sánchez, N. F. (2012). La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. *Contextos,* (28), 69-82. Recuperado de: http://www.umce.cl/joomlatools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N28-04.pdf

Siles J. (1997). Epistemología y Enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermeria Clínica, 4*(7), 188-194.