



Historia de la Enfermería Peruana

Margot Zárate León (*)

La enfermería peruana del presente siglo, puede ser analizada a través de los hechos y procesos más significativos agrupados en tres períodos: 1900-1930; 1930- 1960 y 1960 - 1990. De acuerdo a las concepciones que han orientado el quehacer y la formación de enfermería y que se relacionan con las características de la práctica de salud y de la estructura socio-económica del país, reconociendo además que ciertas características de la enfermería peruana son resultados de su dinámica interna.

PRIMER PERIODO : 1900 - 1930

Perú en éstas décadas se caracterizó por un "modelo de desarrollo socio-económico hacia afuera", la actividad central de la economía estaba dirigida hacia los países más desarrollados, como productor de materias primas. Una de las expresiones de esta situación fué el desarrollo de los medios de transporte marítimo y ferroviario, actividades complementarias exigidas por la propia actividad exportadora.

En razón a ello la práctica de salud dominante era la práctica sanitaria : saneamiento y vigilancia de los puertos y la lucha contra las enfermedades que exigían cuarentena y que resultaban una traba para el comercio exterior. La realización de campañas sanitarias para combatir las enfermedades debilitantes, fiebre amarilla y malaria, campañas dirigidas sobre todo a los centros de producción agrícola y extracción minera para proteger y aumentar la fuerza de trabajo; prácticas que estaban en manos de médicos titulares y de inspectores sanitarios.

En este período, se inicia la colaboración internacional en el campo de la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS-1902), más ligada a la sanidad marítima y a la regulación de la cuarentena y la fundación Rockefeller, a través de la Comisión Internacional (1913) que se ocupa principalmente de la lucha contra las epidemias rurales.

Aparte de ellos la salud era concebida como un problema individual y la atención médica, eminentemente reparativa y con un desarrollo muy precario, estaba sujeta a la

capacidad personal de acceso al servicio privado o a la buena voluntad filantrópica de los sectores con poder económico, la salud de la población no se consideraba como deber del estado sino como una obligación religiosa-moral de las clases dominantes frente a los sectores menesterosos. La atención médica era totalmente diferenciada: el consultorio privado y el internamiento en domicilio para la clase pudiente y los hospitales de beneficencia, para los pobres. La población rural-indígena, en su inmensa mayoría se encontraba al margen del servicio sanitario formal y tenía como único referente conceptual y práctico el quehacer sanitario popular andino.

En los albores del Siglo XX enfermería se encontraba en manos de congregaciones religiosas que cumplían una función social : cuidar de los parias y desamparados, procurando la conversión religiosa, la moralización y la disciplina de estos grupos. Esta función estaba vinculada a la estructura político-económica ya que contribuía a disminuir las tensiones sociales. El personal auxiliar era laico y por lo general se restringía a brindar los cuidados básicos de higiene personal y alimentación.

La enfermería peruana estuvo muy ligada al desarrollo de los hospitales (medicina curativa), evolucionando en éste período de una actividad empírica practicada por religiosas como acción caritativa y en forma gratuita, a una ocupación laica, que requiere de una educación formal-institucionalizada y cuyos servicios son remunerados.

son dos las **ESCUELAS DE ENFERMERIA** que se fundan en este período :

- La Escuela de enfermeras de la casa de salud de Bellavista (1907), para la atención de residentes extranjeros, escuela encargada a la enfermera inglesa Little y que casi recién iniciada interrumpe su funcionamiento para reabrirse en 1921, al ser transferida la casa de salud a una entidad angloamericana.
- La Escuela mixta de enfermeros (1915), que posteriormente adquiere la denominación de escuela nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza (1928) de la sociedad de beneficencia, quien advierte la necesidad de preparar enfermeras, no solo para la atención de los pacientes de sus hospitales, sino para la sociedad toda. Es precisamente la enfermera norteamericana Maud E. Carner a quien se le encomienda la dirección de la nueva escuela. La formación dura tres años, algunos de los cursos que se desarrollan son: anatomía, fisiología, microbiología, arte de enfermería, ética, y su impacto en la atención de los pacientes hospitalizados. Permitió asegurar que sus egresadas serían recursos utilísimos para la sociedad y la medicina nacional.

Es así como la formación de enfermeras iniciada en este período marca un hito en la historia de la enfermería peruana al institucionalizarla, y al mismo tiempo abre nuevos horizontes para el desarrollo de la mujer peruana.

SEGUNDO PERIODO: 1930 - 1960

Este período se caracteriza por el estancamiento en el comercio de exportación y el surgimiento del proceso de industrialización, a éste modelo de crecimiento se le conoce como "desarrollo hacia adentro". La depresión económica de 1930 encontró al país con una estructura económica básicamente sustentada por la actividad exportadora. El colapso del mercado exterior y el decaimiento de la capacidad importadora hizo que se volcara a la industria el capital acumulado en el período anterior.

A una práctica sanitaria dominante en el período anterior, que respondía a las necesidades de una economía exportadora de

materias primas, se pasa a una práctica de salud más centrada en las enfermedades del individuo.

El proceso de industrialización que se inicia en el país demanda el desarrollo de la atención médica a fin de proteger la mano de obra y aumentar su productividad. Esta situación impulsa el desarrollo de la red hospitalaria que entre 1940 y 1960 tiene un crecimiento vertiginoso. La atención médica también asume modalidades distintas, de acuerdo con los grupos de población a la que se destina; de los grupos urbanos y pudientes se hace cargo la práctica médica privada; de la clase obrera y burocrática se hace cargo el estado a través de los hospitales de la Seguridad Social. El Ministerio de Salud comparte con la Beneficencia la responsabilidad de la atención de la población desprotegida que dada la modalidad de desarrollo marginalizante es cada vez más numerosa. Los hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales se hacen cargo de su sector.

La hegemonía de la atención médica reparativa sobre la práctica sanitaria que se aprecia hasta el presente tuvo gran influencia en el avance de la medicina clínica y en el desarrollo de numerosas especialidades de especialistas. Su influencia se hace sentir también en la educación médica estimulando el incremento de la medicina privada y creando nuevas necesidades en el campo de la salud.

La práctica de la medicina preventiva de salud pública también se incrementa en este período, alcanzando su auge en el decenio de 1950. Su crecimiento sin embargo, no sigue el mismo ritmo de la atención médica reparativa, pasando a ocupar un papel secundario dentro de la práctica de salud. La práctica de la medicina preventiva está dirigida principalmente a las zonas urbanas y áreas estratégicas. También adquiere una modalidad individualista a través de los centros de salud. En ésta etapa el sector salud recibe gran cooperación de organismos internacionales, la cual se intensifica durante la segunda guerra mundial. Se establecen asimismo los servicios cooperativos de salud dirigidos principalmente a prestar asistencia

sanitaria en áreas rurales, marcando el punto de partida del desarrollo de la medicina preventiva y de los servicios integrales de salud pública a los individuos, familias y grupos de la comunidad. Estos incluían la atención médica, tanto en los centros de salud, como en hospitales, las medidas de saneamiento ambiental y la educación sanitaria.

En este período se afianza el reconocimiento de la importancia de los servicios de enfermería técnicamente competentes para la prestación de servicios de salud en el área hospitalaria. El desarrollo de la práctica de enfermería que desde sus inicios estuvo ligada al desarrollo de los hospitales, en un período en que la práctica de salud se centra en ellos, era de esperarse que el desarrollo de enfermería siguiera la misma dirección.

Los avances científicos de la medicina, la sofisticación de la atención médica, estimularon tanto la preparación del personal de enfermería como su crecimiento numérico, asumiendo funciones más complejas tanto en la atención directa a pacientes como funciones administrativas, de supervisión y enseñanza. En este período se crean diez (10) escuelas de enfermería afiliadas a hospitales, dos (2) de la Sociedad de Beneficiencia, tres (3) del Ministerio, dos (2) del seguro social y tres (3) de las Fuerzas Armadas. Apareciendo en su ubicación un claro centralismo, siete (7) en Lima, una (1) en la provincia constitucional de Callao una (1) en Tacna y una (1) en Tarma. Estas escuelas cuyos estudios se realizaban en tres años, similarmente a las dos creadas en el período anterior, aseguraban con la formación de enfermeras el personal necesario para su funcionamiento, que explicaba la gratuidad de la enseñanza y del internado exigido. Son figuras destacadas de la educación en enfermería en este período Sor Martha Maurin y Madre Cristóforis.

En el año 1947 por resolución suprema nº 1343 se crea en el Ministerio de Salud el comité permanente de control de escuelas de enfermería, integrado por las directoras de las escuelas y asesorado por la consultora en enfermería de la Organización Panamericana

de la Salud, con el objetivo primordial de elevar el nivel de la enfermería para alcanzar el reconocimiento profesional, logrando la unificación de los planes de estudio, la preparación de programas de los cursos básicos, la normalización del proceso de admisión, evaluación y titulación, y el desarrollo de cursos de educación continua para enfermeras docentes. En 1956 por decreto supremo se reconoce a las enfermeras diplomadas en las escuelas como profesionales, se les otorga el título a nombre de la nación y se reglamenta su ejercicio.

Asimismo en este período (años 1940 y 1950), inicia y adquiere, prestigio la práctica de enfermería en salud pública. La ampliación del quehacer hospitalario al de salud pública, coincide con la relativa importancia dada en la época al desarrollo de la medicina preventiva, a la creación de los servicios integrales de salud y a la influencia de los servicios cooperativos. Aumenta la demanda y la enfermería de salud pública alcanza su auge, un gran número de enfermeras trabajan exitosamente en este campo, siendo las representantes más notables: Yolanda Serruto, en Punto; Celia Sotomayor, en Cuzco; Carmen Peralta, en La Libertad; en Tingo María Alicia Arrieta, Dora Morales en Loreto y en Lima Trinidad Rámirez.

Dadas las nuevas funciones que las enfermeras deben asumir tanto en los servicios recuperativos como preventivos promocionales, los planes de estudio de las escuelas de enfermeras incorporan los cursos de psicología, sociología, administración, salud pública y enfermedades transmisibles. La escuela de enfermería Arzobispo Loayza en los años 1938 a 1943 ofrece a todas sus egresadas la especialidad de enfermera visitadora a través de un programa anual al término de los estudios de enfermería; y en 1954 se crea el instituto nacional de enfermería, organismo del Ministerio de salud pública y asistencia social, que con el aporte financiero de la Caja nacional del seguro social desarrolla programas de perfeccionamiento para enfermeras en las áreas de administración, educación y salud pública.

Un hecho trascendente en 1958 fué la creación de la escuela de enfermeras en la Universidad San Cristobal de Huamanga (Ayacucho), iniciándose la formación de enfermeras a nivel universitario, hito que significó un importante paso para el desarrollo de la enfermería peruana, que se profundiza en las décadas siguientes.

Otra gran influencia en el desarrollo de la enfermería peruana determinada por la división del trabajo en los hospitales modernos fué la demanda de personal auxiliar. Antes de los años 50 la preparación de auxiliares de enfermería en el ámbito nacional tuvo características de adiestramiento en servicio. No fué sino hasta 1958 que este grupo ocupacional pasa a ser preparado a través de cursos formales por el Ministerio de Salud, aprobándose por resolución suprema N° 45-STN la nomenclatura única de auxiliar de enfermería y el primer programa oficial de seis meses de duración, estableciéndose como requisito educacional la instrucción primaria, que más tarde (1964) fué el tercer año de secundaria. A partir de 1946 hasta 1959 el servicio cooperativo interamericano de salud pública formó personal auxiliar en cursos de entrenamiento de seis meses, denominando a las egresadas visitadoras de higiene. Los programas estaban orientados a los aspectos preventivo-promocionales, permitiendo el empleo de este recurso en las zonas rurales y en las unidades sanitarias (centros de atención ambulatoria).

El desarrollo de enfermería en este período y la necesidad de su conducción técnico-administrativa a nivel nacional determina que en 1951 el Ministerio de salud a nivel central cree la Sección de Enfermería, organismo representativo de la profesión, dirigido acertadamente por la enfermera Delia Alvarado. En 1957 toma la denominación de Departamento de Enfermería con las secciones: hospitalaria, de salud pública y asesoría para los programas de preparación de auxiliares de enfermería (desde 1964 a 1967 unidad de asesoría y supervisión de enfermería).

El surgimiento de la enfermería corporativa se dá en este período con el propósito de facilitar el desarrollo académico, ético-geon-

tológico y gremial. Se funda la Asociación Nacional de Enfermeras en 1953 (antes asociación de enfermeras católicas), siendo Fabiola Tavera su primera presidenta; y la liga nacional de enfermeras del Perú, en 1953 (antes consejo nacional de enfermeras).

Estos procesos y hechos que se dan en este período nos demuestra que enfermería va avanzando con mucho esfuerzo en ubicación y aporte en el campo de la salud.

TERCER PERIODO: 1960 - 1990

Durante este período el país progresivamente profundiza una crisis económica y social caracterizada por la reducción del crecimiento del producto bruto interno, aumento de la deuda externa, crecimiento demográfico, migración interna, desempleo y violencia social. El hecho que el crecimiento industrial logrado no haya producido las modificaciones esperadas en la estructura global crea una situación de desequilibrio entre un alto nivel de demandas y una escasa oferta de oportunidades.

Continúa en este período el predominio de la atención médico-recuperativa sobre la práctica preventiva. Un porcentaje muy alto de los gastos públicos en salud se destinan a servicios curativos, principalmente a servicios hospitalarios. El desarrollo y modernización de los hospitales iniciado en el período anterior, hace que se centralicen en estos la atención curativa y la formación y especialización de médicos. Su supremacía hacia las demás prácticas de salud se mantiene hasta el presente. Los cambios que deberán ocurrir en la práctica de salud se oficializan cuando los ministros de salud del continente establecen como una de las metas del plan docente de salud para las Américas (1972-1981) la ampliación de la cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades de menos de 2000 habitantes. En 1977 la 30a. asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprueba una resolución en la cual se establece como meta de los Gobiernos y de la OMS la "Salud para todos en el año 2000" dando así un carácter universal a la extensión de la cobertura. La

declaración de Alma Ata, en 1978 afirma que para alcanzar ésta meta "la atención primaria de salud" es la estrategia clave, que el país suscribe, pero que en su aplicación se concibe como una complementariedad, más que como un cambio global en la prestación de los servicios cuyo modelo continúa en crisis, con una estructura de poder carente de democracia, respondiendo a requerimientos individuales y no a los de la población, a la demanda y no a la necesidad, a la enfermedad y no al proceso vital, con una cobertura deficitaria y clara inequidad en calidad, oportunidad y distribución.

Los cambios proyectados en la práctica de salud repercuten en el sector educacional, surgiendo una serie de críticas a las instituciones educativas, demandando su ajuste a los requerimientos de transformación de los servicios. Se crea el servicio civil de graduados (SECIGRA 1975), posteriormente reemplazado por el servicio rural urbano-marginal en Salud (SERUMS 1982).

En este período la práctica de enfermería sigue centrada en hospitales, el quehacer administrativo se profundiza, evidenciándose el alejamiento de la enfermera de la atención directa de los pacientes, que pasa a ser delegada al personal auxiliar y técnico, salvo en aquellos servicios que se van creando en los hospitales para la atención de pacientes críticos tales como cuidados intensivos, cuidados coronarios, hemo- diálisis, entre otros. En el campo preventivo-promocional la enfermera empieza a asumir mayores responsabilidades en el control de la salud, en el área materno-infantil el control del niño sano, en el área de psiquiatría pasa a participar en las terapias de grupo y asumir mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

En lo referente a la educación en enfermería, el ministerio de salud en el año 1964 firma un convenio con la universidad nacional Mayor de San Marcos y la Organización Panamericana de la Salud, para impulsar el desarrollo de la educación y de los servicios de enfermería a través de programas complementarios y la creación de una escuela de enfermeras, cuya primera directora fué la

enfermera Esther Saito. En este período la Educación en enfermería se amplía vertiginosamente en el sistema universitario que también se expande, fundándose trece facultades y nueve escuelas en su mayoría en el interior del país. Las primeras en crearse, en los años sesenta, además de la existente en la UNMSM son las ahora facultades de enfermería de la Universidad Católica Santa María de Arequipa, de las Universidades Nacionales : San Agustín de Arequipa, Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, San Antonio Abad del Cuzco, del Altiplano-Puno, de la Amazonía Peruana-Iquitos y la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

En los años 60 y 80 se crean las dos últimas escuelas de enfermería no universitarias, afiliadas a clínicas particulares.

Entre los años 1960 y 1983 coexisten en el país la formación de enfermeras en escuelas no universitarias y universitarias, determinándose la necesidad de unificar el nivel de formación por acuerdo del Colegio de Enfermeros del Perú. En los años 84 y 85 se produce la afiliación académica de las escuelas a la distintas universidades como medida transitoria hacia la incorporación, fortaleciéndose la formación académica de enfermería y asimismo influyendo en el sistema universitario en la mayoría de sus programas comunitarios. De otro lado se produce la necesidad de abrir programas complementarios para las enfermeras ya egresadas, que son ofrecidos por las universidades en distintos puntos del país, en algunos casos por la modalidad a distancia, continuando aún la demanda de estos cursos.

La formación universitaria permitió, en particular en algunas instituciones, profundizar la formación de la enfermera en salud comunitaria e iniciar la investigación en enfermería en el país, cuya principal exponente fué la enfermera Ela Diaz.

A pesar de haber transcurrido 30 años de la enfermería universitaria, no se cuenta en el país con programas de Especialización que fortalezcan el desarrollo de la función sustantiva del quehacer de enfermería : la prestación del cuidado directo. El perfec-

cionamiento a nivel de maestría se ofrece a partir de 1982 en la UNMSM para las áreas de administración y educación, y en los últimos años las enfermeras acceden a Maestría multidisciplinarias en administración en salud; salud pública y salud comunitaria en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y en administración y educación en otras universidades.

El instituto nacional de enfermería del Ministerio de Salud en 1960 se convierte en Instituto de post-grado en enfermería dirigido por la enfermera Antonia Puente, en 1964 pasa a ser parte de la nueva escuela de salud pública. Durante todo este período continúa ofreciendo cursos de salud pública y administración para enfermeras en grupos unidisciplinarios y multidisciplinarios.

A fines de la década del sesenta y comienzos del setenta se inicia la preparación del personal auxiliar en las denominadas academias de carácter privado en las cuáles el ministerio de salud no tuvo ninguna participación. Estas academias cambian su razón social por centros de capacitación profesional extraordinaria (CENECAPES-ley general de educación N° 19326), instituciones que a pesar de la normatividad dada continuaron sin ninguna supervisión ni control del ministerio de salud. La citada ley dió origen a la modalidad educativa de bachilleres profesionales en las denominadas escuelas superiores de educación profesional (ESEP), iniciándose en el año 1975 el primer programa para formar bachilleres profesionales en Salud, de tipo generalista y polivalente para prestar servicios en zonas rurales y alejadas del país. Este grupo ocupacional no pudo incorporarse como tal al mercado laboral de salud, por cuanto no se crearon los cargos respectivos, siendo ubicados como sanitarios en puestos de salud.

La ley de educación vigente N° 23384 (1982) crea los institutos superiores en reemplazo de las antiguas ESEP y los centros de educación ocupacional (CEO) en reemplazo de los CENECAPES, ambas modalidades tienen un enfoque de salud recuperativo. El

nivel del egresado de los Institutos superiores tecnológicos fué creado por definición de nivel ocupacional de técnico en enfermería nivel al cual se acogieron también por disposiciones expresas del sector y por única vez las auxiliares de enfermería por años de antigüedad en el cargo. Desde 1982 se han incrementado significativamente los centros formadores privados, con una producción de egresados que exceden la demanda de los servicios y sin la intervención del sector salud que oriente o controle la observancia de los requisitos mínimos educativos para la autorización del ejercicio ocupacional.

Durante el desarrollo corporativo de enfermería se crea la asociación de enfermeras docentes en 1962, la federación de enfermeros del Perú en 1963, en 1966 la asociación inter-universitaria de facultades y escuelas de Enfermería, que en 1988 se convierte en Asociación peruana de facultades y escuelas de enfermería, y el colegio de enfermeros de Perú en 1979.

Situación Actual y Perspectiva

A pesar de los esfuerzos que se han venido apreciando a través de los años, la enfermería peruana no logra aún el desarrollo esperado; el debilitamiento de la calidad de los servicios que presta, particularmente a nivel hospitalario; la carencia de modelos innovadores de atención de enfermería; un cierto deterioro de la identidad profesional, un trabajo en equipo "de enfermería" (profesional-técnico-auxiliar) y "de salud" (multidisciplinario) escasamente desarrollado; políticas no claramente definidas en algunas organizaciones representativas de enfermería y una preocupante carencia de líderes, son algunas expresiones de la situación por la que atraviesa enfermería. Ello, tiene entre sus explicaciones, procesos formativos que no logran una real articulación con la práctica profesional y de salud para transformarla, razones inherentes a "género" característica de nuestra cultura y que gravitan en enfermería por ser una carrera con un muy elevado porcentaje (aproximadamente 90%) de mujeres. La estructura jerárquica de las relaciones en el sistema de salud, y de la grave crisis social, política, económica y moral que

agobia al país. Esta situación se ha intensificado en los últimos años e impacta sensiblemente en los sectores de prestación de servicios como salud y educación y en los estratos sociales en los cuáles se ubican predominantemente las enfermeras.

Las necesidades de la población misma, según las tendencias, seguirán siendo crecientes, frente a la imposibilidad del estado para su atención. Cambios en el modelo de prestación de servicios de salud no solo son necesarios sino impostergables. En estos cambios, en su generación, impulso y fortalecimiento, el rol que le toca desempeñar a la enfermera es trascendente e indiscutible y hacia ello deberán orientarse sus esfuerzos en beneficio de la población y de la profesión misma.

La enfermería por su formación generalista, por su número (entre personal profesional, técnico y auxiliar y constituye aproximadamente el 60% del personal de salud), por su distribución a nivel nacional, en hospitales, centros, puestos de salud, empresas, escuelas, etc., por su conformación predominante femenina, condición tal que aunada a su condición de madre trabajadora, le concede por naturaleza gran sensibilidad social, se constituye en una fuerza potencialmente influyente para impulsar los cambios en el modelo prestador a través de la innovación de sus propios modelos de prestación de servicios de enfermería, los cuales deberán caracterizarse por ser integrales, familiares y comunitarios, orientados a la educación para el autocuidado, participativos, en equipo a fin de lograr que la atención de salud se de con equidad, eficiencia y eficacia.

La investigación y la formación deberán acompañar este proceso de cambio para asegurar su dirección y continuidad. La educación continua y el perfeccionamiento a nivel de programas de especialización y de postgrado deberá constituir una de las estrategias para dinamizar los cambios.

Se deberá consolidar la incorporación de las escuelas afiliadas al sistema universitario y fortalecer el desarrollo de las instituciones formadoras.

El proceso de regionalización iniciado en el país, demanda respuestas de enfermería para su desarrollo, constituyéndose este proceso en un espacio en que enfermería debe estar presente.

En la medida en que enfermería se acerque más a las poblaciones y estas sienten la calidad de sus servicios en respuesta a sus propias necesidades, la profesión será fortalecida en su reconocimiento social, e irá progresivamente ganando espacios que le permitan ofrecer su valiosa contribución influyendo en las políticas de salud y en las decisiones de la organización. La estructura de enfermería dentro del sistema deberá responder a este avance, fortaleciéndolo.

Todo esto deberá desencadenar un movimiento de enfermería cada vez más fortalecido con el consenso de las enfermeras y sus organizaciones, movimiento en el cual el personal técnico y auxiliar deberá estar considerado. La perspectiva será siempre optimar la contribución de enfermería en el logro de mejores niveles de salud y de vida para la población.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Desarrollo de la educación en enfermería en el Perú, aplicación del análisis Prospectivo. Lima Perú. 1988.
- 2.- Basadre J. Historia de la república del Perú. Editorial universitaria. Sexta edición. Tomo X. Lima Perú. 1970.
- 3.- Colegio de enfermeros del Perú. Revista Año Nº 2. Vol. II. Lima Perú. 1985.
- 4.- Díaz E. Ejercicio de enfermería en el Perú. Informe preliminar. Lima Perú. Mimeografiado. 1986.

5.- Escuela nacional de enfermeras Arzobispo Loayza. Revista Ecos de nuestra escuela. Bodas de Oro. Lima Perú. 1965.

6.- Jameson-Swall-Suhrie. Historia de la enfermería. Editorial Interamericana S.A. Sexta Edición. México D.F. 1968.

7.- Lio-Lazo-Brito. El trabajo médico en el Perú. Publicación OPS OPCH. Perú 1986

8.- Ministerio de salud. Evolución y situación de la formación- utilización del personal auxiliar y técnico de enfermería. Perú. 1989.

9.- Ministerio de salud. Escuela nacional de enfermería hospital del niño. Revista Bodas de Oro. Perú. 1989.

10.- Organización Panamericana de la Salud. Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en américa latina. Publicación científica 393. Washington Dc. 1980.

11.- Sociedad de beneficencia pública de Lima. Memoria administrativa. Lima Perú, 1915.

12.- Sociedad de beneficencia pública de Lima. Memoria administrativa. Lima Perú. 1916.

13.- Valdizan H. Diccionario de la medicina peruana. Editorial San Marcos UNMSM. Tomo IV. Lima Perú. 1958.

14.- Zárate G. Información estadística sobre oferta-demanda de enfermeras en el país. Primera convención nacional sobre formación de enfermeras. Lima Perú. mimeografiado. 1985.

15.- Zárate M. Historia de la Enfermería Peruana. Bodas de diamante . Escuela nacional de enfermeras Arzobispo Loayza. Lima Perú. Mimeografiado. 1990.

Mayor Información
Margot Zárate León
Escuela de Enfermería
Universidad Peruana
Cayetano Heredia
ap.Postal.5045
Lima 100 Perú

Suscribase

a la revista

Horizonte de Enfermería

¡SU REVISTA!