



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

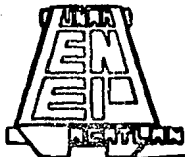
ACATLAN

CONCEPTUALIZACION DE LA PROFESION
DE ENFERMERIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A I

MARCO ALBERTO BASURTO FLORES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

STA. CRUZ ACATLAN, EDO, DE MEXICO 1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION	1
ADVERTENCIA PRELIMINAR	15
I.- ENFERMERIA - SALUD - SOCIEDAD.	
1.1.- Organicidad Conceptual de la Enfermería dentro del Sistema Social .	29
1.2.- Enfoques teórico-interpretativos de la categoría Salud	32
1.3.- Organización de los Servicios de Atención a la Salud	43
II.- ARTICULACION DE LA PRACTICA SOCIAL DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE LA SALUD.	
2.1.- La Práctica Social de la Enfermería como Trabajo	51
2.2.- La Enfermería y la División Social del Trabajo	52
2.3.- La Enfermería y la División Sexual del Trabajo	59
III.- DESARROLLO SOCIO-HISTORICO DE LA PROFESION DE ENFERMERIA Y SU ARTICULACION ORGANICA DENTRO DE LOS MODELOS DE ATENCION A LA SALUD EN MEXICO.	
3.1.- Modelo Sanitario Ambiental de Beneficencia Pública y Social (1800-1917).....	66
3.2.- Modelo Corporativo de Estado (1917-1940)	71
3.3.- Modelo Normativo-Institucional de Estado (1940-1990).....	76
IV.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD EN MEXICO.	
4.1.- Daños a la Salud	145
4.2.- Daños al Ambiente	160
4.3.- Invalidez	163
4.4.- Nutrición	165
4.5.- Población	168
4.6.- Ambiente	172
4.7.- Esperanza de Vida	178
4.8.- Recursos para la Salud	180

V.- DEFINICION DE ENFERMERIA.

5.1.- Corriente Teórica: La Enfermería Humanística como Arte y Ciencia	210
5.2.- Corriente Teórica: La Enfermería y el Campo de los Sistemas	214
5.3.- Corriente Teórica: Enfermería y las Relaciones Interpersonales...	215
5.4.- Corriente Teórica: Enfermería y los Campos de Energía	216

VI.- CONCEPCION FILOSOFICA DE LA ENFERMERIA.

6.1.- Concepción de Salud-Enfermedad	246
6.2.- Idea de la Finalidad de los Servicios de Enfermería	249
6.3.- Metodologías Empleadas en el Cuidado de la Salud	250

VII.- LA IDEOLOGIA Y LA ENFERMERIA.

7.1.- La Ideología y la Condición de Mujer-Enfermera	255
7.2.- La Ideología y el Discurso en la Enfermería	260
7.3.- Concepción Ideológica de Servicio	262
7.4.- Ideología y Estratificación Profesional dentro del Equipo de Salud	266

VIII.- EJERCICIO PROFESIONAL.

8.1.- Por Niveles de Atención a la Salud	286
8.2.- Por Unidad Asistencial	293
8.3.- Por Area de Servicios	296
8.4.- Por Nivel Laboral	299
8.5.- Características y Condiciones Generales del Ejercicio Profesional	316

IX.- ORGANIZACION DE LOS INTERESES PROFESIONALES DE ENFERMERIA.

9.1.- Organización Profesional de Enfermería	348
9.2.- Experiencias Político-Laborales y Ejercicio Profesional	353

X.- FORMACION ACADEMICA-PROFESIONAL.

10.1.- Nivel Académico-Profesional	374
10.2.- Situación Curricular Actual de la Profesión de Enfermería	380

10.2.1.- Escuelas y Facultades de Enfermería	381
10.2.2.- Recursos Docentes en Enfermería	385
10.2.3.- Matrícula Estudiantil en Enfermería	388
10.2.4.- Orientación Curricular de la Profesión de Enfermería	392
a) Perfil Académico Profesional	403
b) Objetivos Curriculares	422
c) Organización Curricular	426
d) Modelos de Planes de Estudios	428
e) Ejes Curriculares	439
f) Orientación de los Objetivos de Aprendizaje	442
g) Organización de los Contenidos de Aprendizaje	448
h) Matrices Curriculares	456
i) Estrategias de Evaluación Curricular	462
XI.- CONCLUSIONES	522
BIBLIOGRAFIA	542
HEMEROGRAFIA	559

I N T R O D U C C I O N

Es muy frecuente encontrar investigaciones sobre las profesiones - orientadas a dar cuenta sobre aspectos sociológicos, sin embargo es un hecho que la pedagogía, al analizar el proceso formativo de los sujetos que la ejercen, contribuye en la especificación de los factores -internos y externos- que determinan los perfiles académico-profesionales, mismos que trascienden en su práctica particular y fundamentalmente en la concepción que para sí asumen ante su realidad disciplinaria concreta.

Un elemento que poco ha sido estudiado sobre las profesiones ha sido la delimitación conceptual, ya que las investigaciones desarrolladas al respecto se han dado a la tarea de delimitar aspectos eminentemente técnicos de sus saberes o haceres, quedando pendiente el nivel del "deber ser" profesional, entendido como la congruencia de su ejercicio y la demanda sociodisciplinaria particular; independientemente de ello, dichos estudios - han constituido una ayuda inestimable en la reconstrucción del desarrollo histórico de las mismas en tanto que expresan momentos históricos -regionales y/o coyunturales- que contextualizan la dinámica político-económica e ideológico-cultural de éstas.

En el caso específico de la Enfermería, la discusión y análisis sobre su conceptualización aparece en el escenario en la década de los ochentas, producto de numerosos eventos académicos y gremiales, con el objetivo central de esclarecer su situación contextual y sociohistórica particular. Eventos organizados principalmente por instituciones educativas entre las que destacan: la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Veracruzana, la Universidad de Guanajuato, la Universidad de Coahuila, la Universidad Autónoma del Estado de México, entre otras; organismos filiales de instituciones educativas como la Federación Nacional de Facultades

y Escuelas de Enfermería; organismos filiales de profesionales como el Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.; así como instituciones del Sector Salud, entre los que destaca la Secretaría de Salud.

Los primeros registros que al respecto se obtuvieron dieron origen a infinidad de posturas, donde la mayoría manifestaba perspectivas empíricas emanadas básicamente de inferencias vivenciales particulares, pero que poco contribuyeron a dilucidar la problemática. Fue a mediados de esa década donde la discusión centró su atención sobre el ejercicio y formación profesional y su relación con las políticas sanitarias y educativas como resultado de la orientación económico-administrativo que se encaminó hacia la masificación y/o ampliación de los quehaceres profesionales y servicios de la enfermería; acciones que trascendieron dentro del ámbito de la planeación educativa y en particular sobre el diseño curricular. Sin ser un problema propiamente de este momento histórico, dichas acciones abrieron un parteaguas en la historia de la profesión, al reconocerse la necesidad de especificar los límites de la profesionalización de la disciplina, tanto en lo académico -nivel universitario y posgrado- como en la reglamentación jurídica de su ejercicio. Estos elementos vinieron a sumarse a problemáticas generales: 1.- la delimitación del objeto de estudio disciplina rio -el cuidado de la salud-, el cual guarda relación inmediata con el modelo curativo que, orientado a la atención de la enfermedad en poco o nada ha contribuido en la identificación epistemológica de la profesión, basta con observar los elementos curriculares -planes y programas de estudios, perfiles académico-profesionales, entre otros- y las prácticas específicas hospitalarias donde se ejerce la profesión, y 2.- El compromiso político y social del gobierno de alcanzar la meta de "salud para todos en el año -2000", la cual involucra la participación de enfermería.

El análisis sociohistórico y disciplinario, así como el desarrollo desigual de los elementos que integran el paradigma en su delimitación conceptual, han demostrado hasta qué punto la perspectiva epistemológica debe corresponderse con las lecturas que de la profesión se realicen. Esta condicción de sistematización analítica ha resultado de otras experiencias investigativas en otras profesiones, entre las que se encuentran: medicina, ingeniería, derecho y el sacerdocio católico, las cuales han partido de ne

cesidades específicas, como son el servirse de dichas conceptualizaciones para la adecuación de los currículos a las exigencias prácticas que a los recién egresados les demanda el mercado ocupacional, al tiempo de reconocer la permanente transformación de quehaceres y saberes disciplinarios particulares. Estas investigaciones, si bien es cierto se han caracterizado por cubrir campos de análisis regionales y/o locales; resultado de los objetivos circunscritos que sus objetivos les exigían sus objetos de estudio. Sin embargo, para el caso de la enfermería representan insuficientes dichos marcos regionales, en tanto que se manifiesta como una práctica multimodal y multideterminada en los diferentes escenarios en los que se desarrolla y ejerce, por lo que exige para su debida conceptualización que demanda de la consecuente demarcación general a nivel nacional.

Dichas investigaciones demostraron la viabilidad instrumental que - dentro de la planeación educativa y curricular representa la estrategia metodológica de conceptualizar la profesión, más aún sirvieron como estrategia prospectiva y no sólo coyuntural como se venía desarrollando la actualización de los currículos, al grado de impulsar acciones metodológicas y fundamentaciones teóricas que justificaron los quehaceres innovadores y/o de incipiente desarrollo, detectados a través de la misma investigación.

Desde el punto de vista estrictamente metodológico, sus aportes se inscriben en tres puntos básicos:

1.- La investigación sobre la conceptualización de una profesión no puede pensarse como algo independiente entre el desarrollo socio-histórico nacional y la disciplina en su ejercicio y formación profesional.

2.- A un nivel superior de abstracción, la investigación sobre la conceptualización de una profesión no es ajena a los cambios sociales, políticos y económicos que le determinan, sea de manera directa o indirecta. La investigación sobre una profesión se inscribe dentro de los múltiples cuestionamientos sobre el desarrollo de las relaciones sociales de producción; esto es especialmente importante en el momento actual por la acelerada transformación tecnológica y científica, que obliga a las profesiones a romper con concepciones tradicionales de quehaceres y deberes sociales ortodoxos.

3.- Existe, finalmente, un enfoque que ocupa la atención de los dirigentes y planeadores de las instituciones educativas, así como empleadores de profesionales: la relación inmediata entre los recursos humanos y los campos de trabajo, altamente dependientes del desarrollo de los medios de producción. De ahí que el desarrollo de investigaciones sobre la conceptualización de una profesión no sea competencia exclusiva de los sujetos que la ejercen, sino del reconocimiento y participación de otros profesionales como el pedagogo, a bien de establecer lecturas de campos de la realidad -ejercicio y formación profesional- inmediatos y prospectivos que respondan a la dinámica en permanente transformación profesional y social que le dan vigencia y razón de ser.

Las acciones desarrolladas en la enfermería al respecto no han generado trabajos concluyentes que den un panorama conceptual general de la profesión, por lo que, al adquirir la formación y ejerciendo como enfermero en el ámbito asistencial, y como pedagogo en la docencia y planeación educativa y curricular de la enfermería, se asumió como objeto de estudio de la presente investigación: "La conceptualización de la Profesión de Enfermería a fin de analizar el marco sociohistórico particular de ésta, recuperando las determinantes sociopolíticas que en materia de salud y educación la han conducido en su actuar frente a las necesidades básicas de grandes sectores de la población demandantes de sus servicios en el cuidado de su salud; al tiempo de registrar las contribuciones y consideraciones de los sujetos involucrados que posibilitan la lectura particular de su realidad profesional y disciplinaria.

El presente trabajo pretende incorporarse al conjunto de escritos que dentro de las acciones de reflexión permanente se realizan dentro de las instituciones educativas y de servicios en enfermería, al tiempo de contribuir en el campo de análisis sociopedagógico macrosocial de las profesiones que demanda de la consecuente participación tanto de los profesionistas inmersos en el campo de reflexión como del pedagogo. Para tal efecto se tomó como criterio metodológico la propuesta "Reconstructivista" por permitir acceder al objeto de estudio en su nivel macrosocial y por sus características y determinantes particulares, así como por la complejidad de elementos involucrados y la inexistencia de marcos metodológicos y -

teóricos específicos sobre dicho campo; acción investigativa que se desarrolló en cuatro fases metodológicamente interdependiente, pero que para fines expositivos se presentan divididos sus contenidos.

Teniendo como perspectiva que la práctica social actual de la enfermería tiene su contexto dentro de la formación económica social plasmada en políticas sanitarias y económicas de desarrollo social, las cuales sostienen política e ideológicamente el modelo de atención a la salud, con una concepción particularmente biologista del fenómeno salud-enfermedad. Este se refleja en el campo del ejercicio y fundamentación disciplinaria de la profesión; por lo que nos cuestionamos: ¿qué papel juega la profesión de enfermería dentro del sistema capitalista en su reproducción?

Cuestionamiento que dio origen al desarrollo de la primer fase del proceso investigativo en la delimitación del problema eje, al reconocer la conceptualización de la profesión como una necesidad sociodisciplinaria, de tal suerte que reclamó del análisis sociohistórico así como de la recuperación confluente de numerosos trabajos precedentes que permitieron el reconocimiento contextual específico. Reconstrucción que posibilitó la delimitación de dos grandes categorías de análisis: la formación profesional y la formación académica profesional. Vistos ambos, a partir de su contexto político, económico, social, educativo y cultural que les determina; y donde la enfermería, como parte del sistema asistencial de la salud en México, juega un papel fundamental en el funcionamiento de programas y políticas gubernamentales, básicamente en aquellos dispuestos en el sostenimiento y reproducción de la salud de las fuerzas productivas del país. Además de colaborar en el mantenimiento, restauración y reproducción de dichas fuerzas, reforzando la estratificación clasista e ideológica que de la salud hace la clase en el poder a través de marcos ideológicos del discurso gubernamental. Condición que llevó a cuestionar sobre: ¿cómo determina la política de salud la concepción de enfermería, tanto disciplinaria como socialmente, frente a la creciente demanda de servicios asistenciales en el cuidado de la salud de grandes mayorías sociales económicamente deprimidas?

La lectura de los escenarios permitió registrar que la práctica social actual de la enfermería guarda relación inmediata con la concepción -

que de la salud ha sido y continúa siendo asumida por los diferentes modelos de atención, mismos que han trascendido la esfera de la filosofía, metodología e ideología de la profesión al caracterizarle como eminentemente clínica, individualista y biológica, desconociendo la realidad sociohistórica que del fenómeno salud-enfermedad determina su condición asistencial concreta. Esto ha garantizado el control de acciones de los servicios asistenciales de la enfermería para con la sociedad, sirviendo como instrumento justificador de políticas y/u orientaciones ideológicas que fundamentan la reproducción y fortalecimiento del orden económico-político establecido.

Bajo estas condiciones, el objeto de estudio exigió para su lectura la determinación de categorías temporales y especiales, mismas que sirvieron de fundamento para la recuperación de referentes empíricos del personal de enfermería inmerso dentro del campo asistencial y docente, donde el discurso emitido sirvió de guía empírica para la consecuente teorización analítica del campo en el que se vive la enfermería.

Es precisamente en este nivel de análisis conceptual donde la disyuntiva sobre la viabilidad del objetivo de la investigación esclareció el registro de la realidad contextual, al tiempo de reconocer la imposibilidad de cubrir la totalidad geográfica espacial y temporal del objeto de estudio, por lo que se aplicó el criterio de regionalización del país, a fin de delimitar el campo muestral, recuperando 21 estados de la República Nacional -65%- a partir de sus instituciones educativas como referentes iniciales, al tiempo de considerar como campo de análisis muestral del ejercicio de los profesionales inmersos dentro de las instituciones - asistenciales; espacios educativos y asistenciales que reflejaran las características regionales y enfoques político-filosóficos del modelo asistencial de salud. Ambos campos materializaron los escenarios de las condiciones contextuales del ejercicio y formación académica profesional del objeto de estudio.

El rigor estadístico del campo muestral de la categoría formación académica profesional partió del registro de un total de 233 planes de estudio, divididos en dos niveles académicos: nivel técnico-profesional o básico y nivel licenciatura o universitario; donde cada uno presentó caracte

rísticas particulares, por lo que se aplicó el criterio de selección muestral bajo las siguientes consideraciones:

1.- Nivel Técnico: de un total de 201 planes de estudio, 120 planes correspondientes a instituciones de carácter oficial, de donde se tomó una muestra de 49 planes que representa el 41%; mientras que para el caso de las escuelas de carácter privado totalizaron 95 planes de estudio, donde se tomó una muestra del 45% que constituye 43 planes de estudio.

2.- Nivel Licenciatura: para el caso de este nivel, todos los planes de estudio se desarrollaron en instituciones de carácter oficial, por lo que se aplicó el criterio de selección muestral a partir de la representatividad e influencia institucional regional entre escuelas, registrándose un total de 32 planes de estudio, de los cuales se tomó una muestra del 41% que representa 13 planes de estudio.

Cabe señalar que dichos planes de estudio presentaron similitudes directas, por la vinculación del reconocimiento, incorporación y/o validación de sus estudios, seleccionados por las magnitudes geográficas y numéricas que un mismo plan de estudio se desarrolla de manera simultánea en varias instituciones educativas.

En cuanto a los referentes empíricos de los sujetos involucrados, se aplicó la entrevista semiestructurada como instrumento de registro del discurso profesional. Así, el personal docente entrevistado -1267 docentes, administrativos y autoridades- fue seleccionado a partir de la representatividad geográfica de influencia que la institución significaba para otras instituciones educativas, tanto por las políticas sanitarias y educativas como por el ejercicio docente profesional en enfermería. En cuanto al campo del ejercicio profesional asistencial se recuperaron los centros de prácticas de aprendizajes de las mismas instituciones educativas, considerando su vinculación e interrelación institucional -académica-asistencial- y representatividad geográfica; instituciones entre las cuales se destacan: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, e institutos y Secretarías de Salud de los Estados y de la Secretaría de Salud. Población muestral del ejercicio profesional asistencial que fue entrevistada -5000 profesionales

de la enfermería- mediante la técnica de entrevista semiestructurada, dado el rigor del registro y análisis de contenidos emitido por los mismos, manifestaciones que dieron cuenta de su entorno y práctica profesional particular; así como referentes socioeconómicos y culturales particulares, necesarios para la reconstrucción de categorías conceptuales que más tarde con figurarían los elementos articuladores de las condiciones y características del ejercicio profesional específico.

Frente a este contexto y teniendo en consideración la relación inmediata entre el ejercicio profesional y la formación académica de los recursos humanos nos cuestionamos sobre dicha relación y su consecuente vinculación con las políticas sanitarias y educativas insertas en un contexto sociopolítico específico. Interrogante que se esclareció a partir de la reconstrucción de la categoría Salud-Enfermedad, a partir del análisis histórico de los Modelos de Atención a la Salud -1800 a 1990-; donde se constató cómo la formación económica social del país asume dicha entidad a partir del establecimiento de normas técnico-administrativas tendientes al cuidado de la salud, sujetando los contenidos y metodologías curriculares como estrategia directiva del ejercicio y orientación profesional de la enfermería. Frente a dicha condición de control y dirección, surgió el cuestionamiento: ¿de qué manera la ciencia médica con su objeto de estudio particular -la enfermedad- determina los marcos conceptuales y metodológicos del objeto de estudio de la enfermería -el cuidado de la salud-?

Este nivel problemático permitió el reconocimiento de la extensión del fenómeno salud-enfermedad, fundamentado ideológica y metodológicamente por el área médica al garantizar su participación orgánica y funcional en la instrumentación de políticas sanitarias tendientes al sostenimiento y producción del sistema económico-político.

Esta condición ha trascendido el ejercicio profesional dependiente de la enfermería al centrarlo en el Sector Salud como máximo empleador de los mismos y, aún más, de las interpretaciones disciplinarias y metodológicas que del objeto de estudio de esta última se tienen registrados. Situación que ha repercutido de manera directa en la planeación educativa y diseño curricular mediante la introducción de marcos ideológicos, éticos y

filosóficos que han asegurado la supeditación de saberes y haceres del resto de las disciplinas intervinientes en la atención de la salud; incluso, aseguran mantener oculta la subordinación simbólica de marcos axiológicos que enfatizan la descalificación académica y social de los profesionales de la enfermería.

Lo anterior vino a sumarse a las características socio-filosóficas que orientan la forma de conceptualizar y asumirse como profesionales de la enfermería, condición que se viene a ratificar por las características socioeconómicas de quien ejerce la enfermería; mayoritariamente mujeres, - teniendo como antecedente histórico el aspecto altruista de sus servicios, condición que consolida la concepción ideológica de la división sexual del trabajo dentro del equipo de salud, presentándosele como aparentemente natural y asumiendo prácticas ideológicamente calificadas como sexualmente - privativas de la mujer, pero dependientes del sexo masculino; actividades particularmente de nivel técnico-división ideológica diferencial entre trabajo intelectual privativo del área médica y del trabajo técnico-instrumental concebido ideológicamente como secundario y/o de ayudantía al área médica como lo es para la enfermería.

En tales condiciones se accedió a la segunda fase del proceso investigativo, fase denominada como "delimitación de la problemática" donde se problematizó dentro de campos y redes de articulación, entre las que se encuentran la detección de los conceptos ordenadores u operativos emanados de los conceptos indicadores iniciales; siendo particularmente difícil su delimitación por el número de elementos y campos problemáticos que le constituyen; por lo cual se asumió como punto de partida la reconstrucción de las condiciones sanitarias del país como referente de la demanda de los servicios de enfermería y sectores sociales a los que dispensa sus acciones, teniendo como antecedente las políticas económicas y sanitarias, ya que es a partir de este contexto que la mayoría de los centros formadores de recursos humanos en enfermería determinan la orientación de la planeación y diseño curriculares, mismos que reflejan prácticas profesionales concretas e interdependientes de las políticas institucionales asistenciales; condición sanitaria que da cuenta de la estratificación social del acceso y condición de salud diferencial entre las clases sociales, ya que si

bien el perfil epidemiológico refleja que las veinte enfermedades de mayor incidencia en el país se encuentran centradas en padecimientos infectocontagiosos, crónico-degenerativos, metabólicos y violencia y accidentes; todos éstos propios de sociedades en vías de desarrollo y de procesos de industrialización, lo que viene a sumarse al surgimiento de brotes epidémicos de padecimientos altamente contagiosos que eran considerados como erráticos y/o controlados dentro del país, entre los que se encuentran el cólera y el sarampión, y otros como el sida, padecimientos que han sido reconocidos como problemas de salud pública y que son objeto de programas preventivos tendientes al fomento del autocuidado y educación para la salud; sin embargo, la realidad acusa la insuficiencia de dichas acciones toda vez que el crecimiento numérico de sujetos enfermos de dichos padecimientos se vio incrementado. Por otro lado, existen padecimientos que sin ser reconocidos de manera oficial como indicativos del nivel de salud y/o enfermedad de la población en general, dan muestra referencial de su incidencia social, entre los cuales se encuentran: la farmacodependencia, violencia y accidentes, niños de y en la calle, delincuencia juvenil, suicidios, enfermedades generadas por estrés, entre otros. Estas patologías no han sido reconocidas oficialmente ya que se consideran como propias de las condiciones sociales, dando muestra de la parcialidad de las interpretaciones que de la salud nacional se declaran oficialmente, desatendiendo las verdaderas causas sociales que históricamente e ideológicamente determinan a los sujetos que viven y enfrentan dichos padecimientos.

Frente a esta realidad sanitaria surge el cuestionamiento sobre: - ¿qué función juega el conocimiento técnico-aplicativo de la enfermería frente a la organización jerárquica del equipo de salud?, aún más, ¿cómo se distribuyen los recursos humanos en enfermería dentro de las instituciones de salud y cuáles son las características y condiciones laborales en las que se ejerce la profesión?

Interrogantes que posibilitaron el registro de tres campos generales en los que se desarrolla la enfermería: dentro de los cuales se evidencia la organización asistencial por niveles de atención; esto es, ya que la estructura institucional de la infraestructura del Sector Salud se divide en tres niveles y donde el primero corresponde a la atención inicial de los

sujetos que enfrentan padecimientos de vigilancia y control domiciliario, centrado en promoción de la salud y medidas preventivas; mientras que el -segundo se destina a los sujetos con padecimientos de control hospitalario; y el tercero exclusivo para la atención especializada. Todos estos niveles y servicios organizados bajo el control y dirección del área médica y de acuerdo a sus perspectivas conceptuales tanto del modelo de atención a la salud como del paradigma de salud-enfermedad hegemónico del país.

Los distintos escenarios analizados en el ejercicio profesional sir vió al mismo tiempo para la delimitación y registro de sus características y condiciones generales en las que se desarrolla, entre las que se encuentran: la participación de niveles operativos y directivos internos en la pro fesión, donde se observó la inexistencia de niveles directivos autónomos - del área médica, e incluso en materia de justificación política y discipli naria en el reconocimiento de campos de desarrollo incipiente o de caracte rísticas innovadoras, tales como: la asistencia domiciliaria y familiar, - asistencia y control de pacientes con enfermedades crónicas, enfermería ocu pacional, asistencia a pacientes con padecimientos infectocontagiosos de ma nejo domiciliario de magnitudes extensibles a la familia y/o comunidad, - participación en la salud laboral y/o industrial del sector obrero, asis tencia y vigilancia en instituciones de educación elemental, asistencia y participación en problemas y/o patologías sociales, etc.

Dentro de los elementos sociales particulares de los sujetos que - ejercen la profesión se registraron los elementos culturales y sociales - que intervienen en la demarcación del ejercicio profesional, tales como son: población mayoritariamente adultos jóvenes, mujeres casadas y madres solte ras, sostenimiento directo de 1 a 3 personas. Dichas condiciones genera les del ejercicio profesional se reflejan en el terreno de la organización de los intereses profesionales, sea por colegios, asociaciones o socieda-- des; todas ellas con la característica común de asumir tareas eminentemen te técnicas y/o de capacitación continua de quehaceres asistenciales y/o - de organización de los servicios, lo cual explica su aislamiento con la rea lidad sociopolítica de su ejercicio social, más aún de las condiciones la borales y salariales en las que se desarrolla dicho ejercicio. Resultado de tales condiciones explican su nivel precario de conciencia político-gre mial y profesional, que si bien en las últimas tres décadas ha enfrentado

numerosos conflictos laborales, todos han concluido en fuertes represiones y mediatizaciones en sus resolutivos, fundamentalmente por la falta de disciplina y conciencia democrática en dichos actos de manifestación y demanda.

El aspecto educativo no escapa a dichas condiciones generales del ejercicio profesional, ya que es a partir de las políticas gubernamentales, tanto económicas como de salud que sujetan las políticas educativas y específicamente la planeación y diseño curricular. Condiciones que se caracterizan por asumir modelos de organización curricular basados en el modelo curativo y eminentemente biológico, lo que determina la orientación de los ejes, objetivos y contenidos de aprendizaje, agudizándose el problema de la formación con la introducción de metodologías y contenidos, por demás descontextualizados de su realidad sociohistórica particular.

Esta situación viene a sumarse al conjunto de limitaciones del desarrollo autogestivo y disciplinario, dado que se reproducen hacia su interior normas filosóficas y éticas que colocan los sujetos que la ejercen en condiciones extremas de robotización, enajenación y hasta de despersonalización, todo ello en aras del perfeccionamiento técnico exigido como prerequisite de los perfiles ocupacionales establecidos por las instituciones del Sector Salud.

Bajo este contexto, no se puede acusar que la realidad está definida para la enfermería, ya que es a partir de los conflictos laborales, disciplinares y acciones organizativas de quien la ejerce que ha dado origen a numerosas acciones tendientes a transformar dicha realidad, prueba de ella son la formación de círculos de estudios, sean político-laborales, sociales y civiles en los que actualmente un nutrido número de profesionales de la enfermería trabajan con la aspiración de configurar proyectos alternativos que rescaten la orientación profesional de su hacer disciplinario sobre la salud de la sociedad, de su ser como ente pensante e históricamente determinado, a fin de realizar prácticas democráticas que involucran no sólo el personal que ejerce la profesión, sino a aquéllos a los que dispensa sus servicios.

Esta referencia constituye la acción final de reflexión a que se -

llegó durante la investigación, esto es, la determinación de contenidos de cada universo de observables o conceptos ordenadores, reflejando la congruencia interna y externa entre sus elementos, categorías generales, niveles y subniveles particulares.

Sin pretender afirmar que sea una tarea concluida, la propuesta de conceptualización de la profesión viene a sumarse al conjunto de trabajos tendientes a la búsqueda y/o creación de alternativas metodológicas de reflexión continua de la realidad del ejercicio profesional y su condición prospectiva. El campo de la planeación educativa al encontrarse involucrado de manera directa exige de la consecuente argumentación para su transformación y ajuste con la realidad contextual a la que se debe; en suma, - abrir la puerta al cambio bajo perspectivas y aproximaciones surgidas de - quehaceres, saberes y deberes sociales históricamente concretos.

Esta línea de investigación no deja de ser una propuesta por desarrollar. De ahí la necesidad de formular y reconstruir los conceptos base - que articulan el análisis y sistematización de la lectura de la realidad profesional que la hace distinta de las estrategias tradicionalmente inscrites dentro de las prácticas institucionales de la planeación y diseño curricular.

Por otra parte cabe señalar que el trabajo no fue sencillo, principalmente por la limitación de la información disponible sobre el tema, así como por la dispersión de las fuentes consultadas a lo largo del país, por lo que tratándose de un trabajo pionero dentro de la profesión y teniendo productos particulares en algunas instituciones educativas se presenta como no concluyente, por lo que es satisfactorio el reconocer que es esto mismo lo que desde su inicio se tenía contemplado al presentarse a consideración del lector que le preste la atención de su lectura, que serán en última instancia sus críticas y acciones asumidas al respecto, las que servirán para profundizar, de manera permanente, teórica y metodológicamente en dicho campo de estudio y al mismo tiempo mantener viva la esperanza de enriquecer y/o transformar dicha lectura de la realidad.

Por último, el presente trabajo ha sido producto del continuo y permanente análisis y de experiencia investigativa, desarrollados gracias a

diferentes personalidades del área de la enfermería y de la pedagogía, inmersos en el campo asistencial y educativo; por lo que al ser difícil de citar a todos y cada uno de ellos, expreso mi agradecimiento y reconocimiento por sus contribuciones, conocimientos, tiempo y recursos dispuestos para la realización de la presente investigación. De manera particular expreso mi reconocimiento al Profesor Licenciado en Pedagogía Ignacio Pineda Pineda, por su confianza al emprender la asesoría de la presente investigación dentro de un campo por demás interesante.

ADVERTENCIA PRELIMINAR

Antes de iniciar el desarrollo del presente trabajo, se hace necesario advertir algunas precisiones epistemológicas y lingüísticas sobre su inscripción a la categoría "conceptualización" frente a la de "definición", que si bien se interrelacionan en la práctica cotidiana del lenguaje científico, no así en sus fundamentos epistemológicos particulares, materializados en el acto de análisis y reconstrucción de campos y/o escenarios sociales.

El presente trabajo al asumir como objeto de investigación la profesión de enfermería a partir de las categorías: formación académica y ejercicio profesional; reclamó explicitar sus articulaciones conceptuales y contextuales. Elementos recuperados tanto del discurso emitido por los sujetos que la desarrollan -forma de asumir y vivir su práctica profesional concreta-, como del registro teórico y observacional de la dinámica estructural y/o coyuntural, que delimitaron los referentes temporo-especiales en la identificación de problemas indiciarios y niveles de análisis y problematización.

Frente a estas particularidades del objeto de investigación y con fines de análisis epistemológico se recuperó la demarcación teórica establecida por W. Dubislav acerca de las cuatro principales doctrinas que engloban las reflexiones teóricas sobre la definición; al mismo tiempo, señalar sus diferencias distintivas con relación al acto investigativo del presente trabajo.

"1a.- La definición consiste en una determinación de la esencia; - 2a.- La definición es determinación (construcción o descomposición) del concepto; 3a.- La definición es la aclaración que posee un signo o la aplicación que halla; y 4a.- La definición es determinación (no aclaración) de la significación de un signo o de la aplicación que puede encontrar". (5,311).

- Asumir el acto de definir como una determinación de la esencia, o más aún como aquéllo que "... tiene por misión averiguar la esencia, esto es, aquello que hace que el ente sea lo que es". (6, 731), permite comprender que es un acto eminentemente filosófico, en el entendido de búsqueda, justificación o razón de ser, como existencia misma y con relación a otros elementos interactuantes. Sin embargo, ello exigiría, de ser posible, el colocar a la definición como un acto eminentemente superior, que mantendría al proceso de abstracción y/o ideación -conceptualización- inmerso en el primero -definición-; situación que es lejana de ser, toda vez que la reflexión sobre una realidad u objeto dado no necesariamente puede ser explicado definitivamente desde posturas netamente abstractas. Ello depende de la condición y/o posibilidad de ser asumidos los objetos o realidades en lo particular, ya que para el caso de nuestro objeto de estudio, - existen categorías conceptuales de nivel de conceptos ordenadores u operativos, los cuales para su reconstrucción y articulación específica demandan del análisis teórico-analítico, como lo son los campos de su filosofía e ideología, así como su articulación orgánico-funcional dentro del sistema político-económico; sin embargo, existen otros campos de análisis que sin ser necesariamente susceptibles del rigor eminentemente teórico han sido reconstruidos y teorizados a partir de registros empíricos, ejemplo de ellos son: la articulación socio-histórica de la enfermería dentro de los distintos modelos de atención a la salud, desarrollados en los dos últimos siglos en el país; el diagnóstico de salud nacional; el ejercicio profesional; su forma particular de asociación profesional y en forma más específica su formación académica profesional.

Por otra parte, aludir que definir es un acto de descomposición o reconstrucción que se inscribe dentro de la corriente del pensamiento epistemológico positivista, el cual establece como marco de referencia la obligatoriedad de esclarecer la estructura configurada de un objeto y/o realidad a partir de su condición específica de ser registrable como existente y en posibilidad de ser verificada de manera objetiva; esto es, la definición - es objetiva siempre y cuando cumpla ciertos requisitos tales como:

"... poner claros los límites, acortar, a partir de, determinar algún concepto" (8, 312).

Más aún:

"Delimitar (en sentido figurado), indicar con precisión; definir - las atribuciones de... [un] objeto en cuestión; formular, tan breve y claramente como sea posible, la naturaleza de una cosa, el contenido de un concepto, el sentido de un término. La definición es - siempre una elección. Los que a ella procedan... pretenden generalmente haber despejado el verdadero, el único razonable, o el único que corresponde a un uso constante" (3, 594-595).

Estos criterios de demarcación conceptual presentan dos vertientes generales: Primero, el de la lógica de los enunciados significativos y, segundo, el de su verificación. Ambas corrientes constituyen un mar de cuestionamientos, ya que suponen el desarrollo estable de la teoría como criterio de delimitación constituyente; y la verificabilidad de la realidad, en tanto que la regla de correspondencia entre lenguaje teórico y observacional debe ser dada a partir de la deducción; con ello, a la ciencia se le ubica como un acto que trabaja con conceptos sólo de manera indirecta y parcialmente interpretados. Lo cual nos conduce al campo de la verificación, donde el problema de la verdad justifica la teoría, lo cual abre la incertidumbre acerca de la correspondencia entre concepto teórico e indicador - percibido, situación que repercute sobre el carácter de la teoría que se pretende construir; esto es, una concepción de la realidad reducida al mundo empírico correspondiente a una concepción homogénea de la teoría, cerrada semántica y metodológicamente en su devenir cotidiano investigativo.

La existencia de campos de análisis susceptibles de ser teorizados requiere del reconocimiento contextual donde emergen y de las estrategias de registro y reconocimiento de sus límites teóricos, lo que coloca a la teoría en un plano de sistematización de los registros empíricos, sin que necesariamente éstos estén en condición de cuantificación y/o verificación directa, lo cual obliga al reconocimiento de objetos y/o campos de la realidad que deberán ser asumidos a partir de registros subjetivos y donde - las estrategias técnicas de las ciencias sociales sirven para tal efecto. En el caso particular de la presente investigación se desarrollaron dichos registros mediante la entrevista semiestructurada, la cual facilitó la detección de campos de análisis de conceptos base o subniveles que conformaron los escenarios indiciarios, ejemplo de ellos son: la ideología de la

profesión de enfermería y su perspectiva filosófico-disciplinaria, entre otros. De manera particular, los campos de análisis susceptibles de verificación directa se encuentran la situación curricular de la profesión, los campos y distribución del personal de enfermería dentro del sistema de asistencia sanitaria, el diagnóstico de salud nacional; todos ellos con características particularmente susceptibles del rigor cuantitativo y al mismo tiempo del establecimiento de límites específicos.

Colocar el acto de definir como la aclaración que posee un signo o la aplicación que halla del mismo nos remite necesariamente a la corriente del pragmatismo positivista, el cual asume como única justificación y razón de ser de todos los actos humanos, sean éstos mecánicos o intelecciones, - tendrán forzosamente una aplicación práctica, de no sujetarse a dicha norma se tendrá por infuncional el dar cuenta del hecho y/u objeto en cuestión.

Dentro de esta corriente se encuentran los planteamientos de Kant y Fichte, cuando aluden que:

"... definir un signo es aclarar el significado (o la aplicación) - del mismo". (6, 733).

Esto es, demarcar sus características prácticas a partir de la enunciación misma, en que se encuentre un objeto o realidad concreta.

En este orden de ideas, la profesión de enfermería en su nivel de ejercicio profesional constituye el ejemplo específico de análisis, mismo que demandó de la consecuente lectura de los escenarios donde se desarrolla. Sin embargo, existen elementos sustantivos que le determinan sin ser necesariamente objetos de demarcación práctica, entre los cuales se encuentran los aspectos ideológico y filosófico que permea a los sujetos que la ejercen en la forma como asumen y viven su quehacer profesional y disciplinario, siendo éstos campos de análisis eminentemente teóricos que requieren para su análisis asumir perspectivas metodológicas específicas, y donde no es posible la delimitación práctica inmediata.

Equiparar el acto de definir con la determinación de la significación de un signo o de la aplicación que pueda encontrar, constituye una pos

tura similar a la anterior; sin embargo, en el caso de esta última, la situación se agudiza al grado de la demarcación de un objeto y/o realidad da da, lo que constituiría necesariamente el establecimiento de normas lími--tes que generalizadas se aplicasen en el recorte de la realidad; situación que no es factible de ser cierta en la medida en que la realidad permanece en constante transformación espacio-temporal, lo que impide sujetarle de manera ideativa de manera inmediata, única y definitiva. Habrá de reconocer que es posible la realización de recortes de la realidad en tanto que emanen del análisis reconstructivo del contexto situacional de una reali--dad u objeto dado, aún más, la posibilidad de ideación como un acto abstracto se constituye dentro de la esfera espacio-temporal misma, por lo que no puede considerarse factible la determinación de límites generales para todos los objetos.

Si bien es cierto existen afirmaciones donde se alude que:

"... definición equivale a la delimitación (determinación de finito), esto es, a la indicación de los fines o límites (conceptuales) de un ente con respecto a los demás..." (6, 730).

Estas perspectivas equivaldrían al acto mismo del proceso investigativo, habrá de tomarse dichas afirmaciones con cautela frente al cuestionamiento sobre los elementos y parámetros que determinan los fines o límites.

Ya que todo objeto de análisis y estudio dentro de las ciencias sociales reclama de la reconstrucción particular del contexto sociohistórico específico, el del estudio de la profesión de enfermería no es la excepción ya que para su análisis particular se requirió la reconstrucción de su desarrollo socio-histórico como fundamento contextual que explicara la articulación en situación de quien la ejerce; además, permitió la inclusividad de elementos observacionales empíricos y teóricos que constituyeron - los niveles de articulación y recortes de la realidad, como un acto eminentemente ideativo donde se presenta como una perspectiva metodológica del conjunto de la reconstrucción general del objeto de estudio en cuestión.

Como se observó, no existe acuerdo alguno sobre el acto en sí mismo de definir, quedando claro que ello dependerá de la posición epistémica que asuma el sujeto que ejerce el acto de definir y donde para el caso del análisis

lisis de la profesión de enfermería resultan insuficientes dichas corrientes definitorias.

"... el concepto de definición depende remotamente del concepto de realidad y más próximamente del concepto que se tiene acerca del cómo la mente humana alcanza la realidad" (8, 312).

El desconocimiento de lo subjetivo dentro de las lecturas de la realidad alude al rigor cientificista de la objetividad, el cual implica que dichos procesos no estén unívocamente determinados por lo objetivo, situación que escapa a la voluntad de los sujetos, ya que el movimiento histórico resulta de la articulación entre la conceptualización ideativa y el acto definitorio mismo.

Esto es, conceptualizar el campo de la profesión de enfermería como una realidad en constante movimiento y transformación, necesario para la reconstrucción de sus elementos subjetivos y objetivos que conducen al planteamiento de lecturas y/o recortes que de ella se han realizado y continúan realizándose, tanto en su nivel teórico como en el terreno de la verificación empírico-descriptiva.

Si la teoría resulta de un conjunto estructurado por niveles de abstracción, sus legalidades no podrán reflejar cabalmente el movimiento de lo real sin la consideración de lo subjetivo. Esto permite la ideación de la realidad por niveles y teoría por niveles de abstracción, la cual debe conducir a replantar la relación conceptualización-definición y realidad-objeto.

"En un proceso reconstructivo es posible hablar de una verificación interna y otra externa. Verificación interna en cuanto formas diversas de articular lo histórico y lo lógico en el proceso de reconstrucción y externa ligada a la praxis histórica transformadora". (1, 17).

La inevitable introducción de lo histórico en el proceso del conocimiento científico no sólo implica la universalidad de los actos de conceptualización y definición, sino específicamente el reconocimiento de la influencia del sujeto en dichos procesos.

Ahora bien, si se observa históricamente la palabra

"... concepto, para Platón, era ya de algún modo órgano de conocimiento de la realidad, porque se suponía que no cortaba la realidad arbitrariamente ya que guía sus articulaciones naturales (reales). De ello se desprende que las formas en que la realidad se distribuye y de que surge metafísicamente corresponden a los conceptos que la mente fija a base de la abstracción de las percepciones" (2, 557).

Entre los siglos XVI y XVII se registra por concepto Girolamo Galimberto, Venecia, 1562-:

"... 'una imagen que de la cosa el entendimiento forma dentro de sí'. Como se puede observar, se define en forma poco precisa; ya para 1648 Matteo Pellegrini alude que concepto 'es un acto del entendimiento que explica la correspondencia que se halla entre los objetos". (8, 3038).

Es a partir de esta última afirmación donde se reconoce que el proceso mental implica al concepto en sí mismo. De ahí que existen desde la perspectiva de D'Ors tres datos fundamentales que guarda la relación concepto-objeto, mismas que la diferencian de la definición:

"1.- El concepto pertenece al campo del entendimiento... /llamado -objeto/.

2.- Una concepción consiste en conectar mentalmente realidades distintas /elementos constitutivos del objeto/.

3.- /Existe una/ relación de correspondencia que exige reflexión de terminada, /dialéctica del pensamiento abstracto-concreto-abstrac--to/.

... el concepto es un modo de captar y expresar cada realidad por su relación con otras". (8,3038).

A partir de los elementos anteriormente señalados podemos distinguir los niveles diferenciales existentes entre las categorías conceptualización y definición, entendiéndolo por categoría:

"... clase o concepto que sirve para la ordenación de hechos o -ideas". (9, 247).

El reconocimiento del movimiento permanente de la realidad exige -ubicar, tanto al proceso ideativo -conceptualización- como el de definir -dentro de sus marcos espacio-temporales específicos, mismos que posibilitan

el análisis y articulación de procesos sujetos a cambio diversos, existentes en una realidad u objeto concreto. Supuesto de articulación que implica la búsqueda de las áreas de la realidad pertinentes y de los conceptos de cada una de éstas.

"... toda operación de la inteligencia que hace posible la captación de los caracteres esenciales de lo conocido es lo que se ha denominado por conceptualizar". (4, 462).

Por lo tanto, el acto mismo de conceptualizar constituye la delimitación de la realidad y objeto concreto alrededor del cual transcurre la reconstrucción y/o lectura abstraída, que por una parte debe vincular los marcos teóricos con los intereses definitorios en su sentido práctico; y por otra, cumple la función de criterio inicial para la delimitación de la definición misma. En suma, conceptualización y definición se constituyen como un hacer investigativo permanente de relaciones intermediadas por momentos ideativos y prácticos.

Ante la necesidad de reconstruir la realidad particular de la profesión de enfermería en su nivel de conceptualización, requirió de asumir al objeto en permanente transformación, para lo cual se recuperaron los registros discursivos tanto del personal que la ejerce como de otros que le han calificado, sea de manera disciplinaria o bien ideológico-política; - por lo tanto, se desarrolló dicho análisis como un ejercicio ideativo conceptual e inteligible para la sistematización del conjunto de escenarios y lecturas que le articulan.

La categoría concepto desempeña un papel fundamental dentro de la sociedad desde la perspectiva de Kant -en torno a la sociedad-, al grado de asumir que:

"... las instituciones sin conceptos son ciegas, y los conceptos - sin instituciones son vacíos. Para que haya conocimiento es preciso, pues, que los conceptos sean aplicables a un material que está dado en las instituciones" (2, 558).

Podemos decir que la conceptualización de la profesión de enfermería se asume como el acto mismo de investigar, como proceso de asimilación-abstracción en detalle de su realidad espacio-temporal, dando cuenta de sus

diversas formas de ejercerla a tiempo de descubrir los nexos internos que la hacen objeto de conceptualización: Sólo después de haber realizado la problematización a detalle de los registros empíricos de los sujetos que la ejercen, así como la reconstrucción de los elementos teóricos existentes - al respecto fue factible asumir el registro de ésta en su carácter ideativo, donde las prenociiones e imágenes abstractas y la consecuente sistematización teórica posibilitó la reconstrucción articulada de su realidad particular. Proceso ideativo dentro del cual Hegel escribió:

"... se puede hablar de la actividad del concepto porque el concepto es en sí mismo la práctica del pensamiento humano frente a su realidad histórica" (2, 558).

Ahora bien, en las raíces latinas se encuentra que concepto:

"... viene del vocablo conceptus y del verbo concipiere. Su equivalente griego es idea, sinónimo de noción. La raíz capere significa coger, asir; y al concebir, se podera, se coge; se asume un aspecto de la cosa o la forma de la cosa" (7, 168).

La acción mental de formar conceptos, es decir, ideas abstractas, - hace diferente a la acción imaginatoria común, ya que el concepto genera - productos mentales:

"... a diferencia de idea, que pertenece al lenguaje común, concepto es un término de la filosofía..., preciso y objetivo de la aprehensión de la realidad del objeto en cuestión" (3, 169).

Proceso mental que genera un producto inteligible:

"... es un medio de la inteligencia; adviértase que por ese medio - lo que se conoce es la propia naturaleza o determinación inteligible de una cosa actuante, posible o existente" (3, 169).

El acceder a la sistematización de los registros empíricos y teóricos desarrollados durante el acto investigativo sobre la enfermería -traspasó el umbral de la prenoción- a través de la reconstrucción ideativa de sus niveles conceptuales, generó los fundamentos teóricos que articularán - las lecturas que de la realidad se desarrollaron. De ahí que se considere que el nivel conceptual corresponde a la ideación como síntesis y encadenamiento progresivo y dialéctico de los múltiples elementos de la realidad -

abstraída, donde lo lógico y lo histórico de una realidad nunca excluirán a aquellas relaciones que condicionan la génesis y desarrollo de la noción abstraída.

"... el concepto es... un instrumento doméstico del hombre, que necesita y usa para aclarar su propia situación en medio de su vida" (3, 170).

Queda claro que los criterios definitorios que enuncian la realidad concreta de la profesión de enfermería son en sí mismos resultado de los marcos conceptuales de su totalidad conceptualizada, lo cual implicó: la reconstrucción de su realidad socio-histórica, la articulación de niveles y redefinición de los registros empíricos y teóricos desarrollados hasta el momento; que en suma constituyen la síntesis de múltiples cuestionamientos surgidos del acto ideativo y de la aprehensión inteligible de su realidad específica.

"... el camino de lo abstracto a lo concreto en el pensamiento conceptual corresponde como un camino de la inclusividad sucesiva, en donde los conceptos más concretos implican a los más abstractos y sólo cobran sentido en función de éstos y resultan más complejos que los segundos" (1, 29).

Por lo tanto, se asume la categoría conceptualización desde el punto de vista lingüístico como:

"Acción de formar conceptos... de ideación, de organización en un sistema conceptual" (3, 170);

y desde el punto de vista metodológico y epistemológico como:

"La representación de un objeto concreto, individual... propio del hombre... en un mundo inteligible superior al mundo que muestran los sentidos... (parafraseando a Pavlov y a los filósofos marxistas) ver en el concepto el producto más elevado del cerebro, que es el mismo producto más elevado de la materia" (6, 148).

El reconstruir la realidad particular de la profesión de enfermería demandó el asumirla como un acto de reflexión y concreción, de vincular los registros empíricos emanados de los sujetos que la realizan de manera concreta y de construir los niveles conceptuales que sistematizaron la coherencia explicativa, como un acto de admiración de la realidad socio-histó-

rica, como ejercicio concreto de abstracción de escenarios particulares - que dan cuerpo y coherencia metodológica a los productos obtenidos.

C I T A S

- 1.- De la Garza Toledo, Enrique.
Hacia una metodología de la Reconstrucción, Fundamentos, Crítica y Alternativa a la Metodología y Técnica de Investigación Social.
México, Ed. Porrúa, S.A. - UNAM, 1992.
- 2.- Diccionario de Filosofía.
Ferrater Mora, José.
2a. ed., Madrid, Alianza Editorial, S.A., 1980.
- 3.- Diccionario del Lenguaje Filosófico.
Tr. César Armando Gómez.
Madrid, Ed. Labor, S.A., 1972.
- 4.- Enciclopedia Salvat para Todos.
Tomo III, Pamplona.
Ed. Salvat, S.A., 1980.
- 5.- Enciclopedia Salvat para Todos.
Tomo IV, Pamplona.
Ed. Salvat, S.A., 1980.
- 6.- Gran Enciclopedia Larousse.
Tomo III, 3a. ed., Barcelona.
Ed. Planeta, S.A., 1980.
- 7.- Gran Enciclopedia R.I.A.L.P.
Tomo VI, Madrid.
Ediciones RIALP, S.A., 1972.
- 8.- Gran Enciclopedia R.I.A.L.P.
Tomo VII, Madrid.
Ediciones RIALP, S.A., 1972.
- 9.- Mardones N. Ursúa, J. M.
Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales: Materiales para una Fundamentación Científica.
4a. ed., México, Ed. Distribuciones Fontanaia, S.A., 1993.

I.- ENFERMERIA - SALUD - SOCIEDAD

Conceptualizar una profesión requiere partir del análisis del desarrollo histórico de la división social del trabajo, dado que las profesiones se han encaminado hacia la apropiación de tareas y conocimientos que anteriormente eran realizados en la cotidianidad interna de la misma familia, esto es, - una reivindicación del hacer cotidiano que de las profesiones tradicionales - (medicina, abogacía y sacerdocio) surgen procesos que, a partir de grupos profesionales, controlan campos de conocimientos cada vez más especializados. Lo anterior, y considerando el elemento autonomía y responsabilidad profesional, requiere de ser desarrollado a partir del control social del grupo profesional de que se trate; existen dos formas generales que delimitan dicho control: el primero donde las instituciones profesionales inspeccionan todas las funciones de la profesión, estableciendo normas particulares de ingreso al grupo mediante la instrucción en específico, del logro de calificaciones y la adición de marcos axiológicos que el grupo establezca; a través de estas normas y valores, los mecanismos de control social se internalizan como requisito, no sólo para el ejercicio individual, sino institucional, más aún, de su reconocimiento en el terreno de lo social.

Al decir que las profesiones utilizan un cuerpo de conocimiento teórico, implica el asumir una cosmovisión del mundo y organización social determinada, de donde se desprende la responsabilidad y reconocimiento del lugar que ocupen dentro del conjunto de profesiones y de los sujetos que la conforman. - De ahí que, además de los procesos de reclutamiento, institución y ejercicio profesional existentes dentro de la profesión, existen otros niveles de diferenciación social a partir de los lazos y relaciones que se tengan para con los sectores empresariales y en particular de la clase burguesa y sectores político-administrativos detentadores del poder del Estado.

El segundo elemento de las profesiones lo constituye el concepto de "compromiso social", donde el individuo debe sujetarse a la norma del proceso de reclutamiento ocupacional como un proceso de compromiso, sin que ello excluya la posibilidad de tensión o conflicto significativo que representan dichos

procesos en la discriminación de los futuros sujetos profesionales. Por lo tanto, la composición social de las profesiones es producto, por un lado, de estos procesos individuales de compromiso y, por el otro, de los mecanismos de selección dispuestos por los sectores cúpulas de las propias profesiones.

Dicho proceso involucra una socialización normativa de la profesión; es to es, la protección del cliente a partir de la protección del conocimiento portado por una autoridad profesional y/o por los futuros sujetos que asuman dicho modelo normativo. Socialización que supone un comportamiento y un conocimiento en torno a una personalidad profesional ya hecha.

"Proceso de socialización que como miembro del grupo profesional en su nivel social es reforzado a partir de una cultura de la institución (es) sobre la cual, tanto la socialización como su reconocimiento y aceptación, configuran una identidad social más general y de comportamiento..." (3, 84).

Esta perspectiva de futuro involucra el pensamiento de los sujetos como proyecto de vida, perspectiva que define el largo alcance de sus metas y que, sin embargo, las investigaciones que al respecto se han realizado muestran que puede ser modificada por: el impacto de los nuevos conocimientos, el contacto con profesores y profesionales, en el ejercicio causal sobre los ideales estereotipados iniciales; todos estos factores inciden sobre las expectativas que tienen los estudiantes acerca de su futuro papel profesional; ejemplo claro de esto son los trabajos de Mauksh y Shuval, que:

"Confirman el hecho de que en sociedades muy diferentes, los estudiantes de enfermería piensan en la enfermera como alguien que ayuda, conforta y sirve en situaciones de emergencia... en cada profesión hay una gran variedad de héroes populares, que son un compendio de estos ideales; llenen su origen en los héroes de los medios masivos de comunicación (Perry Mason, Dr. Kildare) o en la historia profesional interpretada muy parcialmente (Florence Nightingale)" (3, 91).

Mediante la socialización, los estudiantes adquieren mecanismos reguladores ya hechos, como las normas, valores y actitudes, que pueden considerarse como explicaciones o justificaciones del ejercicio profesional.

Todos y cada uno de los elementos antes señalados demandan el ser obje-

to de análisis particular dentro de la presente investigación, dado que al pre tender enmarcar conceptualmente a la profesión de enfermería en lo particular, con fines explicativos, se dividirán en dos grandes marcos de análisis: context o sociohistórico, y situacional de la profesión en cuestión.

I.1.- Organicidad Conceptual de la Enfermería.

Desde la perspectiva de Antonio Gramsci el concepto de organicidad constituye el conjunto de relaciones que los sujetos sociales realizan entre sí, - dentro del orden sociopolítico y económico -hegemónico- que el grupo social dominante establece a partir de la base económica y los elementos superestructurales; presentándose como unidad social del sistema. Ello no significa la paralización de las actividades sociohistóricas, por el contrario, el movimiento - histórico capitalista genera mecanismos para el sostenimiento del sistema, de tal suerte que los cambios instrumentados, así como las contradicciones son refuncionalizadas coercitivamente, a fin de que no contravengan la hegemonía - existente.

Lo anterior tiene una importante vinculación con la educación superior y particularmente con la superestructura en la esfera ideológica y con la base económica en el ejercicio profesional concreto y particular para cada disciplina. Latapí y colaboradores señalan al respecto:

"... consideramos que la carrera y profesión de Enfermería (como las demás instituciones de la sociedad civil) son trincheras que protegen al Estado del desmoronamiento de la base económica... - pero en ellas también se expresa el conflicto social en forma de lucha política" (7, 44).

De ahí que la categoría "intelectual" constituye un grupo social que - surge a partir de dos formas diferentes:

1.- Generado a partir de las funciones esenciales de la producción económica, resultando áreas profesionales reconocidas social y políticamente como

necesarias para el mantenimiento y desarrollo de la planta productiva.

De ahí que las actividades de los intelectuales orgánicos surjan como - especializaciones de actividades primarias -profesiones tradicionales- en un - nuevo tipo de sujetos sociales -técnicos auxiliares- surgidos del grupo social concreto.

Se entiende por intelectual orgánico:

"... el que emerge sobre el terreno a exigencias de una función - necesaria en el campo de la producción económica" (5, 22).

2.- Surge a partir de formas preexistentes pero enmarcado dentro de la vida moderna, con una formación técnica específica, estrechamente vinculada al trabajo industrial. La categoría de intelectual se constituye a partir de pertenecer a un monopolio ocupacional que, dentro de la superestructura, le son - propios ciertos privilegios que por tradición -administrativos, científicos, teóricos, filosóficos y otros más- por su cualificación de posición orgánica - presenta cierta autonomía e independencia del grupo social dominante.

La escuela juega un papel importante dentro de estos procesos, ya que - al ser instrumento de preparación de intelectuales de diversas categorías, determina los niveles de formación, cultura y procesos de sociabilidad para cada caso en lo particular. Resultado de lo anterior es la existencia de diferentes tipos de escuelas, determinadas éstas por los procesos de producción industrial y ramas de especialización que éste determine como necesarias.

Para el caso particular de la Enfermería habrá de dar cuenta de dichos procesos y los momentos orgánicos, sociohistóricos y/o coyunturales; ya que - unos y otros se influyen dialécticamente en función de la correlación de fuer~~z~~as sociales y políticas intervinientes -niveles de toma de conciencia, grado de homogeneidad y nivel de organización- que el grupo de intelectuales alcance en un espacio y momento histórico determinado.

"La proporción de nuevas formas de la carrera y profesión de Enfer~~er~~mería se entiende... como guerra de posiciones, es decir, esfuerzos por ir ganando trincheras en las superestructuras de la sociedad -

civil" (7, 45).

Lo anterior precisa de analizar las formas organizativas y de conexión del grupo de profesionistas de la Enfermería para con el grupo dominante del - Estado, ya que si bien es cierto que abrir espacios dentro de la superestructura es una alternativa, también se corre el riesgo de perpetuar la actividad - profesional en niveles subalternos de la hegemonía social y orgánicamente con el gobierno político.

Habrà de romper la creciente especialización de los campos profesiona-- les, ya que:

"... la propia labor organizativa de la hegemonía social y del dominio estatal dan lugar a una cierta división del trabajo y, por - consiguiente, a toda una graduación de calificaciones... ya que en el aparato de dirección social y estatal existe toda una serie de empleos de carácter manual y especializado" (5, 31).

Por lo tanto, la atomización del quehacer y saber profesional es utilizado para mantener la división entre el grupo, haciendo parecer una división - ideológica de trabajo productivo e improductivo entre los niveles de técnicos y profesionistas, de tal forma que entre éstos -profesionistas de la misma disciplina- se mantengan jerarquías de reconocimientos, poder y decisión directa en el nivel profesional interno a partir de los nexos orgánicos que se tengan con el grupo dominante en el mantenimiento del orden hegemónico imperante.

"Por tanto, el problema de crear un nuevo tipo de intelectual radica en desarrollar críticamente la manifestación intelectual... El modo de ser del nuevo intelectual... es lanzarse activamente en la vida práctica como constructor, organizador y persuasor constante ... de la técnica-trabajo se llega a la técnica-ciencia y a la concepción humanística-histórica sin las cuales es especialista, pero no se es dirigente (especialista-político) (5, 26-27).

Este tipo de intelectual deberá estar ligado orgánicamente al desarrollo de la organización política de la clase proletaria, ya que:

"... no puede consistir ya en la elocuencia como motor externo de afectos y pasiones, sino... un individuo que conozca la producción, la ciencia, la técnica, la administración, la economía y la histo-

ría, las artes y que las entrelace orgánicamente en la política - como razón de su existencia. ¿Un superhombre?... No, sino un intelectual-trabajador-colectivo..." (11, 120).

I.2.- Enfoques teórico-interpretativos de la categoría salud.

Al ser la categoría salud el objeto disciplinario de la Enfermería, ello supone el análisis de su desarrollo socio-histórico y epistemológico de las diferentes orientaciones registradas.

Históricamente se ha observado una constante en la definición de la entidad salud, siendo el referente dialéctico del concepto enfermedad; donde la existencia de la primera asegura la posibilidad de posesión de la segunda. Sin embargo, las interpretaciones más frecuentes sobre éstas se inclinan a definir la segunda por su carácter biológico positivista que persiste hasta nuestros días.

La salud y la enfermedad se constituyen como diferentes grados de algo que es lo mismo, diferentes grados de adaptación del organismo al medio ambiente en que se desenvuelven, son los extremos de un proceso dialéctico, son distintos grados de adaptación al ambiente pero que siempre estarán en estrecha relación con factores socioeconómicos y psicobiológicos.

Si se observa el desarrollo histórico que han recorrido dichas entidades, ya Hipócrates calificaba la enfermedad como el rompimiento del equilibrio, mismo que generaba la presencia de humores dañinos; Demócrito agregó a lo anterior la existencia de partes sólidas y poros corporales que intervenían en dicho proceso; estos autores pertenecientes al siglo V a.C., tuvieron concepciones que se fueron transformando a partir del concepto y enfoque epistémico que de ciencia se asumía en lo particular; llegando al siglo XIX con Virchow, quien señala que la enfermedad es una alteración morfológica de las células; debido a esto la orientación de asistencia sanitaria enfrentó un cambio profundo a partir de las condiciones sociales, y fundamentalmente por las transformaciones en los modos de producción:

"... La Revolución Industrial, que por las consecuencias sanitarias que ocasionó dio lugar a una modificación en la práctica de la medicina.

El tránsito del mundo agrícola al industrial, de la vida en el campo a la concentración en la urbe, trajo aparejado el enriquecimiento humano y el trabajo de mujeres y niños en pésimas condiciones sanitarias. Matarse trabajando es algo que está a la orden del día, escribía el Doctor Richardson en un artículo acerca del trabajo, publicado en 1863" (9, 115).

La primera mitad del siglo XIX... una tendencia cada vez más acentuada hacia la especialización médica, consecuencia, en parte, del período manufacturero con su característica división del trabajo... dominando la filosofía utilitaria, permeó la mentalidad de la época" (9, 118).

Los descubrimientos del siglo XIX acerca de la teoría celular y la teoría microbiana de la enfermedad, y el surgimiento de las concepciones anatómo-patológicas, contribuyeron a acentuar la visión mecanicista del hombre y de la enfermedad.

"Así en el siglo XX... paradigma médico que habría de prevalecer - hasta la actualidad y que influyó en las concepciones etiológicas, anatómo-clínicas y fisiológicas, en forma tal, que las fundamentó sobre una teoría común que intenta explicar la enfermedad" (10, 85).

A partir de los principios de Descartes de la existencia de dos entidades separadas en el mismo ser, se puede decir que se constituye la disociación en el individuo: lo material de lo espiritual, el alma del cuerpo, la mente - del cerebro.

Esta forma de pensar influyó en el pensamiento médico del siglo XX, ya que esta concepción permite establecer la relación causa-efecto a partir del - modelo unicausal etiopatológico.

Para 1921, Shade refería que la enfermedad se originaba por alteraciones fisicoquímicas de los tejidos y a otros niveles moleculares; ya en nuestro siglo, Conguein señalaba que la enfermedad es causada por la interacción de - condiciones externas e internas, a lo cual Davidowski expresa que la esencia - de la enfermedad es la adaptación del sujeto al medio ambiente de manera norma tiva y conductual.

Otra de las contribuciones en centrar la atención del pensamiento sanitario en la enfermedad lo constituyó el pensamiento freudiano, mismas que permitieron su estudio a partir del psicoanálisis.

Lo anterior propició el reforzamiento del rigor metodológico del estudio de los estímulos ambientales y las perspectivas teóricas de los efectos sociales resultantes sobre la salud mental.

"En las postrimerías del siglo XX encontramos los siguientes subparadigmas médicos: el anatomoclínico... expresión en la anatomía patológica y en la elaboración de diagnósticos...; el fisiopatológico, que pone énfasis en lo procesal y se manifiesta a través de especialidades...; el etiopatológico... se apoya en la... medicina preventiva y de la salud pública; el biomédico, que aplica lo morboso a través de las concepciones de la biología molecular y que da explicaciones y fundamento a los subparadigmas; y finalmente el antropopatológico, cuyo punto central es el hombre entendido como una unidad biopsicosocial, punto de confluencia de la mente y el cuerpo en la salud y en la enfermedad, representación a nivel individual de la contradicción dialéctica entre lo biológico y lo social" (10, 104).

Desde el punto sociológico encontramos aportaciones epistémicas en la construcción de la categoría de la salud y de enfermedad, tales como:

Parsons, que establece que la enfermedad debe ser vista como un fenómeno inherente al hecho social y no solamente como proceso patopsicológico:

"Cuando la gente se enferma... adopta un papel social, caracterizado generalmente por cuatro expectativas: 1.- las personas enfermas no son consideradas responsables de su incapacidad; 2.- están exentas de su actividad usual y de las obligaciones de sus tareas; 3.- Deberán querer dejar el papel de enfermo aliviándose (es decir la legitimación del papel del enfermo es condicional) y 4.- están obligados a buscar un consejo médico técnicamente competente y actual - conforme a él" (16, 48).

A partir de lo antes señalado, la situación enfermedad es considerada -

como desviación del contexto social en el que los sujetos se ubican, situación que habrá de ser entendida como exigencia de control individual y de nivel social en su conjunto.

Contraria a la posición optimista de Parsons sobre sus fundamentos conceptuales del carácter social de la entidad enfermedad, Freidson acusa que la enfermedad es equivalente al crimen, donde los individuos son responsables de manera condicional al medio. De ahí que el carácter social de la categoría enfermedad deberá enfocarse a dar cuenta de su condición de desviación normativa de los sujetos y que atenta al equilibrio social.

Mechanic señala que la enfermedad se define a partir del comportamiento predecible y determinando por antecedentes y experiencias de carácter eminentemente psicosociales a partir del conjunto de instituciones sociales como: la familia, las ocupaciones, las instituciones educativas y las de recreación; - presume la posibilidad de aplicar analogías sociológicas a la situación de enfermo; existe una estratificación en la medicina resultado de las condiciones sociales de producción, de ahí que:

"... el paciente está subordinado a los profesionales de la salud y a los administradores en las jerarquías médicas" (16, 79).

Es importante esta aportación por reflejar la necesidad de establecer - dentro de toda definición de salud o de enfermedad la posibilidad de los sujetos a los servicios médico-asistenciales a partir de su ubicación socioeconómica, ya que:

"La cada vez mayor comercialización de los servicios médicos, la atención de la salud se ha transformado en una mercancía; y como tal es comprada y vendida al igual que otros productos y servicios" (16, 81).

Es importante señalar que a finales de los sesentas surge :

"Una corriente de pensamiento médico crítico, el cual cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado como un hecho social" (6, 7).

Dicha corriente muestra la necesidad de analizar el contexto histórico del proceso salud-enfermedad a partir de replantear la conformación de perfiles epidemiológicos e incorporar los cambios que la población presenta en sus niveles de vida y realidades socioeconómicas y formas particulares en las que las diferentes clases sociales se enferman y mueren de modos distintos.

Es a partir de la década de los setentas donde el sector salud es blanco de numerosas críticas por sus efectos de medicalización donde la salud es instrumento ideológico y reproductor de las funciones gubernamentales a partir de programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria - realizado por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, etc.

"La apropiación por parte del Estado de las alternativas surgidas de la crítica a las instituciones médicas y el reconocimiento creciente del fracaso de estas medidas han revitalizado a la discusión teórica sobre la articulación del campo de la salud en la sociedad" (4, 40).

A partir de estas críticas surgen dos corrientes, la fenomenología y el marxismo. Donde los primeros

"consideraban que la curación está basada en valores, símbolos y sistemas de significados compartidos y que... identidad y logro personal son los elementos fundamentales de la curación" (4, 43).

Los fenomenologistas califican a los pequeños grupos-familia, asociaciones, comunidades donde se deberá integrar una visión de mundo compartido, y por lo tanto, ésto obliga a los sujetos a adoptar las medidas protectoras que el grupo determina necesarias contra influencias negativas de las grandes estructuras sociales.

Mary Douglas, por su parte indica:

"El cuerpo social limita la forma en que el cuerpo físico es percibido, la experiencia física del cuerpo siempre modificada por las categorías sociales a través de las cuales es conocida, sostiene una visión particular de la sociedad" (4, 43-44).

Podemos decir que los planteamientos de la fenomenología vienen a intentar llenar los vacíos sociales de que adolece la concepción de la salud y la enfermedad que el positivismo presenta fundamentalmente en rubros tales como : filosofía médica, problemas éticos de la práctica social de la práctica médico asistencial. Dentro de las contribuciones más importantes se encuentran las de Kipelman y Moskop con su propuesta de la práctica "holística", la cual se funda en las siguientes premisas:

"a).- La salud debe ser considerada como la integración del bienestar mental, social, físico y espiritual.

b).- El individuo debe asumir la responsabilidad fundamental de su propia salud o enfermedad.

c).- Los practicantes de la medicina "holística" están obligados a servir como maestros con el fin de educar y ayudar a la gente a desarrollar aquellas actitudes, disposiciones, creencias, hábitos y prácticas que promuevan su propio bienestar.

d).- Los sistemas de cuidado de la salud deben ser transformados - con el fin de orientarlos al tratamiento de las causas conductuales, sociales y ambientales de la enfermedad, y

e).- Los servicios de salud a las personas deben concentrarse en - la utilización de técnicas naturales (hierbas, alimentos naturales, etc.) para promover el bienestar" (4, 47-48).

A partir de los planteamientos antes señalados sus consecuencias conceptuales han repercutido en las políticas de salud:

- Proceso de descentralización de los sistemas de salud nacionales y - creciente proceso de privatización de los servicios.

- Reconocimiento de alternativas médicas en la disminución de presupuestos y recursos, a fin de generar estrategias técnicas curativas extrainstitucionales que no requieran respaldo jurídico.

"Así surgen en el campo de la salud conceptos como atención primaria, autocuidado, organización formal e informal, medicina tradicional como alternativa válida a la medicina oficial, participación comunitaria en la atención de la salud, investigación-acción, etc. Todos estos conceptos y procedimientos confluyen con las concepciones fenomenológicas... La relación de la medicina con la estructura social es captada en forma unilateral..." (4, 48).

La agudización de las contradicciones del capitalismo, producto de la - falta de coherencia filosófica - alternativa social de desarrollo igualitario - entre los individuos, las naciones y la ciencia y la tecnología- abren la posibilidad de reflexión y redefinición del concepto salud y de enfermedad, a partir de la lectura de la realidad sociohistórica concreta y comprometida con los grupos dominados y oprimidos.

En años recientes se ha tratado de rescatar las interpretaciones que sobre la salud y la enfermedad hicieron diversos pensadores como Virchow, Peter Frank, Engels y Marx, quienes consideraban que los problemas de salud de la población se encuentran vinculados a su medio físico y social.

"En esta línea de pensamiento trata de situarse la Organización - Mundial de la Salud al desterrar de su definición de salud la concepción exclusivamente biológica y concebirla como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como - la ausencia de afecciones y enfermedades" (13, 214).

La definición de salud antes mencionada pareció, de principio, superar la óptica positivista de excesivo biologismo unicausal y, sin embargo, la realidad es que persisten elementos poco delimitados y muchos otros sin la mención que resulta de la condición actual de que la realidad objetiva de la categoría en cuestión reclama de incorporarse en su conceptualización.

Al respecto Alberto Vasco señala que la definición adolece de: excesiva generalidad, ahistoricidad, fuerte vinculación a tesis

El problema se agudiza por la incorporación del Modelo de Historia Natural de la Enfermedad presentado por Lauvell y Clark que intenta dar una explicación, ya no unicausal, sino multicausal de la enfermedad. Dicho modelo se basa fundamentalmente

"... en la Triada Ecológica, es decir, entre factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio: el agente, el huésped y el medio ambiente... Dicho enfoque multicausal tiene - las siguientes limitaciones:

1.- ... se manejan diversas variables socioeconómicas... en forma ahistórica... pues considera los aspectos empíricos de la relación

entre lo social y el proceso salud-enfermedad, a fin de proponer medidas pragmáticas para evitar las enfermedades o accidentes, reparar la salud o rehabilitar al enfermo. Es por lo tanto un modelo reduccionista...

2.- ... ignora nuevamente que los individuos... pertenecen a ciertos grupos sociales con determinadas características socio-económicas y culturales... se deja de lado que el acceso a los servicios médicos depende de las condiciones materiales de vida y de trabajo que poseen las diversas clases sociales en un determinado momento - histórico...

3.- ... está orientado por la ideología propia de la corriente positivista... busca evitar el desequilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente...

4.- ... es necesario superar el enfoque reduccionista del modelo mencionado y plantear un modelo de historia social de la enfermedad ... se trata más bien de darle su justo valor al aspecto social..." (14, 24-27).

Antes de querer insistir en la búsqueda de agentes unicausales e individuales, habrá de considerar la dimensión social para acceder a las condiciones reales que hacen que aparezcan las enfermedades o los accidentes.

De lo anterior, se desprende que es necesario reconocer los factores - que influyen en los procesos adaptativos de los sujetos a partir de las condiciones económicas, sociales, culturales, psíquicas y biológicas presentes en el individuo y el grupo social.

"Sin duda, los factores para determinar la presencia de la enfermedad -o de la salud- en una sociedad dividida en clases está en función de los intereses de clase de cada individuo y grupo social, - todo lo cual está determinado, en última instancia, por su posición con respecto a los medios de producción" (13, 221).

No se niega la existencia de otras definiciones de la salud que intentan superar la concepción positivista, como es el caso de Brailh que rescata - la capacidad creadora del hombre al aludir que:

"la salud es un fenómeno social, históricamente determinado, que se mide por la capacidad del hombre, como fuerza de trabajo, de desarrollarse, transformarse a sí mismo, a la sociedad y por ende a la realidad circundante" (13, 221).

Esta, como todas las definiciones, han de emanar de una situación socio-política e ideológica particular, situación que no ha de cegar las posibilidades de construcción de una definición, que inscribe las múltiples posibilidades que de la realidad reclamen ser consideradas; ya que en la definición anterior se refleja la particularidad para su validez a partir de la organización socialista, ya que tal definición es inaplicable en sociedades donde existan clases sociales diferentes.

Ramón Troncoso Muñoz menciona que definir la enfermedad es reflejar la insuficiencia de apropiación de la naturaleza por el hombre, a partir de una formación económica social determinada. La apropiación dependerá de las condiciones en las que el individuo se incorpora al aparato productivo, sector y tipo de ocupación, su calificación y condiciones de contratación laboral. Ya que son éstas las condicionantes generales que determinan las condiciones diferenciales por las que se enferma o mueren las distintas clases sociales y principalmente la clase obrera.

Por lo tanto:

"Cuando se presenta una apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza, se manifiesta en el individuo un proceso -determinado socialmente- que se concreta en la incapacidad física y/o psíquica de los individuos pertenecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades materiales de existencia, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc. -esto último cuando sus condiciones de trabajo y de vida lo permitan- en una formación social históricamente determinada (Enfermedad).

La salud, por tanto, podría definirse como una apropiación suficiente, igual o adecuada de la naturaleza que se manifiesta en el individuo como un proceso, socialmente determinado, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos... para satisfacer sus necesidades básicas así como para desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etcétera -esto último cuando las condiciones de trabajo y de vida lo permitan en una formación social -históricamente determinada" (13, 226-244).

Como se puede apreciar, el enfoque biomédico unicausal, biologista e individualista empieza a ser desplazado por el enfoque sociomédico que ubica las categorías dialécticamente intervinientes de la salud y la enfermedad a partir

de los procesos sociales en los que sus manifestaciones se presentan como un fenómeno biológico en los individuos, son estos mismos los que exigen la persistencia del carácter sociohistórico del fenómeno en su conjunto.

El referente conceptual "salud" dentro del enfoque dominante, supone - dos objetivos fundamentales:

- Preservar la subsistencia de la clase dirigente, y
- Asegurar el orden social existente.

Ambas entidades son fácilmente reconocibles dado que:

"... los servicios médicos se convierten así en una mercancía sujeta a los vaivenes de la oferta y la demanda. Las tareas de salud pública y la medicina preventiva son ejercidas... y consideradas actividades burocráticas..." (1, 166).

Hemos de llegar a un concepto materialista y dialéctico de la salud y de la enfermedad, ya que éstos se objetivan en la materia orgánica viviente y se dialectizan en las relaciones sociales de entre uno y otros; ambas entidades emanan del contexto sociohistórico en el que el hombre interactúa con el hombre y transforma la naturaleza como situación de supervivencia y humanización.

"Al escapar el concepto de salud del microscopio y del medio de cultivo y trasladarse a la esfera de acción -o histórica-... era lógico que los factores sociales empezaran a jugar un papel esencial" (1, 169).

La práctica en el mundo occidental, pese al creciente reconocimiento de los ejes conceptuales antes mencionados, desatiende el reclamo de las mayorías económicamente deprimidas, de ser incorporadas a las prácticas concretas que el personal de salud desarrolla en los servicios, básicamente por el carácter sociopolítico que representa asumir este enfoque sociomédico.

"... la parcialización o división del paciente es la postura que considera únicamente el aspecto biológico del enfermo, descuidando su componente social y cultural. La parcialización se exaspera también en el campo biológico cuando se entra en el terreno -

de la especialización, cuyos cultores habitualmente polarizan la - atención sobre un órgano, desinteresándose por todo lo que respecta al organismo en su conjunto" (15, 24).

En la medida que los profesionistas de la salud incorporen el paradigma sociomédico y la construcción de la Historia Social de la Enfermedad, en esa - medida descubrirán la responsabilidad que representa el pertenecer a al comuni-dad de la cual son miembros.

"Para estar efectivamente de parte del enfermo -y del sujeto sano- es necesario dedicarse a remover aquellos factores sociales que - atentan contra su salud, a fin de aplicar en forma humana y justa las sugerencias de una verdadera reforma sanitaria y para testimo-niar las posturas ideológicas que subyacen bajo la dedicación a los otros. Lo demás es pura demagogia o exégesis por conveniencia" (15, 25).

El concepto que se tenga en lo particular y en la comunidad repercute - directamente en la acepción de reconocer los eventos morbosos en su real magni-tud sociohistórica y cultural.

"Las tradiciones, las creencias religiosas y parareligiosas, las supersticiones y prejuicios y, en general, los valores culturales de un pueblo, asumen un papel no sólo en la explicación de la enfermedad sino también en su prevención (15, 30).

En síntesis:

1.- No se puede estudiar aisladamente el fenómeno de la salud o el de la enfermedad sino como una unidad dialéctica indisoluble.

2.- El fenómeno Salud y el de Enfermedad referido a partir del hombre - mismo es un fenómeno social, es una unidad constitutiva y constituyentes del todo social.

3.- Dado que la sociedad capitalista se organiza a partir de dividirse en clases sociales, en grupos dominantes y grupos dominados, es solamente a - través del reconocimiento de estas divisiones como podemos entender la distribución inigualitaria de la salud y la enfermedad.

Por lo tanto:

"... Partiendo del concepto marxista de hombre, como conjunto de todas las relaciones sociales, el estudio del hombre sano y enfermo no puede efectuarse fuera de ese concepto, ya que la enfermedad o la salud constituyen modos de expresión de la actividad vital del mismo" (1, 164).

1.3.- Organización de los Servicios de Atención a la Salud.

El sistema de atención a la salud de una sociedad se explica a partir de la concepción que se tenga del proceso salud-enfermedad, las políticas adoptadas y sus modelos de atención; éstos enmarcados en un momento sociohistórico y económico, como de la organización de la formación social frente a la enfermedad y la restauración de los daños a la salud de los sujetos sociales intervinientes.

Para el caso de México, el Estado Moderno capitalista dependiente utiliza el campo de la salud como instrumento ideológico-político que, frente a los conflictos y contradicciones del sistema económico, le es funcionalmente orgánico a los intereses y disposiciones técnico-administrativas que la formación económico-social determina. Organicidad que se caracteriza por:

- El Sistema de Atención a la Salud tiene el objetivo fundamental del mantenimiento, restauración y reproducción de la fuerza de trabajo en disposición de la productividad.

- Las disposiciones políticas dispuestas para la atención a la salud se encuentran determinadas por la política económica y los requerimientos del Plan Nacional de Desarrollo y los Programas y Estrategias que la actividad económica establezca para el sostenimiento y reproducción de las condiciones del sistema capitalista.

- De lo anterior, parte la fundamentación de los modelos de atención a la salud, así como el discurso y normas de operación de los mismos.

- El control de las acciones de la atención a la salud garantiza su poder político por parte del Estado como extensión del control social, ideológico en el fortalecimiento y legitimación del orden económico establecido.

A partir de este marco organizativo general de la atención a la salud - en nuestro país, podemos ratificar los señalamientos de su integración orgánica dentro del sistema económico, así como de las características que a la práctica médica le son propias:

"Práctica médica ahistórica, asocial, individualista y biologista ... predominantemente hospitalaria y curativa... convierte la salud en mercancía... y se vincula... con las consiguientes articulaciones con la burguesía mercantil y financiera" (7, 51-52).

- Por lo tanto, se requiere del análisis y revisión de los diferentes - modelos de atención a la salud que han existido en el país así como la organización del Sistema Nacional de Salud y sus fundamentos jurídicos de los cuales emanan.

Modelo de Atención a la Salud.

Se "entiende por modelo de atención a la salud a los conjuntos de sistemas y acciones articulados a la sociedad y encaminados a responder a la necesidad de salud individual y colectiva" (12, 19).

Los modelos de atención involucran las relaciones entre el saber y el - quehacer de las ciencias de la salud en su nivel orgánico de adhesión con el conjunto social a partir de las políticas del Estado.

En materia de planeación y desarrollo de los modelos de atención a la - salud en México, se distinguen cuatro momentos diferentes:

1.- Modelo Sanitario Ambiental de Beneficencia Pública y Social (1800-1917): Este modelo es generado a partir del brote epidémico y control de la - regulación sobre el carácter, cobertura y funcionamiento de la red hospitalaria y control del ejercicio de las profesiones vinculadas.

2.- Modelo Corporativo de Estado (1917-1940: Fundamentado en el modelo de desarrollo industrial capitalista dependiente e instrumentado a partir de políticas populistas encaminadas a la institucionalización y centralización de la vida pública; donde el ejercicio de la práctica privada en la atención de la salud se redefine en un modelo de atención individualizado.

"... en esta práctica predomina el trato impersonal, dehistorizado y sometido a los criterios de lo normal o lo patológico... sujeto desintegrado en variables de edad, de sexo, de ocupación..." (12, 20).

3.- Modelo Normativo-Institucional de Estado (1917 a la actualidad): La práctica dominante se circunscribe a partir de la normatividad y organización hospitalaria -curativa-, asumido como una entidad unicausal y de origen -biológico.

"En este ámbito, la Seguridad Social contribuye a retardar la lucha por la salud a cambio de recetar antibióticos, vitaminas, sedantes, etc., que sustituyen la pobreza de la vivienda, de consumo de alimentos y de stress. Por consiguiente, el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa..." - (12, 21).

A partir de la institucionalización de la atención de la salud ésta se organiza de tal forma que el sistema normativo uniforma tiempos, espacios, servicios especializados y procesos administrativos burocratizados por la rigidez de la centralización en la toma de decisión.

Establecimiento de políticas de salud a partir de directrices emanadas de organismos internacionales especializados y seleccionadas a partir de criterios generales y de adecuación de acciones específicas en la atención a la salud.

Al ser reconocida la atención a la salud como uno de los elementos básicos en la construcción y consolidación de la hegemonía del Estado Capitalista se establece la organización del conjunto de instituciones de salud como -garantía del control en las reivindicaciones de salud de las clases dominadas.

"Se parte de la concepción del Estado Capitalista como la super-estructura de una sociedad dividida en clases antagónicas y de do minación, independientemente de las personas que en un momento da do ejerzan el poder... su carácter capitalista está dado por la ex plotación, donde las funciones del Estado son precisamente mante-ner y reproducir estas relaciones, basadas en la dominación de - una clase sobre las otras" (2, 3).

Dentro de la organización de la atención a la salud se distinguen dos áreas:

1.- La salubridad: Conjunto de medidas normativas de carácter colectivo dirigido a las condiciones ambientales o individuales en la prevención de enfermedades, mejoramiento de la salud y control de las enfermedades colectivas.

2.- La atención sanitaria: Conjunto de acciones de carácter individual, dirigidas a la prevención y/o curación de enfermedades, desarrolladas en instituciones públicas o privadas, por profesionistas universitarios o personal empírico que contribuya en el conjunto de las medidas planificadas.

Niveles de Atención a la Salud.

A partir de la reorganización de los servicios de atención a la salud, en 1973 se propuso por primera vez una estructura para la atención a la salud, fundamentados en el Plan Nacional de Salud, que sin embargo no llega a concretarse en la práctica.

Es relevante recordar que a partir del compromiso asumido por el gobier no de México ante la Conferencia de Atención Primaria a la Salud efectuada en septiembre de 1978 en Alma Ata, Rusia, donde se plantearon 19 recomendaciones para asegurar la atención de la población mundial en materia de salud (véase - 8), y refrendando el paradigma del modelo médico biologista-individualista y basado en la concepción de la Historia Natural de la Enfermedad y niveles de Atención de Lauvell y Clark.

- Se entiende por Nivel de Atención a la forma de organizar los recur-- sos para la salud en cantidad y en calidad, para atender los problemas de enfermedad de la población, de acuerdo a la complejidad de estos problemas y los

recursos disponibles.

- Nivel I.-** Brinda atención curativa básica, diagnóstico, tratamientos sencillos; envío de pacientes a otro nivel de acuerdo al problema de salud que presente; acciones de atención preventiva y promoción de la salud. Se pretende absorber el 85% de los problemas de salud.
- Recursos:** Cuenta generalmente con un médico general, personal auxiliar de enfermería y ocasionalmente con un promotor de salud, un local con consultorio, cuarto de curaciones y/o sala de partos, una cama y una de tránsito; instrumental quirúrgico básico y de curación; un botiquín de medicamentos y material y equipo para programas preventivos y de educación para la salud.
- Nivel II.-** Al igual que el anterior, brinda los mismos servicios, pero aumenta sus recursos con especialistas básicos -gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna-, y el servicio de hospitalización con atención de partos complicados. En este nivel se reciben pacientes canalizados del nivel I; y cuando se requiere atención altamente especializada se canaliza al nivel III. Este nivel pretende captar el 13% de los problemas de salud.
- Recursos:** Como unidad de concentración de pacientes, cuenta con una plantilla de médicos familiares para atender el servicio de consulta externa, además de médicos especialistas en las cuatro áreas básicas antes señaladas; sus unidades cuentan con camas censables para hospitalización, laboratorio de análisis clínicos para exámenes de rutina, quirófano para cirugía general y algunos estudios radiográficos; puede contar con banco de sangre o no. El personal incluye al tipo administrativo, becarios de medicina y enfermería, que influye en la mayoría de la atención por las labores de enseñanza e investigación que se realizan.
- Nivel III.-** Comprende la atención altamente especializada, en centros diseñados exprofeso y por personal capacitado en áreas específicas, para mejorar, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, padecimien

tos menos frecuentes. Se pretende que se capte el 3% de los problemas de salud.

Recursos: Ubicado en las grandes urbes y concentra los recursos humanos de - alta calidad y especialidad, así como el contar con equipos técnicos modernos de gran complejidad.

Buscando un mejor aprovechamiento de los recursos que se tienen y bajo la funcionalidad de los niveles de atención, se adopta la regionalización para buscar mejores resultados. En la práctica, significa la planeación de la agrupación de recursos para la salud de todo tipo en una determinada zona geográfica, con ciertas características de identificación que intentan dar solución a los problemas de salud de los habitantes de esa región. Esto constituye que - los Sistemas de Salud Regionales reunidos conforman el Estatal, y a su vez, todos conforman el Sistema Nacional de Salud.

C I T A S

- 1.- Araujo Bernal, Leopoldo y Llorens Figueroa, José.
La Lucha por la Salud en Cuba.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1985.
Serie: Salud y Sociedad.
- 2.- Eibenschutz, Catalina.
Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-194) : Una Reinterpretación de la Historia de la Salubridad y Asistencia.
S/F México, U.A.M. - Xochimilco.
(Mecanograma).
- 3.- Elliott, Philip.
Sociología de las Profesiones.
Madrid, Ed. Tecnos, S.A., 1975.
Colección: Ciencias Sociales.
Serie: Sociología.
- 4.- García, Juan César.
Corrientes de Pensamiento en el Campo de la Salud (tercera y última parte) en Revista Médico Moderno.
Mensual, México, D.F.
Vol. XXII, No. 10, Junio 1984.
- 5.- Gramsci, Antonio.
La Formación de los Intelectuales.
México, Ed. Grijalbo, S.A., 1986.
- 6.- Laurell Asa, Cristina.
La Salud-Enfermera como Proceso Social en Revista Latinoamericana de Salud.
México, Ed. Nueva Imagen, 1982.
- 7.- Martínez Benítez, María Matilde et al.
Sociología de una Profesión: El caso de la Enfermería.
México, Ed. Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
- 8.- Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana.
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Salud para Todos en el año 2000: Estrategias.
Washington, D.C., O.P.S., 1980.
- 9.- Ortiz Quezada, Federico.
La Enfermedad y el Hombre.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1986.
- 10.- Ortiz Quezada, Federico.
La Medicina está Enferma.
México, Ed. Limusa-INCO, 1991.

- 11.- Revista: Socialismo.
Esbozo de la formación histórica de los Intelectuales en México.
Argüello, Gilberto.
Trimestral, México, D.F.
Año II, NO. 5, 1er. Trimestre de 1976.
- 12.- Rodríguez Ortiz, Imelda et al.
Los Modelos de Atención a la Salud en Revista de Psicología y Ciencias Sociales Neumatihuani.
E.N.E.P. - Zaragoza - U.N.A.M.
Cuatrimestral.
México, D.F., No. 5, Septiembre de 1989.
- 13.- Rojas Soriano, Raúl.
Capitalismo y Enfermedad.
4a. ed., México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 1988.
- 14.- Rojas Soriano, Raúl.
Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.
México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 1990.
- 15.- Timio, Mario.
Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epistemología Diferencial.
5a. ed., México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1986.
- 16.- Waitzkin, HB. y Waterman, B.
La Explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista.
Tr. Marcos Arana, 2a. ed., México.
Ed. Nueva Imagen, S.A., 1984.
Serie: Salud e Ideología.

II.- ARTICULACION DE LA PRACTICA SOCIAL DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE LA SALUD.

Toda vez que ha sido explicada la estructura general de los servicios de salud en México y su inserción dentro de la base económica, corresponde analizar la forma particular como la Enfermería se integra orgánicamente dentro del conjunto estructural del sistema.

2.1.- La Práctica Social de la Enfermería como Trabajo.

La articulación orgánica de la Enfermería, a partir de sus prácticas sociales, constituyen el punto estratégico del que mejor se puede aprender su carácter histórico-funcional.

La Enfermería al aparecer socialmente como trabajo, como categoría de actividad institucionalizada -calidad legitimada y regulada por y para el mantenimiento de sistema social- se manifiesta como ocupación profesional y fuente directa de obtención de medios de subsistencia.

Al calificar a la Enfermería como trabajo social, su articulación orgánica funcional parte de los productos objetivos obtenidos del trabajo producido; trabajo que refleja dos elementos sustanciales: su objetivo y sus medios.

Se considera que el objetivo del trabajo de Enfermería se circunscribe en la satisfacción de las necesidades de salud; objeto que de manera sociohistórica se comparte con el objeto de trabajo médico. Donde la categoría de "necesidades" se constituye a partir de reconocer el proceso de trabajo en un sentido social y la determinación de la enfermedad como situación de calidad de salud. Determinación que surge de la técnica del control diagnóstico y manejo mismo de la calidad patológica, de origen subjetivo y particular de quien califica.

De ahí la insistencia de asumir el trabajo médico en términos estrictamente anatomofisiológico del cuerpo del hombre y sólo reconocer sus relaciones con el medio físico y químico. Sin embargo,

"En la medida en que la multiplicidad de las determinaciones que marcan el cuerpo expresan la forma mediante la cual el hombre se relaciona con el medio físico y con los demás hombres, y también las formas asumidas históricamente por estas relaciones, el cuerpo anatomofisiológicamente aparece como un cuerpo investido socialmente" (7, 42).

Lo anterior fundamenta la necesidad de reconocer la situación del trabajo de la Enfermería dentro de la estructura productiva y de su objeto dentro de los procesos productivos y las relaciones sociales de producción existente entre las clases sociales.

En cuanto a los medios de trabajo en su dimensión práctica -el conocimiento y control de la salud y de la enfermedad-, han permitido que las profesiones del área se encaminen y caractericen como un trabajo eminentemente especializado, lo que obliga a reconocer las categorías: vida-enfermedad-muerte.

"Durante siglos, la medicina había buscado qué modo de articulación podría definir las relaciones de la enfermedad y de la vida. Sólo la intervención de un tercer término pudo dar al encuentro de ambas... este tercer término es la muerte... A partir del momento en el cual la muerte ha sido aprehendida en un órgano técnico y conceptual, la enfermedad ha podido ser a la vez especializada e individualizada" (7, 79).

2.2. La Enfermería y la División Social del Trabajo.

La Enfermería, como parte del sistema de los servicios de asistencia a la salud en México, juega un papel fundamental en el funcionamiento dentro de los programas y planes dispuestos, fundamentalmente en aquéllos para el sostenimiento y reproducción de las fuerzas productivas del país:

"Colabora en el mantenimiento, restauración y reproducción de la

fuerza de trabajo; apoya, según lo dicten las políticas del sistema de salud en cada época, determinados modelos de atención más adecuados para asegurar el desarrollo eficiente del proceso productivo; participa en la explotación de la salud de la clase trabajadora; colabora en los propósitos del Estado de utilizar la salud como medio para prevenir o apaciguar conflictos sociales; participa y refuerza a la ideologización que de la salud hace la clase capitalista" (5, 54).

Lo anterior tiene su fundamento en la división social del trabajo y las relaciones de estratificación entre las clases sociales, ambas dentro de la estructura económica capitalista que caracteriza a nuestro país.

La división social del trabajo permite entender la dinámica existente dentro de las ocupaciones, no sólo de la productividad, sino del área de servicios, y en particular de las ocupaciones profesionales, como es el caso de la Enfermería.

Partiendo de entender que la división social del trabajo surge de la "categoría trabajo humano" como producto de la acción de transformación que el hombre desarrolla sobre la naturaleza, con el objetivo de crear las condiciones de desarrollo social y fundamentado a partir de la formación económico-social existente en un momento y sociedad dada.

"La división del trabajo se deriva del carácter específico del trabajo humano: el hombre inventa formas de organización y de especialización en los oficios que ejecuta, como consecuencia de que su trabajo es un trabajo social, es decir, desarrollado en y a través de la sociedad. Por esto, en toda sociedad existe una división del trabajo, la cual es el vínculo fundamental entre los hombres" (5, 55).

Ya Marx había señalado la división del trabajo en la sociedad como resultado de la organización misma de la sociedad; inicialmente en la familia, más tarde dentro de los grupos humanos, edades y sexos; repercutiendo en el crecimiento y especialización de las actividades desarrolladas socialmente; surgiendo la división social del trabajo desigual, trabajos cuantitativa y cualitativamente distintos. Momento histórico denominado división del trabajo físico e intelectual -materialización de productos objetivos y creación del trabajo y esfuerzo humano-, división que trae con-

sigo productos concretos, como lo señala Suchodolski:

"Es indudable que toda división del trabajo en el seno de la sociedad lleva aparejado inseparablemente cierta degeneración física y espiritual del hombre" (10, 68).

Situación que se presenta en el momento mismo en el que al hombre se le separa de su posibilidad de asumirse y reflejarse en los productos de su trabajo, lo cual viene a confirmar que

"... el trabajo se ha convertido en el medio de subsistir, y la vida en un miserable vegetal" (10, 71).

El creciente interés del proceso de acumulación de capital ha generado la fragmentación de los servicios profesionales, como una forma estratégica de posibilitar la organicidad de éstas dentro de la estructura económica en su conjunto, como es el campo de la salud, donde

"... la división entre médico general, odontólogo, enfermera y administrador, se han sucedido otras, fundadas en competencias mucho más específicas, particularmente dentro de la profesión médica. Las especializaciones del médico, además influye determinante en el rumbo que siguen las demás profesiones de la salud" - (5, 56).

Es claro que el mercado de trabajo tiene el control de establecer los conocimientos y prácticas que configuren los perfiles laborales de las fuerzas de trabajo que se requiera, sin embargo la situación se agrava al ser éste el que mantiene y reproduce las condiciones de estratificación ocupacional, ya que:

"... separa la esfera del trabajo manual de la del trabajo intelectual, se distribuye a la fuerza laboral entre jerarquías de las ocupaciones respectivas, se determina la redistribución diferencial para cada una y, por consiguiente, es donde se reproducen las relaciones sociales de producción dominante... (2, 116).

Esto es factible de entender si se reconoce que el control, ya no del valor del trabajo -servicio profesional u ocupacional- ni mucho menos del tiempo

po requerido para su desempeño, sino la fragmentación que los quehaceres profesionales operan dentro de los espacios ocupacionales. Esto faculta la existencia de condiciones diferenciales entre las profesiones intervinientes en los servicios de salud.

"En el área de la salud las diversas profesiones que en ella participan (médicos, enfermeras, psiquiatra, anestésista, terapeuta, trabajadora social, administrador, etc.) tienen asignadas valoraciones diferentes en función básicamente de la aportación que hacen al proceso productivo, en este caso fundamentalmente por razón de la relación que guarda con el mantenimiento, reparación y reproducción de la fuerza de trabajo. A la Enfermería le corresponde desempeñar funciones manuales, ejecutoras de órdenes dictadas por otros, indispensables, pero complementarias en la atención a la salud" (5, 57).

Lo anterior permite reconocer la existencia de dos ejes resultantes de la división del trabajo profesional: el primero, la diferencia remunerativa, y la segunda el reconocimiento del trabajo y constitución del grupo profesional, como reflejo de la condición socioeconómica de la que provienen los sujetos conformantes.

Se puede decir que la división social del trabajo a través de su configuración ideológica, hace aparecerla como natural, y fuera de toda relación con el sistema económico y político de que emerge.

Lo anterior puede ser observado en las profesiones, como la Enfermería, a la cual se le ha caracterizado como una profesión eminentemente ejecutora y manual, por lo cual se le confiere un reconocimiento y remuneración inferior al de otras profesiones del área de la salud, como es el caso de los médicos; ello viene a resultar caro si se observan las características particulares en tiempo requerido para su formación académico-profesional, lo cual guarda relación directa con la diversificación jerárquica de los diferentes niveles académicos, así como la restricción socioprofesional que representa su, hasta el momento, no reconocimiento social de profesional universitario y de manera jurídica con solida, tal que el mercado empleador reconozca dentro de sus organigramas de atención a la salud dicho nivel.

Lo anterior se agudiza con el surgimiento de otros niveles y ocupacio--

nes de nivel operativo y/o de servicios de atención a la salud; ya que han sur
gido múltiples ocupaciones subordinadas o redundantes, que en realidad son -
pseudo-profesiones y subocupaciones, generadas por el sistema educativo que en
cuentran su razón de existir en función de la legitimación de la segmentación -
ocupacional. Este es el caso de las subprofesiones correspondientes a la mayo
ría de las carreras técnicas y otras opciones vocacionales en la educación su
perior y sus correspondientes títulos, artificialmente requeridos para todo ti
po de ocupaciones y aun de tareas para ser eficaz el sistema educativo en su -
papel de estratificación de los sujetos. Ricardo B. Méndez Concálvez en su li
bro Medicina e Historia apunta al respecto:

"... para el estudio de las determinaciones infraestructurales de
su situación de clase, es la referente al carácter productivo o
improductivo de su trabajo... el trabajo médico de la salud en gg
neral... puede ser directamente productivo, al incorporarse al tra
bajador colectivo, cuidando de las fuerzas de trabajo, contribu--
yendo (al aumento de la productividad), al participar de la orga
nización del proceso productivo y al mantener la fuerza de traba
jo en condiciones de ser consumida... (7, 107).

Por lo tanto, la insistencia de asumir la categoría de la salud como un
valor eminentemente biológico, contribuye dentro de las estrategias reproduct
oras de las fuerzas de trabajo como elemento fundamental en el cuidado de éstas
para ser consumida de manera óptima dentro del proceso productivo. De ahí que
se observen formas de articulación orgánica de las actividades sanitarias par
ticulares del área, con relación a la formación económica social del capitali
smo mexicano: 1.- Carácter cautivo y asalariado de los profesionales de la sa
lud; 2.- Incorporación orgánica de los profesionales de la salud dentro de -
las estrategias para el sostenimiento de las fuerzas productivas; 3.- Determi
nación del control político y laboral del ejercicio profesional de dichas ocu
paciones.

Dichos niveles de organicidad guardan relación con el ejército de rese
rva y el lumpenproletariado a través de los servicios de asistencia social, por
ser estos sectores sociales instancias superestructurales de legitimación de
políticas y estrategias técnico-administrativas que hacen aparecer las diferen
cias socioeconómicas y de salud entre las diferentes clases sociales, como na
turales a toda organización social; sin embargo, ello no significa reconocer -

el trabajo sanitario como de carácter productivo:

"... el trabajo médico -como el del resto de las profesiones intervinientes en la atención a la salud, como la enfermería- es productivo en cuanto participa de la organización del proceso de producción; ... en cuanto participa del trabajo colectivo productivo... el carácter productivo surge de su efecto sobre la productividad -de la fuerza de trabajo... Una última idea... el carácter productivo del trabajo según las instituciones en que se efectúa o según -el objeto a que se aplica (7, 109-110).

Las ideas anteriores se enmarcan en dos niveles principales:

1.- El trabajo sanitario guarda relación subordinada con el grado de desarrollo del modo de producción capitalista; esto es, guarda relación diferencial en la atención a la salud, según los niveles de atención en que se encuentran el trabajador individual y su inserción dentro del trabajo colectivo y la productividad de mercancías y plusvalor.

2.- El trabajo sanitario al ser siempre un servicio no puede ser considerado como mercancía, por carecer de la posibilidad de apropiación como producto susceptible de intercambio comercial.

"Es pues inadecuado intentar caracterizar al trabajo sanitario - como productor de mercancías porque concurre a la reproducción de la fuerza de trabajo; la fuerza de trabajo se determina como mercancía, desde luego, pero esta determinación es el resultado histórico del proceso de separación de los trabajadores directos de sus medios de producción..." (7, 120, 121).

Por otra parte, como se señaló en el capítulo 1, los servicios profesionales dentro de los espacios ocupacionales y la escuela están íntimamente ligados en la reproducción de normas y valores expresados en las prácticas concretas que vinculan las dimensiones superestructurales y la base económica; ambas coparticipan en el mantenimiento de las condiciones y sostenimiento del sistema.

"Según Marx, la sociedad debe reproducir las condiciones fundamentales de su existencia para subsistir y expandirse, es decir, las relaciones sociales de producción, en esencia, la estructura social de una sociedad determinada" (9, 59).

En el caso particular de los servicios profesionales del área de la salud, se observan particularidades propias de las mismas, como lo es:

"... la ganancia del capital invertido en la producción de servicios médicos preserva siempre al capital global de una caída de - la lucratividad mayor de lo que sería en su ausencia... viene a formar parte del costo de reproducción de la fuerza de trabajo..." (7, 128).

Sin embargo, la intervención de las acciones profesionales del área de la salud, como es el caso de la Enfermería y la Medicina, dentro de los procesos productivos, no necesariamente se trata de trabajo productivo, lo que ocurre es que el capital de inversión transfiere la compra de fuerza de trabajo - productivo por capital dinerario. Siendo un trabajo intrincado y necesario en el mantenimiento de la infraestructura.

Es necesario considerar que la medicina presenta otra forma de ejercicio profesional, esto es la medicina liberal.

"... se caracterizan como pequeños productores independientes, - asemejándose a la pequeña burguesía tradicional y al trabajo artesanal. Su supervivencia en el modo capitalista de producción puede interpretarse según dos sentidos complementarios: por un lado, como mecanismo secundario de la dinámica extensiva de la reproducción ampliada del modo capitalista de producción, es decir, como aspectos infraestructurales de la dinámica de ese modo de producción..." (7, 139).

Para el caso particular de la Enfermería, esta situación es inexistente en el país, dadas las condiciones de control de los profesionales médicos sobre el resto de los profesionales de la salud; además, estos mismos son sometidos a disposiciones legales y político-estructurales que controlan la inserción orgánica de éstas, y en específico de la Enfermería, como personal asalariado y a disposición patronal de los servicios particulares de los profesionales médicos.

Otro de los elementos conceptuales y referenciales que ubican al trabajo de los profesionales de la salud como improductivo es su ubicación como - agentes de trabajo y de clase social; ya que, como se mencionó anteriormente,

la Enfermería como trabajadores asalariados e improductivos, no forman parte de la clase obrera, pero su situación de asalariados y condiciones de explotación le acerca como forma de expresión político-ideológica objetiva.

Al respecto y parafraseando al pensamiento gransciano dicha vinculación se ubica en:

1.- La relación existente entre los intelectuales y las fuerzas productivas está mediado por los espacios de relaciones sociales existentes en la estructura social, donde median ocupaciones sociales que desempeñan funciones - subalternas a la hegemonía economicosocial y político-ideológica capitalista.

2.- Los intelectuales no forman una clase social autónoma, sino que representan un sector social generado por el grupo dominante a partir de las necesidades especializadas y de gestión, propias de aquella clase. Especialización donde subyace la división del trabajo intelectual y del trabajo manual, - dadas las funciones de dirección, supervisión y control -trabajo intelectual-, en tanto que trabajo directo sobre el trabajo manual.

"Dos aspectos fundamentales constituyen los cimientos sobre los que descansa la solidez de estos agentes en cuanto intelectuales orgánicos: en primer lugar, haber producido una idea general de salud y de la enfermedad -y haber logrado fundamentar científicamente esta idea- fundada en la individualidad intrínseca de los fenómenos que ahí intervienen; esto es, una idea que destaca a la salud y a la enfermedad como situaciones vitales que hablan del hombre-individuo biológico" (7, 169-170).

2.3.- La Enfermería y la División Sexual del Trabajo.

Otro de los elementos estructurales de la división social del trabajo - lo constituye la división sexual de entre las ocupaciones, donde la acreditación educativa juega un papel de selección y estratificación social y ocupacional dentro de las disciplinas.

"... la segmentación ocupacional entre hombres y mujeres, y la mayor retribución a aquéllos por igual trabajo realizado, es fundamentalmente el reflejo de la tradicional dominación masculina sobre la estructura ocupacional. Dominación que se expresa en los criterios organizacionales de selección, promoción y remuneración del personal... Estas barreras han sido tradicionalmente de tipo racial, sexual, político y socioeconómico" (2, 125).

La diversificación de las tareas y funciones existentes en el proceso productivo y de servicios por razones de diferenciación de sexos arrastra, aún en la actualidad, su origen en la división social o natural del trabajo, sustentada en las características biológicas y psicológicas de cada uno, lo cual conduce a la determinación de tareas diferenciadas, pero que ello se ve intervenido por los modos de producción y formas de organización como la sociedad se encuentra históricamente estructurada.

"... las condiciones de subordinación de las mujeres en las sociedades: subordinación laboral puesto que en igualdad de trabajo los varones percibían mejores salarios; para ellas, en cambio, eran las ocupaciones que se descalificaban y desvalorizaban, los topes escalafonarios, el relegamiento a ghettos ocupacionales mal pagados..." (8, 3-4).

Al respecto, Marx señaló que las condiciones sociales y los requerimientos culturales determinan en gran medida el ser y el valor de las personas, por lo tanto:

"Las mujeres, dedicadas a la perpetuación de la especie y las tareas domésticas, no pudieron desarrollar sus capacidades en cuanto a autonomía moral e intelectual; se les prohibió disponer de su cuerpo y de los productos de éste: los hijos" (1, 40).

La socialización familiar inicial y posteriormente en la escuela conducen a la mujer a adoptar patrones culturales e ideológicos de subordinación, mismos que son reproducidos dentro de la estructura ocupacional y teniendo resultados concretos en las áreas de acceso y niveles de desempeño laboral y de ingresos económicos por la prestación de los mismos.

"Así, la hija obedece al padre aunque sus mandatos no sean debidos, la enfermera obedece al médico aunque sus indicaciones no sean convenientes; las mujeres aprendieron a no cuestionar la -

autoridad masculina, simplemente la aceptaron por su condición de inferioridad femenina.

Por ello Simone de Beauvoir afirma que: "No se nace mujer, uno se vuelve mujer" (1, 40).

La organización de los procesos productivos y de servicios dentro del sistema capitalista ha alcanzado niveles de especialización de funciones, que generalmente han dispuesto espacios ocupacionales para la mujer que se proyectan dentro de las categorías de oficios extensivos de las actividades domésticas, al extremo de ser calificadas como profesiones o actividades exclusivas de la condición femenina, asegurando perfiles ideologizados de tal suerte que garanticen su organicidad reproductora de las condiciones de control eficiente y eficaz para la obtención de resultados concretos.

"Estos elementos sirven de base -todavía en el plano de una división natural del trabajo- para que la Enfermería, como profesión femenina en el campo de la salud, adopte al organizarse un carácter de práctica, por una parte indispensable y, por otra, subordinada." (5, 59).

Aún más:

"La enfermera... es una imagen de subordinación y de ayudantía. - Lo cierto es que en los injustos esquemas de planificación, las actividades de enfermería están definidas como intermédicas, satélites, complementarias o secundarias" (6, 5).

Por lo tanto, las ocupaciones de inserción de la mujer se reducen a funciones de nivel operativo e instrumental que los diferentes modos de producción capitalista requiera, según coyuntura o variaciones económicas del momento socioeconómico que enfrente la sociedad en su conjunto.

"La suavidad, la obediencia no cuestionada, la paciencia y la ineficiencia, que han sido los rasgos femeninos tradicionales, no resultan fecundos para los nuevos campos de acción de las mujeres trabajadoras. Existe la evidencia del abandono paulatino de esos patrones de conducta y el descubrimiento y creación de formas nuevas de ser mujer que se hacen evidentes en los lugares de trabajo, y que comienza a aparecer en los lugares y aspectos de su vida cotidiana" (1, 45).

La educación ha sido otro de los ámbitos de diferenciación de oportunidades de desarrollo laboral y profesional, ya que guarda relación directa con la base económica, así como asume la orientación ideológica de la organización de los procesos productivos y de prestación de servicios, disponiendo algunas carreras del área humanística y de la salud, que presentan graves tendencias a la tecnificación y mecanización de sus procedimientos y consecuentemente de los sujetos operativos; estas condiciones vienen a reforzar el espectro ideológico de la ubicación social de la mujer dentro de la entramada ocupacional. Cabe entonces responder al reto de:

"... ser mujer significa vivir la realidad desde un cuerpo femenino, eligiendo sus propios valores, teniendo conciencia de sus motivos de acción y conociendo el mundo que nos tocó vivir, insertadas en una realidad que no es inmutable y que nosotras podemos y debemos cambiar" (4, 7).

Estos elementos son importantes para comprender la ubicación de la Enfermería dentro de la estructura social, pues muchos de los mitos creados en torno a la mujer se aplican a la enfermera y a la concepción social que de la profesión se tiene en el país, ya que:

"... durante toda su evolución la enfermería ha compartido con la medicina su dicotomía sexual: hombre-mujer; poder-sumisión; curador-cuidado; médico-bruja; médico-enfermera, actualizando la primera división social del trabajo" (3, 41).

El presente se muestra más promisorio ante posturas de transformación y emancipatorias de la realidad estática y de control, no sólo por el derecho del respeto y dignidad de la mujer, sino del hombre consciente de su papel sociohistórico concreto.

"... la vieja división del trabajo por sexos, de que nos habla Engels, comienza a perder sus perfiles tajantes aún en las profesiones típicamente femeninas como la Enfermería. Se avizora ya el momento en el cual las relaciones entre los sexos, en el amor, en el trabajo y en la vida pública, alcanzan una dimensión más igualitaria en función de criterios como la capacidad, la preparación intelectual y el empeño, valores todos que rebasan las fronteras del sexo" (1, 46).

Por lo tanto, es fácil entender que la Enfermería participa de manera -

significativa en los procesos sociales de la reproducción de las clases sociales, sostenido esto a partir de su trabajo social en el mantenimiento de las condiciones de salud-enfermedad de las fuerzas productivas y del sustento ideológico imperante del sistema económico en su conjunto.

"Nuestra profesión -Enfermería- es orgánicamente reproductora de la misma sociedad que le dio origen.

Las profesiones son así, parte de la estructura social y están estrechamente ligadas con el proceso productivo. Particularmente - los profesionales de la salud intervienen en forma indirecta en éste, ya que son los responsables de cuidar, mantener y preservar y restaurar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, dando atención médica al individuo, familia y comunidad" (3, 41).

Se ha considerado que las características más importantes de la inserción orgánica de la Enfermería dentro de la formación económica social son:

1.- La inserción orgánica de la Enfermería dentro de la estructura económico-social se articula mediante la adopción, aceptación y desarrollo de políticas sanitarias y modelos de atención a la salud; reproductores de las condiciones diferenciales entre las clases sociales y las fuerzas productivas - que sostienen al proceso productivo.

2.- El carácter orgánico del trabajo auxiliar que incorpora a la Enfermería dentro de la producción de los servicios de atención a la salud, responden a: por un lado a la especialización de áreas ocupacionales y de servicios, resultado de la reproducción de la división del trabajo intelectual y el trabajo manual hacia el interior de los procesos de atención a la salud; y por otro la garantía de subordinación de la enfermería al cuerpo médico; reproduciéndose hacia el interior de la estructura profesional de la Enfermería su división - particular a partir de funciones de supervisión, control y operación que califica y autoriza procesos de trabajo específicos y acordes a las disposiciones político estructurales del conjunto económico-social del sistema.

3.- La diferenciación de poder y autogestión profesional del trabajo sanitario-asistencial entre profesionales médicos y los profesionales auxiliares -como es el caso de la enfermera- es resultado de la apropiación de los medios de trabajo -saberes profesionales particulares de la profesión- a partir de -

los cuales los primeros han nutrido históricamente los saberes teóricos de las prácticas manuales e instrumentales de los segundos.

4.- La evolución de los medios de trabajo se encuentran íntimamente relacionados con el control y utilización intelectual y práctica del trabajo sanitario dentro del monopolio del saber profesional; y su vinculación con el consumo de los servicios en la atención de la salud de las fuerzas productivas dentro de las estructuras sanitarias y hospitalarias que le articulan orgánicamente a la estructura social.

Estos lineamientos teórico-referenciales posibilitarán el análisis específico del Concepto Profesión de Enfermería dentro de la Formación Económica - Social mexicana, permitiendo interpretar datos cualitativos y cuantitativos - que refieren las condiciones del nivel de organicidad social de la profesión a partir de sus niveles de ejercicio profesional y de formación académico-profesional.

C I T A S

- 1.- Castañeda Núñez, Imelda, et al.
Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed., México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 2.- Gómez Campos, Víctor Manuel.
Acreditación educativa y Reproducción Social en Sociología de la Educación
México, Centro de Estudios Educativos, A.C., 1981.
- 3.- Hernández Falcón, Julio.
Desarrollo de la Profesión de Enfermería en México.
en Las Profesiones en México, No. 9, Enfermería.
U.A.M. Xochimilco, 1992.
- 4.- Hierro, Graciela.
La Mujer y la Autenticidad
Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativas del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".
México, D.F., Octubre de 1983.
(Mecanograma).
- 5.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería
México, Ed. Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
1985.
- 6.- McDermit, María Teresa.
El Status de la Enfermera como Mujer.
Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativas del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"
México, D.F., Octubre de 1983.
(Mecanograma).
- 7.- Méndez González, Ricardo Bruno.
Medicina e Historia: Raíces Sociales del Trabajo Médico.
México, Ed. Siglo Veintiuno, S.A., 1984.
- 8.- MOVIMIENTOS FEMINISTAS - GRANDES TENDENCIAS POLITICAL CONTEMPORANEAS.
Universidad Nacional Autónoma de México.
S/I Periodicidad.
México, D.F., 29 de Septiembre de 1986.
- 9.- Ornelas, Carlos.
Educación y Sociedad: ¿Consenso o Conflicto?
en Sociología de la Educación
México, Centro de Estudios Educativos, A.C., 1981.
- 10.- Suchodolski, B.
Teoría Marxista de la Educación
México, Ed. Grijalbo, S.A., 1986.

,,

III.- DESARROLLO SOCIO-HISTORICO DE LA PROFESION
DE ENFERMERIA Y SU ARTICULACION ORGANICA DEN
TRO DE LOS MODELOS DE ATENCION A LA SALUD
EN MEXICO.

Las conceptualizaciones de la salud en los diferentes Modelos de Atención que se han desarrollado en México parten necesariamente de su contexto so ciohistórico y político particular, los cuales permiten comprender el papel que ha desempeñado la enfermería -ejercicio profesional y desarrollo académico-curricular-, y sus relaciones orgánico-funcionales dentro de la formación económica-social.

3.1.- Modelo Sanitario Ambiental de Beneficencia Pública y Social
(1800 - 1917).

Desde épocas remotas en todas las sociedades, la mujer ha desempeñado - un papel fundamental en la atención a la salud, tomando mayor relevancia sus ac tividades curativas dentro del campo de batalla, durante los momentos de conflic tos armados; tal es el caso del estallido armado independentista, donde las condiciones sanitarias enfrentaban serios problemas por la decadencia en que - se encontraban los establecimientos hospitalarios; situación que se intentó - frenar con la participación de grupos de mujeres religiosas, iniciado en 1812, con la llegada de grupos y congregaciones que se dedicaron a la administración y prestación de asistencia sanitaria en instituciones, principalmente de beneficencia.

Así, la política implementada durante la época de la anarquía (1821-1854) resultante de la debilidad del Estado por los poderes locales incapacitaba a és te para desarrollar un control efectivo sobre la población y el conjunto terri torial de manera directa, incluso por las numerosas divisiones económicamente productivas, que se veían regidas por legislaciones arancelarias, que como resultado de la iniciativa de impulsar la industrialización contaba el grupo -

económicamente pudiente.

Con el triunfo de la República en 1857 se abre una nueva forma de Estado, el cual adoptó la forma de República Democrática, Representativa y Federal con divisiones en tres poderes: poder ejecutivo, legislativo y judicial; así como la defensa de la propiedad privada, el derecho al trabajo, como condiciones básicas para el desarrollo económico del país.

Otro de los elementos importantes de este momento histórico de esta época lo constituye la separación del poder entre la iglesia y el Estado:

"... el Estado se apoya en la sociedad civil y refuerza su hegemonía a través de grupos políticos, asambleas, escuelas, instituciones de salud, etc., que le permiten derrotar al clero en un momento en que la burguesía es débil aún" (5, 14).

Aún más, con la conformación de las corrientes políticas principales - del momento histórico - liberales y conservadores- para 1857 la fracción liberal triunfa, sin que con ello se alcanzara la estabilidad social, política y económica del país.

Esta situación repercutió de manera significativa dentro del sector salud, ya que para 1881 se emite el Reglamento de Beneficencia Pública, en el que los establecimientos asistenciales y de beneficencia a cargo de la Junta - Estatal, pasaba a depender de la Secretaría de Relaciones Exteriores y Gobernación; mismo que para 1883 crea el Consejo Nacional de Salubridad Pública, mismo que se limitaba en sus acciones al radio del Distrito Federal. Esta forma organizativa diversificada genera múltiples deficiencias asistenciales, por lo que motivó el surgimiento de numerosos centros de atención médica privada dedicados básicamente a la atención de la incipiente burguesía; en tanto que los sectores pobres e indigentes se servían de los centros de asistencia de beneficencia y de los servicios de la medicina tradicional.

Lo anterior agudizó las condiciones del surgimiento de enfermedades altamente infecciosas, al grado de justificar la instrumentación de la policía médica, la cual:

"... se caracteriza por una fuerte actividad legislativa tendiente a fortalecer al Estado débil, también a través del control de actividades dirigidas a la salud... que le transforma en instrumento de dominación..." (5, 13).

Dicha estrategia asistencial se dirigió principalmente hacia los centros urbanos y puertos, donde se concentraban los capitales bajo disposiciones de protección higiénicas provistas para el incremento en la productividad del incipiente proletariado.

"A partir de 1900 surge la burguesía industrial mexicana que crece rápidamente y se constituye en fuerza antagónica al bloque hegemónico, pues no tiene representación en su interior, contribuyendo así a crear las condiciones para la nueva crisis que desemboca en el estallido revolucionario de 1910" (5, 16).

El primer registro académico formal en enfermería data de 1900, el cual surge de la iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga, el cual fungía como Director de los Servicios Médicos del Hospital-Maternidad y Consultorio, al solicitar autorización al presidente Gral. Porfirio Díaz para el establecimiento de la primera escuela de enfermería en el país; proyecto que se materializó hasta 1905 en el Hospital General de México, mediante la iniciación de los trabajos de planeación educativa, siendo inaugurada la escuela el 9 de febrero de 1907 con estudios centrados en saberes y haceres de ayudantía al gremio médico, caracterizados por la nula vinculación a la comunidad, que hasta fechas anteriores había caracterizado a la enfermería.

Por lo anterior es fácil comprender la orientación curricular de los estudios en enfermería, claramente determinados por las orientaciones biológicas emanadas del positivismo que imperaban en el pensamiento científico del conocimiento médico.

"Durante esta época se mantiene la enseñanza tutelar médica, los programas los constituían listados de temas con un enfoque eminentemente biologista, que aunado a los criterios de las enfermeras extranjeras -asesoras-, dieron como resultado el desfaseamiento entre la formación de la enfermera y las necesidades de salud de la población mexicana" (30, 3).

Por otra parte, el sector del campesinado mexicano, siendo heterogéneo, logra un nivel de organización tal que se impulsaron estrategias políticas dentro del Partido Liberal Mexicano; mientras que el sector proletariado veía - agudizar de manera drástica sus condiciones generales de trabajo y económicas, resultado inmediato de la elevación de los precios de los alimentos y llegando a niveles de 10 veces su valor inicial. De ahí el surgimiento de numerosos padecimientos nutricionales e infectocontagiosos, que causaron graves estragos - entre la población más desprotegida; situación que en materia de política sanitaria no sería reconocida por las interpretaciones científicas que el positivismo impedía y que al mismo tiempo justificaba el discurso gubernamental.

"El correlato ideológico de esta época, es la irrupción del positivismo que trata de cambiar los principios... científicos, apoyado por el Estado... la educación se transforma en laica y se controla por el Estado, constituyéndose en aparato ideológico fundamental - en la hegemonía" (5, 17).

De ahí la concepción biológica de la enfermedad y de la salud; eminentemente científicista en sus explicaciones del organismo y padecimientos que se enfrentaban.

Este movimiento científico positivista generó modificaciones sustantivas - en la educación sanitaria de los profesionales de la medicina y la enfermería.

A partir de la organización hospitalaria, surgida a finales del siglo - pasado y principios del presente, la enfermería hospitalaria continúa enfrentando graves deficiencias técnicas y humanas, pese al surgimiento de numerosas instituciones privadas, tanto de carácter comercial como de beneficencia pública, mismas que crearon centros de formación de personal de enfermería.

Siendo necesario para el Estado liberal la obtención del consenso social, la salud resultó ser un elemento ideológico clave para la penetración de la ideología dominante a partir del establecimiento del derecho a la salud, - sin que necesariamente se reconociera jurídicamente como una responsabilidad - del Estado.

"... no es menos cierto que la presencia de los hospitales y cam-

pañas sanitarias ejercían la sensación de protección a la salud - de los ciudadanos a nivel individual, convenciéndolos de que eran las medidas adecuadas; es decir, aceptando la ideología médica dominante... la incorporación de reivindicaciones del proletariado a las políticas de salud, permitían reforzar por una parte, el control ideológico, y por otra, garantizar mejores condiciones para la producción y explotación de la fuerza de trabajo fundamentalmente para el desarrollo capitalista" (5, 16-17).

Durante el movimiento revolucionario, Don Venustiano Carranza reconoció en numerosas ocasiones la competencia del Estado en el manejo de la salubridad, situación que con la promulgación de la Constitución de 1917 en su artículo 73, fracción XVI se dio origen al Departamento de Salubridad Pública y al Consejo Superior de Salubridad, organismos dependientes del Ejecutivo Federal, con facultades tanto legislativas como ejecutivas en materia sanitaria.

Instancias dentro de las cuales la enfermería sanitaria participó de manera importante, básicamente en la lucha contra la insalubridad, epidemias y falta de orientación sanitaria , que continuaba imperando dentro de las grandes mayorías del país.

"En 1911 se crea el Instituto Cruz Blanca Neutral, cuyo principal objetivo era el de prestar auxilio a los heridos de ambos bandos en el campo revolucionario.

La primer mujer en participar en aquellos días en la atención de los enfermos fue la señorita Ma. Elena Arismendi" (17, 163).

Otra de las medidas sanitarias importantes que se impulsaron durante el período revolucionario fue el reconocimiento de los conceptos sociales en la interpretación de la salud comunitaria.

"... el presidente del Consejo Nacional de Salubridad, doctor José Ma. Rodríguez, intenta rescatar los conceptos sociales de la medicina que habían sido abandonados en aras del cientificismo bacteriológico e inmunológico; además señala que la independencia económica es la base de la higiene pública y menciona la necesidad social que anule la pobreza..." (5, 20).

La participación de la Enfermería sanitaria a lo largo del territorio nacional durante el período revolucionario se fundamentó en una preparación teórica y práctica, unida a las políticas de vacunación y educación sanitaria

y para la salud, incluso dentro de los campos de batalla.

"Las mujeres mexicanas se introducían en los campos de batalla a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos. Esperando el descarrilamiento, el incendio, la explosión, para seguir prestando sus cuidados a aquéllos que nunca fueron carne de su ser, que a gritos las llamaban madre" (17, 162-163).

Dentro de estas mujeres se encuentra Refugio Estévez Reyes, mejor reconocida como la Madre Cuca, enfermera que prestaba sus servicios a partir de su carro-hospital de cirugía; mismo que marcó el inicio a la enfermería militar del país. (Véase Anexos III-1 al III-15).

3.2.- Modelo Corporativo de Estado (1917-1940).

A partir de la promulgación de la Constitución de 1917 surge una década de lucha política por la dominación de caudillos revolucionarios y la consecución de la lucha organizativa de grupos sociales.

"A partir de 1917 conforme la burocracia político-militar se va estabilizando y fortaleciendo el sector salud... y la salubridad empieza a preocuparse por la salud del pueblo a través de la educación" (5, 22).

Producto de la Constitución de 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública, como organismo autónomo y ejecutivo; señalando dentro de sus principios el Derecho a la Salud Física y Mental de los individuos y el impulso en la formulación de leyes sobre seguridad social.

En este mismo año la enfermería es incorporada de manera oficial dentro del Consejo de Salubridad Pública, básicamente en su Sección de Higiene Infantil, dando origen a varias maternidades en las que participaba de manera central la partera profesional.

Aunado a lo anterior, y bajo la presión de las fuerzas militares y la

popularidad de que gozaba el presidente Alvaro Obregón se realizaron políticas tendientes a apoyar acciones de higiene escolar en coordinación con la SEP, - con el fin de disminuir la mortalidad infantil.

Por otra parte, pese a las contingencias económicas que enfrentaba el país el crecimiento del proletariado fue en ascenso, no sólo numéricamente sino organizativamente. De ahí que sea retomado como elemento prioritario para - la productividad el cuidado de la salud de éstos; reforzándose las acciones de educación sanitaria, higiene y atención de la infancia y del trabajo.

"Un ambiente de paz comenzaba a reflejarse en los movimientos económicos. Obregón propone al Congreso en 1921 una Ley para la creación de bancos de emisión mientras que los industriales, nacionales y extranjeros, se ocupaban de organizar la producción nacional y el campesinado esperaba los favores de una revolución consumada en la justicia social" (26, 91).

Durante este período, Vasconcelos, como secretario de Educación, inició un proyecto educativo tendiente a la cientificación y educación enciclopédica de las mayorías deprimidas, afrontando la oposición magisterial de representantes de la clase media que se veía desplazada en sus intereses.

Al asumir Plutarco Elías Calles la presidencia de la República, fundó el Banco de México, la política caminera, el sistema de riego y el Partido Nacional Revolucionario -1929-; partido que sería organizado de manera institucionalizada a partir de grupos y/o personajes revolucionarios; mecanismo de control de poder político que se concentraba en la figura presidencial.

"Para satisfacer las demandas populares de bienestar social, Calles dedicó el 11.4% de la inversión pública como promedio durante su régimen al bienestar social... las obras de infraestructura para la industrialización nacional exigían una orientación técnica del modelo educativo mexicano" (26, 113).

Por su parte, Portes Gil aprovechó el problema académico suscitado en - 1929 para otorgar la autonomía a la universidad, ya que ello fue producto de presiones políticas por la intervención del Estado dentro de la vida universitaria.

"Después que Calles dejó la presidencia en noviembre de 1928, en sólo seis años se nombraron tres presidentes en México que continuaron la política de su antecesor sin competir con la figura del "jefe máximo": Emilio Portes Gil (1928-1930); Pascual Ortiz Rubio (1930-1932); y Abelardo L. Rodríguez (1932-1934). El continuismo en el modo de gobernar, permitió al Estado consolidar las bases - de su legitimación posterior a través de la estrategia organizadora del poder que se disputaba entre caciques, caudillos y organizaciones populares y campesinas" (26, 135).

Durante este período -1920-1929-, gradualmente mejoraron las condiciones sanitarias generales del país, al ampliar el radio de intervención de las actividades de educación sanitaria, ya que por acuerdo del Departamento de Salubridad, se creó un cuerpo de enfermeras sanitarias para trabajar los casos - de oftalmía purulenta y el control de las enfermedades venéreas, lo que implicaba visitas a hoteles y casas de citas.

"En las brigadas sanitarias móviles iniciadas en 1926 participaban las enfermeras, de manera fundamental en vacunación antivaricelosa. El número de estas brigadas se elevó en pocos años de 10 a 40. Se realizaron campañas contra la viruela en 1935, y en 1937 - en el centro del país" (19, 88-89).

Dentro de los programas sanitarios con auspicio de capitales extranjeros se encuentra la Fundación Rockefeller, la cual obtuvo resultados favorables principalmente en el control de la Fiebre Amarilla y la fundación de la Escuela de Salubridad. Estos programas coadyuvaron con el inicio de las campañas sanitarias y de vacunación con apoyo y participación del Estado.

Para 1929, con ayuda de dicha fundación se crea la Unidad Sanitaria Cooperativa del Puerto de Veracruz; al igual que, para abril del mismo año se crea el Servicio de Higiene Industrial y Prevención Social con fines de protección al obrero, ordenando el saneamiento de los talleres y la educación higiénica de los operarios, donde participaron grupos de enfermeras que sostuvieron las acciones preventivas y de educación para la salud.

"Su misión consistía en impartir en los hogares las enseñanzas de la higiene, especialmente por lo que toca al cuidado de los niños y de las mujeres encintas. De esta manera el trabajo de la sanitarista se extendía a los hogares... a las escuelas. Estas funciones hacían sensible a la población en el cuidado de la salud" (19, 89).

A partir de la crisis de 1929 se impulsa la consolidación de la política corporativista de los sectores obreros, con la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y a los campesinos con la Confederación Nacional Campesina (CNC) y las masas populares en la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP) que guardaban relación de alianza con el Estado Mexicano; situación que dentro del establecimiento de las políticas de bienestar social se integran al discurso político de reivindicación de sus postulados sociales y respuesta a sus necesidades.

"Alrededor de 1930, una vez estabilizado políticamente el país, - aparece claramente la necesidad de organizarlo industrial y económicamente. Este hecho se refleja en las políticas de salud, y aparece la siguiente declaración en el boletín del Departamento de Salubridad: desde el punto de vista económico se considera actualmente al hombre como un valor; por lo tanto debe considerarse a la vida humana como capital; más adelante, la riqueza de nuestro país está en relación directa con el número de calidad de sus fuentes productivas. Ahora bien, ninguna existe que produzca tanto como el hombre..." (5, 21-22).

En ocasión del Primer Congreso Universitario Mexicano, celebrado en México, se emprende la labor de unificar dentro de la universidad el pensamiento pedagógico vasconceliano, situación que no logró consolidarse en la práctica áulica, principalmente por la inestabilidad política que padecían en su conjunto la enseñanza superior y la indefinición del pensamiento revolucionario oficial.

"El proceso de industrialización era ya una opción definida para el progreso futuro en el México de los treinta, cuya población alcanzó la cifra de 19 653 000 habitantes, dividida en un 66.5% en el sector rural y el 33.5% en las ciudades" (26, 154).

En 1934 se inició la campaña permanente contra la tuberculosis en la que las enfermeras realizaron funciones de visitadoras para cubrir aspectos tanto sociales como técnicos.

"El trabajo en salud pública realizado en los años treinta y cuarenta llevó a fijar metas ambiciosas. Primero se calculó que debía haber una enfermera sanitaria por cada 10 000 habitantes y - unos años después, el segundo Plan Sexenal, se estableció la meta de una por cada 5 000. Esta meta acaso se alcanzó, según la Dra.

Leija Paz, pues se logró contar con una enfermera por cada 6 o 7 mil habitantes; desgraciadamente el ritmo de adiestramiento no se ha seguido" (19, 89-90).

Durante el período de 1928 a 1935, México vivió uno de sus momentos históricos más importantes, por la consolidación del Estado Moderno, no sólo por la ampliación de las facultades del ejecutivo, sino por la creación del Partido Nacional Revolucionario, la expedición del Código Agrario y la Ley Federal del Trabajo.

Lo anterior se reflejó en las condiciones sanitarias que con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública -1938-, durante el gobierno del General Cárdenas, que posteriormente -1943-, se transforma en Secretaría de Salubridad y Asistencia; dando origen a una nueva organización sanitaria gubernamental de instituciones de asistencia a la salud.

La práctica profesional de la enfermería se consolidó entre 1935 y 1950, producto de las condiciones sociales y sanitarias del país.

"En 1936 la importancia de los servicios de salud pública hizo necesaria la creación de una Oficina de Enfermería Sanitaria dentro del Departamento de Salubridad, la cual estaba dirigida por las propias enfermeras, aunque ya desde 1930 existía la Oficina de Inspección de Enfermería en el D.F. En la nueva oficina se formularon los reglamentos interno y de servicios de Enfermería Sanitaria... También se creó la Casa de la Enfermera en el D.F. para albergar a enfermeras foráneas durante su estancia en la capital y se estableció la primera biblioteca especializada" (19, 90).

Fue hasta 1939, gracias a la Srta. Isabel Villaseñor, que se establecieron turnos de ocho horas, y donde las diversas funciones daban cierta especialización práctica a las enfermeras; así, se hablaba de enfermeras de niños, de contagiosos, de enajenados, había también anestesistas, auxiliares de operaciones, masajistas, laboratoristas, entre otras.

Durante los primeros cuatro años del sexenio cardenista se observó un considerable aumento en el gasto público, con apoyo de préstamos financieros de capitales extranjeros, lo cual aumentó de manera importante la deuda externa, aunado a la nacionalización del petróleo -1938-. Sin embargo, los dos -

años restantes la política estatal se perfiló abiertamente al reforzamiento de las condiciones sociopolíticas del capitalismo dependiente.

"El sector salud, al igual que el de educación, significaron para Cárdenas la posibilidad de llevar a cabo su política de masas que apareció claramente desde la aprobación del Plan Sexenal en la Segunda Convención del P.N.R. en 1933, donde se plantearon varios puntos relacionados con el Sector Salud... Las actividades sanitarias se dirigieron fundamentalmente al medio rural, como consecuencia de la política de alianza con los campesinos que habían sido abandonados por el Estado, desde el triunfo del movimiento revolucionario, hasta la década de los treinta..." (5, 25-26).

(Véase Anexos III-16 al III-23).

3.3.- Modelo Normativo-Institucional de Estado (1940-1990).

Durante los gobiernos de Avila Camacho (1940-1946, y especialmente durante el período de Miguel Alemán (1946-1952), se propicia la consolidación de la iniciativa privada, cuyos capitales se ubicaron principalmente en sectores bancarios, industriales y de comercio, centrados en zonas urbanas.

Con el establecimiento del Instructivo General para el Servicio de Supervisión Sanitaria en Enfermería, emitido por la Oficina General de Enfermería, la profesión fue incluida dentro de la Ley de Profesiones por decreto presidencial -pese a la insuficiencia de créditos universitarios-, teniendo para su ejercicio la obligatoriedad de sustentar el título profesional y cédula correspondientes, así como haber cumplido con el servicio social.

El Modelo Sanitario asumido a partir de los cuarentas nace y se desarrolla como eminentemente clínico, individualista y biólogo, mismo que hasta la fecha permanece vigente y donde sus bases fundamentales son asumidas a partir de la práctica administrativa empleada por los países altamente desarrollados; situación que tiene una trascendencia importante en México, ya que esto obedece a los acuerdos comerciales y políticos con el exterior.

"La creación del IMSS obedece a la política de industrialización

iniciada durante la Segunda Guerra Mundial con objeto de sustituir las importaciones; en consecuencia, la clase obrera industrial empieza a recibir atención médica. Por otra parte, el establecimiento del ISSSTE refleja la creciente consolidación del Estado, a la vez que su necesidad de contar con una burocracia eficiente y de ofrecer a los empleados públicos prestaciones atractivas... El acelerado desarrollo hospitalario de estas instituciones y de los demás centros de salud del país favorece el crecimiento de la industria farmacéutica, del equipo médico y de la construcción hospitalaria" (19, 176-177).

Lo anterior influyó de manera determinante la práctica de la enfermería, la cual institucionalizó un ejercicio por demás hospitalario y sujeto a condiciones laborales y salariales específicas; incluso por la desaparición de la Oficina de Enfermería Sanitaria -1943- que resulta del cambio estructural del modelo de atención a la salud nacional y por la ocupación de puestos estratégicos del gremio médico en materia de planeación y supervisión del funcionamiento de dichas instituciones.

"El 19 de enero de 1943 se publicó la Ley del Seguro Social en el Diario Oficial de la Federación... La organización y administración de la seguridad social fue, desde entonces, responsabilidad del Instituto" (4, 14).

Durante este período, la partera obtuvo un lugar importante dentro del Hospital General y dentro del gremio médico; sin embargo, esto mismo propició el desplazamiento gradual de la partera profesional en su ejercicio libre y asalariado.

"Pese a esta pérdida de prestigio, en los años cuarenta y cincuenta todavía la mayor parte de los partos en los hospitales eran atendidos por parteras, generalmente profesionales. Empero la política oficial de salud y el gremio médico empezaron a restringir el ámbito de trabajo de la partera profesional y a relegarla de su status profesional" (19, 79).

Las estimaciones oficiales en materia del mejoramiento sanitario nacional debían tender a un mejoramiento significativo; sin embargo, la distribución del presupuesto dispuesto para las instituciones asistenciales al verse disminuido gradualmente, condujeron a enfrentar graves fracasos, principalmente en la esfera preventiva.

Durante este período y producto de la penetración de medicamentos dentro de los esquemas en la atención a la salud surgieron numerosos enfrentamientos entre los esquemas de medicina tradicional y popular frente al modelo alópata oficial; fundamentalmente con los sectores menos privilegiados, por sus condiciones económicas concretas, sus esquemas socio-culturales y antropológicos en el manejo de la salud y la enfermedad.

"... la importancia de los medicamentos para el tercer mundo se explica por la estrechez de la relación entre la salud y desarrollo. Un mejoramiento del estado sanitario de la población... aumenta la proporción de personas activas, reduce el ausentismo, así como el subempleo, y por lo tanto aumenta la capacidad de trabajo ofrecida y su productividad... el progreso en salud constituye una contribución sustancial al desarrollo económico y social del tercer mundo" (3, 10).

Con asesoría de varias consultoras norteamericanas, la Enfermería en Salud Pública (1945-1957) consolidó el trabajo de las enfermeras sanitarias en la organización de los Centros de Salud, instalados en la mayoría de los estados de la República.

A mediados de la década de los cuarentas y producto de la organización de los servicios de salud, se extendió la formación profesional de la enfermería mediante la introducción de cursos postbásicos de especialización, cursos que se justificaron a partir de la organización y división de especialidades médico-hospitalarias. Estas acciones educativas fueron apoyadas por instituciones nacionales como internacionales; cursos entre los cuales se encuentran:

"Enfermería Pediátrica (1944), Anestesia (1945), Enfermería Sanitaria (1949), Enfermería Psiquiátrica (1952), Educación en Enfermería (1952), Hematología (1952), Administración para Jefes de Servicios (1953), y Enfermería Quirúrgica (1956)" (19, 134).

Durante el sexenio de 1946 a 1952 se registraron brotes epidémicos de magnitudes nacionales, por lo que se asumieron medidas sanitarias de control y prevención de enfermedades, tales como: poliomielitis, mal del pinto, bocio, parasitosis intestinal, lepra y malaria; donde la enfermería participó de manera organizativa y técnica en todo el territorio nacional.

Otro de los hechos importantes sucedidos durante 1947, fue el inicio organizativo del gremio de enfermería a nivel nacional con el nacimiento de la - Asociación Mexicana de Enfermeras; situación que repercutió en la VII Convención Nacional de Enfermeras -1950- evento que concluyó con fuertes cuestionamientos al ejercicio profesional y del nivel académico alcanzado hasta entonces.

En el terreno económico y con el fin de aumentar la inversión de capitales extranjeros en el país, el presidente Miguel Alemán autorizó la creación de sociedades anónimas, lo cual propició el surgimiento de monopolios de mercado; situación que trascendió al ámbito académico universitario, con fuertes críticas de su función de proveer los recursos profesionales que el país demandaba; de ahí el nacimiento de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior como un organismo dedicado a fomentar las acciones precisas para enfrentar las necesidades concretas del país.

Con la reorientación de la planta productiva y el surgimiento de patologías nuevas en el país, el gremio médico se da a la tarea de crear especialidades médicas y de reorganizar los servicios médico-asistenciales hospitalarios a fin de enfrentar dicha situación, lo que propició el surgimiento del nivel - postécnico en enfermería, situación que aceleró el traslado de puestos administrativos o auxiliares; puestos que son ocupados por profesionales de la medicina.

"... se resquebraja la posición del liderazgo que hasta este momento conserva la enfermera, siendo desplazada por el médico a niveles sólo operativos" (12, 43).

En 1954, por acuerdo del C. Secretario de Salubridad, se crea la Dirección de Enfermería y Trabajo Social, nombrándose a la C.M.C. Emilia Leizaola Paz de Ortiz directora, quien había ocupado la jefatura de la Sección de Enfermería de la Dirección de Servicios Coordinados de Salubridad en Estados y Territorios, con la finalidad de asesorar en el aspecto técnico de la profesión las acciones aplicativas de la secretaría; incluso, de elaborar los requisitos de ingreso y funciones del personal de enfermería en sus diversos niveles, formular programas de trabajo y guías para organizar y reorganizar servicios de enfermería sanitaria y elaborar manuales para los servicios asistenciales de en

fermería en general.

En ese mismo año, un grupo de enfermeras mexicanas y extranjeras, durante el Seminario de Zimapán, se dieron a la tarea de discutir la preparación y el ejercicio profesional de la enfermería, concluyendo:

"- Falta de estímulo y comprensión de las autoridades de salud y educativas para la formación de recursos humanos en enfermería.

- Falta de control de las escuelas de enfermería por las autoridades correspondientes.

- Bajos presupuestos para las escuelas de enfermería.

- Número insuficiente de instructores para la preparación de este recurso.

- Sueldos no relacionados con la actividad realizada, lo que ocasiona que el personal desempeñe doble jornada, lo cual genera un déficit de la calidad de la atención.

Propuestas:

- Formulación de un Plan de Estudios a partir del Diagnóstico Nacional de Salud.

- Incluir la enseñanza de la estadística.

- Control en la apertura y funcionamiento de las escuelas de Enfermería y el ejercicio de la profesión.

Producto de las actividades del evento, se inició un estudio de necesidades y recursos de educación de enfermería en 7 Estados - de la República" (22, 10-11).

Esto mismo generó numerosos cursos postbásicos en el país, con el fin de impulsar la superación profesional del personal en servicio, principalmente en áreas tales como son: Administración, educación, clínica y asistencial. Lo anterior vino a sumarse a la transformación de la Asociación Mexicana de Enfermeras en Colegio Nacional de Enfermeras Sor Micaela Ayanz -1955-, constituyéndose como el organismo legal y representativo de las enfermeras ante la Dirección General de Profesiones para participar en la reestructuración de la educación profesional a todos sus niveles.

Ya para 1960, el gobierno mexicano aplica una política de control de medicamentos destinada a la compra, almacenamiento y distribución de los mismos -reducción del cuadro básico del sector- con el objetivo de disminuir presupuestos y elevar las condiciones presupuestales del sector; hecho que limitó

a la autorización de 800 a 600 medicamentos disponibles. Sin embargo, y pese al carácter clasista de los medicamentos en su disponibilidad y acceso, ello repercutió directamente en los programas y políticas del sector.

A mediados de los sesentas se inicia el declive de la enfermería sanitaria, ya que se la ocupa en actividades superfluas y burocráticas, se suspende la visita domiciliaria, cerrándose poco a poco las jefaturas de enfermería - en salud pública de las dependencias y ocupándose dichos espacios por personal médico.

"El proceso de planificación, especialmente en el sector salud... se inició en la Reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961, donde los gobiernos de América Latina acordaron utilizar la planificación para dirigir el desarrollo de los servicios de salud y orientar sus funcionamientos y actividades" (7, 7).

Lo anterior dio un gran impulso a eventos académicos, como resultado de la presencia de la enfermería dentro de las políticas sanitarias y médico-asistenciales que sustentó el discurso oficial, sin que necesariamente ello se reconociera de manera profesional y laboralmente, ya que, resultado de esta situación se generaron después problemas laborales entre el personal.

"En el Hospital 20 de Noviembre -del ISSSTE- un grupo de enfermeras apoyó en 1965 el movimiento de médicos residentes... El objetivo central del pliego petitorio de las enfermeras exigía aumento de sueldos, licencias con y sin goce de sueldo, uniformes, licencias maternales y rotación en los servicios... fueron castigados porque participaron en el movimiento". (19,158).

Repetiéndose en 1970 y teniendo peticiones de carácter económicos y laborales; sin prosperar, ambos movimientos fueron acallados por la represión.

En 1968, el crecimiento demográfico alcanzó los 48 millones de mexicanos, con un ritmo de crecimiento anual del 3.5%, que expresaba serias desigualdades sociales, se funda el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), el cual centra sus programas en áreas de nutrición, integración social del menor, rehabilitación de niños afectados en su aparato locomotor, rehabilitación familiar y atención a los menores abandonados y enfermos; funciones similares a las del INPI.

En la esfera educativa, las presiones del gobierno dentro de la

vida interna de la universidad y la estrategia de imponer orientaciones ideológicas de carácter oficial en los esquemas académicos, la U.N.A.M. se enfrentó, junto con el rector y el Consejo Universitario, al Estado para defender su autonomía y hacer valer la viabilidad de la construcción de la democracia política en el país.

"El rector Barros Sierra llevó hasta la confrontación estatal su profundo respeto por el verdadero significado de la autonomía universitaria y de la democracia mexicana. Como institución independiente de la maquinaria política del país, la universidad luchó - por defender su compromiso popular y revolucionario, como el centro del saber, de investigación y de difusión de la cultura de mayor importancia en la República" (26, 211).

Sin embargo, el gobierno logró superar la grave crisis y, ante el mundo presentó un México integrado dentro de Iberoamérica, pero como una excepción - dentro de ella. El día 12 de octubre de 1968, se inician los Juegos de la XIX Olimpiada, pese a aquel antecedente de más de un centenar de muertos en los días anteriores.

A finales de los sesentas, durante el sexenio del Lic. Luis Echeverría Álvarez, se impulsaron numerosos programas de apoyo al desarrollo comunitario y ejidal a partir de brigadas sanitarias, observándose un renovado interés del Estado por las parteras empíricas, al incluirlas dentro de los programas de Planeación Familiar y la Atención Materno-Infantil.

A finales de esta década se inicia la profesionalización académica de la enfermería a partir de la elevación de la carrera a nivel de licenciatura, - apoyado de la tendencia a la especialización posbásica, principalmente en - áreas tecnológicamente avanzadas y de reconocimiento institucional como funcionalmente prioritarias.

El mayor problema que se ha tenido que enfrentar ha sido el gran número de escuelas privadas, formadoras de personal auxiliar de enfermería, y el mercado empleador, lo que ha ocasionado frustración entre los egresados de este nivel universitario.

"La gran proliferación de escuelas se ha facilitado por la ausencia de medidas reguladoras en su apertura y a la fácil implantación de las mismas, muchas veces en condiciones desfavorables, - con planes, programas y personal docente poco apropiado, lo que de muestra la calidad técnica". (14, 6)

Otro factor que le ha impreso graves limitaciones en la profesionalización académica ha sido la orientación de las instituciones de salud en la formación de Recursos Humanos, ya que cumplen únicamente el fin de proveerse de recursos para autosatisfacer necesidades de perfiles de puestos, siendo básicamente recursos auxiliares y de carácter eminentemente técnico, lo que impide la superación permanente de dicho personal que redunde en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados.

"Actualmente al igual como ocurrió con la carrera de medicina, en enfermería los planes y programas de estudio también se encuentran orientados hacia la especialización, esto se refleja en la gran diversidad de cursos que son ofrecidos en las escuelas, como psiquiatría, pediatría, cuidados intensivos, cirugía, cardiología, entre otros" (22, 12).

Así, la planeación de los recursos humanos para la salud se vio sujeta a las disposiciones de los programas prioritarios y/o coyunturales, emanados de las políticas económicas. Esta planeación demandó la especificación del número, tipo y nivel académico profesional requeridos en los perfiles de puesto; decretados, estos últimos, por las instituciones de salud. Cambios que se vieron reflejados dentro de los planes y programas de estudios de los principales centros formadores del país.

Lo anterior vino a sumarse a las propuestas emanadas de la Reunión Especial de Ministros de Salud en América, efectuada en Santiago de Chile en 1972.

"Establecer un sistema de enfermería en el cual esté claramente especificado el papel de enfermería que se requería para alcanzar los objetivos de los planes nacionales de salud y los programas necesarios para la preparación de dicho personal.

Se propuso la capacitación de personal de enfermería en tres niveles: - Universitario, - Intermedio, y -Auxiliar de Enfermería". (15, 100).

Por otro lado, la crisis económica que atravesaba el país generó numerosos conflictos laborales, tal es el caso del enfrentado por el personal de en-

fermería de la Dirección General de Salud Materno Infantil, con motivo de la sindicalización del personal auxiliar de enfermería -1974-; conflicto que fue reprimido con medidas administrativas rescisorias y suspensiones de contrato - al personal inconforme.

Finalmente, el período de Luis Echeverría Alvarez concluyó con un grave proceso inflacionario, el cual alcanzó un promedio del 14.13% entre 1971 y - 1976, el cual reforzó de manera directa la drástica devaluación de la moneda - de 12.50 pesos por dólar a 23 pesos; sin dejar de mencionar la gran especulación que existía junto con la fuga de capitales; lo cual se sumó al proceso de desarticulación de la clase política del gabinete en turno.

Dentro del ámbito sanitario y producto de numerosas críticas a la insuficiencia de los programas, las instituciones del sector se vieron obligadas a modificar sustancialmente sus estrategias en la prestación de los servicios; - situación que dio pie a la implementación de la escalada masificante de éstos, así como la formación e incorporación de personal auxiliar y/o de menores niveles académicos.

"Debido a que la preparación de los profesionales de la enfermería es desigual, el mayor número de personas ejercen su profesión en instituciones hospitalarias muy al estilo norteamericano. Aquí la visión de la enfermera es eminentemente individualista, tecnocrática, de culto a los aparatos, a las fórmulas, a las tecnologías sofisticadas... En la práctica de la enfermería comunitaria se exige cierto compromiso social y hasta político con las comunidades miserables, explotadas y engañadas; sin que ello se enseñe o se discuta en las escuelas". (8, 6)

Al asumir el poder el presidente José López Portillo en 1976, éste adoptó una imagen conciliadora entre los sectores empresarial y el obrero/campesino, basado en políticas inscritas en dos áreas estratégicas; 1.- Producción de alimentos (Sistema Alimentario Mexicano), y 2.- Producción de Energéticos - (auge petrolero).

Resultados negativos trajo consigo dicha estrategia, ya que se produjo una fuerte caída salarial y pérdida del poder adquisitivo de la clase trabajadora y campesinado del país; prueba de ello fueron los conflictos laborales que se enfrentaron en las Escuelas de Enfermería del I.P.N. e I.S.S.S.T.E., -

los cuales culminaron siendo reprimidos. Aún más, un año después el personal de enfermería del ISSSTE se vio en otra situación similar, al demandar homologación salarial con el IMSS; sin embargo, los resultados fueron parciales al repetirse el control represivo de que fueron objeto.

Durante esta administración se continuó la tendencia masificante de los servicios médico-asistenciales a partir de programas tales como fue el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados; o la integración del I.M.A.N. y el I.N.P.I. en la conformación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), encargado de la atención de la niñez del país; programas que obtuvieron resultados parciales, y que hasta el momento continúa dicha problemática.

La problemática social y económica del país se agudizó al extremo de enfrentar programas de austeridad presupuestal del gasto social, principalmente para el sector educativo y de salud; situación que desde la perspectiva gubernamental apareció como una estrategia de corrección económica frente a la caída de la moneda frente al dólar.

En 1978, durante la Conferencia de Alma Ata, celebrada en la antes U.R.S.S. hoy C.E.I., donde se propuso el Modelo de Atención Primaria de Salud como estrategia para el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000", se señaló la importancia de "extender el papel de la enfermera hacia la atención directa, la administración, la docencia y la investigación" (13, 43).

De ahí que, dentro de las medidas de protección a la niñez se estableciera -1978- la expedición de la Cartilla Nacional de Vacunación, el reforzamiento del aspecto nutricional con la creación del Programa Nacional de Alimentación Familiar (PRONALFA) como responsable de la dotación de alimentos de bajo costo a sectores más desprotegidos; y un año después, la firma del convenio IMSS-COPLAMAR, el cual tenía el cometido de intensificar las tareas sanitarias en las zonas rurales, y para 1980 su transformación en el Programa de Atención Primaria de la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes, siendo responsable directo la SSA. Aún más, para 1981, se establece el control de registro de medicamentos, donde su registro debería realizarse cada tres años y donde el Estado se reservaba el derecho de suprimir todos aquellos medicamentos que

eran declarados como inútiles dentro del cuadro básico del sector.

"Para limitar lo más posible una mala utilización de los medicamentos, es necesario que el material de promoción y la información que se da sobre los productos en los prospectos y en los libros de referencia sean controlados por las autoridades sanitarias..." (3, 202).

En este mismo año surge en el IMSS el primer movimiento político-laboral, producto de disposiciones administrativas en la supresión de puestos de supervisores de enfermería, lo que condujo a un grupo de enfermeras a manifestar su inconformidad a las autoridades a través de la entrega de un escrito - donde se señalaba su inconformidad. Sin embargo, fueron suprimidos, compactando las responsabilidades y obligaciones de éstos dentro del puesto de sub jefe de enfermería, y reubicando al personal correspondiente al puesto desaparecido.

Fue en 1980 que como producto de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la O.P.S. que se retomaron las propuestas de la Reunión de Punta del Este - Uruguay- en materia del papel extensivo del personal de enfermería; evento - que formuló una resolución sobre "Metas en Materia de Enfermería" en la que se recomendaba:

"... se introduzcan y/o consoliden cambios en los programas de - formación de enfermeras auxiliares a nivel básico y posbásico con miras a enfatizar y/o reforzar las enseñanzas de epidemiología, ciencias sociales, salud comunitaria, atención primaria, evaluación e investigación" (24, 28-29).

De acuerdo con la O.P.S. México asumió dichas recomendaciones, sin embargo, las oficinas de recursos humanos en enfermería se orientaron fundamentalmente a la formación de personal de nivel auxiliar y en menor medida de nivel técnico, desconociendo el nivel universitario, aludiendo que:

"Es indispensable para cumplir con las necesidades de personal polivalente, flexible y de fácil adaptación a las situaciones coyunturales, usar combinaciones diversas del sistema escolar extraescolar" (23, 78).

Esta situación evidencia claramente las condiciones de la calidad de la

prestación de los servicios brindados; principalmente de las poblaciones de - áreas marginadas y/o deprimidas socioeconómicamente, para las que se dispone - de personal menos calificado y que sin embargo cubre el mayor número de peque- ñas poblaciones del país.

"La substitución de profesionales y técnicos resulta muy oneroso, ya que no es redituable que la enfermera profesional realice acti- vidades 'sencillas' y descuide la administración de medicamentos, productos biológicos, tratamientos especiales y aplicación de téc- nicas de promoción de la comunidad y visitas domiciliarias, briga- das, etc." (24, 33).

El 10. de diciembre de 1982 asume el poder presidencial el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, el cual establece una política de gobierno basada en - tres ejes fundamentales:

- El anuncio del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.
- La entrada de México al G.A.T.T., y
- El Pacto de Solidaridad Económica.

Con la entrada de México al G.A.T.T., la economía del país da inicio a la liberalización del comercio exterior, señalada como una de las estrategias básicas para enfrentar el endeudamiento excesivo del país, al tiempo de reactivar el aparato productivo, brindando apoyo a la inversión de capitales naciona- les y extranjeros. Esta medida generó la invasión de mercados extranjeros con productos tradicionalmente producidos por la industria nacional; iniciándose - el cierre gradual de pequeñas industrias, que en ningún momento pudieron compe- tir en el sostenimiento de los precios de los productos en el mercado.

El Pacto de Solidaridad Económica surge como respuesta del gobierno ante el proceso inflacionario que enfrentaba el país y de los fracasos que había generado la política económica de los sexenios anteriores y reconociendo cuatro puntos claves de referencia:

- Nulo crecimiento durante todo el sexenio.
- Proceso inflacionario de un 150%.
- Pérdida total de credibilidad y legitimidad del Estado Mexicano.
- Recortes presupuestales muy severos en el gasto social.

Dichas estrategias se enfrentaron a la caída del precio mundial del petróleo, debido básicamente a la sobresaturación del mercado mundial; lo cual afectó el proyecto de gobierno en turno y que se vio reflejada en el gasto público del gobierno federal.

Durante este sexenio el sistema educativo enfrentó serios problemas por la muerte del secretario de Educación -Reyes Heróles- al quedar inconcluso el proyecto de la Revolución Educativa; sin embargo para 1986, en la Cd. de Manzanillo, Colima, la ANUIES expone ante los Rectores asistentes a su XXII Reunión Ordinaria de su Asamblea General el Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES), el cual pretendía establecer los lineamientos y bases del Sistema Integrado de Educación Superior, mismo que serviría de instrumento guía para la organización de la educación superior a través de la planeación acorde con la orientación modernizadora de la planta industrial requerida por el sector productivo.

Dicho programa no ocultó su intención de racionalización y optimización de recursos y control de la matrícula estudiantil, así como la reorientación de esta última hacia áreas tecnológicas coyunturalmente importantes.

Así, el recorte presupuestal enfrentado por las universidades generaron enfrentamientos de estudiantes y docentes con las administraciones de éstas: frente a este descontento se aludió en repetidas ocasiones al problema de la masificación y desarticulación de éstas con el proyecto económico de la administración federal, así como con el aparato productivo; tomando el puntal principal de dicha situación la UNAM mediante la aplicación del proyecto de modificaciones universitarias propuestas por el rector Jorge Carpizo, el cual propició enfrentamientos directos con la población estudiantil y docente, al grado de estallar el 29 de enero de 1987 la huelga estudiantil. Esta situación condujo al rector a retomar la propuesta estudiantil de realizar un Congreso General Universitario, el cual se realizó hasta el año de 1990 bajo el liderazgo del Dr. José Sarukhan, del cual se obtuvieron productos que transformaron parcialmente la estructura administrativa sin que ello repercutiera sustancialmente en las condiciones de mejoramiento de la vida académica.

Al igual que el sector educativo, el sector salud enfrentó la crisis -

presupuestal mediante aplicaciones de control de los recursos humanos y materiales, al grado de generarse un nuevo conflicto en el IMSS en 1987; donde el personal de enfermería a nivel nacional enfrentó medidas de presión, tales como movilizaciones masivas. Dicho movimiento ha sido calificado como controlado mediante una comisión "negociadora", dado que desconoció las decisiones de las bases; sin embargo, ello sentó las bases dentro del personal en reflexionar sobre sus condiciones laborales y profesionales.

1988 representó para México un año por demás difícil por la crisis económica y social con la que concluía el sexenio de Miguel de la Madrid, prueba de lo anterior son las partidas presupuestales destinadas al sector social.

"... sólo 0.5% del PIB se destinó a la educación superior en 1988" (10, 1).

Mientras que para el sector salud se dispuso el 1.9%, cuando la recomendación de la O.M.S. es del 5.0% del PIB; en cuanto al Sistema Alimentario Mexicano, sus objetivos quedaron frustrados al carecer de fondos crediticios y de apoyo al campo, situación que más tarde -1992- serviría de fundamento político para la privatización del ejido y la modificación del artículo 27 Constitucional, bajo la argumentación central del déficit tecnológico con que se trabaja en el campo.

"El atraso en el terreno tecnológico no se elimina simplemente - por medio de la transferencia tecnológica..." (10, 18).

El 10. de diciembre de 1988, el Lic. Carlos Salinas de Gortari asume el poder presidencial del país, señalando cuatro puntos centrales a desarrollar por su administración para la modernización del país:

"... erradicación de la pobreza extrema, la garantía de seguridad pública, la dotación suficiente de servicios básicos en los Estados de la República y el restablecimiento de la calidad de vida". (6, II)

Es importante considerar que tanto la educación como la salud son postulados como elementos centrales -discursos y programas gubernamentales para acceder a la modernización económica y social del país.

"... cinco puntos básicos de las instituciones de educación e investigación superior: su calidad académica, su vinculación al aparato productivo, el mejoramiento significativo de las condiciones de su personal, la racionalización de sus recursos y el reavivamiento del prestigio de su cuerpo docente" (31, 1).

Sin embargo, pese al compromiso gubernamental de brindar apoyo al sector educativo para mejorar la calidad educativa, se enfrentaron serias contradicciones por la carencia de estrategias planificadas para la formación de los cuadros profesionales que requiere el país.

"El mejoramiento de la todavía indefinible calidad académica que contribuya a incorporar al país a los procesos de competencia internacional, solamente ocurrirá si las propuestas de cambio, además de resultar realmente innovadoras pueden ser introducidas al aula" (11, 11).

Al dar a conocer el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se ratifica - el modelo biomédico institucional, asentado en la definición de salud, que es casi textual de la establecida por la Organización Mundial de la Salud.

"La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales... Sin embargo,... refuerza el modelo biologista que induce a una práctica médica individualista y hospitalaria" (27, 87).

Ello ha sido objeto de numerosas críticas, principalmente por el gremio médico, donde se señala:

"La medicina que hoy practicamos los médicos solamente toma en cuenta los sistemas célula, órganos y sistemas... pero no como totalidades interconectadas entre sí, sino más bien como piezas aisladas de una maquinaria..." (20, 18).

Aún más, en materia de seguridad social se ha demandado el respeto a los principios doctrinarios que le dieron origen.

"... la seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros; y garantiza la protección en caso de accidentes, jubilación, cesantía y muerte" (25, XXV-XXVI).

Con relación al personal de enfermería, su situación laboral es similar al del gremio médico, dado que las políticas de masificación han colocado al personal en servicio en situaciones por demás de sobrecargas de trabajo y disminución de la calidad de éstos.

"Una enfermera del servicio de curaciones de urgencias -en el ISSSTE- tiene que ver 80 pacientes durante su jornada en espacios físicos pequeños, en donde se carece de material básico para realizar la tarea, no hay medicamentos en la institución a la mano.." (9, 2).

Entre 1989-1990 se presentó un conflicto laboral en el IMSS, con magnitudes insospechadas por sus repercusiones políticas similares a otras organizaciones sindicales y resultado de la reestructuración del modelo corporativista del sistema político mexicano y la consecuente liquidación de los Contratos Colectivos de Trabajo; siendo relevante la instalación de una Huelga de Hambre, donde participó el personal de enfermería; lo que propició por parte de las autoridades la aplicación de numerosas represiones, tales como: desalojos, agresiones físicas por el cuerpo de granaderos y grupos de choque, además de las administrativas -retención ilegal de salarios, rescisiones políticas-; y la renuncia e imposición del secretario general del S.N.T.S.S. Dr. Antonio Puzo Gaona sustituido por el Dr. Miguel Angel Sáenz Garza.

"Huelga de hambre de empleados del IMSS... retiran tres trabajadores del movimiento por represión que se ha desatado en su contra, ya que han sido desalojados violentamente en cinco ocasiones". (1, 12).

Huelga de hambre que tuvo una duración de 72 días y que estuvo manejada directamente por los propios trabajadores manifestantes, pero que no dejó de causar lesiones físicas y emocionales a varios de los huelguistas.

"Huelga de hambre de empleados del IMSS... retiran a tres trabajadores del IMSS en huelga de hambre" (16, 27).

Por otra parte, con el establecimiento del Programa Nacional de solidaridad la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, la enfermería asume uno de sus principales retos de la actualidad: la ejecución de tareas y acciones directas con la comunidad; sin embargo, habrá de reconocer que los re

cursos humanos dispuestos para dicha tarea no son necesariamente los más preparados y mejor remunerados.

"La ampliación de la cobertura de servicios en estas áreas -marginadas- se hará fundamentalmente mediante personal técnico o auxiliar, capacitado para este propósito" (25, XXIV).

Dichos programas se han financiado a partir de la estrategia económica de la venta de paraestatales y reprivatización de otras, situación que asegura la participación presupuestaria de porcentajes extras a los programados por la Secretaría de Programación y Presupuesto.

"Privatizar paraestatales... los recursos permiten atender con rapidez los reclamos sociales..." (12, 1).

Aunado a lo anterior, la creciente industrialización en los procesos de producción ha generado la transferencia de tecnología y producción de productos que en países altamente industrializados han sido objeto de prohibiciones legales, al extremo de desaparecer empresas y productos del mercado nacional, y la utilización de sustancias altamente peligrosas.

"Emplea la industria 100 mil sustancias prohibidas: CTM" (2, 1).

En 1990, la administración de la seguridad social refrenda el compromiso de ampliación de su cobertura asistencial al incorporar a 37 millones de de rechohabientes y 11 millones de solidariorohabientes de zonas marginadas, se suman los trabajadores migratorios y seguros facultativos individuales.

Lo anterior ha dado origen a numerosos hechos sociales, con demandas concretas como fueron las señaladas en el:

"Primer Foro Nacional: la salud del pueblo trabajador... piden redistribución planificada de los recursos para mejorar los sistemas de salud en nuestro país" (32, 25).

Ya que se considera que, pese a la utilización de la medicina tradicional y de los líderes sanitarios étnicos -parteras, chamanes y herbolarios- éstos no son responsables directos de la atención de la salud que el Estado debe

disponer a todos los mexicanos de zonas marginadas y/o étnicas.

De ahí que, producto de las políticas gubernamentales en la redistribución y reestructuración del conjunto de instituciones del Estado y paraestatales; el IMSS dio inicio a los trabajos aplicándolos a todas las categorías existentes dentro de sus plantillas; y donde la enfermería enfrentó un duro golpe al aplicársele disposiciones laborales que repercuten en las ya de por sí mermadas condiciones en las que desempeña sus actividades.

Pese a las disposiciones técnico-administrativas de la seguridad social en apego a lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y la modernización del sector, esta misma ha sido calificada por investigadores como mecanismos privatizadores:

"... La modernización es una especie de reprivatización del sector salud, al grado de que hay varios grupos empresariales que plantean la utilidad de manejar ellos el Seguro Social..." (18, 2)

Prueba de lo anterior lo constituyen las siguientes acciones:

- Estancamiento del crecimiento de los recursos materiales y humanos.
- Reorganización eficientista y masificante de los servicios.
- Descalificación creciente de la calidad de los servicios por sobrecarga de los mismos.
- Reestructuración y/o compactación de plantillas de los recursos humanos.
- Establecimiento del Programa de Autocuidado de la Salud como responsabilidad de los individuos.

Por otra parte, a partir de la Declaración de los Derechos Humanos y el compromiso asumido por el gobierno de México con la O.M.S. de lograr "Salud para todos en el año 2000", el Programa de Solidaridad se presenta como estrategia social para desterrar la pobreza extrema del país; sin embargo, la realidad es que hasta el momento dicho programa ha resultado insuficiente pese a los grandes presupuestos destinados para éste.

"Presupuesto de Solidaridad, 51 billones, insuficiente... 41.3 mi

llones de mexicanos pobres... y 17 millones de ellos en condiciones de pobreza extrema..." (21, 1).

Dicho presupuesto es el resultado de la venta de 266 empresas públicas, de las cuales el gobierno recibió cerca de 40 billones de pesos; incluso, se ha señalado que la apertura comercial atraerá capitales al país, tecnología y la posibilidad de competencia comercial y de exportación, lo que supone la creación sostenida de fuentes de empleo, como fue citado en el 3er. Informe de Gobierno 1991:

"... incorporamos a más de 6 millones de mexicanos a los servicios de salud, y la infraestructura se incrementó 40% respecto a 1988" (28, XI).

Por lo tanto, queda mucho por hacer en materia de atención real total de servicios asistenciales a la salud, principalmente a la población en condiciones de extrema pobreza; más aún, de dar cabal cumplimiento a la Carta de Derechos Humanos, al Artículo 4o. Constitucional que en lo particular, ambos, establecer el derecho a los servicios de atención a la salud.

"Artículo 22: Declaración Universal de los Derechos Humanos... - Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad" (29, 16).

(Véanse Anexos III-24 al III-45).

Fecha	Hechos Políticos y socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1812	Promulgación de la - Constitución. Promulgación de la - Constitución de Cádiz.	Las enfermeras y su - participación con el generalísimo durante el sitio de Cuautla.				Llegada de grupos - de religiosas para dedicarse a la beneficencia pública.
1814	Promulgación de la - Constitución de Apatzingán.					
1821	Fin de la Nueva España. Reestructuración de la vida económica, política y social.					
1822	Primera Constitución Mexicana bajo el Imperio de Agustín I. Chile, Colombia y Perú luchan por su independencia y reconocen la de México.					Propagación del - sistema de las escuelas lancasterianas.
1824	La Constitución del 24 promueve la ilustración, educación militar, científica, política y artística. Fuerte influencia de las logias masónicas en la integración del Partido Liberal. Guadalupe Victoria: - primer presidente de la República Mexicana (1824-29). República	Fundación de la Academia de Medicina.				

Fecha	Hechos Políticos y socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1824	Federal. Fusilamiento de Iturbide.					
1826						Fundación del Instituto de Ciencias y Artes de Oaxaca.
1827	Pugna entre las logias escocesa y yorkina.					
1828	Destrucción de la logia escocesa.					
1830	Organización del Partido Liberal.					Se reúne todo el material arqueológico, histórico y de historia natural, en un solo edificio.
1831		El Estado legisla la creación de la Facultad Médica del D.F. Promulgación de Leyes de Prevención relativas al ejercicio profesional de Médicos y Cirujanos.				

Fecha	Hechos Políticos y socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1833	Valentín Gómez, vicepresidente, proclama reformas eclesíásticas, militares y educativas.					Valentín Gómez Farfías crea la Dirección General de Instrucción Pública, suprime la Real y Pontificia Universidad de México: - fin del sistema educativo nacional. Funda las Escuelas Normales, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Escuelas nocturnas para adultos. Biblioteca Nacional.
1834	Población mexicana: - 7,734,292. Las Reformas Educativas de Gómez Farfías se sustituyen por normas conservadoras. Santa Anna, presidente de la República Federal.					
1836	Declaración unilateral de la Independencia de Texas. México, República central.	Surge en México la Política Sanitaria.				Colegio Militar, organizado por particulares. Educación pasa de Relaciones al Interior.

Fecha	Hechos Políticos y socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1837	Concesión ferroviaria a inversionistas extranjeros, rescindida en 1840 por no haberse iniciado aún la construcción de vías férreas. 1837-41 más de 30 revoluciones dificultan el gobierno.	Brotos epidémicos de tifo, fiebre amarilla, cólera, paludismo y viruela.				
1841	Santa Anna dictador. Grandes desequilibrios políticos.	Se crea el Consejo Superior de Salubridad del Depto. de México.				Instrucción e Industrias se encargan de la educación.
1843	Los servicios educativos se incrementan considerablemente durante la República: 1 310 escuelas primarias.					La educación pasa a Instrucción Pública. Negocios Eclesiásticos y Justicia, hasta 1847.
1844		Llegada de las Hermanas de la Caridad a Veracruz (Sor Micsela Ayanz)				
1845	Anexión de Texas a Estados Unidos.					
1846	Guerra contra Estados Unidos. Población: 7 millones de habitantes.					
1847		Sor Micsela Ayanz dirige el Hospital Municipal (hoy Juárez).				Educación pasa a Relaciones.

Fecha	Hechos Políticos y socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1848	Tratados de Guadalupe Hidalgo. La guerra de conquista norteamericana arrebató a México más de la mitad de su territorio.					
1849	Partido Conservador.					
1853	Plan de Ayutla. Guerra civil; liberales destruidos en Nueva Orleans					1853-60: Planteles de educación superior abiertos y clausurados durante la guerra civil.
1854		Carrera universitaria para parteras, afilida al protomedicato.				
1855	Victoria Liberal.					
1856	Gobierno provisional: Alvarez y Comonfort. Convocatoria del Congreso Constituyente.					
1857	Se promulga la Constitución a pesar de los levantamientos armados de los reaccionarios.					Supresión de las universidades por decreto de Comonfort.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1858	Plan de Tacubaya. Se inicia la guerra de Reformas. Juárez, presidente de México. Organización del ejército republicano.					Particulares en Monterrey, Guadalajara y México, fundan establecimientos educativos.
1859	Manifiesto de Juárez - en Veracruz. Leyes de Reforma.					
1860	Victoria del gobierno constitucional.					
1861	Leyes de Reforma. Nueva Santa Alianza de Inglaterra, Francia y España contra México. Población: 8 743 000 habitantes.	Extinguen las corporaciones religiosas, excluyendo a las Hermanas de la Caridad.				
1862	Se retiran España e Inglaterra. Francia inicia la intervención. Victoria republicana - en Puebla.					Movilización en pueblos y ciudades.
1863	Sitio y toma de Puebla. Los franceses se desbordan por el país.					

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1867			Anatomía y fisiología del aparato sexual femenino. Nociones de anatomía y embriología fetal. Embarazo, parto y puerperio fisiológico y patológico. Cuidados de las madres y los recién nacidos. Higiene obstétrica. Operaciones obstétricas elementales. Antisepsia y terapéutica obstétrica.	Persona del sexo femenino, de preferencia viudas. Enseñanza primaria (4 años).	Capacitación para parteras. Duración de un año. Cédula Real de 1750.	Fundación oficial de la Escuela de Medicina.
1864-1867	Las guerrillas mexicanas forman las divisiones victoriosas en Morelia, San Luis, Puebla y Querétaro. La Reforma y el liberalismo consolidan la República.					Ley de Instrucción Pública (2-XII-67) Escuela Nacional - Preparatoria, fundada por Gabino Barreda.
1868	Victoria de la República.					Secretaría de Instrucción Pública.
1871	Consolidación de las instituciones republicanas.					
1874		Expulsión de las Hermanas de la Caridad, dirigidas por Sor Micaela Ayanz.				

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1875	Bajo la presidencia de Lerdo de Tejada, la primera huelga estudiantil.					
1876	Golpe de Estado de Porfirio Díaz. Plan de Tuxtepec. No Reelección. Porfirio Díaz, Presidente Interino.	(1876-1917) Cambio de nombre del Consejo Superior de <u>Sa</u> lubridad al de <u>Conse</u> jo Superior de <u>Salud</u> del Distrito y Territorios Federales, dependiente de la <u>Secre</u> taría de Gobernación.				
1877	Porfirio Díaz llega a la presidencia.					
1879-1883	Rebelión campesina en la Huasteca Potosina.					
1880	Incomunicación de vastas regiones. Sólo - 1 100 km. de vías férreas. Población: 9 millones.					
1881	Presidente: Manuel González.	Establecimiento del Reglamento de Beneficencia Pública.				
1883		Consejo Nacional de <u>Sa</u> lubridad Pública. Reforma arts. 6o. y 7o. <u>Control</u> <u>Brecha</u> .				

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1884	La inversión de capital extranjero es de \$ 100 millones. Retorna Díaz a la presidencia.					
1886	El clero, reforzado, - responde a las demandas educativas de clases altas.					Clausura de la Escuela de Artes y Oficios del Taller de Imprenta y fotografía.
1888		Inauguración del Ferrocarril Laredo-Cd. de México.				
1890	Díaz controla la información periodística.					Existían 90 bibliotecas, 26 museos y 40 instituciones científicas. Surgimiento de la burguesía industrial mexicana.
1892	Creación del Partido Científico.					Protesta estudiantil en la Cd. de México. Participan los Hermanos Flores Magón.
1893	Levantamiento de Tomochiz en la Sierra de Chihuahua.					Luchas estudiantiles contra la reelección de Porfirio Díaz.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1894	Población: 12 698 330 habitantes. Clase alta: 1.44%. Clase media: 7.78%. Clase baja: 90.78%					
1896	Levantamiento en Sotepan y Papantla.					
1898	Protesta anticlerical de Camilo Arriaga.					
1900	La tasa de crecimiento de la fuerza de trabajo durante el último lustro fue de 1.6%. Población: 13.7 millones. Fundación Partido Liberal. Levantamiento campesino en Acajoneta y Compostela (Nayarit).	Solicitud del Dr. Liceaga al presidente - Don Porfirio Díaz para el establecimiento de la Escuela de Enfermería en el Hospital General.				Predominio del positivismo durante la última década. Los científicos encabezan la educación.
1901	Justo Sierra es nombrado subsecretario de la Secretaría de Justicia e Instrucción Pública. Explotación popular y tiendas de raya. Sistema hacendario. Actividad política subversiva.					Academia de Bellas Artes, Conservatorio Nacional de Música y Biblioteca - del Museo Nacional. El Consejo Nacional de Educación Superior sustituye a la Junta Directiva de Instrucción Superior.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1902	Flores Magón edita El Hijo del Ahuizote. Represión a los Flores Magón.				Dr. Liceaga promueve el curso preparatorio para adiestramiento de enfermeras de dos años de duración, egresando 30 alumnas: Primeras - Enfermeras.	
1904	Díaz se reelige por sexta vez.				Ingresan alumnas del curso preparatorio para adiestramiento de enfermeras al Hospital de San Andrés.	
1905	Justo Sierra, secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes. Reforma integral de la educación mexicana. Levantamiento en San Luis Potosí.					
1906-1907	Huelgas sangrientas de Orizaba, Tlaxcala, Río Blanco y Cananea (Sonora). Manifiesto y Programa del Partido Liberal.					Formulación de Plan y Programas de Estudios de la carrera de Enfermería, Hosp. General con orientación científica (Alemania).

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1907	Los ferrocarrileros - fundan la Gran Liga de Empleados del Ferrocarril. Crisis económica nacional.		Primer año: Anatomía, Fisiología, Curaciones. Segundo año: Higiene, Curaciones en General. Tercer año: Pequeña - Farmacia, Curaciones, Cuidado de los niños, Parturientas, Emergencias.	Carrera: Enfermera. Requisitos: - Primaria - Buena Salud - Buena Moralidad - 30 años de edad o menos. Expedición: - Diploma expedido por la Dir. Gral. de la Beneficencia Pública.	Inauguración de la Escuela de Enfermería, - siendo director del - Hospital General el Dr. Fernando López. Apertura Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana.	
1908	Levantamiento armado - organizado por el Partido Liberal Mexicano. Conflictos ferrocarrileros.					
1909	Madero publica La Sucesión Presidencial. Es nombrado presidente del Consejo de Anenquillo Emiliano Zapata.					Sociedad de Conferencias organizadas por el Ateneo de la Juventud.
1910	Festejos por el Centenario de la Independencia. Plan de San Luis. 19 000 km. de vías ferroviarias. Madero: Sufragio efectivo No Reelección. La inversión de capital extranjero asciende a: \$ 3 400 millones.			La educación de la enfermera exige como requisito el sexto año - de primaria.	Surge la Enfermería - Sanitaria.	Establecimiento de - la Universidad Nacional. Escuela Nacional de Altos Estudios, dividida en 3 secciones: Humanidades, Ciencias Exactas y Naturales, y Ciencias Sociales, Jurídicas y Políticas.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1910	La tasa de crecimiento de la fuerza de trabajo durante la última década es de 0.9%. Población: 15.2 millones. 12 millones de ellos analfabetos. Levantamientos armados.					
1911	Porfirio Díaz renuncia a la presidencia. Es exiliado en París. Justo Sierra deja de ser Secretario de Bellas Artes e Instrucción Pública. Madero es nombrado presidente. Plan de Ayala (nacimiento del zapatismo) contra Madero. División nacional. Programa del Partido Antirreeleccionista.	Creación de la Cruz Blanca Neutral: Su objetivo fundamental: prestar auxilio a los heridos en el campo de batalla. La primer enfermera: Srta. Ma. Elena Arizmendi.			La Escuela de Enfermería que dependía de la Escuela de Medicina se incorpora a la Universidad Nacional. Se ofrecen dos carreras: Enfermera y Partera.	
1912	Democratización de la enseñanza superior. Levantamiento de Pascual Orozco. Se funda la Casa del Obrero Mundial.		Se amplían aspectos teóricos y clínicos, la puericultura, la asistencia en las operaciones obstétricas y el uso de medicamentos. Título: cumplir 40 guardias, atendido 80 partos y asistencia a con ferencias: deontología y farmacéutica.		Estudios de partera se amplían a dos años.	Curso libre de Instrucción a los Estudios Filosóficos. Reinstalación de la Escuela Práctica de Minas. Universidad Popular Mexicana.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1913	La Decena Trágica culmina en el Pacto de la Ciudadela que logra la destitución y fusilamiento de Madero y Pino Suárez. Plan de Guadalupe. Villa toma Cd. Juárez.					Facultad de Humanidades. Extraordinario incremento del presupuesto para la instrucción militar.
1914	Renuncia de V. Huerta a la presidencia. Francisco S. Carbajal es Presidente Interino. Renuncia antes de concluir su mandato. Carranza asume el Poder Ejecutivo. Villa desconoce a Carranza. Eulalio Gutiérrez es Presidente Convencionalista. Intervenciones yanquis en Tampico y Veracruz. Inestabilidad económica, social y política. Entrada de Villa y Zapata a la Cd. de México.					
1915	Obregón bate a Villa en Celaya. Ley del 6 de enero de V. Carranza. Batallas de Celaya. Carranza es reconocido por EE.UU. y otros países como presidente.	Motivado por la revuelta revolucionaria se atribuye a la Srta. de Gobernación la Salubridad Pública del país.			Surgimiento de la Enfermería Militar, sobresaliendo la Srta. Refugio Estévez Reyes llamada la Madre Cuca.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1916	Villa entra en Columbus. Organizaciones magisteriales contribuyen a la redacción de la Constitución.					

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1917	<p>El art. 3o. legalizó la libre enseñanza y responsabilizó al Estado de la Instrucción Pública.</p> <p>La Escuela Nacional se dedica a la formación de maestros de secundaria, preparatoria y profesional.</p> <p>La Secretaría de Instrucción Pública y de Bellas Artes se transforma en departamentos. Primer intento para obtener la autonomía de la Universidad.</p> <p>El Colegio del Estado se transforma en la Universidad de Puebla, Universidad Autónoma del Estado de Michoacán.</p>	<p>El Art. 73 fracc. XVI dio origen al Depto. de Salubridad Pública como organismo autónomo.</p> <p>Se integra al personal de Enfermería dentro de la Sección de Higiene Infantil y Maternidades.</p>				<p>Promulgación de la actual Constitución. Venustiano Carranza intenta gobernar bajo los principios constitucionales.</p>
1918	<p>Se funda la CROM.</p>					
1919	<p>Asesinato de Zapata. Alvaro Obregón acepta su candidatura a la presidencia.</p> <p>Fundación del Partido Comunista Mexicano (PCM)</p>					

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1920-1930		Participación de la - Enfermería Sanitaria en: Campaña contra la fiebre amarilla, uncinariosis, viruela, enfermedades venéreas, paludismo, oncocercosis y tuberculosis.				De la Huerta refuerza la instrucción militar. Extensión Universitaria impregnada del espíritu crítico y social del Ateneo de la Juventud.
1920	Adolfo de la Huerta es Presidente Interino durante seis meses. Obregón ocupa la presidencia. Ingreso per cápita análogo al de 1910. Población: 14.3 millones; 68.8% población rural. Aproximadamente 500 000 campesinos habían emigrado a los Estados Unidos. Plan de Agua Prieta contra Carranza, promovido por Obregón y Pablo González. Carranza es asesinado.	Se erradica la peste bubónica. Mejoras en las condiciones sanitarias, por la participación de enfermeras visitadoras.				
1921	Obregón lleva a cabo un programa de gobierno revolucionario. Llama a intelectuales a colaborar como funcionarios públicos.	10 enfermeras visitadoras para el servicio de enfermedades transmisibles, 8 para servicio de vacunación anti variolosa y 1 para el servicio antirrábico.				Educación popular y humanista. J. Vasconcelos es el primer Secretario de la S.E.P. Antonio Caso es nombrado rector de la Universidad.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1922	Revolución cultural. Aplicación del programa educativo de Vasconcelos. Auge de las misiones culturales. 20 065 maestros instrufan a 1 044 539 - alumnos en 13 487 escuelas.				Se crea la Escuela de Enfermería en la Universidad de Hidalgo.	Desaparece la Universidad Popular Mexicana. Multiplicación de instituciones educativas. Ezequiel A. Chávez sustituye a Antonio Caso en la rectoría.
1923						El Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí obtuvo la categoría de universidad.
1924	Se reduce el presupuesto de la SEP en un 50%. Tratados de Bucareli. Termina la presidencia de Obregón; Plutarco Elías Calles le sucede. Problemas electorales.		Formación de parteras y enfermeras homeopáticas en la Escuela de Medicina Homeopática, dependiente de la UNAM.			Renuncia Vasconcelos a la SEP.
1925	Calles presidente. Organización del Banco de México, banco central del país. Gómez Morán, importante colaborador. Apoya la Reforma Agraria Integral. Crea la Comisión Nacional de Irrigación y la de Caminos.	Se crea la escuela de Salubridad, llamada posteriormente Escuela de Salud Pública.	Cursos para enfermeras en salud pública. Duración: 1 año. Contenidos: - Enfermedades Transmisibles.	Requisitos: - Título de Enfermera General.	Capacitación a enfermeras sobre actividades de enfermedades transmisibles, asistencia familiar y comunitaria. Parteras con título entre 1925-26: 18 mujeres.	Resurge el positivismo en el pragmatismo. La educación cobra un sentido técnico para ajustarla a las demandas del desarrollo nacional. Se establece el Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la SEP.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1925						Manuel Puig Cassauranc, secretario de Educación Pública.
1926	Se inicia el levantamiento cristero. El sindicalismo se fortalece con Luis N. Morones y Vicente Lombardo Toledano.	Programas de las Misiones Culturales de la SEP para apoyar las acciones de las parteras empíricas. Campaña de Vacunación Nacional Antivaricelosa desarrollada por enfermeras.				Vicente Lombardo Toledano, secretario de Acción Educativa de la CROM, proyecta la creación del Colegio Obrero.
1927	El embajador de E.U. - Dwight Morrow, discutió con Calles el programa social mexicano completo: industrialización y garantías al capital extranjero.		Curso preparatorio: - Biología, matemáticas, química y física. Elevación a: Carrera universitaria de enfermería, afiliada a la Facultad de Medicina. Duración: 3 años. Primero: Anatomía, Fisiología y Curaciones. Segundo: Higiene y Curaciones en General. Tercero: Pequeña farmacia, Curaciones y Cuidado de los Niños.	Se exigió un curso preparatorio. Primaria y curso preparatorio.	Acciones para la elevación de la calidad de los estudios. Promovido por las autoridades universitarias. Se funda la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, dependiente de la Facultad de Medicina de la UNAM.	
1928	Vasconcelos y Obregón, candidatos presidenciales. Tras un fraude electoral Vasconcelos se exilia.		Las carreras de enfermera y partera homeopática pasan a depender de la SEP.			Se cuenta con 5 universidades: México, Puebla, Guadalajara, Michoacán y San Luis Potosí.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1928	Obregón es asesinado. Portes Gil, presidente provisional. Inestabilidad social y política. El sindicalismo cobra fuerza. Declara la rebelión - cristera y la distribución de tierras.					Comités de educación campesina.
1929	Calles, jefe máximo, funda el Partido Nacional Revolucionario. Se institucionaliza el poderío militar. Centralización política mediante modelos de control regional. Política corporativa : C.T.M., C.N.C., - C.N.O.P.	Creación de la Unidad Sanitaria Cooperativa del Puerto de Veracruz. Servicio de Higiene - Industrial y Prevención Social con fines de protección al obrero. Maternidad de las Lomas.			1929-35, en Monterrey la partera Josefina - Luna de Elizondo, a través del Depto. de Salubridad realizó - adiestramiento para - disminuir la mortalidad infantil, obteniendo resultados satisfactorios.	Influencia norteamericana, especialmente en educación. La Universidad de México obtiene su autonomía, posterior a un crítico levantamiento estudiantil. López Lira, primer rector de la UNAM, es sustituido a los dos meses por García Téllez.
1930	Pascual Ortiz Rubio, - presidente. Población: 16 533 000 habitantes; 66.5% sector rural. Levantamientos estudiantiles en la República.	Oficina de Inspección de Enfermería en el - D.F. 1930-39, el Departamento de Salubridad - utiliza a la enfermera como parte del - equipo de salud, orientando sus actividades hacia la investigación y serv. soc. a la pob.				Vuelve M. Puig Casauranc como secretario de la SEP.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1930		Programas sanitarios gubernamentales auspiciados por la Fundación Rockefeller, así como de formación de recursos humanos.				
1932	Vicente Lombardo Toledano rompe con la CROM. Efervescencia política y descontento popular.		Curso: - Supervisión y Administración. Duración: 1 año. Curso: Enfermeras - Enfermeras Sanitarias Polivalentes. Duración: 3 meses.	Requisitos: - Título Enfermera General.	Escuela de Salubridad.	Dr. Ignacio García Téllez, rector de la UNAM (1929-1932)
1933	Vicente Lombardo Toledano funda la CGOEM: - tendencia socialista - del proletariado. En septiembre Ortiz Rubio es obligado a renunciar a la presidencia. Provisionalmente lo - sustituye el Gral. Abg lardo Rodríguez. Disminuye considerablemente la crisis económica nacional. Industrialización: objetivo del desarrollo. Continismo político. Política Caso-Lombardo. Se exige a la educación incorporarse a las necesidades del desarrollo nacional.	I Congreso de Enfermería y Obstetricia en México, centrado en la problemática laboral y salarial y su reconocimiento social. Política sanitaria en apoyo al campesinado y proletariado.	Se suprimen los internados académicos del personal de enfermería en el Hospital General. Reducción de jornada - laboral a 12 horas diarias.			Primer Congreso - Universitario: el materialismo histórico. Se promulga la pedagogía socialista. Gómez Morán, rector, defiende la autonomía de la - UNAM.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1934	Lázaro Cárdenas presidente, Plan Sexenal de acción política y administrativa. Reforma del art. 30. - de la Constitución en favor del socialismo - científico, contra la instrucción religiosa. Consolidación del Estado	Campaña permanente de vacunación contra la tuberculosis desarrollada por enfermeras visitadoras.				Difusión de escuelas politécnicas (1933-1934).
1935	Programa Agrario, reparto de tierras. Parcelación de latifundios. Aumento del gasto público para bienestar social.	Campaña de vacunación antivariolosa en Oaxaca por enfermeras.	Curso de Visitadoras - Rurales. Revisión y cambios en programas de estudios. Curso de enfermería - sanitaria. Duración: 1 año.	Solicitud de un grupo de enfermeras ante las autoridades: revisión y cambios en los programas de estudios. Secundaria como requisito. Enfermería y educación primaria. Para cursar Obstetricia es requisito haber cursado la carrera de Enfermería. Curso: Salud Pública. Duración: 3 meses.	La Escuela de Enfermería de la Cruz Roja - se incorpora a la UNAM. Se instituye la Escuela de Adiestramiento para médicos y enfermeras en la Unidad Sanitaria de Xochimilco, D.F.	
1936	Vicente Lombardo Toledano funda la CTM, gran central de organizaciones gremiales para apoyar las transformaciones del medio gubernamental.	Política educativa que definía la orientación socialista de la carrera de enfermería, en apoyo a las necesidades de las masas proletarias del país.	Inclusión en planes de estudio de Trabajo Social.			Universidad Obrera de México.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1937	Industrialización de la nación. Huelgas de empresas petroleras. Necesidad de crear cuadros técnicos y profesionales.	Campaña de vacunación antivariolosa en el centro del país con Brigadas de Enfermeras.	Se abre la carrera de Enfermera Rural en el IPN. Se funda, por acuerdo del Presidente Lázaro Cárdenas la Escuela para Enfermeras del Ejército.	Primaria y secundaria. Plan de estudios de 4 años: 2 de enfermería y 2 de obstetricia. Título: examen profesional, 6 meses servicio social y tesis (informe de actividades).	Se integraron al IPN las carreras de Médico Homeópata Cirujano y Enfermería Homeópata y Partera.	El IPN queda establecido oficialmente bajo el control de la SEP.
1938	Primer Congreso de Trabajadores de México. 18 de marzo: Expropiación Petrolera. Las ligas campesinas se integran en la CNC. El PNR se transforma en el Partido de la Revolución Mexicana, integrado en 4 sectores: obrero, campesino, popular y militar.	Convención de Enfermeras del Hospital Juárez. Creación de la Secretaría de Asistencia Pública fusionando Beneficencia Pública y el Departamento de Salud Pública.	Propuesta de ampliar los estudios con aspectos de trabajo social para formar personal polivalente.			UNAM, IPN y establecimientos de educación superior diversifican sus actividades docentes y de investigación.
1939	Manuel Gómez Morín, responsable de la fundación del Partido de Acción Nacional.	El Departamento de Salud cuenta con 658 enfermeras en el país, con actividades: saneamiento ambiental, epidemiología y profilaxis infectocontagiosa, higiene infantil, materna y escolar. Jornada laboral de enfermería de 8 hrs. Casa de la Enfermera. Biblioteca de Enfermería Sanitaria.	Cursos de Enfermería Sanitaria para enfermeras tituladas, orientadas a: Atención materno-infantil, higiene rural, alimentación, vivienda y control de enfermedades infectocontagiosas.	Título de Enfermera.	Escuelas de Enfermería de Tepic. (Plan de estudios similar al del resto de escuelas).	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias.	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1940	Manuel Avila Camacho, Presidente de la República. Población: 19 653 000 habitantes; 64.9% sector rural, 33.1% urbano.	La escuela de la Unión des Femmes de France influyó la orientación de los modelos implantados en Francia a los establecimientos en México, además de formar enfermeras.				Instituto Indígena Norteamericano. El Colegio de México.
1941	La oligarquía se fortalece. Aumentan inversiones extranjeras. Se consolida la iniciativa privada.	Avances técnico-científicos en Enfermería Sanitaria. Nacimiento del modelo sanitario clínico, individualista y eminentemente biológico.	Curso Postbásico Enfermería Pediátrica. Responsable: Hospital Infantil. Se envió a un grupo de enfermeras a los E.U. a especializarse.		Se crean las Escuelas de Enfermería en los Estados de: Morelos, Oaxaca, Michoacán, San Luis Potosí y Chiapas.	Estudio para la creación del IMSS.
1942	Decrece el presupuesto educativo.	Ley del Seguro Social. Se crea la SSA y los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados.				Plan de estudios de 6 años.
1943	Política Educativa Sanitaria.	I Congreso Nacional de Asistencia impulsa el adiestramiento de empíricas.	Desaparece la Oficina Central de Enfermería.		Es suprimido el Departamento General de Enfermería y cursos que impartía.	Fundación del Fondo de Cultura Económica. Instituto Nacional de Cardiología.
1944	Se reforma el Art. 3o. Influencia del Neopositivismo.	1944-1948 Reformas en la ENEO: Higiene y Medicina Preventiva, Ética, Dietética y Preparación de Alimentos.	Curso de Enfermería - Pediátrica. Duración: 1 año.	Secundaria, carrera de Enfermería.	Hospital Infantil de la Cd. de México. Cursos en la UNAM para enfermeras pediatras, jefes y supervisores.	Fundación del IMSS.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1944		Incorporación de prácticas y supresión de inglés y coros. Los contenidos incluidos por el gremio médico.				
1945	Se crea la Dirección General de Profesiones. Impulso a los procesos de industrialización y vigilancia sanitaria de la fuerza productiva. 602 Pacto obrero-patronal.	Por Decreto presidencial dictado por Don Manuel Avila Camacho la inclusión de la Enfermería y Obstetricia en la Ley de Profesiones.	Revisión y ampliación en los planes y programas de estudios de la ENEO. Curso Postbásico en Anestesia.	Idem. Secundaria	Reglamentación de la práctica de la Enfermería y registro de Títulos los Profesionales. Se crea la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia dependiente de la Facultad de Medicina de la UNAM. Posteriormente obtiene su autonomía.	
1946-1952		Campaña contra la poliomeilitis, mal del pinto, bocio, parasitosis intestinal, lepra, tifo y malaria.				
1946	Miguel Alemán Valdés, presidente de la República. Apoyo a las demandas educativas del sector urbano. Crisis académica en las universidades.	V Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez.			Avila Camacho modifica el nombre de la Escuela para Enfermeras del Ejército a Escuela Militar de Enfermeras.	El Dr. Salvador Zubirán, rector de la UNAM, obtiene el más alto financiamiento universitario y se suceden cambios organizacionales de la administración de la universidad.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1947	El gobierno mexicano - acepta la intervención de la UNESCO (fundada en 1945) en asuntos educativos. Influencias funcionaristas. En Humanidades se introduce el existencialismo. Alemán destina 250 millones para la construcción de la Ciudad Universitaria. Reforma de los Arts. - 3o. y 27.		Curso: - Administración de Servicios de Enfermería. Duración: 10 meses.	Requisitos: - Título de Enfermera General. - Secundaria.	Registro de la Asociación Mexicana de Enfermeras. Se crea la Escuela de Enfermería del IMSS. Hospital Infantil de la Cd. de México y la E.N.E.O.-U.N.A.M.	Asamblea Nacional de Rectores. Reforma del Art. 3o.
1948	Vicente Lombardo Toledano funda el Partido Popular. Anticomunismo y Guerra Fría. Se funda el Banco de Comercio.	Instituto Nacional Indigenista. VI Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez.			Se crea la Agrupación de Enfermeras Católicas Unidas por iniciativa de la Srta. Isabel González Arellano.	Escuela Nacional para Maestros de Jardines de Niños.
1949	Devaluación del peso: Se fija en \$ 8.65 por dólar.	La Oficina de Servicios Médico-Ejidales se convierte en Dirección. La Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos en apoyo de la Comarca Lagunera, por personal de enfermería.	La Escuela de Salubridad e Higiene establece los cursos de enfermería sanitaria de 1 año de duración.	Secundaria y la carrera de enfermería.	La Dirección de la ENEO por Dra. Lejía Paz (1948-1957). Se crean las plazas para instructoras de tiempo completo, para enfermeras parteras calificadas.	Instituto Nacional Indigenista.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1950	Población: 25 791 000 habitantes, 57.5% rural. Económicamente activa: 32.33%, o sea 8.3 millones.	1950-1960 La enfermería sanitaria cubre espacios administrativos a nivel nacional. VII Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez.	La ENEO: Integración de salud pública y enfermería sanitaria en el plan de estudios de enfermería básica; posteriormente el resto de escuelas de los Estados lo realizan.		La Agrupación de Enfermeras Católicas Unidas obtiene su reconocimiento del Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médico Sociales.	Fundación de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior : (ANUIES).
1952-1958	Devaluación del peso. Ruiz Cortines presidente. Situación crítica de la economía. Movimiento ferrocarrilero. Apoyo estudiantil. Movimiento magisterial.	Se erradica la viruela del país. Políticas de Atención Materno-Infantil. Programa Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural. 1952: Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez.	Dirección de Cooperación Interamericana - apoya en la capacitación del personal encargado de la administración y la docencia. (1912-53) El plan de estudios no sufre grandes modificaciones. Se amplían los aspectos de puericultura y se agregaron farmacología y terapéutica; y prácticas en maternidad.	Curso de Educación Básica para Instructores de Enfermería. Duración: 1 año. Responsable: ENEO. Curso Posbásico en Hematología con duración de 1 año. La AME promovió becas con los gobiernos de Francia y E.U. Publicación de la Revista Enfermeras.	38 Escuelas de Enfermería. 1952: Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua (U.A.Ch.)	Se inaugura la Ciudad Universitaria. Fundación del IICE con la UNESCO.
1953			Curso de Obstetricia. Duración: 1 año. Impartido por la SSA. Curso de Enfermería - Psiquiátrica, organizado por la SSA, UNAM, OPS.	Secundaria y título de Enfermería. Secundaria y título de enfermería.	Reorganización de la ENEO (Escuela de Enfermería de la UNAM) en convenio con la Organización Mundial de la Salud. (Primer intento para elevar la carrera a nivel de licenciatura). Para parteras instructoras. Para enfermeras del área.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1954		<p>El Programa de Bienestar Social Rural capacitó a parteras instructoras para brindar asesoría a empíricas.</p> <p>Se crea la Asociación de Enfermeras del Hospital General.</p> <p>IX Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez.</p> <p>Se crea la Dirección de Enfermería y Trabajo Social como instancia asesora en los aspectos técnicos de la enfermería; establece los requisitos de ingreso y funcionamiento de la profesión.</p> <p>Seminario de Zimapán: la Dra. Leija Paz señala la importancia de apoyo en la formación y ejercicio de la enfermería a partir de las condiciones diagnósticas del país.</p>	<p>La duración de la carrera variaba entre 2 a 6 años.</p> <p>Revisión y actualización del plan y programas de estudios de la ENEO.</p> <p>Curso de enfermería quirúrgica en el Hosp. Gral. de la SSA.</p> <p>Los planes de estudios se encuentran orientados por la ENEO, con predominio del enfoque técnico y asistencial.</p>	<p>Secundaria, carrera de enfermería.</p>	<p>60 escuelas en el país: 11 en el D.F. y 49 en provincia.</p> <p>(1949-54) ingresaron entre 76 y 87 alumnos por año, con una deserción del 27%.</p> <p>Para enfermeras instrumentistas.</p>	<p>Se inaugura Ciudad Universitaria.</p>

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1955	Voto a la mujer.	<p>El Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia, centrado en temas de educación en enfermería y obstetricia, administración de los servicios de enfermería, adiestramiento del personal auxiliar y algunos aspectos legales.</p>	<p>Curso de Administración de servicios de enfermería asistencial en el Hospital General - SSA.</p> <p>A partir de 1955 las grandes instituciones de salud, principalmente el IMSS y el ISSSTE organizan cursos post-básicos en las siguientes áreas:</p> <p>Administración de Servicios de Enfermería. Educación para Instructoras. Enfermería Materno-Infantil. Psiquiatría Pediátrica. Enfermería Médico-Quirúrgica. Rehabilitación Física. Terapia Intensiva. Cardiología. Enfermería Comunitaria. Enfermería en Salud Pública.</p>	<p>Secundaria, carrera de enfermería dirigido a enfermeras jefes y supervisoras.</p>	<p>La Dirección de Estudios Experimentales - en Salubridad Pública de la SSA realiza el estudio de las necesidades y recursos de la comunidad en lo relativo a enfermería, dirigido a:</p> <p>Equilibrio en la enseñanza asistencial y sanitaria.</p> <p>Capacitar enfermeras instructoras y de enfermeras preparadas para asumir la dirección.</p> <p>Adecuación campos científicos.</p> <p>Condiciones de experiencias de aprendizaje.</p> <p>Diagnóstico de necesidades de personal de enfermería.</p> <p>Elevación calidad académica.</p> <p>La Asociación Mexicana de Enfermeras se transforma en Colegio de Enfermeras Micaela Ayanz, basado en la Ley General de Profesiones.</p>	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1956		<p>Se funda la Fed. de - Religiosas Enf. Mex. Asociación de Enfermeras Amigas.</p> <p>IV Congreso Regional de Enfermería para - las Américas.</p> <p>Se inicia la creación de Jefaturas Estatales de Enfermería por la Dirección General de Servicios Coordinados, siendo nombradas por primera vez, una jefe la C. Enf. S. P. Velasco de Carboney y cinco supervisoras con curso posbásico - en enfermería sanitaria como responsables de sección.</p> <p>X Convención Nal. de Enfermeras del Hospital Juárez.</p>	Asociación de Enfermeras de la Cruz Roja.			
1957			<p>Reforma al Plan de Estudios de la ENEO, con énfasis a las áreas sanitarias y profilácticas.</p> <p>Curso de administración en servicios de enfermería asistencial</p> <p>Responsables: SSA, - SDN.</p>	Secundaria y carrera - de enfermería.	Para enfermeras jefes y supervisoras.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1958	Adolfo López Mateos, presidente. Jaime Torres Bodet, - secretario de Educación. Educación primaria - obligatoria y gratuita. La UNAM asediada por - la policía y el ejército. El IPN es intervenido por el ejército.	XI Convención Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez. Se erradica la fiebre amarilla selvática. La Dirección de Enfermería y Trabajo Social de la SSA se transforma en Dirección General de Enfermería, - promoviendo becas de especialización, nombrado por vez primera una enfermera como directora. El IMSS y el ISSSTE - cambian sus servicios de enfermería sanitaria a medicina preventiva.			75 escuelas de enfermería en el país; 13 en el D.F. y 62 en provincias.	
1958-1964	Inversiones extranjeras: 22.3 millones de dólares en 1958 a 74.1 millones de dólares en 1964.	Se creó el Programa - Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural con la participación de la SSA y CONASUPO.				
1959	El ejército ocupa la - FFCC. Prisión de Vallejo. Campaña Anticomunista. Libro de Texto Gratuito. Nacimiento del ISSSTE.	III Congreso Nal. de Enf. y Obstetricia. Tema: Cómo satisfacer las demandas de Enfermería en México. La Dirección de Salud en el D.F. establece la Sección de Enfermería a cargo de la C. Enf. S.P. Lucía	Curso de Educación en Enfermería. Duración: 1 año. Resp.: SSA e INN.	Secundaria, carrera de enfermería.	Se crea la Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas (FRE). III Congreso Nac. de Enfermería y Obstetricia, dirigido a Enfermeras Instructoras.	Libro de Texto Gratuito.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1959		Cuatro supervisoras - con curso postbásico - de enfermería sanitaria se hacen cargo de la Sección de Enfermería junto con la C. - Enf. S.P. Lucía Ortiz Vázquez.				
1960	Población: 35 millones de habitantes: 49.3% rurales. Económicamente activa: 32.45%: 11.3 millones de habitantes. Nacionalización de la industria eléctrica.	XII Convención Nac. - de Enf. del Hospital Juárez. Se da especial atención al campo de la - neurología, salud mental y rehabilitación de enfermos mentales. Política de control - de medicamentos disponibles en las instituciones de salud.		Todas las escuelas del país tienen como requisito la secundaria. Depto. General de Enfermería.	La Esc. de Enfermería del IPN logra su autonomía de la Esc. Sup. de Med. Rural, asumiendo la dirección la C. Enf. P. Sara Alicia - Ponce de León García.	
1961	Analfabetos: 7.46 millones en las ciudades. Reunión de ministros de Relaciones Exteriores en Costa Rica, contra Cuba. La CONCANACO condena el comunismo, a sus agentes y a sus cómplices como teoría y como práctica. Plan de once años para educación.	IV Congreso Nac. de - Enfermería y Obstetricia. Tema: Problemas de Enfermería. Fundación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia - (INPI). Asociación de Enfermeras Morelenses.	Curso de educación en enfermería. Responsable: la Escuela de Enfermería del IPN, con duración de 1 año. Curso de Admón. de servicios regionales de salud; responsable la SSA. Duración: 1 año. Curso de Admón. de - Servs. de Enf. Asistencial. Responsable: SSA e IPN. Duración: 1 año.	Secundaria y carrera - de enfermería. Secundaria y carrera - de enfermería. Secundaria y carrera - de enfermería.	Para enfermeras sanitarias, jefes y supervisoras. Desaparece - tras impartir 4 cursos. Para enfermeras jefes y supervisoras. La Asoc.Mex. de Enf. obtiene su afiliación al Consejo Internacional de Enfermeras.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1962	Declaración Mexico-norteamericana sobre el - Chamizal.	Dirección General de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad - Rural y equipo multidisciplinario con enfermeras. VIII Convención Nal. de Enfermeras. Hospital Juárez.				Centro de Investigación de Estudios - Avanzados (1958-1963).
1963	Reforma al Art. 123. Participación de los trabajadores en las - utilidades de las empresas.	V Congreso Nacional - de Enfermería y Obstetricia. Tema: Planeación de Enfermería en México en el Medio Rural y Urbano. Sociedad de Enfermeras del Estado de Durango. Asociación de Enfermeras de Tlaxcala.	(1960-1963) Cursos - de Adiestramiento para Auxiliares, con duración de 3 a 6 meses y dirigidos por la - SSA.		V Congreso Nacional - de Enfermería y Obstetricia. Conclusiones: 80 escuelas de enfermería en el país. 800 egresados anualmente. Deficiencias en planes de estudios en fundamentos teórico-prácticos. La Subdirección de la ENEO es ocupada por - vez primera por una - enfermera.	
1964		XIV Convención Nal. - de Enf. Hosp. Juárez. 1959: 274 Unidades de Servicios Sanitarios Rurales pasa en 1964 a 343.	Curso de Educ. en Enfermería ENEO. Curso para maestras - en Enf. Responsable: Esc. Salud Pública de la SSA. La SSA inicia la impartición de cursos de - Técnicos de Enfermería con duración de 1 año.	Secundaria y carrera - de enfermería. Idem.	Para instructoras en enfermería. Para enfermeras maestras. Unificación en la filosofía y currículum de 30 escuelas del país. 80 escuelas de enfermería: 13 en el D.F. y 67 en los Estados; 8 000 alumnas y 1 600 y 1 800 egresados aprox.	Creación de 9 Institutos Tecnológicos Regionales.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1965		Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, - Asistencia y Seguridad Social. Apoyo de un grupo de enfermeras al movimiento de médicos residentes; el pliego petitorio de las enfermeras se centraba en condiciones laborales y salariales (ISSSTE).	La Escuela de Salud Pública organizó cursos de Técnicos, Auxiliares y Profesoras de Enfermería. El ISSSTE imparte los cursos de Inhaloterapia, Cuidados Intensivos, Salud Pública, Enfermería Médico-Quirúrgica y Pediatría para Enfermeras.	Ser trabajador del instituto o bajo convenio con otras instituciones de salud, secundaria y carrera de enfermería.		
1966		Generado por el modelo asistencial, la enfermería sanitaria pierde espacios dentro de la comunidad e instituciones de salud, siendo ocupados por la Medicina Preventiva.	Entra en vigor en algunas escuelas el requisito de bachillerato. Curso de Educación en Enfermería. Responsable: IPN. Duración: 1 año. Curso de enfermería cardiológica. Responsable: UNAM-Inst. Nal. de Cardiología. Curso de enfermería psiquiátrica. Responsable: UNAM.	Secundaria y carrera de enfermería. Idem. Idem.	La AME se transformó en el Colegio Nacional de Enfermeras. Para enfermeras generales, jefes y supervisoras. Idem. Idem.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1966-1967	El producto nacional - bruto creció a una tasa anual de 7%. Población: 3.6% y el desarrollo 1.9%. México declara relaciones con Cuba.	1967 - VI Congreso Nacional de Enf. y Obs. Tema: Proyección de un Colegio Nac. de Enf. en los Problemas de Salud del país. I Congreso de Estudios de Enfermería, organizado por la Esc. de Enf. de León, Gto.	Renovación de los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería estableciéndose el sistema de enseñanza semestral a base de créditos (URAM y escuelas incorporadas). Curso de Admón. de Servicios de Enf. Asistencial. Responsable: IPN. Duración: 1 año.	Secundaria y carrera de enfermería.	Sistema de enseñanza - semestral a base de créditos, se inicia en la ENEO. (1945-67) Se titularon 1 587 (un promedio de 72 por año). Para jefes y supervisores.	Huelga estudiantil en la URAM. Renuncia el rector Ignacio Chávez. Consejo Estudiantil Universitario (CEU) demanda reformas universitarias.
1968	26 de julio: Asalto del ejército a la Escuela Nacional Preparatoria. 30 de julio: Barros Sierra, profesores y estudiantes izan la bandera nacional a media asta en la Universidad. Ocupación de varios planteles de la Preparatoria por el ejército. 18 de septiembre: renuncia de Barros Sierra. 2 de octubre: Matanza en Tlatelolco por individuos armados, policías y ejército. Autoritarismo y anticorrupción gubernamental. XIX Juegos Olímpicos.	Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Apoyo a las actividades de obstetras empíricas.			(1965-1968) Se habían preparado 1 280 auxiliares en cursos de tres meses de duración.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1969	Inauguración del Metro de la Cd. de México. Voto a los jóvenes de 18 años.		Surge la Licenciatura de Enfermería, primero en Monterrey. Licenciatura de Enfermería en la UNAM-ENEO, León, Gro.; Guadalupe, Saltillo, Torreón, y la UAM-Xochimilco. Orientación curricular: Areas de concentración: - Administración - Investigación - Clínica: - Médico-Quirúrgica. - Pediatría. - Salud Pública. - Gineco-Obstetricia. Duración: 4 años.	Bachillerato		
1970	Población: 48 225 000 habitantes. Población rural: 41.3%; económicamente activa: 26.27% analfabeta: 11 millones. Presidente: Luis Echeverría Álvarez. Sistema educativo abierto. Ley Federal de Educación.	Política Demográfica. Ley General de Población. Planificación Familiar.			70 escuelas de enfermería en el país. 355 enfermeras sanitarias con curso posbásico. 10 463 alumnas de enfermería, con un egreso anual de 2 305 de 93 escuelas.	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1971	<p>Acciones terroristas. Asesinato del 10 de junio por los Halcones - en las calles de la Ciudad de México. Allanamiento policial de la Universidad de Sinaloa. Influencia de Gramsci en el Partido Comunista. Asalto contra la Universidad de Puebla. Creación del Instituto Nacional para el Desarrollo Rural y Vivienda Popular. Represión y matanza - del movimiento estudiantil en la Cd. de México.</p>				<p>Es asumida la Dirección de la Escuela de Enfermería del IMSS - por la Lic. Enf. Ma. Teresa Loyo Roque.</p>	<p>Consejo Nacional de Fomento Educativo. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).</p>
1972	<p>Ofensiva contra el rector de la UNAM, Pablo González Casanova, - quien renuncia en diciembre. Dr. Guillermo Soberón, rector de la UNAM. Reorganización del sindicalismo universitario.</p>	<p>Extensión de la cobertura sectorial de las instituciones de salud. OPS: Plan Decenal de Salud para las Américas. Propuesta de niveles de enfermería: - Básico - Intermedio - Universitario.</p>	<p>Deserción: en el primer y segundo año: 27.2%; y en el tercero el 43.3%.</p>	<p>6.3% primaria 88.8% secundaria 4.9% bachillerato.</p>	<p>En el estudio de la ANEE se encontró: 80 escuelas en el país: 27.5% incorporadas a la UNAM; 442 incorporadas a universidades estatales; y dependientes de éstas 10.5%, un 2.5% de las privadas. 67.5% dirigidas por médicos.</p>	

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1973	<p>Recrudescimiento de la guerra norteamericana en Vietnam.</p> <p>Muerte del presidente Salvador Allende.</p> <p>Golpe militar en Chile con ayuda de E.U.</p> <p>Ley Federal de Educación.</p> <p>Ley de Población.</p> <p>Movimientos obreros.</p>	<p>Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>el IMSS crea 1973 plazas de personal especializado en salud pública.</p> <p>XV Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en México.</p> <p>CNE participa en las modificaciones en la Ley de Profesiones.</p> <p>Programas de Planificación Familiar.</p>	<p>El IMSS inicia el curso de especialización de Enfermería en Salud Pública en el Centro Médico Nacional.</p>		<p>Propuesta Andrade: Integración Docente Asistencial (IDA).</p>	<p>Programa de descentralización en la SEP.</p> <p>Reforma de la Ley de Profesiones.</p> <p>Colegio de Bachilleres con 3 planteles.</p> <p>Universidad Autónoma Metropolitana.</p> <p>Centro de Investigaciones Superiores del INAH.</p>
1974	<p>Consolidación de dictaduras militares en América Latina.</p>	<p>Plan Nacional de Salud.</p> <p>Serv. de Planif. Familiar.</p> <p>1 Congreso de Enfermería Pediátrica.</p>	<p>125 Centros de Salud.</p> <p>Dirección General de Salud Materno-Infantil: supresión de plantillas; pliego peyoratorio: sindicalización de Aux. Enf.; ampliación plantilla.</p> <p>Resultados: Represión administrativa y laboral.</p>			
1974-1976		<p>IMSS y CONASUPO realizan el Programa Solidaridad Social para áreas rurales.</p> <p>Conflicto laboral de Enfermeras en la Dir. Gral. Materno-Infantil.</p>	<p>Las Convenciones Nacionales de Enfermeras pasan a ser Asambleas.</p> <p>Hospital Juárez.</p>		<p>(1974-75) Se nombra directora de la ENEO a una enfermera.</p> <p>Licenciatura de Enfermería en la UAM-Xochimilco.</p>	<p>Creación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Cuautitlán (UNAM).</p>

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1975	Crisis económica mundial: petróleo y guerra en el Medio Oriente. Predominio de la educación tecnológica.	Servicio de Planificación Familiar en 1 916 Centros de Salud. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).			110 escuelas de enfermería en el país.	ENEP Iztacala y Acatlán: nuevas unidades de la UNAM. Bachillerato abierto del Colegio de Bachilleres.
1976-1983		Plan de Gobierno y Seguridad Social. Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social. Plan Global de Desarrollo en su sección de Salud y la Planeación del Sistema Nacional de Salud.				Centro de Estudios Económicos, Políticos y Sociales del Tercer Mundo.
1976	Devaluación del peso frente al dólar. Déficit comercial. Crecimiento de la deuda externa. Flotación de la moneda		Reglamento de Partes Empíricas Capacitados. 1 820 Unidades aplican el Programa de Planificación Familiar.	4 millones: personal.		

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1977		<p>Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que integró el IMAN y el INPI.</p> <p>ISSSTE: demanda de homologación salarial de enfermería con relación a sueldos del IMSS.</p>	<p>Programa de Extensión de Cobertura:</p> <p>Primer Nivel: Promotores de la salud comunitarios.</p> <p>Segundo Nivel: Pasante de Medicina y Aux. Enf. en Centros de Salud.</p> <p>Tercer Nivel: Atención Médico-Hospitalaria.</p>		<p>Conflictos académico-laborales en la Esc. de Enf. del IPN e ISSSTE.</p>	
1978	<p>Conferencia Alma Ata (URSS) OMS. Salud para todos en el año 2000.</p> <p>Estrategia Atención Primaria a la Salud. Enfermería, líder en las Acciones de la Comunidad.</p>	<p>Expedición de la Cartilla Nacional de Vacunación.</p> <p>Programa Nacional de Alimentación Familiar (PRONALFA).</p> <p>VII Congreso Nac. de Enf. y Obstetricia. Tema: Enfermería y el Ciclo Económico de la Salud.</p> <p>Institución de la Cartilla de vacunación.</p> <p>Finales de los setentas se funda la Asociación de Enfermeras Peridísticas.</p> <p>Se creó el Programa Nacional de Alimentación Familiar (PRONALFA): proporcionar alimentos a bajo costo.</p>			<p>7 608 alumnas egresadas de enfermería.</p> <p>127 escuelas de enfermería en el país: 67 dirigidas por enfermeras, 28% por médicos y 5% por otros profesionales.</p> <p>2 780 tituladas (más de la tercera parte de egresadas).</p>	<p>Se crea el Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica (CONALEP).</p>

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1979		<p>Convenio IMSS-COPLAMAR para ampliar la atención rural: construcción de 3 033 unidades rurales y 27 clínicas hospitalares de campo, atendidas por personal comunitario adiestrado como aux. de enfermería comunitaria y un pasante de medicina.</p>			<p>Directorio de Escuelas de Enfermería de la República Mexicana (SSA) 128 escuelas 12 ofrecen carrera de obstetricia.</p> <p>Se estiman 218 enfermeras egresadas del curso de salud pública, de las cuales 84 trabajan en el área de Medicina Preventiva y el resto en puestos de confianza o como enfermeras generales.</p>	
1980		<p>Programa de Atención Primaria de la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes. 255 Centros Comunitarios de Salud más 1,516 módulos.</p>	<p>Curso de Enfermería en Salud Pública en la Esc. de Enf. del IMSS en Guadalajara.</p>		<p>La Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería se transforma en Federación Nacional de Fac. y Esc. de Enf. (FENAFE), la cual impulsa congresos nacionales, seminarios, talleres y publicaciones varias.</p>	
1981		<p>Se erradica la difteria.</p> <p>Movimiento de Enfermeras en el IMSS por deaparición nivel supervisoras aplicando medidas administrativas de control.</p>				

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1982		<p>39,100 Enfermeras profesionales. 58,877 no profesionales. Total: 97,977. 3 médicos por cada enfermera profesional. Federación Nacional de Enfermeras integrada a la Confederación Nacional de Organizaciones Populares del PRI.</p>				
1983		<p>Desaparece COPLAMAR. Plan Nacional de Desarrollo (1983-88). Propósitos en salud: Tender a la cobertura nacional, mejorar el nivel de salud, particularmente de sectores más vulnerables, acciones preventivas y apoyo nutricional, planificación familiar y control sanitario. VIII Congreso Nac. de Enf. Tema: Perfil y Modelo de Enfermería.</p>				
1984		<p>Ley General de Salud 1984-88. Derecho Constitucional protección a la salud.</p>				

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1984		VI Asamblea Nacional de Enfermeras del Hospital Juárez. Unificación del Sector Salud.				
1985	Sismos en la Cd. de México. Pérdida de 2 035 casas 2o. nivel; 3 261 3er. nivel S.S.A.; 45% IMSS 7ª 2o. nivel; 40% 3er. nivel.	La SSA pasa a ser S.S. Movimiento en el D.F. de Enfermeras del IMSS por demandas laborales.			Pérdida del 48% campos clínicos. Bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) se crea la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería ocupando la vicepresidencia la Enf. mexicana M.A. Juana Rodríguez Velásquez, integrándose la FENAFE.	
1986	Movimiento Estudiantil CEU UNAM. Reformas Plan Carpizo.					Reunión ANUIES - PROIDES.
1987		Movimiento Nacional de Enf. IMSS. Demandas laborales; control de Comisión Negociadora por autoridades. Mínimos - logros.			213 escuelas de enfermería en el país. 230 Programas de estudios: 206 nivel técnico (89.6%); 24 nivel licenciatura (10.4%).	Huelga en la UNAM.

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1988	<p>Facto de Solidaridad - Económica. Presupuesto Educ. Sup. 0.5% PIB. Sector Salud 1.9% PIB. Toma del poder del Lic. Carlos Salinas de Gortari. Plan Nacional de Desarrollo 1989-94.</p>	<p>IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia. Mov. Nac. Trab. IMSS. Aumento salarial y represión: rescisión de contratos a líderes. ISSSTE 15,157 enf. Enf. Grales. 5,360 Enf. Esp. 1,772 Aux. de Enf. 7,863 Pasantes 162</p>				
1989	<p>Continuación de anterior tendencia: disminución presupuesto y recursos humanos y materiales con ampliación de cobertura nacional. Programa Nacional de Solidaridad. Iniciación de la negociación del Tratado de Libre Comercio México-E.U.-Canadá.</p>	<p>Huelga de hambre de trabajadores (72 días) IMSS vs. Mutilación - contrato colectiv. Mov. Enf. I.N.P. Represión administrativa. Desalojos por granaderos y agresiones físicas por grupos de choque.</p>	<p>Curso Programa Básico de Enfermería Traumatológica. Duración : 1 año. Resp.: SSA.</p>	<p>Requisitos: Secundaria y carrera de enfermería.</p>	<p>Para Enfermeras Generales y del área de especialización.</p>	
1990	<p>México: Salario más bajo del mundo.</p>	<p>Reestructuración de Enfermería. IMSS: Intento Modif. Profesiogramas. Logros mínimos. Represión: Rescisión contratos, medidas administrativas. IMSS: 37 millones de derechohabientes; 11 millones solidariohab.</p>			<p>201 Escuelas de Enf. de Nivel Técnico. 32 de Nivel Lic.</p>	<p>Congreso General - Universitario - UNAM</p>

Fecha	Hechos Políticos y Socioeconómicos	Políticas Sanitarias	Desarrollo Académico-Curricular	Requisitos	Sistemas Educativos	Instituciones Docentes y Culturales
1991	(1991-92) Modificación Art. 27: Privatización del Ejido.	Política Sanitaria de recuperación Medicina Tradicional. Programa del Autocuidado de la Salud.				

C I T A S

- 1.- -----
Anuncian otro mítin empleados del IMSS.
El Día.
México, D.F., 12 de Febrero de 1990.
- 2.- Becerril, Andrea.
Emplea la Industria 100 mil sustancias prohibidas: CTM.
La Jornada.
México, D.F., 27 de agosto de 1989.
- 3.- Brudon, Pascale.
¿Medicamentos para todos en el año 2000?
Tr. Stella Mastrangelo, México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.
1987. Serie: Salud y Sociedad.
- 4.- Cuestión Social - Revista Mexicana de Seguridad Social - I.M.S.S.
Gutiérrez, Sara Elizabeth.
Bimestral. México, D.F.
No. 19, Otoño-Invierno 1990.
- 5.- Eibenschutz, Catalina.
Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-1940): Una Reinterpretación de la Historia de la Salubridad y Asistencia.
S/F. México, U.A.M. Xochimilco.
(Mecanograma).
- 6.- El Lic. Carlos Salinas de Gortari asume el poder presidencial del país.
La Jornada
México, D.F., 2 de diciembre de 1988.
- 7.- ENFERMERAS
Planificación de la Salud a Diferentes Niveles.
Villegas R. Esther y Langarica S., Raquel.
S/I Periodicidad.
S/I Fecha.
- 8.- Enfermería Hoy.
Avila J., Roselía.
Semestral
México, D.F.
No. 4, Junio 1983.
- 9.- FORO NACIONAL: La Salud del Pueblo Trabajador.
Síntesis y Conclusiones.
Coordinadora Nacional de Trabajadores del IMSS (CANATIMSS) y Trabajadores en Lucha del Instituto Nacional de Pediatría.
México, D.F., 24 de Noviembre de 1990.

- 10.- Gallegos, Elena y Urrutia, Alonso.
En 1988, sólo 0.5% del PIB se destinó a la educación superior.
La Jornada.
México, D.F., 26 de Diciembre de 1988.
- 11.- Gayol, Yolanda.
Profesores en la Modernización Educativa.
La Jornada.
México, D.F., 10. de Febrero de 1989.
- 12.- Guerrero Chípres, Salvador.
Privatizar paraestatales estimuló la inversión : CSG
La Jornada.
México, D.F., 15 de Marzo de 1990.
- 13.- Hernández Falcón, Julio.
Desarrollo de la Profesión de Enfermería en México.
en Las Profesiones en México.
No. 9 Enfermería.
México, U.A.M. Xochimilco, 1991.
- 14.- Hernández Guerrero, Hidal.
Desarrollo de la Educación de Enfermería en México, su relación con -
las Políticas de Salud.
Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Intercambio Académico entre Escuelas y Facultades de Enfermería.
Colima, Colima, Septiembre 14 de 1990.
(Mecanograma).
- 15.- Hernández Tezoquipa, Isabel.
Ideología de la Enfermería en Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed. México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 16.- -----
Hospitalizan de Emergencia a uno de los 10 trabajadores del IMSS en -
ayuno. Se suma a la huelga de hambre otro trabajador del IMSS.
El Día.
México, D.F., 29 de Enero de 1990.
- 17.- Jamieson, Elizabeth M. et al.
Historia de la Enfermería.
6a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A.
1980.
- 18.- Llinas Zárate, Isabel.
Elevar la calidad educativa, obra inacabada.
Uno Más Uno
México, D.F., 18 de Diciembre de 1988.
Pág. 2.

- 19.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería.
 México, Ed. Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
 1985.
- 20.- Martínez Cortés, Fernando.
 Del Hombre Máquina al Hombre Sistema.
Uno Más Uno.
 México, D.F., 18 de Septiembre de 1987.
- 21.- Martínez García, Salvador.
 Presupuesto de Solidaridad: 51 billones; insuficiente.
Excelsior.
 México, D.F., 6 de Marzo de 1991.
- 22.- Montes Sánchez, Irma Hilda, et al.
La Evolución de la Educación en Salud en México de los Profesionales -
 de la Salud.
 Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia.
 México, D.F., Junio 28 de 1988.
 (Mecanograma).
- 23.- Organización Panamericana de la Salud.
 Oficina Sanitaria Panamericana.
 Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Salud para Todos en el año 2000: Estrategias.
 Washington, D.C., O.P.S., 1980.
- 24.- Organización Panamericana de la Salud.
Metas en Materia de Enfermería. Resolución IXI del XXVIII Reunión del
 Consejo Educativo.
 México, O.M.S. - O.P.S., 1980.
- 25.- Plan Nacional de Desarrollo: 1989-1994.
 México, D.F.
 Secretaría de Programación y Presupuesto, 1989.
- 26.- Robles, Martha.
Educación y Sociedad en la Historia de México.
 9a. ed., México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1986.
- 27.- Rojas Soriano, Raúl.
Crisis, Salud y Enfermedad y Práctica Médica.
 México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 1990.
- 28.- Salinas de Gortari, Carlos.
 Jer. Informe de Gobierno.
La Jornada.
 México, D.F., 2 de Noviembre de 1991.

- 29.- Stavenhagen, Rodolfo.
Derechos Humanos.
La Jornada.
México, D.F., 11 de Diciembre de 1988.
Perfil de la Jornada.
- 30.- Trejo Sánchez, María Estela.
La Relación Educación y Práctica de Enfermería.
Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Intercambio Académico entre Escuelas y Facultades de Enfermería.
Colima, Colima, Septiembre 12 al 14 de 1990.
(Mecanograma).
- 31.- Ureña, José.
Apoyo oficial a la educación superior, anuncia Salinas.
La Jornada.
México, D.F., 9 de Agosto de 1989.
- 32.- Vázquez Pérez, Emilio.
Piden redistribución planificada de recursos para mejorar los sistemas de salud en nuestro país.
Uno Más Uno.
México, D.F.
Domingo 25 de Noviembre de 1990.

IV.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD EN MEXICO

Una vez analizado el contexto socio-histórico de la Enfermería, se hace indispensable identificar las necesidades sociales de salud y en particular de los servicios de enfermería en el país, dado que es a partir de estas últimas de donde se accede a la comprensión del campo específico del ejercicio profesional de la profesión en cuestión.

Tradicionalmente los indicadores de salud no sólo manifiestan un sub-registro de las referencias cuánticas, sino además ocultan y parcializan la posibilidad de análisis de manera precisa, ya que

"... rara vez los índices de morbilidad o mortalidad, o los presupuestos y los recursos para la salud se relacionan con las condiciones sociales concretas de los grupos más afectados" (9, 82).

Es evidente que la presencia del paradigma ortodoxo del proceso Salud-Enfermedad, basado en el esquema de la Historia Natural de la Enfermedad, determina la orientación interpretativa del Diagnóstico Situacional de la Salud del país, el cual desconoce la realidad contextual de los factores socioeconómicos y culturales intervinientes en el proceso. Dicha caracterización ha sido rebasada mediante la explicación del proceso de salud-enfermedad como un fenómeno colectivo, social e histórico; mismo que permite la comprensión de la problemática de salud y su distribución clasista, el acceso diferencial de la población a los servicios asistenciales y el grado de protección social de los habitantes; todos éstos son indicadores del bienestar que expresan la situación real de salud de la población.

Por lo anterior, se hace necesaria la recuperación de las "metas mínimas" propuestas por la Organización Mundial de la Salud dispuestos para las Américas dentro del Programa "Salud para todos en el año 2000", programa del cual México, a través de sus gobernantes, asumió el compromiso de dar cabal cumplimiento a dicho cometido.

"Indicadores

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Esperanza de vida | mayor de 70 años |
| - Mortalidad Infantil | inferior a 30% |
| - Mortalidad de niños: 1 a 4 años | inferior a 2.4% |
| - Servicios de vacunación | a 100% de niños menores de 1 -
año y embarazadas el 100%. |
| - Agua potable, depósitos de excretas | 100% |
| - Cobertura de servicios de salud | 100%." (13, 14) |

4.1.- Daños a la Salud

Se define por daños a la salud a

"... las enfermedades que afectan a una determinada población, - agrupadas y analizadas según algunas características comunes: - causa, evolución, frecuencia, distribución geográfica, etc., de forma tal que permitan deducir medidas para su prevención y control" (23, 19).

Mortalidad.

Analizar la frecuencia y distribución de las defunciones ocurridas en una población constituye uno de los indicadores indirectos de la salud colectiva. Para analizar la mortalidad se requiere dividir ésta por grupos poblacionales para su comprensión precisa.

Mortalidad General.

La mortalidad en lo general, ha disminuido notablemente en el presente siglo. En 1988 ocurrieron 432 186 defunciones, con una tasa del 4.5 por cada mil habitantes. En 1900 esa proporción fue de 3.2 y continuó descendiendo - progresivamente en los decenios siguientes: pasó en 1922 a 25.3, 1970 a 9.9 hasta llegar a 1988 con 4.5.

Mortalidad por edades.

La reducción observada en las cifras de mortalidad general se ha debido principalmente a la disminución de la tasa en los grupos infantiles, sobre todo en lo que se refiere a niños menores de un año de edad, que ha sido

la más importante, pues de aproximadamente 300 defunciones que tenían lugar - por cada mil nacidos vivos registrados entre 1900 y 1910, gradualmente ha llegado a 23 en 1988.

En 1986 hubo en México un total de 400 079 muertes registradas, pero - lo significativo es que el 23.4% ocurrieron en menores de 15 años; es decir, la mortalidad general tiene un altísimo componente de defunciones en edades - tempranas. Como se puede observar por grupos de edades particulares; el 15.7% fueron en menores de un año, el 4.8% en niños de 1 a 4 años y el 2.9% en escolares de 5 a 14 años. Aún más, entre los diferentes sexos se registran diferencias considerables, ya que mientras que para los hombres la tasa es de - 25.21, para la mujer la tasa es del 20.68 en el mismo año.

"Las estadísticas que son producto de la desigualdad social revelan la existencia de aspectos sanitarios que se expresan en cifras de mortalidad, aun cuando la tasa de mortalidad general decreció de 16 fallecimientos por cada 1 000 mexicanos en 1950 a - 5.9 en 1981, y se redujo aún más -a 4.5- en 1988, es necesario - señalar que, debido a las diferencias economicosociales entre - los distintos grupos sociales y regionales importantes: los Estados del norte de la República mantienen las tasas más bajas de - mortalidad general -Nuevo León, 3.2; Sinaloa, 3.3; Baja California, 3.6- mientras que las regiones del Pacífico sur centro presentan mayores índices de mortalidad general -Oaxaca, 7.2; Tlaxcala, 6.9; Hidalgo y Puebla, 6.6. Además, la distribución geográfica de la mortalidad general revela que los Estados del norte - sufren la patología de la industrialización, pues las enfermedades crónicas degenerativas y la violencia ocupan los primeros lugares; en tanto que en el centro y sur del país los padecimientos infectocontagiosos, relacionados con la pobreza, son los más frecuentes." (34, 50).

Causas Generales de la Mortalidad.

Los datos registrados en el censo de población de 1990 ratifican la - incidencia de enfermedades de la pobreza (infecciosas) y de la industrialización (degenerativas) que generan altas tasas de mortandad en el país.

Dentro de las primeras veinte causas de mortalidad las enfermedades infecciosas gastrointestinales con el 7.3%, seguido de la Diabetes mellitus con un 5.8% y Neumonía e Influenza con el 5.3%; las anteriores ocupan los tres - primeros lugares en la incidencia causal de la mortalidad general del país en 1986. En tanto que para las causas de mortalidad por grupos de edades se ob-

servan diferencias sustantivas por las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que los sujetos están ubicados; esto es, sus condiciones sociohistóricas de clase y las relaciones en las que éstos se encuentran sujetos.

Con relación a las cinco causas de mortalidad en menores de un año para 1990 se encontró el siguiente orden de incidencia: Afecciones originadas en el período perinatal (30.7%), Enfermedades infecciosas intestinales (21.6%) Neumonía e Influenza (14.3%), Anomalías congénitas (8.3%) y finalmente Deficiencias de la nutrición (1.8%).

El grupo de edad entre 1 y 4 años presenta causas fundamentalmente centradas por padecimientos infecciosos, accidentes y nutricionales (51.0%).

Dentro del grupo de edades de 5 a 14 años las causas de mortalidad observa cambios importantes con relación al resto de los grupos, ya que dentro de las cinco primeras causas tres corresponden a accidentes y las dos restantes pertenecen a infecciones gastrointestinales y respiratorias.

Para el caso particular del grupo de entre los 15 a 24 años sus cinco primeras causas de muerte pertenecen a accidentes y agresiones directas, cubriendo un 42.9% del total de causas del grupo.

Los grupos de edades restantes presentan causas principales por accidentes, toxicomanías crónicas, agresiones físicas y crónicas degenerativas. Las causas de mortalidad en el país se dividen en tres grupos: las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los accidentes y muertes por violencia.

Enfermedades Transmisibles.

Este grupo de enfermedades, vistas en conjunto, constituyen la principal causa de muerte en México hasta hace unos años, fue desplazado por el grupo de las no transmisibles, ya que para 1986 representaron tan sólo el 16.4% entre las primeras 20 causas de defunción.

En la práctica, casi todas las enfermedades transmisibles han sufrido

reducciones espectaculares durante los últimos sesenta años: la difteria, el sarampión, la sífilis, la tuberculosis, el tétanos, el tifo, la tifoidea y la tosferina. Las neumonías y las gastroenteritis, a pesar de continuar ocupando los primeros lugares como causas de muerte en el lapso entre 1922 a 1986, han tenido también reducciones que rebasan el 50%.

Enfermedades No Transmisibles.

La situación actual de las defunciones y de la mortalidad de las enfermedades degenerativas, metabólicas y neoplásicas, casi todas ellas están ligadas al aumento de la población adulta y senil; entre las cuales se encuentran los tumores malignos, cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares. La diabetes por su incremento notable -diez veces mayor que el de 1922- ha desplazado a algunas de las enfermedades transmisibles antes señaladas.

Accidentes y Muertes por Violencia.

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud han dado lugar a un aumento cada vez mayor de los accidentes en sus diversas modalidades. Los accidentes del trabajo y por vehículos de motor ocupan un lugar preponderante en zonas industrializadas y urbanas; los accidentes domésticos y otros ocurridos en la vía pública predominan en las zonas rurales y en la periferia de las zonas urbanas.

En conjunto, las defunciones por accidentes han pasado de 29.8 por 100 000 habitantes en 1922, a 52.5 en 1970 y 1 72.4 en 1982.

Los homicidios, siempre vinculados a las condiciones colectivas de salud mental, han descendido también: en 1930 tenían tasas de 77 defunciones por cada 100 000 habitantes y ocupaban un lugar dentro de las diez principales causas de defunción en nuestro país; para 1982 sus cifras eran del orden de 18 defunciones por 100 000 habitantes, ascendiendo ligeramente para 1986 a 19

En cuanto a los suicidios, que habían mostrado una tendencia estacionaria, pues de cifras de 1.1 y 0.7 defunciones por 100 000 habitantes ocurridas por esta causa en 1922 y en 1930 respectivamente, pasaron a cifras más eleva-

das como 1.8 en 1986.

Los casos de accidentes y envenenamiento ocurridos en el hogar pueden estimarse de la información obtenida por un muestreo realizado en el Distrito Federal; en él se encontró una incidencia de 17 100 accidentes por cada 100 000 habitantes; su frecuencia fue mayor en niños, particularmente preescolares, siendo las más comunes las caídas, las heridas y las quemaduras; de ahí que se estiman trece millones de accidentes en el hogar para la década de los noventas.

El número de accidentes que ocurren en el trabajo también se desconoce. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se conocieron, en 1984, 589 680 accidentes de trabajo con una tasa de 10.3 accidentes por cada 100 trabajadores de puestos al riesgo.

"En 1988 hubo 650 mil accidentes de trabajo y la industria nacional emplea más de 100 mil sustancias químicas tóxicas que han sido prohibidas en otros países por los graves daños que representan para la integridad de quienes las usan" (5, 1 y 6).

Frete al cuantioso índice de accidentes de trabajo y la negligencia de los diagnósticos emitidos por el IMSS al ser reconocidos como "riesgos de trabajo" y sólo quedando calificados como tales menos del uno por ciento. Sin embargo, éstos representaron más de 12 millones de días incapacidad, equivalentes a 100 millones de horas hombre. De ahí la importancia de la parcialidad de los registros oficiales; y más aún, de las repercusiones diagnósticas en las que se les ubica en el conjunto del diagnóstico situacional del país.

Se entiende por accidente de trabajo a:

"... toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar en que ésta se presente, así como aquellos accidentes que ocurran al trabajador al trasladarse de su domicilio al lugar en que desempeña su trabajo o viceversa" (12, 24).

Producto de las transformaciones, nacionales e internacionales, el gobierno mexicano y el aparato productivo han introducido diversos sistemas de pro--

ducción, situación que viene a integrarse al conjunto de factores que determinan el tipo y formas de accidentes de trabajo que actualmente se presentan.

En lo referente al tipo de accidentes ocurridos en la vía pública, los más frecuentes y graves son los producidos por vehículos, atropellamientos, - volcaduras, etc., habiéndose producido 44 281 lesionados y 6 575 muertos en - 1986.

En cuanto al número de intentos de suicidio, aunque se han mantenido relativamente estables, los que llegan a consumarse son proporcionalmente altos; mientras que para 1954 los suicidios consumados fueron 452; en 1982 se - alcanzaron 1 193 casos.

Mortalidad Materna.

A la mortalidad por causa ligada al embarazo, al parto y el puerperio se le concede un lugar especial por la relación que tiene con las tasas elevadas de natalidad y con las condiciones sociales y económicas, así como con la escasez de servicios de atención obstétrica.

Se observa que la tasa de mortalidad materna es de 0.8 por cada mil nacidos vivos registrados, mientras que para 1922 era de 10.8 defunciones por cada mil nacidos vivos, por lo que se aprecia una disminución paulatina hasta llegar a la cifra señalada para 1986 del 0.8.

En cuanto a la mortalidad por infecciones puerperales se han registrado que entre el 25 y 40% de todas las muertes maternas y alrededor del 37% de estas muertes maternas provienen de abortos. Además, las complicaciones por ruptura de útero y otros accidentes en trabajo de parto cobran el 4% de muertes maternas; la hemorragia puerperal es responsable del 20 al 25% de todas - las muertes maternas relacionadas con el aborto provocado.

Características de atención de los nacimientos 1985.

Estados Unidos Mexicanos	Atención Médica	Atención no médica
Total	60.3%	39.7%
Fuente: INEGI 1988.		

 Nacimientos registrados según persona que atendió el parto. 1985.

Estados Unidos Mexicanos

Total	Médico	Enfermera	Empírica	No esp.
2 667 571	1 616 700	853 774	54 611	142 486

Fuente: INEGI 1988.

 Nacimientos registrados según lugar de atención. 1985.

Estados Unidos Mexicanos:

Total	Hosp. Ofic.	Hosp. Priv.	Domicilio	Otra	No esp.
2 655 571	1 271 796	315 036	907 954	18 568	142 217

Fuente: INEGI 1988.

Es importante considerar las condiciones de atención y el personal que asista el trabajo de parto, ya que mientras para los Estados menos desarrollados del país la partera empírica juega un papel fundamental para la comunidad, en las zonas urbanas guarda relación directa con la mortalidad materna registrada.

Para el caso de la incidencia de abortos en el país, en 1990 se registraron 86 790 decesos, mientras que fueron atendidos 218 511 abortos y 1 270 649 parto atendidos. (Ver 22).

"A pesar de las restricciones legales y morales que existen en México respecto al aborto... debido a la clandestinidad obligatoria en que se practica... se calcula que actualmente (1985) hay un aborto intencionado por cada cinco embarazos, lo que da un total de 600 a 700 mil abortos anuales" (1, 16).

El problema de la mortalidad a causa de las complicaciones y condiciones insalubres e ilegales en las que se desarrollan la mayoría de los abortos en el país, ya que

"Más de 50 mil mujeres mueren cada año... Se considera que entre el 25 y el 50% de la población femenina del país ha debido abortar alguna vez..." (48, 1).

"... autorizado o no, el aborto siempre se practica... es una - práctica común de mujeres en todos los niveles. Naturalmente que la gente con recursos económicos tiene la posibilidad de salir - bien, mientras que las pobres, no" (19, 20).

Morbilidad:

La tarea de obtener datos confiables sobre la frecuencia de las enfermedades que afectan a la población en México presentan dificultades de registro y actualización, situación que hasta el momento no ha sido superada; lo anterior tiene repercusiones particulares para el caso de las enfermedades - transmisibles de notificación obligatoria, sin embargo existen otras que no - se encuentran sujetas a esta disposición legal. Frente a este panorama relativo de la información existen datos controlados procedentes de las unidades - hospitalarias que sirve de indicador de demanda de hospitalización y orientación en la toma de decisiones técnico-administrativas por estimación tenden-cial.

Enfermedades Transmisibles.

Hasta el momento, la información disponible (censo de población y vivienda 1990) permite apreciar cómo las cifras se corresponden proporcionalmente entre la incidencia de padecimientos y las causas de mortalidad, excepto - en aquellos padecimientos cuya letalidad es baja; como son las enfermedades - del aparato respiratorio superior y las bronquitis, las gastroenteritis, cuya notificación es ampliamente significativa en las cifras de mortalidad pero - que al mismo tiempo su incidencia entre la población sobreviviente no se encuentra registrada. De acuerdo a lo anterior, constituyen problemas trascen--dentes las enfermedades siguientes: la amibiasis, brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis infecciosa, paludismo, sífilis, tosferina y tuberculosis.

Durante la última década, los brotes epidémicos por enfermedades -oficialmente consideradas erradicadas del país y/o bajo control sanitario han sido blanco de numerosas críticas; siendo particularmente importante el caso del Sarampión y el Cólera -teniendo otra situación el Sida-, por las medidas

preventivas- vacunación, condiciones higiénico-sanitarias, entre otras; por las que se impedía el resurgimiento epidémico de los anteriores.

"De las entidades del país, el D.F. fue el más afectado en 1989 con más de 3 200 casos, seguido del Estado de México con más de 2 200... recientemente la Secretaría de Salud informó que sólo - en los meses de noviembre, diciembre y enero se detectaron más - de mil casos de sarampión (en promedio 43.4 casos reportados por día). También 258 niños muertos, es decir, aproximadamente trece decesos diarios. Señala que el 95 por ciento de los enfermos son pobladores de zonas rurales e indígenas pero se estima, debido a la inexactitud de los datos, que los enfermos podrían ser - muchos más.

1984	1985	1986	1987	1988	1989
7 283	23 826	9 824	3 825	3 915	16 899"

* Estadísticas a nivel nacional (27, 3-5).

Frente a este panorama resurgen los numerosos cuestionamientos sobre la parcialidad de los datos obtenidos por los programas de vacunación masiva. Tales como son las cifras totales de dosis aplicadas durante el periodo comprendido entre 1986-1990, donde las autoridades de la Secretaría de Salud manifestaron un incremento del 20.9%. Sin embargo existen otros elementos que contra indican la suficiencia particular de dichas acciones, ya que se desatiende las verdaderas causas de los padecimientos infectocontagiosos, tales como son: con condiciones insalubres de la vivienda, del vestido, alimentos, dinámica laboral y marco sociocultural de grandes sectores de la población en condiciones económicamente deprimidas.

El cólera, al igual que el sarampión, ha significado un estado de alerta para las autoridades sanitarias, ya que este padecimiento se tenía considerado oficialmente como erradicado del país, pese al despliegue de numerosas - campañas publicitarias, el brote epidémico registra día a día la elevación de las cifras de personas enfermas y decesos por dicho padecimiento.

"En 45 días, se detectaron en México 253 casos de cólera..." - (46, 1).

"La situación epidemiológica actual corresponde a un brote confir mado de cólera. La hipótesis más probable es que el bacilo pudo haber llegado a través de un portador que ingresó a la zona clan destina por vía aérea..." (14, 28).

"Lo cierto es que este padecimiento es un padecimiento que se genera en condiciones de máxima insalubridad en el ambiente y en las condiciones de vida, preparación y consumo de alimentos; lo que significa que la realidad actual presenta la agudización insa lubre de grandes sectores que enfrentan la 'pobreza extrema'". (43, 21).

El caso del SIDA ha sido reconocido desde un principio como un problema de salud pública en el país, dadas las magnitudes mundiales que ha cobrado sobre todo en sectores altamente vulnerables.

Las numerosas declaraciones sobre los mecanismos de infectocontagiosidad y grupos de alto riesgo, así como las estimaciones epidemiológicas han sido rebasadas por mucho por la realidad, gracias a la arbitrariedad de los juicios y acciones publicitarias que se han hecho sobre los sujetos que enfrentan y padecen dicha enfermedad; calificaciones y valoraciones ideológicas que repercuten de manera importante dentro de la población en general, tal es el caso de las autoridades del estado de Michoacán en 1985, al declarar a la población como potencialmente infectada a partir de reportarse el primer caso - oficialmente detectado.

"... se registró el primer caso y para 1988 se tenía un registro de 40 casos documentados" (25, 11).

A pesar de esta tendencia de crecimiento de personas infectadas, las autoridades de la SSA se declaran pesimistas en el control del padecimiento, ya que el secretario de dicha dependencia, Dr. Guillermo Soberón, señaló que:

"... tan sólo en tres años más la población hospitalaria del país tendrá a un paciente de dicha enfermedad por cada 20 encam dos" (17, 3).

En tanto que la OMS estimó que :

"... para 1990 se obtuvo un registro de 9 mil casos de SIDA en el país..." (3, 19).

Y para 1991 se reporta la estimación de 19 casos de SIDA, declarándose por primera vez que

"... el SIDA significa un gran reto a enfrentar, puesto que afecta anualmente a cientos de personas en forma directa o indirectamente, los priva de sus vidas, fuentes de trabajo y, además, deja huérfanos a miles de infantes en el mundo" (40, 3).

Ante esta realidad, se destinaron numerosos programas de prevención y control preventivo y detección de personas infectadas, los cuales incluyen el objetivo de impulsar la educación sexual a partir de los centros educativos; - ello no significa detener la enfermedad y sí sólo constituir parte del conjunto de estrategias en las que la población incorpore a su vida cotidiana "la - responsabilidad y el autocuidado de su salud" (15, 3).

Enfermedades No Transmisibles.

Por carecer de datos precisos, es necesario recurrir a estimaciones derivadas de la mortalidad, de encuestas específicas o de apreciaciones hechas por técnicos de la materia. Así, se estima que existen diez enfermos de cáncer por cada defunción notificada por este padecimiento, lo que representa - 300 000 casos en 1985.

De igual manera, si se acepta que la diabetes mellitus, en su forma - sintomática, tiene una prevalencia de 2% en la población mayor de 10 años de edad, existen en nuestro país alrededor de un millón de enfermos.

Si se consideran las formas asintomáticas o subclínicas, se eleva a - más de 2 000 000 el número de personas diabéticas en 1985.

Se calcula que aproximadamente un 10% de la población adulta sufre hipertensión arterial; ello equivale a que hay en la actualidad aproximadamente 2 500 000 personas hipertensas en el país.

Por lo que se refiere a enfermedades cardiovasculares se estima que -

hay 450 000 cardíacos congénitos, seis por cada 1 000 habitantes; 195 000 enfermos de fiebre reumática en edad escolar, que sufren carditis reumática de diversos grados, de los cuales el 60% tiene daño residual, es decir, 117 000 cardíacos reumáticos.

Entre las enfermedades carenciales se incluye el bocio, cuya prevalencia se estima en 5 millones de casos.

Dentro de los padecimientos de salud mental: las alteraciones conductuales permanentes, con un índice de 5.1 personas por cada 10 000 habitantes, constituyen en promedio 37 500 personas con dicho problema; el alcoholismo, - con un índice de 56.4 personas por cada 10 000 habitantes, constituyen aproximadamente 410 000 personas; la epilepsia, con tasa de 30 por cada 10 000 habitantes, aporta cifras de 220 000 personas enfermas, y la deficiencia mental, con 9.7 enfermos por cada 10 000 habitantes, aporta un número de 75 000 enfermos. De acuerdo con estas cifras, el total de enfermos mentales se aproxima a 2 325 000 en el país.

El combate a los problemas de farmacodependencia se ha llevado a cabo a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones, con los 28 consejos estatales en la materia y de la ejecución de los programas contra el alcoholismo. De acuerdo a los datos del censo de 1990 se observó que los grupos de edades con mayor población farmacodependiente fueron de 15 a 24 años, cubriendo el 65.4% del total, así como el incremento anual del 6.4%, entre los años de - 1986 y 1988. En cuanto al tipo de drogas la cannabis ocupa el mayor número de enfermos consumidores con el 34.5%, seguido de los inhalantes con el - 25.9%, situación que se incrementó a un ritmo anual del 16.5% entre 1986 y - 1988.

Pese a no haber sido considerada por las autoridades sanitarias la situación de los niños de y en la calle, la realidad acusa que debe ser retomada para delimitar adecuadamente las condiciones de la salud de toda la población que enfrente este tipo de problemas.

Lo cierto es que la desintegración familiar, los problemas críticos de la economía familiar y el abuso de menores, son a últimas fechas problemáti--

cas que demandan de atención concreta para impedir el acrecentamiento de las mismas, ya que se cuenta con investigaciones que circunscriben las condiciones particulares para cada problema, a fin de desarrollar acciones de solución e impedir el maltrato a menores.

"99% de los menores infractores fueron maltratados o abandonados" (19, 14).

Aún más:

"... hay un millón de niños callejeros viviendo del subempleo en el Distrito Federal, y que en todo el país alcanza los ocho millones de menores de 14 años, los cuales laboran sin ninguna protección... De acuerdo a otra denuncia de la ARDF, en México seis millones de niños y jóvenes son adictos a las drogas o al alcohol... 600 a 700 niños con SIDA menores de 15 años, declaró la Dirección de Servicios a la Comunidad CONASIDA, mismos que habitan en casas hogar de la iglesia católica, teniendo un promedio de 2 años de vida una vez iniciado el padecimiento. Además, el promedio de los niños que viven en la calle es de 13.3 años, de los cuales, se estima que el 12% se dedica a la prostitución, el 5% tienen al menos un antecedente de violación, el 38% tiene vida sexual activa..." (35, 1).

Más allá de los discursos políticos, de los compromisos y decretos jurídicos, los problemas de la infancia y de los sectores más desprotegidos, sumergidos en la pobreza extrema, requieren de acciones reales que les permitan acceder a una alternativa de cambios de vida digna y decorosa.

Morbilidad Hospitalaria

Desde otro ángulo, el valor de la morbilidad hospitalaria a nivel regional o nacional radica en su utilidad para la planificación de la salud, al recopilar datos acerca de la demanda y la utilización de servicios hospitalarios y señalar necesidades de camas de hospital y pronósticos de egresos.

Las estadísticas con que se cuenta proporcionan las siguientes características (censo de 1990):

- Las gastroenteritis, las neumonías y otras enfermedades infecciosas, así como los accidentes y enfermedades del corazón, ocupan importantes lugares

res en la morbilidad hospitalaria.

- Los servicios médico-asistenciales de ginecobstetricia constituyen las áreas hospitalarias de mayor demanda numérica.

- Los abortos y complicaciones del embarazo y del puerperio se atienden en elevado número.

- La avitaminosis, deficiencias nutricionales y anemias guardan relación directa con la demanda de atención infantil.

- Dentro de las enfermedades con índices reducidos de mortalidad, se encuentran las hipertrofias de las amígdalas y vegetaciones adenoideas, las infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo, las enfermedades de los dientes, los trastornos mentales y las parasitosis.

La morbilidad hospitalaria particular de entre las instituciones de salud guardan relación directa con los sectores poblacionales a los que brindan sus servicios; mientras que para la Secretaría de Salud las enfermedades más frecuentes se orientan a las Infectocontagiosas, propias de sectores deprimidos económica y culturalmente; el IMSS e ISSSTE presentan padecimientos infectocontagiosos y los propios de la industrialización -degenerativos-.

"... la insuficiencia de equipo, personal, instalaciones y presupuesto afectan el servicio en detrimento de la población de menores recursos" (49, 28).

El estudio comparativo de Celis y Nava entre las causas de muerte de los pacientes del Hospital General de la Ciudad de México -obreros de la mediana y pequeña industria y grupos subproletarios urbanos- y de los derechohabientes inscritos dentro de la seguridad social, y los sectores de las clases medias altas y burguesía, inscritos en compañías aseguradoras privadas, demuestran que estos grupos sufren problemas de salud cualitativamente distintos.

"Así, los grupos proletarios, con una expectativa de vida corta, morían 30 veces más de amibiasis, 8 veces más de tuberculosis, 6 veces más de hepatitis y entre 3, 5 y 4 veces más de enfermedades respiratorias agudas, cirrosis hepáticas y enfermedades reu-

máticas crónicas del corazón" (47, 40).

Otro de los factores diferenciales de la morbilidad entre las clases sociales lo constituyen: la alimentación, la higiene y la asistencia sanitaria, profesión y el grado de escolaridad de la madre, nivel cultural y educativo; constituyen el marco contextual determinante para la población infantil, constituyéndose un círculo vicioso de la "patología de la pobreza" (Ver 32).

La población económicamente activa industrial está experimentando actualmente una patología propia el estres: gastritis, gastroduodenitis, colon irritable, úlcera péptica duodenal o gástrica, con posibilidad de complicaciones (perforación, hemorragia, etc.).

Dentro de la población femenina, el cáncer del cuello del útero es más frecuente entre las clases sociales más bajas. En igual condición se encuentran los obreros que preparan colorantes de anilina con el cáncer de vesícula; y de piel en los campesinos y mineros, a causa de la concentración constante a la exposición a los rayos ultravioleta contenidos en el espectro de la luz solar.

En cuanto a las enfermedades mentales

"... la máxima concentración se encuentra entre las clases de menores recursos económicos... La esquizofrenia es una enfermedad típica de las personas con menos recursos..." (47, 70).

Estas son generadas por estímulos productores de estrés de larga duración, tales como son: a) Inseguridad de permanencia en el trabajo; b) Tensión prolongada; c) Aislamiento e individualismo dentro de los procesos de trabajo; y d) Organización del tipo de trabajo -ritmos, controles, destajo, extraordinario, etc.-.

"... el problema de los accidentes y de las enfermedades de trabajo no se puede resolver en términos técnicos, sino sólo con medidas sociales y políticas válidas... El destajo significa trabajar más para ganar más; pero también involucra la reducción de la seguridad del trabajo, consecuente del estado de fatiga puede traducirse en la no observación de medidas protectoras" (24, 109-110).

Respecto a las condiciones reales de acceso al consumo de los servicios de asistencia a la salud, el encarecimiento de los últimos años ha afectado de manera significativa al consumidor por la acelerada alza de los precios en servicios y medicamentos dispuestos en el mercado.

Un estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional del Consumidor, durante el período que va de diciembre de 1988 a diciembre de 1989, reveló que - 23 de 28 maternidades incrementaron el costo de sus servicios en proporción mayor al 100%; en ese mismo período, 4 maternidades disminuyeron sus tarifas en más del 20%. Con relación a los nosocomios, 12 de 17 hospitales aumentaron - sus precios entre 20.1 y 40%; 4 los mantuvieron sin cambio y 1 los disminuyó. 16 de 24 laboratorios subieron sus tarifas; 6 las mantuvieron iguales y 2 presentaron un comportamiento irregular. Finalmente, los gabinetes radiológicos - mostraron una tendencia general al alza del 20 al 60%.

Lo anterior revela, además de la carestía, un grado diferencial de los servicios y productos farmacéuticos, que recae en último de los casos en las condiciones y nivel de pobreza de las mayorías.

Lograr un cambio sustancial en las condiciones colectivas de salud actual en nuestro país, demanda que: los trabajadores se conviertan en árbitros de su propia salud; reconocimiento del proceso salud-enfermedad como un fenómeno social; al tiempo de asumir la transformación del modelo médico vigente a fin de proteger la salud y disminuir las acciones curativas del paradigma - biológico centrados en la patología.

4.2.- Daños al Ambiente.

Es importante, para efectos de aplicación de medidas resolutorias, diferenciar los problemas de deterioro de la ecología (en el sentido de alteración de los ecosistemas), que afectan indirectamente la salud humana.

Para comprender la contaminación ambiental en el lenguaje especializa-

do se debe considerar:

"... la distinción entre fuentes fijas y fuentes móviles, incluyendo en las primeras a las que originan problemas ambientales - debido a actividades comerciales e industriales; y dejando entre las segundas a aquéllas que esencialmente corresponden a los vehículos, y en particular a los vehículos de combustión interna.. la contaminación por fuentes móviles provee el 60 u 80% de la - contaminación" (26, 69).

La emisión de contaminantes para la zona metropolitana de la Ciudad de México (1983) indica que son dos grandes tipos de fuentes de emisión los que se deben considerar: las móviles con el 81.0% y las estacionarias con el 19%.

La mayor parte de vehículos en la República Mexicana se encuentra concentrada en el Distrito Federal (32%).

"La importancia de las emisiones de monóxido de carbono y óxidos de nitrógeno por fuentes móviles en la contaminación atmosférica se masifica cuando se observa la población vehicular en la ciudad de México que en 1940 era de 93 632 unidades; en 1981 de - 2 004 229 y en 1985 de 2 500 000 automotores, con un crecimiento anual esperado de aproximadamente el 10% y una vida promedio de vehículo de doce años" (26, 113).

Se ha visto ya cómo los primeros lugares de la mortalidad, de la morbilidad por enfermedades transmisibles y de la morbilidad hospitalaria, los ocupan las enfermedades ligadas a la contaminación del agua de consumo, lo que - la convierte en el problema ambiental de mayor prioridad. El usuario recibe el agua con 50% de potabilidad debido a su contaminación en la conducción y en el almacenamiento.

Como en el caso del agua, el control de la contaminación del aire no - se ha logrado debido a diversos factores, tales como la carencia de tecnología adecuada, el inadecuado mantenimiento de los equipos o su operación exclusiva al recibir visitas de inspección, la negativa actitud de muchas empresas privadas y del Estado para cumplir con la legislación, las sanciones reducidas, la falta de recursos de los programas de control y prevención e, incluso, la corrupción en su aplicación.

"En cuanto a las materias sólidas (asbesto, asfalto, partículas metálicas, polvo pétreo, carbón, cenizas, etc.), México arroja al aire cerca de diez mil toneladas diarias de sólidos al día. Un promedio de veintiséis toneladas diarias de basura flotante se deposita al mes en cada kilómetro cuadrado del suelo del D.F.; no existe duda alguna de que el 60% al 80% del smog es producido por los vehículos de motor, generando un color mostaza en el ambiente de nuestra ciudad" (51, 54).

El muestreo realizado por las estaciones que funcionan en la Cuenca de México y que investigan sistemáticamente las concentraciones de bióxido de azufre y partículas en suspensión; han reportado incrementos graduales y sostenidos desde 1967 hasta 1984, situación que se agudizó en 1991 porque

"En este año se registró la cifra récord de contaminación en los seis años de funcionamiento de la Red Automática de Monitoreo Atmosférico (RAMA) al alcanzarse los 340 puntos; en ocho ocasiones los Imeca fueron superiores a las 300 unidades -dos fueron continuas-; tres veces se aplicó el Plan de Contingencias Ambientales, y durante 290 días se rebasaron las normas internacionales de calidad de aire" (8, 8).

Lo anterior ha conducido a la generación de daños a la salud:

"Informa la Cámara Nacional de Hospitales: Aumentan 50% las consultas por males infecto-respiratorios... por los cambios drásticos en la temperatura, aunados al deterioro en la calidad del ambiente... provocó que entre la población se presentaran en mayor medida la gripe, bronquitis, faringitis y otros males respiratorios..." (48, 41).

Por su parte, el IMSS reporta que se

"... registró un incremento de padecimientos respiratorios de 62.4 por ciento en el bimestre octubre noviembre -1991- ... en los casos de neumonías... infecciones respiratorias agudas" (2, 41).

El proceso de dependencia y explotación ha destruido parte del patrimonio cultural y de recursos de los pueblos latinoamericanos, donde México no se escapa a la erosión de los suelos y degradando el potencial productivo de los ecosistemas naturales.

Los diferentes estilos étnicos en el empleo de los recursos culturales en el cuidado de su salud, les ha caracterizado por el aprovechamiento y conocimiento de los procesos ecológicos, básicos para el mantenimiento del equilibrio entre naturaleza-producción.

Esta situación contrasta la conservación y reproducción del propio sistema capitalista, al transferir sus efectos nocivos a los países subdesarrollados, principalmente a los sectores campesinos e indígenas.

"El problema no radica en la imposibilidad económica de la explotación capitalista de los recursos en condiciones de una racionalidad ecológica sino en la propiedad de los medios de producción que determina la apropiación de la riqueza" (28, 111).

El resultado final de estas luchas entre clases sociales y grupos culturales determina las formas diferenciadas de utilización y transformación de recursos; por lo tanto se habrá de reconocer que:

"Los costos ambientales del desarrollo, en su sentido amplio, no son internalizables por un proceso de planificación centralizada. Es a través de las luchas populares como se transmiten los costos de la opresión, de la explotación y de la depredación en el cálculo económico de las empresas y en los principios normativos de los gobiernos". (28, 146).

El antropólogo Manuel Peláez Casablanca señala que:

"La tarea de médicos, enfermeras, antropólogos, etc., tienen un campo profesional enorme dentro de la ecología, campo que en su mayoría está totalmente abandonado, ahí también existen problemas de salud y muy graves" (37, 7).

4.3.- Invalidez

La modificación en la patología predominante y el aumento de la esperanza de vida, han dado lugar a un incremento de la invalidez en sus diferentes modalidades: somática, psicológica y social.

La invalidez se caracteriza por una limitación de las potencialidades humanas para el cumplimiento de las funciones en lo individual, en lo familiar y en lo social, como consecuencia de daños irreversibles. Se estima que la invalidez afecta el 7% de la población mundial.

El registro de 1982 muestra que en nuestro país existían aproximadamente 2 200 000 inválidos, de ellos fueron del sistema musculoesquelético el 37%, de los órganos de los sentidos y del lenguaje el 23%, de problemas psicosociales (alcoholismo, alteraciones de la conducta, epilepsia) con el 31%, deficientes mentales el 3% y otras formas con un 5%.

En cuanto a la incidencia de secuelas invalidantes, para 1982 observó ocupar las primeras seis causas con: secuelas del alcoholismo con una tasa de 56.4; en tanto que los traumatismos ocupan una tasa del 35.3; la epilepsia el 30.0; las enfermedades articulares con el 28.3 y el quinto lugar ocupado por la sordera con el 21.9 y en sexto lugar por la ceguera con el 21.8.

Por otro lado, el Censo de Población y vivienda de 1990 señala la existencia de registros por parte del IMSS que la invalidez para 1986 cubrió 154 300 personas, para 1988 aumentó a 188 813; mientras que el ISSSTE declara que para 1986 califica 1 464 casos de invalidez disminuyendo drásticamente para 1988 con 467, resultado de la redistribución diagnósticas de las causas de pensión.

El IMSS integra los reportes de casos de incapacidades siendo, para 1986, un total de 19 609, incrementándose para 1988 a 23 925, resultado del aumento de la población económicamente activa, principalmente por accidentes en trayecto al lugar de labores. En cuanto al ISSSTE se observó estabilidad del total de casos de incapacidad permanente por riesgos de trabajo entre los años de 1987 y 1988, resultado de la población de trabajadores a los que brinda sus servicios -empleados del Estado-.

Se ha reconocido socialmente la participación que los pensionados han procurado para el desarrollo del país, sin embargo, la realidad que enfrentan de riesgos y deterioro de su salud, no sólo por las características físicas que presentan, aún más, las condiciones de vida y manutención han

contribuido en la elevación de la morbilidad de este sector de la población, y que muy poco se ha hecho para transformar y solucionar esta realidad problemática.

"El promedio de las pensiones del IMSS es de 85 mil pesos mensuales, que... no alcanza ni para pagar una estrecha vivienda capaz de alojar con los servicios mínimos, a una pareja de ancianos, - menos aún para vestido y alimentación" (38, 3).

4.4.- Nutrición.

La nutrición, en su más amplia acepción, corresponde a los mecanismos necesarios para poner a disposición de la población los alimentos (producción, transporte, almacenamiento, mercadeo, distribución y preparación) para su consumo, así como los efectos que su ingestión produce en la construcción y reposición de tejidos y en el desempeño de sus funciones sociales.

Las condiciones de nutrición están estrechamente vinculadas tanto con el mantenimiento de la salud como con la presencia y gravedad de las enfermedades, hasta ser consideradas en ocasiones como su causa.

Se acepta que 2 575 calorías y 76.5 gramos de proteínas es la cifra recomendable de ingesta promedio por habitante. Con base en esto, se estima - que más de la mitad de la población en México está subalimentada, en tanto - que del 10 al 15% de la población, fundamentalmente urbana, está sobrealimentada. Esta condición se manifiesta tanto en los caracteres somatométricos generales del mexicano -su baja resistencia física a la enfermedad y al esfuerzo, sus rasgos de personalidad y su conducta psicológica y social- como en la proclividad de otra parte de la población a la obesidad, a la diabetes, a las enfermedades cardiovasculares, etcétera.

"Únicamente el 18% de la población ingiere dietas adecuadas; se estima que debido a la crítica situación económica del país ha tenido lugar una reducción del 18% en la ingesta calórica y un - 15% en la proteíca, e incluso en algunos casos, como el de las

proteínas de origen animal, alcanzan el 50%. Tales reducciones afectan particularmente a los grupos de menores ingresos". - (23, 44-45).

Frete a tales condiciones, es fácil entender la frecuencia permanente de enfermedades transmisibles, agudas y crónicas; que dentro de las repercusiones sociales se manifiestan por aislamiento, inseguridad, desconfianza y falta de cooperación, atraso cultural en la economía agropecuaria, desempleo y/o subempleo.

El Censo de 1990 consideró como indicador el consumo de diversos alimentos por los niños menores de seis años de edad, encontrándose deficientes ingresos de alimentos a la semana anterior a la aplicación del cuestionario - del censo, encontrándose: el 19% no comió carne, el 19% no ingirió huevo, el 18% no tomó leche y el 60% no comió pescado.

Producto de la crisis de la década de los ochenta, ha sido la estructura del gasto familiar, la cual se ha modificado profundamente, principalmente en la compra de las prendas de vestir, zapatos, aseo personal, mobiliario y equipo doméstico, y principalmente los alimentos, entre los más importantes.

Lo anterior representa graves daños sobre todo para la población más vulnerable como los niños y mujeres embarazadas, prueba de ello son los registros que el Instituto Nacional del Consumidor - hoy Procuraduría Federal del Consumidor - señala que para 1985 y 1988, mientras que para el estrato formal bajo era de \$ 6,985.44 en 1986, para 1988 constituyó \$ 5,426.85, lo cual significa una disminución del poder adquisitivo real en gasto promedio semanal - en alimentos del 0.7%; situación similar al resto de los estratos sociales.

En cuanto a la compra diaria de proteínas se presenta una disminución del 5.2% para el estrato formal bajo, y siendo estable para el estrato formal medio. En cuanto a calorías la disminución fue del -5.9 y de +1.7% para los estratos antes mencionados.

Actualmente, más de la mitad de la población mexicana sufre ese flagelo y miles de personas, sobre todo niños, mueren debido a la desnutrición:

"... la Titular de la Dirección General de Salud Materno-Infantil de la Secretaría de Salud señaló que cada 24 horas mueren en el país 217 menores de 5 años por padecimientos prevenibles, los cuales se encuentran asociados a un deficiente estado de nutrición. Según cifras oficiales, al año mueren más de 79 mil niños menores de 5 años por enfermedades relacionadas directamente con la pobreza" (44, 91-92).

De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de la Niñez el 90% de los niños mexicanos padecen algún grado de desnutrición.

"Cada 24 horas mueren en todo el país 500 menores de 5 años por desnutrición; por la misma causa, también diariamente, 5 000 menores quedan dañados en forma irreversible" (35, 1).

Por su parte, la Confederación Nacional Campesina ha declarado:

"... se ha detectado un gran déficit de consumo de calorías y - proteínas en 68 por ciento de los campesinos, y de los dos millones de niños que nacen anualmente, cien mil mueren antes de los cinco años y un millón sobreviven con defectos físicos o mentales debido a insuficiencia alimentaria" (44, 92).

Es importante reconocer las diferencias numéricas expresadas anteriormente; sin embargo, ambas ratifican el fracaso del Programa Nacional de Alimentación 1983-1988 (PRONAL), el cual se desprende del plan general de modernización e irónicamente inscrito dentro de las numerosas campañas publicitarias de consumo de alimentos chatarra.

"Un hecho de enorme gravedad que el INCO también planteó señala que los más afectados por el reinado de los alimentos chatarra en las urbes y en el campo son los niños, grandes demandantes de artículos que dañan a su salud y distorsionan sus patrones de consumo" (41, 3).

Aún más, los individuos altamente susceptibles a la enfermedad debido a la desnutrición crónica, a los cambios de clima, a las modificaciones obligatorias en su dieta, a su carencia de agua potable, a las malas condiciones sanitarias; son sujetos que se debaten en la angustia permanente de la vida, la miseria, la enfermedad y muerte.

"Puede decirse que la desnutrición es un fenómeno que trasciende la realidad corporal del individuo ya que sus causas radican en

la forma como nuestra sociedad se organiza para producir y reproducirse" (44, 94-95).

4.5.- Población.

El conocimiento de las características específicas de la población en sus niveles: estructura y dinámica poblacional, como referente universal en que ocurren los daños a la salud, así como para ubicar las especificidades de éstas y su consecuente magnitud y medios de solución de que se dispone, a partir de dichas acciones, el proceso de planeación de la salud pública orienta los servicios de salud y el gasto social, que habrá de atender satisfactoriamente las necesidades de la población en materia de salud.

La población en México estimada en el censo de 1990 fue de 81 249 645 habitantes, donde el 49% corresponde a hombres y un 51% a mujeres, lo que indica que por cada 100 hombres hay 103 mujeres.

"El número de habitantes alcanzado al tercer mes de este año -1990-, muestra que México duplicó su población en sólo 25 años, ubicándose en el decimoprimer lugar como nación más poblada en el mundo" (11, 1).

Juntos el Estado de México y el Distrito Federal representan más de la quinta parte de la población a nivel nacional, con 18 millones 52 mil 861 habitantes.

"En el área metropolitana de la ciudad de México hay una población de 15 millones de personas, lo que la ubica entre las tres más pobladas del mundo, superior al número de habitantes de Singapur y Hong Kong" (11, 18).

Crecimiento Natural.

El ritmo de crecimiento demográfico ha ascendido a partir de 1920, con una tasa anual de 1.7, hasta llegar a 1960 con una tasa del 3.4% y descendiendo a 2.3% en 1990. La fluctuación demográfica guarda relación directa con la

disminución de las tasas de mortalidad frente a la alza de la tasa de natalidad, resultado último de las modificaciones socioeconómicas por las que ha atravesado el país.

Natalidad General

En cuanto al incremento poblacional registrado durante el período 1984 y 1988 el número de nacimientos disminuyó de 2 511 894 a 2 511 355. Registran do el mayor porcentaje de nacimientos en el Estado de México, Veracruz y Distrito Federal. Esta disminución en la tasa de natalidad en dicho período obedece a los resultados obtenidos en el Programa de Planificación Familiar emprendido durante el sexenio de Miguel de la Madrid, el cual atiende a 7.6 millones de parejas en todo el país.

Distribución por edades.

Los cambios demográficos por grupos de edades muestra una clara tendencia al rejuvenecimiento de la población, ya que en 1950 el 41% de la población correspondió al grupo de menores de 15 años; ya que para 1970 era del 46%, y en 1988 esta cifra fue del 44.8%. Lo cual refleja que la mayor proporción de habitantes se encuentran en situación de dependencia económica y/o actividades de formación educativa y profesional. Para 1990 disminuye esta proporción a 31% menores de 12 años y un 68.8 de 12 años y más, de la cual el 43% pertenece a población económicamente activa.

La distribución poblacional económicamente activa para 1990 registró que del total de éstos, sólo el 1.1% era desocupado, el 41.8% ocupados y un porcentaje muy elevado de población económicamente inactiva del 55.1%.

En cuanto a la distribución de la población de 12 años y más en condición de actividad se observó (1990) que el 54% se encuentra comprendido dentro del grupo de edad de 12 a 29 años; en la relación por sexo, los hombres ocupan el 68.1% y las mujeres el 19.58%.

Por otra parte, se observa en la población ocupada, según situación en el trabajo del total de la población señalada, el 2.6 corresponde a profe-

sionales, mismos que cubren un 74% por hombres y un 26% de mujeres profesionales. En cuanto a trabajadores técnicos se registró un 3.2% del total de la población activa. Aún más, el sector obrero y empleados constituyó el 57.3%, mientras que los jornaleros cubrieron un 10.7%, los trabajadores por su cuenta un 23.3% y los patrones o empresarios cubrieron un 2.2%. Lo anterior refleja de manera superficial la panorámica laboral de grandes sectores de la población asalariada.

La distribución de la población dentro de los sectores productivos y de servicios muestra un panorama más específico de las coyunturas del mercado empleador en la utilización de la mano de obra en el país, encontrándose 3 sectores principales: Sector de la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca con un 22.6%, seguido de la Industria manufacturera (19.1%), Comercio (13.2%).

En conjunto la distribución de la población ocupada por sectores de actividad se observó de la siguiente manera: sector terciario con el 46.1%, secundario con el 27.9%, el primario con 22.6% y finalmente un 3.4% no especificado.

Por otro lado, la población económicamente inactiva presentó particularidades propias de un país joven, pero con sectores de la población con limitaciones incapacitantes y/o de actividades propias del hogar, cubriendo un total de 30 816 069 personas, de las cuales 8 179 710 corresponden a hombres (26.5%) y 22 636 359 mujeres (73.4%); ubicándose ambos sexos dentro del grupo de edades de 12 a 34 años con 20 307 637 personas (65.8%); y distribuyéndose por tipos de inactividad entre estudiantes con un 30.2% de personas dedicadas a los quehaceres del hogar un 56.8%, jubilados y pensionados el 2.4%, incapacitados permanentemente para trabajar un 1.3%, y finalmente otro tipo de inactivos con un 9%.

Otro de los elementos fundamentales en el análisis de la distribución demográfica lo constituye la población femenina y la condición de hijos procreados vivos, registrándose un 82.3% que cuenta entre 1 y 6 hijos. Aún más, de acuerdo a la edad se registró una tendencia marcada entre los 15 y 24 años de edad con un 31.2%, seguido del grupo de 25 a 29 años con un 11.6% y en ter

cer lugar el grupo de 12 a 24 años con un 10.9%.

La relación entre nacimientos y el promedio de sobrevivencia se ubicó para 1990 entre los 45 y más años, esto obedece a la culminación de embarazos, contrario a edades restantes, que en su mayoría concentran altos porcentajes de abortos.

Densidad

La densidad de población constituye el promedio de habitantes en un espacio territorial determinado; así en México, en 1900 6.9 habitantes por kilómetro cuadrado y en 1990 se incrementa a 41.2. Por otra parte, la relación del tamaño de la localidad se ha incrementado, obteniéndose un máximo de 18 233 313 concentrados en localidades de un tamaño de entre 100 mil y 499 9999, lo cual significa el incremento de enfermedades propias de zonas altamente pobladas y con demandas crecientes en servicios públicos y de comercio.

Centros de Población.

La población mexicana ha sido y continúa siendo dispersa, ya en 1900 existían 53 907 localidades con trece y medio millones de habitantes, mientras que para 1990 ascienden a 156 602 localidades para 81 millones de habitantes. El número de localidades casi se triplicó; estos datos guardan relación inmediata con los niveles de calidad y esperanza de vida de sus habitantes, básicamente por las condiciones insalubres y graves problemas carenciales de servicios públicos prioritarios para la salud.

Aún más, la densidad poblacional por número de integrantes de la familia, ha ido disminuyendo hasta alcanzar (1990) 18% con 4 miembros, seguido de 5 y 3 miembros con 17% y 14.6% respectivamente.

En cuanto a los movimientos poblacionales internos, han sido desalentados a través de las políticas demográficas, lo que se ve reforzado por la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, consecuentemente ampliando la esperanza de vida de la población en general.

Distribución urbano-rural.

En México se ha considerado como rurales a las localidades que tienen menos de 2 500 habitantes, sin considerar los niveles de servicios públicos y comerciales con que cuentan las localidades, de ahí la relatividad de la información que de este criterio se obtiene.

En 1900, 45 567 de las localidades tenían menos de 500 habitantes; en 1990 había 140 551 localidades con igual cantidad, llegando casi a triplicarse. En este último año, el 28.7% de la población residía en 154 016 localidades, todas ellas menores de 2 500 habitantes (rural), lo que significa que el 71.3% de la población radica en 2 586 localidades, todas ellas de 2 500 habitantes o más (urbana); de ellas 613 con más de 10 000 habitantes y sólo 153 de 50 000 o más.

El elevado ritmo de crecimiento urbano se ha debido a la migración interna constante de las áreas rurales hacia los centros urbanos o a crecimientos explosivos de las localidades rurales hasta superar la cifra de 2 500 habitantes. Sin embargo, esta migración no ha sido uniforme, ya que ha provocado el crecimiento desorbitado de cierto número de ciudades, como Acapulco, Tijuana, Guadalajara, Puebla, Ciudad Juárez, Monterrey y muy especialmente de entidades como el Distrito Federal y zona conurbada (Ciudad Netzahualcóyotl, San Bartolo Naucalpan, Tlalnepantla, San Cristóbal Ecatepec, entre otros).

4.6.- Ambiente.

El diagnóstico situacional de salud del país no puede limitarse a aspectos de mortalidad, natalidad, invalidez y nutrición, por el contenido eminentemente parcial, por lo que es menester incorporar información sobre los elementos que condicionan o determinan la aparición, desarrollo y distribución diferencial de la enfermedad, la invalidez y la muerte.

El contexto socio-cultural en el cual los individuos y las clases sociales interactúan en el transcurso de sus vidas y en el que manifiestan sus

acciones, es un todo único en el que, para fines de estudio, se reconocen dos grandes apartados: el ambiente natural y el social. El ambiente natural comprende los caracteres físicos y biológicos derivados de la geografía. El ambiente social está determinado por las actividades humanas.

Ambiente Natural:

De acuerdo con la información más reciente, nuestro país tiene una superficie de 1 958 201 km² y cuenta con 10 143 km de litorales. El 46% del territorio tiene una altitud menor de 900 metros sobre el nivel del mar, el 42% entre 901 y 1 200 metros, y el resto por encima de esa última cifra. El país se encuentra ubicado entre los 18° y los 35° de latitud norte. Por sus caracteres geológicos tiene una intensa acción sísmica y volcánica que se traduce en frecuentes desastres naturales.

El régimen de lluvias presenta un mayor índice en verano, época en la que por su intensidad, produce inundaciones que contribuyen periódicamente a otro tipo de desastres naturales.

En cuanto al clima, el país presenta una diversidad amplia, con predominio de los áridos y extremos en el norte y del tropical en el sur.

Las características geográficas y climáticas antes citadas determinan la distribución de las actividades económicas, políticas y culturales, mismos que intervienen en las condiciones de salud en el país.

Vivienda

Es un hecho comprobado que el tipo de vivienda puede incrementar los índices de morbilidad en sus moradores debido a varios factores: malas condiciones de construcción, higiénicas, disponibilidad de agua y drenaje, control de basuras y flora y fauna domésticas nocivas.

En 1950 había 5 259 208 viviendas para 26 millones de habitantes, en promedio cinco habitantes por cada vivienda. En 1990 había 16 197 802 viviendas para 81 millones de habitantes, en promedio 5 habitantes por vivienda.

En este último año (1990), el 10% de ellas contaban con un solo cuarto y el 23% con dos cuartos; es decir, el 33% de las viviendas en México constan en la década de los ochenta de uno y dos cuartos, y en ella reside más del 33% de la población.

La evolución de las características de la vivienda en nuestro país se han observado cambios significativos, tales como son los materiales de construcción, ya que para 1950 el 44.7% se encontraba construido de materiales diversos, y el 41.6% de adobe, mientras que tan sólo el 13.7% eran de ladrillo; para 1990 se invierte el panorama, ya que el ladrillo ocupa el 69.5%, el adobe el 14.6% y otros con un 23.1%. Dichas características vienen a sumarse a la disposición de combustibles usados para cocinar, donde el uso de gas cubre 76.8% del total de viviendas, seguido de leña o carbón con un 21.1%. Además la utilización de combustibles dentro de la vivienda representa demanda de observar la disposición o no de cocina separada del dormitorio, registrándose que el 74.1% sí contaba, y un 10.3% con cocina compartida con el dormitorio, y el 8.4% no contaba con cocina. Estos últimos datos contribuyen al entendimiento de los padecimientos gastrointestinales por las condiciones insalubres en el proceso de elaboración y consumo de alimentos.

El 19% de las viviendas en 1990 tenían piso de tierra, el 37% estaban construidos con material inapropiado y el 12% carecían de energía eléctrica. El 62% se habían edificado en condiciones estructurales deficientes con alto grado de riesgo, más del 65% habían sido construidas con métodos no convencionales por sus propios usuarios.

Existen diferencias importantes entre la vivienda urbana y la rural. En las grandes ciudades el mayor problema radica en los cinturones de miseria que reproducen e, incluso, intensifican las deficiencias de las zonas rurales. En el campo, aunque pueden disponerse de superficie suficiente y de un ambiente sano y satisfactorio, en muchos casos se carece de servicios fundamentales.

En cuanto a la disponibilidad del agua del drenaje en las viviendas, el 79% cuenta con agua entubada que, en el 29% de los casos, llega al interior de los recintos; asimismo, el 63% tienen drenaje, y el 37% no dispone de éste.

En cuanto a la propiedad y tipo de tenencia de la vivienda en 1990 se observó que de las 16 197 802 viviendas ocupadas, correspondió a propiedad particular 12 486 898 (77.8%), en renta 2 347 459 (14.6%). Dentro de la clase de vivienda se registró que el 84.3% corresponde a viviendas solas, el 13.9% corresponde a departamentos en edificio, casa en vecindad o cuarto de azotea.

En general, la situación de la vivienda es todavía insuficiente en cantidad y calidad de ésta, ya que una amplia población se encuentra en graves predisposiciones insalubres y de hacinamiento de residencia, lo que reclama de ser recuperado en el momento mismo de analizar los daños a la salud de la población, y particularmente de los sectores menos favorecidos.

Ambiente Social.

El lenguaje ha sido considerado tradicionalmente como uno de los elementos más importantes en la implementación de programas de desarrollo económico, cultural y/o de salud, por las limitaciones que se enfrentan ante la pluralidad de lenguas indígenas existentes a lo largo del territorio nacional.

El registro último obtenido (1990) de la población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena fue de 5 282 347 que constituye el 6.5% del total de la población del país; dicha población se encuentra distribuida de forma análoga a los grupos de edades que corresponden a la población general, esto es, la concentración numérica mayor se encuentra entre las edades de 5 a 24 con un 47.9% y un 52.0% correspondiente al grupo de 25 y más años.

El Censo de Población y Vivienda de 1990 señala que en el país existen 93 lenguas indígenas registradas, siendo el náhuatl la lengua con mayor población de 1 197 328 de hablantes, en segundo lugar el maya con 713 520 de hablantes, en tercer lugar el mixteco con 383 544 de hablantes, seguido del zapoteco con 380 690 de hablantes.

En cuanto a la distribución de la población hablante de lenguas indígenas se tiene registrado que son 8 entidades federativas las que agrupan el mayor porcentaje, siendo Oaxaca el Estado que agrupa el mayor porcentaje con el

19.3%, seguido del Estado de Chiapas con el 13.6%, Veracruz con el 11.0%, Yucatán con el 9.9%, Puebla con un 9.5%, Hidalgo con el 6.0%, Estado de México con el 5.9% y Guerrero con el 5.7% y otras entidades que cubren el 19.1%.

La existencia de lenguas indígenas ha generado el surgimiento de población bilingüe que emplean para su comunicación la lengua indígena y el español, dicha población cubre el 80.2% del total de la población hablante de lenguas indígenas; en cuanto a la población que no habla el español cubre el 15.8%, porcentaje muy elevado considerando las condiciones generales en las que se desarrollan los programas sanitarios dirigidos a los sectores indígenas, factor que interviene en la elección de las estrategias técnico-instrumentales de dichos programas.

En relación a la estructura familiar, el estado civil de la población de 12 años y más proporciona datos importantes para el entendimiento de la atención de los menores. En nuestro país la población de 12 años y más que cubre 55 913 847, donde corresponde a 27 084 182 a hombres y 28 829 665 de mujeres; respecto al estado civil se observó que el 40.5% es cubierto por solteros, y dentro de la población de casados se tiene un registro del 11.1% por el civil, el 7.3% por unión libre y el 3.6% cubierto por viudos. Como se pudo observar, la estructura del estado civil refleja la presencia de una mayoría de solteros y guardando relativo equilibrio entre los sexos.

Educación.

Dos ejes fundamentales han sido considerados como indicadores intervinientes en la salud de la población: el analfabetismo y la escolaridad; ambos circunscriben características distintivas entre las naciones y/o regiones socioeconómicas, para el caso de nuestro país, de acuerdo con el censo de 1990, el 87.3% de la población mayor de 6 años sabía leer y escribir; en 1940, únicamente el 45% y en 1970, el 71%. La evolución de las cifras de alfabetismo puede apreciarse en la fuente correspondiente.

En lo concerniente al nivel de instrucción alcanzado, en 1990 México registró que el total de la población de 6 y más años, el 14% no había terminado la primaria, el 21% tenía del primero al tercer grado de primaria, el 28%

tenía del cuarto al sexto grado y sólo el 33% tenía alguna instrucción posprimaria.

Un dato importante al respecto lo constituyó la declaración emitida - por la Reunión Nacional de Educación Básica, donde se señaló que en Ciudad Nezahualcóyotl:

"... hay una población de 30 000 analfabetas mayores de 15 años, 90 066 adultos con primaria incompleta y 23 291 sin concluir..." (16, 9).

Lo anterior es muestra de las desigualdades educativas existentes en grandes sectores de poblaciones, principalmente marginadas y/o desprotegidas.

En cuanto al nivel medio básico se tiene un registro del 56.7% del total de la población mayor de 12 años, sin instrucción media básica, con estudios técnicos o comerciales y primaria terminada el 1.8%, inscritos en nivel el 19.3% y finalmente con instrucción postmedia básica el 20.0%.

Así, en el nivel medio superior se observó que para 1990 la población de 18 años y más fue de 47 587 144, de la cual el 74.3% carece de instrucción media superior, con estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada el 4.9%, inscritos en preparatoria o bachillerato el 9.2%, inscritos en normal básica el 0.7% y con instrucción superior el 8.6%.

La población de 18 años y más, para 1990 abarcó un total de 43 616 948 de los cuales el 88.3% carecía de instrucción superior, en población con un grado aprobado cubrió un 0.9% con 395 848 y para los niveles de cuarto y sexto grado cubrieron un 0.9% y 0.5% respectivamente. Finalmente, en los niveles de posgrado se cuenta con un 0.8%. Como puede observarse, el sector poblacional de estudios superiores constituye un porcentaje del 11.7% que no necesariamente significa que éstos ocupen actividades laborales propias de su profesión, ello tiene su fundamento por la disposición porcentual de técnicos de nivel postprimaria y de niveles técnico-profesionales, que ocupan en su mayoría espacios laborales que deberían ser cubiertos por niveles académicos universitarios.

Economía.

El país ha vivido graduales transformaciones en su estructura económico-productiva, basta con observar cómo a principios de siglo la situación productiva del país se centraba en la explotación de metales preciosos y materias primas para las metrópolis.

Se aprecia también la era en la que la actividad primaria de la población, que era del 70.5% y descendió a 40.3% en la década de los ochentas; la actividad secundaria aumentó de 11.1% en 1930 a 24.7% en la misma década de los ochentas; de igual manera, la actividad terciaria se modificó de 18.4% al 35% respectivamente.

4.7.- Esperanza de Vida.

Como se ha expresado, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud estrictamente hablando, sino de daños a la misma. - Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza de vida, que expresa la posibilidad de prolongar ésta o acortarla, sin considerar la calidad de la misma.

"La esperanza de vida se define como el número medio de años que se espera vivirá un recién nacido, si se mantienen constantes - las condiciones de mortalidad del momento" (45, 89).

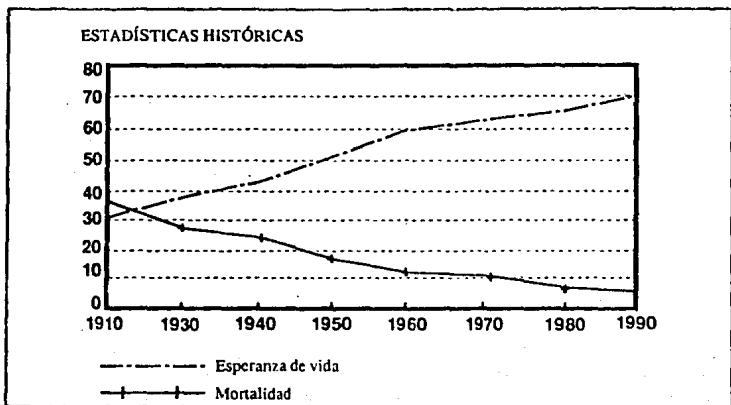
La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad de todas las edades de la vida de una población determinada, unido a otros indicadores positivos como estudios de la capacidad física e intelectual de la población e incluso estudios de sensaciones subjetivas: bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que midan saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y de trabajo, que puedan en un futuro ofrecer una visión más aproximada y satisfactoria de la salud colectiva.

"En nuestro país, la esperanza de vida al nacer para el quinquenio 1985-1990, se estimó en 67.1 años para el hombre y 72.8 para la mujer. Sin embargo, estos indicadores de ninguna manera son uniformes para toda la República Mexicana: por ejemplo, en Nuevo

León la esperanza de vida es de 71.6 en hombres y 75.5 en mujeres, mientras que en Oaxaca, las cifras son de 58.7 y 63.8 años respectivamente. Estadísticas que son producto de la desigualdad, pues revelan la existencia de estratos subdesarrollados dentro del subdesarrollo" (34, 49).

La expectativa de vida del mexicano se ha elevado notablemente; para 1910 se estimaba entre 38 y 39 años, y para 1923 era de 33 años, cifra que ha ido mejorando paulatinamente hasta alcanzar 69 años en 1988.

La salud en nuestro país está determinada por una situación en donde el bienestar de una minoría se consolida a un alto precio para las grandes mayorías, basta comparar la mortalidad de distintos países o regiones.



Esperanza de vida y mortalidad en México.

"Entre los países latinoamericanos, se observa que Cuba posee la mayor esperanza de vida al nacer -más de 70 años- y ocupa el tercer lugar en el hemisferio occidental. Dentro de este contexto México se ubica entre los países con una esperanza de vida superior a los 60 años" (34, 58-59).

Uno de los indicadores de salud es la esperanza de vida al nacer, la cual para los países desarrollados, es de alrededor de 74 años, mientras que para los habitantes de los países pobres es apenas de 54.

El progreso de la esperanza de vida se debe fundamentalmente a los adelantos en tecnología, prestación y cobertura de los servicios médicos, así como de los eventos sociales que han disminuido considerablemente la tasa de mortalidad y de planeación del crecimiento poblacional.

La salud y la enfermedad son reflejos de la forma en que el hombre se relaciona con la naturaleza por medio del trabajo, la cultura, la política, la educación, la organización social.

A pesar de su fuerza expresiva, estas cifras estadísticas ocultan una realidad aún más cruel, pues no señalan la calidad de vida de los millares de seres humanos expuestos a la desnutrición, a la enfermedad y al abandono, que mueren a consecuencia de padecimientos potencialmente curables por la ciencia médica.

4.8.- Recursos para la salud.

Se entiende por recursos para la salud a todos aquellos que son susceptibles de ser utilizados para producir bienes y servicios en su favor; los cuales se dividen en: Instituciones para la salud, Personal para la salud y Recursos económicos.

Para precisar la cobertura y alcances de cada uno de los recursos antes mencionados se abordará en forma particular cada uno de ellos, señalando

Las particularidades que caracterizan sus objetivos y participación dentro de las demandas y necesidades de la población consumidora de los servicios prestados.

Instituciones para la Salud.

En México, la atención a la salud se ofrece mediante dos prestadores - básicos: La brindada por el Estado y la prestada por la iniciativa privada.

Por ser un tema previamente desarrollado en el capítulo de la conformación del Modelo de Atención a la Salud en México, sólo se señalarán las tres formas de prestación de servicios para la salud existentes en nuestro país:

- Asistencia Pública: ajustado al principio igualitario de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y el gobierno es el responsable de proporcionar los servicios necesarios para fomentar, conservar y recuperar la salud.

- Seguridad Social: basado en el derecho gremial a la prestación de diversos servicios entre los que se encuentra la salud, mediante distintas fórmulas de financiamiento y

- Ejercicio privado: apoyado en las leyes de la libre oferta y demanda.

Hasta 1943, los servicios médicos y sanitarios del país estaban a cargo únicamente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de las instituciones privadas.

Con la creación de los servicios médicos que ofrecen las instituciones mexicanas de seguridad social, se ha logrado una cobertura cada vez mayor de la población, hasta lograr en 1950 el 4.7%, el 11.7% en 1960, a 25.20% en 1970, a 43.20% en 1980 y el 94.0% en 1988.

La cobertura efectiva de estas instituciones es menor a la señalada debido a que parte de sus derechohabientes no hacen uso real de sus servicios, acudiendo a establecimientos asistenciales y de servicios privados.

En el sexto y último informe de gobierno del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, donde señaló que la cobertura de servicios permanentes de salud, se ha ampliado en alrededor de 15 millones de personas, alcanzándose la protección de 93.9% de la población total del país, cuando en 1983 esta cifra ascendía a 81.2%. El régimen de seguridad social protege a través del IMSS a más de 35 millones de derechohabientes, el ISSSTE a más de 7 millones y otras instituciones federales a poco más de 2 millones; la población abierta es atendida por la SSA con más de 18 millones de personas y más de 10 millones por el Programa IMSS Coplamar; y la medicina privada presta servicios a 3.5 millones. La población de 12 mil 966 comunidades rurales dispersas que aún no cuenta con servicios permanentes de salud, recibe atención mínima básica de vacunación, educación para la salud y control de enfermedades epidemiológicas, mediante auxiliares de salud "debidamente" capacitados.

Población derechohabiente de la seguridad social según institución (1950-1988)

Años	Población ¹ Total	Población derechohabiente ²											
		IMSS		ISSSTE		PEMEX		FNM		SDN y SMN		Total	
		Número	Porcen taje	Número	Porcen taje	Número	Porcen taje	Número	Porcen taje	Número	Porcen taje	Número	Porcen taje
1950	25 800 540	973 085	3.77	-	-	137 429	0.53	***	-	126 116*	0.59	1 236 630	4.79
1955	30 557 000	1 576 196	5.16	-	-	174 709	0.57	***	-	153 141*	0.50	1 904 046	6.23
1960	36 046 000	3 360 389	9.33	487 742	1.35	188 431	0.52	***	-	180 166*	0.50	4 216 728	11.70
1965	42 689 000	6 815 685	15.97	1 070 971	2.50	232 636	0.54	212 711	0.50	375 944	0.88	8 707 547	20.39
1970	49 030 000	985 629	20.16	1 347 470	2.74	327 184	0.67	278 169	0.57	522 0005	1.06	12 370 437	25.20
1976	67 329 189	16 631 542	26.68	3 918 514	6.28	546 876	0.87	500 157	0.80	641 916	1.02	22 239 005	35.67
1980	69 909 100	24 125 307	34.51	4 985 108	7.13	646 516	0.92	***	-	485 622	0.67	30 242 363	43.26
1983	75 107 265 ³	26 977 383	35.92	5 610 995	7.47	811 108	1.08	***	-	166 532**	0.22	33 566 018	44.69
1986	80 970 198	31 061 918	38.36	6 957 295	8.59	***	-	***	-	484 531	0.59	38 503 744	47.50****
1987	-	34 736 010	-	7 356 632	-	1 400 277	-	*****	-	358 394	-	43 550 544	-
1988	-	35 046 352	-	7 415 149	-	1 400 305	-	*****	-	350 384	-	44 232 190	-

Fuente: Aueros estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Secretaría de Programación y Presupuesto.

¹ Población calculada al 30-VI de cada año.

² Porcentajes calculados en relación al total de la población.

³ Proyección, método de hipótesis alternativa, SPP/CONAPO/CELADE.

* Incluye solamente a la población derechohabiente de la SDN.

** Incluye solamente a la población derechohabiente de la SMN.

*** No existe información.

**** A partir de 1982 la población derechohabiente de la FNM se incorporó al IMSS.

***** Total parcial.

Dicha cobertura tiene su fundamento a partir de medidas masificantes - de los servicios e incorporación de grandes sectores de la población a la vigencia de derechohabientes a la seguridad social, tal es el caso de los estudiantes inscritos en el sistema educativo oficial.

"... independientemente de la generación de empleos -1988-, la población derechohabiente del IMSS ha tenido incorporaciones adicionales, como es el caso de aproximadamente seis mil taxistas y cerca de 400 mil estudiantes... además de... mineros, cafeticultores y pequeños comerciantes" (31, 14).

Ya para 1988

"La cobertura del IMSS creció el 30% en sus últimos seis años, - mejorándose los servicios tanto en eficacia como en el sentido - humanitario... el IMSS cuenta actualmente con 35 millones de derechohabientes" (50,4).

Afirmación que se basa en la orientación técnico-administrativa de la masificación y saturación de los servicios médico-asistenciales. Siendo en números reales "9 millones 378 mil derechohabientes más en 6 años" (20,19).

Dicha tendencia continuó, hasta llegar a 1990 cuando se declara en la LXVI Asamblea General Ordinaria del IMSS que este organismo

"... protege a 37 millones de derechohabientes y a 11 millones - de habitantes de zonas de profunda marginación -solidariohabientes-." (21, 1).

y continuar en el mes de agosto con la incorporación de:

"... dos millones de mexicanos que laboran en E.U. y Canadá... - con estas acciones se pretende incorporar a los que trabajan temporalmente o permanentemente en estos países... y darles servicios médicos en nuestro país a ellos y a sus familiares..." (4, 18).

Por lo anterior, la realidad actual se presenta devastadora, no sólo - por la sobresaturación de los servicios, sino por las implicaciones que de és ta se genera en "la dignidad y respeto que se tiene para los pacientes" - (33, 19).

"Ante la saturación de los servicios públicos de salud, se eliminó ya el período de convalecencia postoperatoria en hospitales y hoy las parturientas tienen un plazo de 8 horas después del alumbramiento para abandonar el nosocomio. Como consecuencia - 30% regresa con complicaciones de parto y aumenta el número de bebés con traumas cerebrales y respiratorios" (30, 21).

Unidades Médicas en Servicio.

El XI Censo de Población y Vivienda ha proporcionado un inventario general y por instituciones de salud del país, el tiempo que permite registrar - la evolución en el período 1986-1990.

Para 1990 el país contaba con 13 174 establecimientos gubernamentales para la atención médica; de ellos 5 593 se encargaban de la seguridad social (I.M.S.S.) y 5 612 de la asistencia social. Existen, además, poco más de 100 instituciones privadas. Del total de unidades gubernamentales sólo 545 eran - Hospitales Generales y 130 de Alta especialidad, mientras que las unidades de consulta externa constituyó 12 446.

La disminución de la cantidad de unidades hospitalarias tiene su origen en los sismos de septiembre de 1985 por la pérdida de numerosos hospitales de alta capacidad de internamiento y servicios de consulta externa, situación que afectó en mayor grado a la Secretaría de Salud, seguido del IMSS y en grado menor al sector privado.

De acuerdo a los datos del Censo de 1990, se tiene un registro de unidades médicas por entidades federativas, la cual señala la relación entre número de unidades hospitalarias y desarrollo económico-industrial -enclave de desarrollo- y tipo de sector de producción principal de la entidad. Por otro lado, la compensación de servicios de atención a la salud en Estados menos desarrollados se asume mediante unidades de consulta externa.

Los Estados de mayor concentración de hospitales generales en la República son de manera singular: Veracruz con un 9.9%, Distrito Federal con el 6.3%, Jalisco con el 4.3%, Michoacán con el 3.4% y el Estado de México con el 3.3%. En cuanto a la distribución de los Hospitales de Especialidad guardan orientación similar a la anterior: el Distrito Federal ocupa el 53.3%; -

mientras que el Estado de Nuevo León cuenta con el 8.5%, Jalisco con el 6.6%, el Estado de México con el 5.7% y en quinto lugar el Estado de Puebla con el 3.8%; lo que significa que el 25% del total de entidades federativas del país cuenta únicamente con un hospital de Alta Especialidad para toda su población, agudizándose el problema de la centralización con el 40.6% de Estados que no cuentan con estas unidades médico-asistenciales y que dependen de la regionalización; incrementando el problema de la sobresaturación ya existente en el estado.

En cuanto a la distribución de camas hospitalarias, la disminución numérica entre 1986 y 1990 obedece al siniestro de 1985, ya que:

"... fueron los causantes del devastamiento de grandes centros hospitalarios en el D.F., la pérdida de camas fue de 2 035 en el segundo nivel y 3 261 en el tercer nivel de atención; la Secretaría de Salud fue la institución más afectada, con una pérdida aproximada del 45% respecto a un total de las camas; el IMSS perdió un 7% de las camas del segundo nivel y un 40% del tercer nivel, aproximadamente" (7, 61).

Para 1990 el total de camas hospitalarias con que contaban las unidades hospitalarias gubernamentales llegaba a 69 260 camas censables, de las cuales el 60.4% estaban destinadas a la seguridad social y el 39.6% a la asistencia social. Es importante retomar los datos anteriores y confrontarlos con el número de unidades hospitalarias, ya que mientras que para las segundas la Asistencia Social contiene el mayor porcentaje de estas unidades, no así el número de camas hospitalarias, aspecto interviniente en el problema de las desigualdades sociales en el acceso real a los servicios médico-asistenciales.

La Cámara Nacional de Hospitales informó, en el Programa Nacional de Salud, que en 1990 contaba con más de 1 000 hospitales privados y con el 13% del total de camas del sector público, datos que habrá de tomarse con cautela, ya que se carece de un censo fidedigno que respalde dichas declaraciones.

Los recursos materiales en unidades médicas del Sector Salud por institución ha observado modificaciones sustanciales por la redistribución técnico-administrativa y de servicios, resultado lo anterior de la estrategia del Mode-

lo de Atención a la Salud que se ha caracterizado por su fuerte orientación organicista y fragmentaria de individuo para el manejo y atención de órganos y/o sistemas afectados de los mismos, y bajo la concepción de alta especialidad del saber médico dispuesto para su atención.

Lo anterior guarda relación con la prestación de consultas externas - otorgadas por institución según especialidad, ya que entre 1987 y 1990 mantiene cierto equilibrio numérico, lo que puede ser entendido por los resultados obtenidos en la instalación de programas y campañas publicitarias del autocuidado de la salud; estos programas se dirigieron a la población en general, - pero con especial énfasis a la población de menores recursos económicos y de deficientes hábitos higiénico-dietéticos.

Pese al número de camas disponibles para la atención de la demanda poblacional y la alta concentración en las principales entidades del país, persiste un alto déficit en el D.F. por la inoperancia de servicios hospitalarios que han tenido que ser cerrados y/o transformados por el

"crecimiento de la estructura administrativa de las instituciones de la salud" (6, 13).

"En quiebra se encuentra la salud pública en el Distrito Federal: existe un déficit de 700 mil camas de hospital, cerca de cinco millones de habitantes no tienen acceso a los nosocomios, y el presupuesto en los centros de salud es raquítico, lo cual demuestra que la ciudad no está preparada para hacer frente a una epidemia" (18, 1 y 10).

Personal para la Atención de la Salud.

De acuerdo con la información conjunta disponible, en 1990 había 89 390 médicos, es decir, uno por cada 910 habitantes; había 44 084 enfermeras y 62 830 auxiliares de enfermería. De la anterior relación numérica resulta aproximadamente una enfermera profesional por cada tres médicos.

Como es bien conocido, la distribución de los recursos humanos para la salud no es uniforme, y basta para subrayar tal hecho, que en 1988 había un médico por cada 375 habitantes en el Distrito Federal y por cada 4 800 habitantes en Chiapas. Por lo que respecta a la distribución de los médicos según

instituciones en donde prestan sus servicios, la situación es la siguiente: - en las instituciones de seguridad social laboran el 70%, en los establecimientos de asistencia pública el 30%. En cuanto a la distribución de las enfermeras, en las instituciones de seguridad social laboran el 75.5% de las enfermeras generales, el 88.4% de las especializadas y el 58.4% de las enfermeras auxiliares; en la asistencia pública laboran el 24.5% de las enfermeras generales, el 11.6% de las especialistas y el 41.6% de las auxiliares.

Los porcentajes antes señalados deben ser considerados parciales por - la relatividad de especificación que de ellos se refleja ya que mientras que la problemática salarial de la enfermera, así como del resto del personal de salud, se enfrenta a fuertes restricciones económicas, se ven sujetos a laborar y prestar sus servicios en dos o tres instituciones para poder mediar sus necesidades particulares, o más aún, a renunciar a sus trabajos y emigrar del país.

"Los bajos salarios de los médicos -y de las enfermeras- han provocado que un elevado porcentaje de éstos se dediquen a otras actividades fuera de la medicina... cada uno de los doctores generales que laboran en la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE ganan al mes entre 700 mil pesos y un millón..." (10, 10).

Se ha reconocido que en la búsqueda de la optimización de recursos y - del incremento eficiente de la productividad, las autoridades de salud han desmantelado programas de salud y han permitido la sobrecarga de trabajo del personal, lo que ha dado como resultado el abatimiento de la calidad de atención médica.

En el caso particular del gasto en salud en México, de acuerdo a las cifras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) nuestro país ocupa el último lugar de entre 25, que otorga menos recursos financieros a este rubro; - mientras que para 1980 el gasto sectorial en salud cubrió el 2.1% del PIB, - para 1988 descendió a 1.9%, según datos del censo de 1990.

"Con base en un informe de la Secretaría de Salud difundido por la prensa nacional el 21 de marzo de 1988, la demanda de servicios médicos al sector salud (IMMS, ISSSTE, SSA) se incrementó - en el sexenio de 1982-1988 en 50%... la prensa nacional el 13 de junio de 1988 indica que el gasto en salud bajo en 40.6% en el período antes señalado..." (44, 59).

Recursos Médicos (1910 - 1990)					
Autor	Año	Número de médicos	Habitantes	Tasa por cada 10 000 habitantes	Habitantes por médico
Ochón de Mendisábal	1910	2 566	15 140 369	1.7	5 908
	1930	4 767	16 584 243	2.9	3 479
	1940	6 664	19 762 603	3.4	2 966
Huerta Maldonado ¹	1952	14 221	27 286 886	5.2	1 919
SSA ¹	1957	18 058	32 607 000	5.5	1 806
Dr. M. E. Bustamante	1960	20 227	36 046 000	5.6	1 782
SSA ¹	1960	21 141	36 046 000	5.9	1 705
SSA ²	1961	24 600	37 268 000	6.6	1 515
Geomédico Mexicana	1965	25 033	42 689 000	5.9	1 705
SPP ³	1970	34 326	49 090 000	7.0	1 430
SPP ³	1974	45 322	58 117 709	7.8	1 282
SPP ³	1983	68 160	74 914 380	9.1	1 099
INEGI	1988	89 399	- - -	-	906
SSA ⁴	1990	89 330	81 249 695	9.0	910

Fuentes:

- 1 Bustamante, M.E., La Medicina como Función Social, Revista de Salud Pública, 1960.
- 2 Dirección de Biostatística, S.S.A.
- 3 Anuarios de Escalfísticas de Servicios Médicos y Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Programación y Presupuestación.
- 4 Programa Nacional de Salud 1984-1988, Poder Ejecutivo Federal, Síntesis Ejecutiva, Ed. Salvat. II Censo de Población y Vivienda 1990, INEGI.

PERSONAL NO MÉDICO QUE LABORA EN EL SECTOR SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA
SIGUIENDO ACTIVIDAD
1986 - 1988

1 9 8 6 - 1 9 9 0

Personal Paramédico

ENTIDAD FEDERATIVA	Total	Serv. Aux. de Diag. y Tratamiento	Suma	Enfermeras		Aux. de Enfermería	Pag. Ig. rta	Otro Personal Paramédico	Personal de Intendencia	Otro Personal
				Generales	Especializadas					
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-1986	261 107	17 065	134 006	34 638	8 600	64 440	-	26 328	-	110 036
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-1987	248 661	17 471	141 694	37 452	9 481	65 713	68	28 754	4 458 ^{a/}	2 969 ^{a/} 82 069 ^{b/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-1988	272 599	18 121	153 896	39 041	10 711	67 337	57	36 750	261	537 99 784
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-1990	164 574	21 809	132 208	44 084	11 192	62 850	-	34 055	10 557 ^b	12 413

NOTAS:

- a/ Información reportada por SM, PEMEX y DDF exclusivamente.
b/ Incluye información sin designar sobre el personal administrativo y de intendencia de SSA, IMSS e ISSSTE.
- No se reportó información.

FUENTE:

- SSA. Dirección General de Información Estadística.
IMSS. Recursos Humanos, Materiales y Finanzas en las Unidades Médicas.
ISSSTE. Contraloría General, Departamento de Estadística y Actuaría.
SDN. Dirección General de Sanidad, Grupo de Información y Estadística.
SM. Dirección General de Servicios, Departamentos de Coordinación.
PEMEX. Gerencia de Servicios Médicos, Subgerencia de Apoyo Técnico Administrativo.
DDF. Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

PERSONAL NO MEDICO QUE LABORA EN EL SECTOR SALUD POR INSTITUCION,
SEGUN ACTIVIDAD,
1986-1990

1986

Institución	Personal Paramédico										
	Total	Serv. Aux. de Diag. y Tratamiento	Enfermeras				Aux. de Enfermería	Otro Personal Paramédico	Personal Aduvo.	Personal de Intendencia	Otro Personal
			Suma	Generales	Especializadas	Parteras					
TOTAL	261 107	17 065	134 006	34 638	8 600	64 440	-	26 326 ^{3/}	-	-	110 036
Secretaría de Salud ^{1/}	71 368	3 696	40 355	7 587	897	25 802	9	6 069	0	0	27 317
I N S S	137 802	9 170	72 229	19 836	6 227	27 847	-	18 679	-	-	56 403
I S S S T E	30 176	2 694	12 707	4 565	901	7 241	-	-	-	-	14 775
Secretaría de la Defensa	6 709	491	2 259	551	285	815	-	408	-	-	3 959
Secretaría de Marina	1 714	91	767	269	27	369	-	102	-	-	856
Petróleos Mexicanos	7 372	553	2 867	1 166	263	1 044	-	394	-	-	3 952
D. D. F.	5 966	370	2 822	664	-	1 682	-	476	-	-	2 774

1987

Institución	Personal Paramédico										
	Total	Serv. Aux. de Diag. y Tratamiento	Enfermeras				Aux. de Enfermería	Otro Personal Paramédico	Personal Aduvo.	Personal de Intendencia	Otro Personal
			Suma	Generales	Especializadas	Parteras					
TOTAL	248 661	17 471	141 694	37 452	9 481	65 713	68	28 754	4 458	2 969	82 069
Secretaría de Salud ^{1/}	74 350	4 044	40 946	8 436	995	25 998	-	5 517	-	-	29 360 ^{1/}
I N S S	125 790	9 729	74 503	20 801	6 940	28 040	12	18 690	0	0	41 558 ^{1/}
I S S S T E	25 181	2 073	16 416 ^{1/}	5 036	934	7 620	-	2 600	-	-	6 692
Sra. de la Defensa	6 072	479	2 289	541	352	812	-	384	-	-	3 704
Secretaría de Marina	1 928	116	773	278	28	344	4	119	351	568	140
Petróleos Mexicanos	8 731	604	3 518	1 392	232	1 236	32	626	2 641	1 427	2 311
D. D. F.	6 619	426	3 249	968	-	1 663	-	618	1 165	-	994 784

1988

Institución	Personal Paramédico										
	Total	Serv. Aux. de Diag. y Tratamiento	Enfermeras				Aux. de Enfermería	Otro Personal Paramédico	Personal Aduvo.	Personal de Intendencia	Otro Personal
			Suma	Generales	Especializadas	Parteras					
TOTAL	272 599	18 121	153 896	39 041	10 711	67 337	57	36 750 ^{1/}	261	537	99 786
Secretaría de Salud	75 692	4 277	41 621	8 054	1 241	26 447	-	5 839	-	-	29 794 ^{1/}
I N S S	138 454	10 445	83 511	21 841	7 305	28 881	26	25 458	-	-	44 498 ^{1/}
I S S S T E	34 593	1 863	17 831	5 419	1 423	7 954	-	3 035	-	-	14 899
Sra. de la Defensa	6 495	513	2 498	582	388	871	-	657	-	-	3 484
Secretaría de Marina	1 737	74	781	296	27	306	1	151	261	537	84
Petróleos Mexicanos	8 519	529	3 942	1 348	327	1 310	30	407	-	-	4 048
D. D. F.	7 109	420	3 712	1 461	-	1 548	-	703	-	-	2 977

1990

Institución	Personal Paramédico										
	Total	Serv. Aux. de Diag. y Tratamiento	Enfermeras				Aux. de Enfermería	Otro Personal Paramédico	Personal Aduvo.	Personal de Intendencia	Otro Personal
			Suma	Generales	Especializadas	Parteras					
TOTAL	164 574	21 809	130 519	46 084	11 192	62 830	-	34 055	105 571 ^{b/}	12 413	
Secretaría de Salud	44 617	6 672	37 116	9 644	840	17 379	-	7 501	30 593 ^{b/}	9 253	
I N S S	88 969	11 418	78 315	23 198	8 434	34 126	-	20 654	48 721 ^{b/}	2 555	
I S S S T E	19 643	2 166	16 340	6 407	1 265	8 253	-	3 303	15 075 ^{b/}	415	
Sra. de la Defensa Nal.	2 324	540	1 633	568	282	383	-	691	3 390 ^{b/}	-	
Secretaría de Marina	1 008	125	796	345	39	422	-	212	472 ^{b/}	-	
Petróleos Mexicanos	4 324	408	3 251	1 336	111	1 385	-	1 062	2 273 ^{b/}	190	
D. D. F.	3 700	480	3 068	2 386	-	682	-	632	3 058 ^{b/}	-	

NOTAS: ^{1/} Incluye Organismos Descentralizados de la SSA
^{a/} Incluye "Otras Enfermeras"
^{b/} No se reportó información.

^{2/} Incluye INSS-COPLAMAR.
^{3/} Incluye Personal Aduvo. y de Intendencia.

FUENTE: SSA. Dirección General de Información Estadística. IMSS. Recursos Físicos, Materiales y Financieros en las Unidades Médicas.
 SSM. Contraloría Gral., Depto. de Estadística y Actuarial. SM. Dirección Gral. de Servs., Depto. de Coordinación y Estadística.
 PEMEX. Gerencia de Servs. Médicos, Subgerencia de Apoyo Técnico Administrativo.
 D.D.F. Dirección Gral. de Servs. Médicos del Departamento del Distrito Federal.

De ahí que se observen fuertes medidas administrativas tendientes a - disminuir costos de servicios, tales como son:

"... que no se contrate más personal médico y de enfermería o se cancelen muchas plazas, lo que ha dado origen a una mayor explotación del personal de salud y, por consiguiente, una mayor deficiencia en la prestación de los servicios médicos en todos los niveles" (44, 59-60).

Recursos Económicos.

La asignación del recurso económico para las actividades de salud pública refleja la política gubernamental en esta materia ya que representa el instrumento para planearla y para controlarlas.

Aun cuando existen diversas formas de valorar el financiamiento, dos de ellas se usan con mayor frecuencia: la primera de ellas consiste en medir la proporción en relación al presupuesto nacional o en relación a la renta nacional; la segunda consiste en comparar los fondos destinados a las grandes actividades del programa de salud. La primera se refiere a la magnitud de la fuente y la segunda a las formas de inversión, pero el índice más valioso para reconocer el costo total es el costo por habitante.

Para fines del presente estudio se abordarán ambas, haciendo énfasis en la segunda por la orientación que el modelo de salud en México se ha desarrollado en el presente siglo.

La crisis económica y social que ha experimentado el país en la década de los ochentas y principios de los noventas ha repercutido sensiblemente en el gasto ejercido de los programas de salud en los últimos años, lo que se expresa en el hecho de que después de representar el 2.5% del PIB en 1980, significa en 1988 sólo el 1.9%, traduciéndose en un decremento del poco más del 40.1%.

"La Organización Mundial de la Salud recomienda que el gasto en salud debe corresponder al 5% del PIB; en México la participación del gasto público en salud en relación al PIB fue del 1.9% siendo 4.1% menor el recomendado para 1988..." (27, 8).

Lo anterior guarda relación directa con las condiciones prevaletientes durante el sexenio de 1982-1988, en el que la deuda externa se incrementó en 9 mil 252 millones de dólares. En el mismo período, el aumento de las reservas internacionales, que constituyó la no parálisis del comercio internacional del país, fue de 10 mil 223 millones de dólares. De esta manera las reservas monetarias del Banco de México alcanzaron para 1988 la cantidad de 12 mil 55 millones de dólares.

Es importante señalar que la posición deudora neta es influida no sólo por las disposiciones y amortizaciones de créditos y por la valoración de las reservas, sino también por la valuación de los pasivos y activos denominados en monedas distintas del dólar y por los descuentos y quitas aplicados a algunos pasivos con el exterior (renegociación y disminución de intereses de la deuda). Si se excluye la participación de estos elementos, se obtiene el uso efectivo de recursos crediticios del exterior, el cual ha sido negativo por 7 mil 113 millones de dólares.

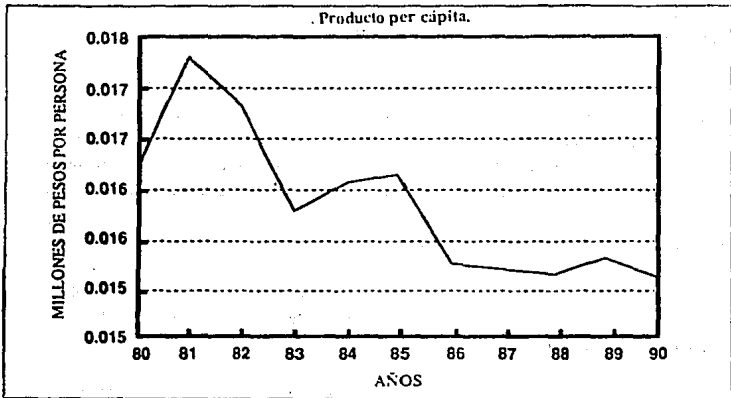
La renegociación de la deuda externa abarcó tanto al endeudamiento del sector público como al del sector privado. De acuerdo con el calendario vigente en 1982, durante el período 1982-1988 el sector público debía cubrir - amortizaciones por 49 mil 488 millones de dólares; estos pagos se redujeron a 27 mil 450 millones. La sobretasa aplicada a la deuda mexicana se redujo de 1.1/8 en 1982 a 13/6 en 1988; sin que ello represente de ninguna manera el saneamiento de las finanzas de la nación.

La crisis ha golpeado de manera significativa a las instituciones de - seguridad social (IMSS, ISSSTE) que han visto reducido en términos reales su presupuesto en los últimos años.

Si se comparan los presupuestos por entidades oficiales, en 1944 la - SSA contó con 58 millones de pesos y el IMSS en su nacimiento, con casi 11 millones; para 1950 las cifras eran prácticamente iguales; en 1961 la SSA contó con 814 millones; el IMSS, con 1 214 millones y el ISSSTE (en su nacimiento), con 130 millones en 1970 la SSA tuvo 1 722 millones; el IMSS, 5 640 y el - ISSSTE, 995. Para 1984 el presupuesto para la salud de la seguridad social alcanzó 309 mil 356 millones (75% del total) y el de la asistencia 102 mil mi--

llones (25% del total). Si se comparan los gastos per cápita en pesos corrientes, por ejemplo:

"... la distribución para 1988 de los recursos del Sector Salud se destinaron 6.7 millones de pesos a los servicios de salud. De estos recursos, 4.4 billones se destinaron al IMSS para atender a 35.0 millones de derechohabientes (130 mil pesos por persona); al ISSSTE le corresponden 770 mil millones de pesos para atender a 7.4 millones de derechohabientes (100 mil pesos por persona) y para la SSA, Programa IMSS-COPLAMAR y los Servicios Médicos del DDF se destinaron 1.5 billones de pesos para atender 28.4 millones de personas (54 mil pesos para cada una)" (44, 139).



El gasto por niveles de atención refiere claramente el resultado de la política encaminada a reforzar el primer nivel. Este absorbía el 36.1% del gasto en 1982 y recibió el 42.4% en 1986. Mientras que el segundo nivel, encargado tanto de las consultas especializadas como de la hospitalización general, redujo su participación total del 50.1% al 44.5% en el mismo período. La parte correspondiente al tercer nivel, de alta especialización, se redujo menos, del 13.8% al 13.1%. La línea principal de la tendencia está determinada, en este caso, por las instituciones que atienden a la población abierta. En consecuencia, el gasto de salud ejercido por habitante se redujo en 51.4% durante los años antes mencionados, expresándose el promedio en \$ 299.34 en 1980 y en \$ 145.49 para 1988.

Es evidente la preponderancia del gasto en servicios curativos, ya que al reducirlo la renta disponible para la atención de la salud, se estrecha la base para una política que desarrolle los componentes preventivos y promocionales de los servicios de salud, al tiempo de incrementarse los restaurativos.

- Situación que guarda la participación de cada programa en el gasto ejercido por el sector salud en 1987 -enero-agosto-.

El presupuesto programático ejercido en servicios de salud por el sector público de enero a agosto de 1987 ascendió a 1 411 790 millones de pesos a precios corrientes, de los cuales el 82.4% correspondió a atención curativa; el 5.2% a atención preventiva; el 4.9% a administración de la salud y la asistencia social; el 2.7% a asistencia social; el 2.5% al programa de formación y capacitación de recursos humanos y el 2.3% restante engloba a los programas de investigación, capacitación de la población, planeación de la salud y la asistencia social, saneamiento básico y producción de bienes.

Como se puede observar, más de cuatro quintas partes del presupuesto ejercido (82.45) fue absorbido por la atención curativa, mientras que el resto de los programas recibió una porción reducida del presupuesto (8.7%), cuando paradójicamente se presente lograr salud para todos en el año 2 000 a partir de medidas preventivas.

- Distribución porcentual del presupuesto ejercido por institución en cada programa de salud - 1987.

Mientras que el IMSS y el ISSSTE destinan el 93.8 y el 90.5% respectivamente, al programa de atención curativa, cifras que rebasan la proporción del presupuesto que aplica el sector en el programa (82.4%). En contraposición, las instituciones que sólo brindan servicios de salud como SSA y entidades coordinadas, IMSS-Coplamar y el DIF, dedican el 51.2, 43.2 y 4.5% de sus recursos presupuestarios respectivamente, al aludido programa de atención curativa.

El programa de administración de la salud y la asistencia social, destaca por orden de importancia decreciente la SSA y entidades coordinadas (24.4%), DIF (10.5%) e IMSS-Coplamar (6.2%), que destinaron una proporción de sus correspondientes presupuestos por arriba de la cifra sectorial (4.9%).

En cuanto a atención preventiva la SSA y entidades coordinadas y el programa IMSS-Coplamar destinan el 12.7 y el 34.1% de sus respectivos presupuestos, con lo que rebasa el 5.2% que en promedio canaliza el sector salud a las acciones preventivas. En cambio, el ISSSTE, IMSS y DIF sólo canalizan el 4.2, 2.9 y 1.4% respectivamente, de sus presupuestos, cantidades que resultan inferiores al 5.2% del sector salud.

- Participación de cada institución en el presupuesto programático en cada programa.

El total de recursos presupuestarios ejercidos por todas las instituciones que integran el sector salud ascendió a 1 411 790 millones de pesos a precios corrientes y que el IMSS absorbió el 64.8% de dicha cantidad; la Secretaría de Salud y las entidades coordinadas el 15.9%; el ISSSTE el 13.7%; el DIF - 3.4% y el programa IMSS-Coplamar 2-1%. En consecuencia el IMSS junto con el ISSSTE cubren el 78,6% del total del presupuesto (Seguridad Social), en tanto que la SS y entidades coordinadas, IMSS-Coplamar y DIF cubren tan sólo el 21.4%.

La distribución del gasto en el programa de atención curativa ratifica

la vigencia del modelo curativo en las instituciones de mayor capacidad presupuestaria, ya que mientras que para el IMSS absorbió el 73.7% de su presupuesto, para el ISSSTE fue del 15.1%, para la SS y entidades coordinadas el 9.9% y el IMSS-Coplamar y DIF porcentajes inferiores al 2%.

Por otra parte, la SS y entidades coordinadas absorbieron el 38.5% del gasto sectorial aplicado en el desarrollo del programa de atención preventiva; el IMSS empleó el 36.1%; la Coordinación General del Programa IMSS-Coplamar - el 13.5%; el ISSSTE el 10.9% y el DIF el 0.9%.

Para el caso del resto de los programas se observa una orientación común: la asignación de recursos menores, por considerarlos como programas de apoyo o auxiliares de las funciones sustantivas de los programas de atención curativa y preventiva.

- Evolución y tendencias de la proporción del gasto en salud por institución.

Entre los años 1980 y 1987 dos instancias redujeron su participación - relativa en el presupuesto ejercido por el sector salud, ya que la SS y las - entidades coordinadas ejercieron conjuntamente el 18.5% en el primer año y el 15.9% en el último año; el DIF se mantuvo disponiendo del 3.5% y 3.4% respectivamente. De igual manera el ISSSTE y el Programa IMSS-Coplamar con un 13% y 13.7% para el primero, y la segunda se adjudicó el 2% y 2.1% en el mismo período.

En contraposición, el IMSS consolidó su hegemonía al obtener el 63% en 1980 y alcanzar el 64.8% para 1987. Guardando relación con la distribución - particular en cada uno de los programas desarrollados en cada dependencia.

- Evolución y tendencia de la proporción del gasto institucional por programas 1980-1987.

La hegemonía del programa de atención en el modelo de atención a la sa lud se aprecia en su exacta dimensión cuando se examina particularmente el desenvolvimiento de la porción del presupuesto que cada institución ejerció -

en los diferentes programas de salud que se desarrollaron entre los años 1980 y 1987, encontrándose en los cuadros correspondientes.

Por lo que respecta a la SS y entidades coordinadas se observa un incremento en la proporción del gasto utilizado en los programas de atención curativa y formación y capacitación de recursos humanos. En el primer caso el gasto fue del 32.9% del presupuesto aplicado en 1980 y el 15% en 1987; los programas de investigación y asistencia social mantuvieron los porcentajes registrados en los mismos años. Los demás programas como son atención preventiva, saneamiento básico y administración y planeación de la salud y la asistencia social, redujeron su importancia relativa en el presupuesto que las mismas destinaron en los programas de salud.

En el caso del DIF sólo en dos programas se experimentó un ascenso en la proporción del gasto institucional aplicado: producción de bienes, que representó el 0.1% en 1980 y el 2.3% en 1987 y el programa de asistencia social, que de representar el 29.1% pasó al 71.7% en el último año. El resto de los programas mantuvieron relativamente estables sus porcentajes.

Por su parte el ISSSTE aumentó su porcentaje básicamente en tres de los programas; atención preventiva, atención curativa y capacitación de la población con tasas de incremento del 40.7, 6.4 y 58.8% respectivamente.

El resto de los programas sufrieron una disminución relativa en los porcentajes asignados.

El IMSS sólo aumentó en tres programas sus presupuestos iniciales; atención curativa, capacitación de la población y formación y capacitación de recursos humanos con el 55.8% al 93.8%, 0.2 al 0.4% y del 3.6 al 2.6% respectivamente.

El programa de atención preventiva e investigación mantuvieron estables sus asignaciones presupuestarias con 2.9% y 0.3% respectivamente en los años aludidos.

El IMSS-Coplamar asignó a los programas de atención preventiva y capa-

citación de la población, el 34.1 y el 7.2% en 1987, el cual fue nulo para - 1980; situación que obligó a disminuir las asignaciones a la atención curativa que pasó del 96.7% a 43.1%. En otra situación se encontraron los programas de administración y planeación de la salud y la asistencia social que - aumentó el 320.4% en el caso del primero, mientras que para el segundo cosnti tuyó un incremento del 403.8%.

Esta realidad arbitraria en la asignación de recursos financiera y las reales necesidades de las mayorías, sólo puede ser calificada como lo señaló la investigadora Beatriz García Fernández:

"como la regresión del sector salud en casi 20 años, por el desmantelamiento de la atención de la salud en México" (29, 2).

Los datos presentados sólo muestran una situación promedio existente - en el país con respecto a indicadores de morbimortalidad y de recursos para la atención de enfermedad, como es el caso de la disminución de las tasas de mortalidad general e infantil, su descenso ha sido más significativo en los grupos con mayor capacidad económica; esto no significa necesariamente el mejoramiento del nivel de salud de la población, ya que la esperanza de vida de la clase trabajadora es menor con respecto a la que tienen los grupos o clases económicamente fuertes.

El trasfondo político-ideológico de dichos indicadores da cuenta de la subjetividad de los avances, cobertura y atención de la salud de los mexicanos, ya que se manifiestan como avances el incremento numérico de los recursos físicos y humanos, aunque no los financieros:

"Una sociedad que tenga menos enfermos y más recursos médico-sani tarios no significa, bajo ningún concepto, que sea una sociedad más sana" (44, 65).

Por otra parte, las condiciones materiales de vida pauperizadas de la población trabajadora ha originado mayores problemas de salud, muchos de los cuales no se registran oficialmente (úlceras, gastritis, hipertensión, neurosis, problemas oftálmicos y auditivos en las grandes ciudades debido a la con taminación, estrés, etc.) Ignorar que la salud no se consigue sólo con redu--

cir la morbilidad y aumentar la esperanza de vida de la población, es - presentar un diagnóstico situacional de la salud distorsionado de la realidad.

En cuanto a la cobertura estadística presentada en la información oficial, donde tan sólo quedan por cubrir 5 millones de mexicanos para 1988, la situación real del desempleo, subempleo y campesinado asalariado no son considerados dentro de las estimaciones registradas. Por lo tanto, está muy lejos de lograrse el propósito expresado en el artículo 2 de la Ley del Seguro Social, y 4o. Constitucional, que garantizan el derecho humano a la salud.

El Lic. Salinas de Gortari se pronunció, en marzo de 1988, por una profunda reorganización de los servicios médico-asistenciales del sector público para que todos los mexicanos tengan acceso a ellos.

Para lograr que toda la población goce de servicios médicos de calidad y en forma oportuna, habría que tener en cuenta varias situaciones económicas, sociales, políticas y académicas.

"1.- ... tanto el acceso como la calidad y la oportunidad con - que se reciban los servicios médicos depende de la posición de clase de los individuos...

2.- ... las exigencias del Fondo Monetario Internacional de reducir el gasto público ejercido por las dependencias del Sector Salud fue del 2.1 por ciento del PIB. En 1988 se redujo a 1.9%.

3.- El perfil epidemiológico de la población mexicana muestra - todavía una fuerte presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias.

4.- Como es de todos conocido, existen pugnas políticas por el control del llamado sector salud. A pesar de que la SS es por Ley la institución que se encuentra a la cabeza del sector, esto en la práctica dista mucho de ser cierto ya que las instituciones que tienen mayores recursos -IMSS e ISSSTE- son las que poseen mayor capacidad de influir en las políticas de salud...

5.- Existe una falta de participación comunitaria en la planeación, organización y puesta en práctica de los programas de atención médica debido... estructuras autoritarias... por el - otro, es manifiesta la falta de confianza de amplios sectores - de la población en las instancias oficiales.

6.- Los planes y programas de estudio de medicina y enfermería reproducen el enfoque biologista que predomina en la atención - médica..." (44, 79-80).

Es importante insistir que en la planeación y organización de las políticas sanitarias y de servicios médico-asistenciales deben participar no sólo médicos y politólogos, sino también otros profesionistas como sociólogos, antropólogos, psicólogos, enfermeras y fundamentalmente los sectores obrero, -campesino y populares, a fin de que se tomen en cuenta las características socioculturales y los aspectos psicológicos de los distintos grupos de la población para que las acciones sanitarias cumplan efectivamente con su cometido.

C I T A S

- 1.- Acosta, Maricre, et al.
El aborto en México
México, Fondo de Cultura Económica.
1976.
- 2.- Aridjis, Homero.
La Contaminación
México, D.F., 6 de Diciembre de 1991.
- 3.- Ascendieron a 9 mil los casos de Sida en México en 1990.
La Jornada.
México, D.F., 15 de Enero de 1991.
- 4.- -----
Atenderá el IMSS a dos millones de mexicanos que laboran en E.U. y Canadá.
El Nacional
México, D.F., 18 de Agosto de 1990.
- 5.- Becerril, Andrea.
Emplea la industria 100 mil sustancias prohibidas: CTM.
La Jornada.
México, D.F., 27 de Agosto de 1989.
- 6.- -----
Burocratismo en los servicios de salud.
Uno más Uno.
México, D.F., 17 de Febrero de 1989.
- 7.- Campos, Miguel Angel, et al.
Salud Pública en México en Las Profesiones en México.
No. 9 Enfermería. U.A.M. Xochimilco.
1991.
- 8.- Cano, David.
En 1991, la peor contaminación registrada: más de 300 puntos Imeca en ocasiones.
Uno más Uno.
México, D.F., 28 de Diciembre de 1991.
- 9.- De Ibarrola, María.
Búsqueda de una alternativa curricular para la formación de profesionales en salud. En Planes de Estudio: Propuestas Institucionales y Realidad Curricular.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1987.
- 10.- -----
Desertan los Médicos.
Excelsior.
México, D.F., 15 de Abril de 1991.

- 11.- Elizalde, Triunfo.
México, el undécimo país más poblado del mundo.
La Jornada.
México, D.F., 28 de Julio de 1990.
- 12.- -----
Encomún.
Secretaría de Programación y Presupuesto.
Mensual.
México, D.F.
4a. Epoca. Nov.-Dic. 1990, No. 13-14.
- 13.- ENFERMERA AL DIA
Babb S., Pamela.
Mensual.
México, D.F., Marzo 1991.
- 14.- ENFERMERA AL DIA
Babb S., Pamela.
Mensual.
México, D.F., Agosto 1991.
- 15.- -----
En un año podrían duplicarse los casos de Sida: Sepúlveda.
La Jornada.
México, D.F., 17 de Agosto de 1989.
- 16.- Garay, Enrique.
Existen 30 mil niños analfabetos mayores de 15 años en Neza.
La Jornada.
México, D.F., 15 de Octubre de 1987.
- 17.- Garay, Enrique.
En 3 años habrá un encamado por Sida de cada 20 hospitalizados.
La Jornada.
México, D.F., 28 de Julio de 1988.
- 18.- García, Conrado.
Salud Pública, en Quiebra.
Excelsior.
México, D.F., 09 de Abril de 1991.
- 19.- García, Clara Guadalupe.
99% de los menores infractores fueron maltratados o abandonados.
La Jornada.
México, D.F., 05 de febrero de 1991.
- 20.- García Sáinz: 9 millones 378 mil derechohabientes más en 6 años.
La Jornada.
México, D.F., 20 de Octubre de 1988.

- 21.- García Sáinz, Ricardo.
LXVI Asamblea General Ordinaria.
I.M.S.S.
México, D.F. (Documento original).
19 de Enero de 1990.
(Mecanograma).
- 22.- González, Ana María.
Piden maternidad libre apoyada en una política de salud y educación -
sexual.
La Jornada.
México, D.F., 02 de Enero de 1991.
- 23.- González Carbajal, Eleuterio.
Diagnóstico de la Salud en México.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V., 1988.
- 24.- Guerrero Chipres, Salvador.
Privatizar paraestatales estimuló la inversión: CSG.
La Jornada.
México, D.F., 15 de Marzo de 1990.
- 25.- Gurza, Teresa.
40 casos de Sida durante 1988 en Michoacán.
La Jornada.
México, D.F., 24 de Diciembre de 1988.
- 26.- Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
XXV Serie de Mesas Redondas: La Contaminación Atmosférica en la Cuenca
del Valle de México: 21-25 de Abril de 1986.
México, 1986.
- 27.- La Nación: Sarampión - Un Problema que se Escapa de las Manos.
Martínez Alcántara, Luis (Dir.).
Mensual.
México, D.F., año XLVIII - 1o. Marzo de 1990.
No. 1798.
- 28.- Leff, Enrique.
Ecología y Capital: Hacia una Perspectiva Ambiental del Desarrollo.
México, U.N.A.M., 1986.
- 29.- Llinas Zárate, Isabel.
Eleva la calidad educativa, obra inacabada.
Uno más Uno.
México, D.F., 18 de Diciembre de 1988.
- 30.- Mendoza A., Diana.
Por la saturación, se eliminó el periodo de convalecencia en nosoco-
mios del Estado.
El Universal.
México, D.F.
Martes 06 de Noviembre de 1990.

- 31.- Muro Del, Ricardo.
Aumentará la población del IMSS 6% este año.
Uno más Uno.
México, D.F., 24 de Octubre de 1987.
- 32.- Ortiz Quezada, Federico.
Salud en la Pobreza: El proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1982.
- 33.- Ortiz Quezada, Federico.
El Enfermo como Persona.
Uno más Uno.
Diario.
México, D.F., 23 de Mayo de 1983.
- 34.- Ortiz Quezada, Federico.
La Medicina está Enferma.
México, Ed. Limusa - INCO, 1991.
- 35.- Panorama de la Capital: 2 millones de niños callejeros en el D.F.
González, Tayde.
Quincenal.
México, D.F., Mayo 1991.
- 36.- Para 1990 habrá más de cien millones de afectados de Sida.
La Jornada.
México, D.F., 20 de Octubre de 1989.
- 37.- Peláez Casablanca, Manuel.
La importancia de la Ecología en la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
Ponencia presentada por el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, con motivo del XIII Jornadas de Enfermería.
México, 09 de Octubre de 1984.
(Mecanograma).
- 38.- Peña, Rodolfo F.
Dignidad.
La Jornada.
México, D.F., 24 de Noviembre de 1988.
- 39.- Pérez Tamayo, Ruy.
Enfermedades Viejas y Enfermedades Nuevas.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1985.
Serie: Salud y Sociedad.
- 40.- Ramírez Rivera, Alberto.
Hay cerca de 19 mil casos de Sida en México; Urgen mayores medidas preventivas.
Uno más Uno.
México, D.F., 28 de Diciembre de 1991.

- 41.- Restrepo, Iván.
Modernización Alimentaria.
La Jornada.
México, D.F., 28 de Julio de 1988.
- 42.- Rodríguez, Luis Alberto.
Aumentan 50% las consultas por males infecto-contagiosos.
La Jornada.
México, D.F., lunes 6 de Diciembre de 1991.
- 43.- Rodríguez, Luis Alberto.
Reporta la SSA 131 casos más de cólera y tres muertes durante la presente semana.
La Jornada.
México, D.F., 24 de Agosto de 1991.
- 44.- Rojas Soriano, Raúl.
Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.
México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 1990.
- 45.- Rojas Soriano, Raúl.
Sociología Médica.
3a. ed., Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V., México, 1988.
- 46.- Saldierna, Georgina.
En 45 días, detectados en México 253 casos de cólera.
La Jornada.
México, D.F., 28 de Julio de 1991.
- 47.- Timio, Mario.
Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epistemología Diferencial.
5a. ed., México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1986.
Serie: Salud e Ideología.
- 48.- Vázquez, Angeles.
Despenalizar el Aborto.
Uno más Uno.
México, D.F., jueves 16 de Abril de 1989.
- 49.- Vázquez Pérez, Rubén.
No se requieren inversiones privadas en el Sector Salud.
Uno más Uno.
México, D.F., martes 06 de Noviembre de 1990.
- 50.- Yáñez, Carlos.
Creció 30% la cobertura del I.M.S.S.: informó García Sáinz.
La Jornada.
México, D.F., miércoles 17 de Agosto de 1988.
- 51.- Zorrilla Arenas, Santiago.
Aspectos Socioeconómicos de la Problemática en México.
3a. ed., México, Ed. Limusa, S.A. de C.V., 1990.

V. DEFINICION DE ENFERMERIA

A partir del nacimiento de la Enfermería Moderna, los responsables y líderes de la disciplina han tratado de definirla con el objetivo de articular claramente el papel, funciones y principalmente el cometido social - que se pretende asumir como profesión frente a una realidad demandante de sus servicios; definiciones que incluyen entre otros elementos: servicios proporcionados, lugar y escenarios o ambientes en el que se desenvuelve la profesión, las características de la persona receptora del cuidado de enfermería y los atributos que le distinguen del resto de disciplinas interdependientes del objeto de estudio disciplinario -la salud-. Situación que hasta el momento y pese a los numerosos intentos por definirla no existe todavía una definición universalmente aceptada. Lo que sí se ha establecido es que las definiciones de Enfermería deberán precisar sus funciones disciplinarias particulares, mismas que deben ser explicitadas claramente y fundamentadas a partir de una metodología, con alcances instrumentales y con un mínimo de restricciones aplicativas diferentes a la original (tareas y métodos del ejercicio profesional que se transformarán conforme avance la ciencia y la tecnología y según se enfrenten relaciones sociales entre los individuos).

Actualmente se enfrentan numerosos cuestionamientos generados a partir de las nuevas vertientes de las políticas sanitarias, y en particular por los servicios con intervención innovadora de la enfermería, tales como son: la familia, la escuela, la industria y de nueva cuenta la comunidad. Situación que ha sido calificada como de invasión en campos profesionales externos a la enfermería. Sin embargo, el problema central en la Enfermería es que, ante las crecientes demandas sociales de atención a la salud, el paradigma político-sanitario ha determinado la delegación de funciones y/o ampliación de otras. De ahí la creciente necesidad de definir la profesión en situación y prospectivamente.

"La determinación de condiciones buenas o malas de salud requiere que las enfermeras estén familiarizadas con técnicas -psíquicas y fisiológicas y sepan cómo utilizar gran variedad de instrumentos y técnicas para ampliar su capacidad de juicio... (6, 38).

La revisión de la literatura al respecto revela una multitud de - tentativas por definirla con exactitud, previendo la diferenciación - de sus funciones y metodologías de entre otras disciplinas que guardan relación con el cuidado de la salud.

Independientemente de la posición definitiva que se asume en lo - particular por parte de los profesionales de la enfermería, lo cierto es - que dichas definiciones deben dar cuenta en lo específico del marco teórico que le sustenta, de ahí que se recurra al análisis de los diferentes mo delos conceptuales existentes en la profesión, a fin de observar las carac terísticas que le confieren sus bases teóricas y metodológicas particula-- res.

La diferenciación y reconocimiento disciplinario a que alude la de- finición de la Enfermería tiene su explicación a partir de la calificación y orientación que del servicio se tiene en cada una, fundamentalmente por el carácter y orientación misionera; lo anterior es resultado del nivel - inicial que del proceso de la profesionalización se tiene entre los miembros de la profesión, lo cual resulta determinante en la falta o incipiente delimitación teórico-metodológica de los marcos conceptuales propios de la misma; esto independientemente del reconocimiento axiológico en su nivel social con relación a las actividades del carácter del servicio asistencial, como lo es la salud. Esta situación ha sido calificada como proceso de pro fesionalización de la Enfermería.

Wilensky ha descrito cinco etapas principales en la profesionaliza-- ción:

"1.- Surgimiento del grupo ocupacional en el compromiso del - trabajo exclusivo sobre un conjunto particular de problemas.

Este nivel presenta perspectivas de desarrollo concreto en la medida de la existencia de campos profesionales pre-existentes, tanto de conocimiento como de acciones concretas que contribu yan a la delimitación y subdivisión de competencias entre las profesiones ya existentes, y el papel del campo de acción que se pretende profesionalizar.

2.- Establecimiento de procedimientos de instrucción y selec- ción.

3.- Formación de organizaciones profesionales y establecimientos de modelos y normas interocupacionales y de interrelación con otros grupos competitivos.

4.- Reconocimiento social y apoyo legal para el control de selección, ingreso y formas del ejercicio" (12, 120).

Wilensky sugiere que toda ocupación elabora un código formal de ética, lo cual conforma lo que en palabras de Freidson califica como cultura profana (acientífica) y la profesional (completamente desarrollada en sus sistemas de referencia y metodologías particulares de estudio y marcos axiológicos del ejercicio profesional).

Es a partir de las últimas décadas en las que la enfermería se han realizado numerosas experiencias y esfuerzos tendientes a la identificación circunscrita de los marcos conceptuales y técnico-instrumentales en la que se ejerce la enfermería, a fin de posibilitar la configuración de una definición universal de la profesión; ya que se ha reconocido la valiosa orientación que los fundamentos teóricos han de guiar un concepto global de la enfermería, y sus resultados en la actividad emprendida en su ejecución. Sin embargo, sólo en la medida en que se analicen los trabajos realizados, se podrá acceder a una evolución madura que dé cohesión a una teoría general de la disciplina y consecuentemente de su definición.

Sin querer intentar forzar la uniformidad conceptual, se ha reconocido que muchos de los modelos y de la literatura que los describe se han desarrollado en contextos determinados, y si bien existen muchas similitudes entre las diferentes realidades, lo importante ha sido los resultados y beneficios que se han obtenido al explicitar dichos modelos dentro de los servicios de enfermería.

Es importante reconocer las fuertes determinaciones paradigmáticas que el modelo médico-asistencial vigente ha determinado en los diferentes modelos y teorías que en la actualidad han surgido en la enfermería, como producto de las crecientes derivaciones metodológicas y de políticas sanitarias que le determinan en la práctica profesional y consecuentemente, en el tipo de definición que refleja para con los que la ejercen y los que consumen sus servicios.

Esto no significa necesariamente que la enfermera asume una posición contemplativa de los fundamentos que dan sostenimiento teórico a su quehacer profesional, ya que como lo ha señalado Imogene King:

"Entender las maneras en que los seres humanos interactúan con su medio ambiente para mantener su salud es esencial para las enfermeras; esto les facilita su promoción, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos o incapacitados" - (18, 14).

De ahí la problematización continua del papel sociohistórico de éstas y su compromiso profesional con la salud de la sociedad en su conjunto.

"En años recientes, la labor de enfermería ha empezado a enfocarse en las estimaciones de la salud y hacia la planeación de la promoción de la salud en las comunidades... Desde sus orígenes, la salud ha sido un objetivo principal de las enfermeras, ya sea que hayan sido o no explícitamente afirmado" (18, 20).

Hay no obstante, distintas vías para lograr este objetivo. Actualmente se ha reconocido por la comunidad de profesionales de la enfermería la existencia de cuatro grandes orientaciones que agrupan los diferentes modelos y teorías que dan fundamentación, tanto a la definición como a las metodologías en el ejercicio de la disciplina:

- Enfermería Humanística como arte y ciencia.
- Enfermería y las relaciones interpersonales.
- Enfermería y el campo de los sistemas.
- Enfermería y los campos de energía.

Sólo con una apreciación aguda y certera de la estructura con la que es definida la enfermería en cada uno de los modelos y teorías puede ser comprendida la relación de ésta con las expectativas y necesidades sociales y de las profesionales que la ejercen.

Principales Corrientes Teóricas en Enfermería

Florence Nightingale

Virginia Henderson

Faye Glenn Abdelah

Lydia E. Hall

Dorothea E. Orem.

Evelyn Adam

Madeleine Ieiningger

Jean Watson

Rosemarie Rizzo Parse

- Enfermería Humanística como
Arte y Ciencia.

Hildegard E. Paplau

Joyce Travelbee

Ida Jean Orlando

Ernestine Wiedenbach

Imogene King

Joan Riebl Sisca

Helen C. Erickson

evelin M. Tomlin

Mary Ann O. Swain

Kathryn E. Barnard

- Enfermería y las Relaciones
Interpersonales

Dorothy E. Johnson

Callista Roy

Betty Neuman

- Enfermería y el Campo de
los Sistemas.

Myra Esrin Levine

Martha E. Rogers

Joyce J. Fitzpatrick

Margaret Neuman

- Enfermería y los Campos de
Energía

5.1.- Corriente Teórica: La Enfermería Humanística como Arte y Ciencia.

Este modelo se caracteriza por asumir un enfoque de división del - organismo humano -psicológico, físico, social y espiritual- de la persona - receptora del cuidado de la enfermería, teniendo sus fundamentos teóricos a partir del pensamiento de Florence Nightingale, independientemente de la existencia previa a ésta, de la denominación de enfermero:

"... enfermero se utilizaba ya en España en el año de 1316, y la de enfermera a partir del siglo XVII, aunque las mismas o similares funciones realizadas por los enfermeros eran llevadas a cabo por mujeres a las que dieron diversas denominaciones (hospitalera, mujer a cargo de las enfermas, mujer a cargo de los niños, entre otras". (9, 1).

Sin embargo, es Florence Nightingale quien establece en sus escritos -1858- que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe sobre el - mismo:

"Se piensa a menudo que medicina es el proceso curativo. No es tal cosa medicina, es la cirugía de funciones, como cirugía propia es la de miembros y órganos. Nunca puede hacer nada, sino quitar obstrucciones; nunca puede curar; la naturaleza - cura sola... Y lo que tiene que hacer la enfermería en ese caso es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sola" (7, 3).

Dicho pensamiento ha trascendido en las personalidades más destacadas del presente siglo, ya que es a partir de este pensamiento que ha - calificado a la profesión como un arte y como una ciencia y refrendando el cometido del cuidado del enfermo, y más recientemente, la insistencia en - la conservación y promoción de la salud, así como en la prevención de la enfermedad.

Una de las más importantes representantes de esta corriente es Virginia Henderson porque describe de manera importante la función de la enfermería de manera aplicativa concreta:

- El objetivo de enfermería es mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades fundamentales.

- Función de la enfermera:

"... ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación (o a propiciar una muerte apacible y tranquila) que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude - además a lograr absoluta independencia cuanto antes" (5, 3).

Dicha definición se inscribe dentro de la metodología científica de los años cuarentas, en tanto que se consideraba como la "Resolución de Problemas" y detallando la descripción de 14 necesidades fundamentales, en tanto individuos enfermos, concepción particular del pensamiento positivista imperante en el paradigma médico del momento.

Yura y Walsh, ampliando la concepción de Henderson establecen que - la Enfermería es:

"... un encuentro con un paciente y su familia durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña, contribuye además a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano: por otra parte, cuando se requiere brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa" (5, 3).

Dorothea E. Orem, es otra de las representantes de esta corriente a partir de su Teoría del Déficit de Auto-cuidado en Enfermería, la cual incorpora y propone una metodología de registros de aptitudes y actitudes del paciente y grupos comunitarios para la adecuada utilización de los servicios de enfermería en la solución de sus problemas en salud; por lo que define a la enfermería como:

"la ejecución de medidas de cuidados u otras acciones de apoyo educativo para el autocuidado de la salud del paciente que puede ser capaz de realizar y/o de asistencia de las que está

impedido de realizar, a fin de propiciar un entorno para su - desarrollo" (10, 104).

Jean Watson, por su parte, desarrolló el Modelo de Asistencia Centrada en el Paciente, la cual propone una metodología extensiva del proceso administrativo: detección de necesidades; jerarquización de actividades; aplicación; registro y evaluación. Por lo que la definición de enfermería reproduce dicho esquema conceptual:

"Proceso tendiente a reconocer y satisfacer las necesidades - físicas, psicológicas y sociales del paciente sobre una base individual" (28, 3-4).

Otra de las teóricas de esta corriente es Fay Glenn Abdelah, con el Modelo de Resolución de los 21 Problemas de Enfermería, que al igual que el Modelo de Henderson se basa en una tipología de necesidades del paciente, con clara orientación a la problemática patológica como eje rector de las acciones de la enfermera. Además define la enfermería como:

"... servicio a los individuos y las familias; por tanto, a la sociedad. Se basa en un arte y ciencia que moldean las actividades las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera como individuo, en el deseo y la habilidad de ayudar a gente sana o enferma a satisfacer sus necesidades de salud: puede ser llevada a cabo bajo una dirección médica general o específica" (17, 80).

Existen otras contribuciones teóricas particulares, tales como Madeleine Leininger con la Teoría de los Cuidados Transculturales; Lydia E. - Hall con la Teoría de los Círculos; Evelyn Adam con la Teoría de las Necesidades Básicas; Rosemarie Rizo Parse con la Teoría Hombre-Vida-Salud; las cuales no definen a la enfermería de manera particular, pero por su metodologías y marcos conceptuales se inscriben dentro de la corriente de la Enfermería Humanística.

Es importante precisar que si bien el calificativo ciencia en la definición de la enfermería se basa en el apego de los principios y ejes rectores del método científico experimental, no necesariamente es condición imperativa de que en la práctica su rigor se cumpla en las metodologías -

propuestas.

En cuanto a la categoría arte Abdelah señala:

"El arte de la enfermería no debe confundirse con la ciencia de la enfermería. La primera, trata de capacidad intuitiva y la destreza técnica (a menudo ceremoniosa), así como de los aspectos más básicos de la enfermería; la última, se ocupa de las verdaderas acciones científicas. Ambas son importantes. Estan interrelacionadas y se complementan entre sí" (23, 146).

Además, se entiende que el arte está presente en el trabajo de la enfermería por sus efectos de trabajo humano y productos resultantes (condiciones y/o ambiente de salud). Incluso, se establece que:

"Es obvio que en el arte están implicados el conocimiento y alguna forma de trabajo y destreza, ya sea que se manifiesta como arte útil o como bellas artes... como el de la enfermería... puede considerarse útiles aunque difieren de otras artes útiles, como las artes industriales, ya que no resultan en productos tangibles. La enfermería por ejemplo, se propone volitivamente el bienestar, el incremento de las cualidades humanas, la salud, el confort, el crecimiento" (23, 147).

Estas formulaciones han tratado de definir a la enfermería como una profesión dirigida a satisfacer necesidades del hombre en salud y enfermedad. Semejante concepto considera que el ser humano debe ser asumido por esferas y divididas a partir de necesidades particulares en situación de carencias y/o deficiencias, que en otras palabras representa estados morbosos o patologías carenciales, propias del modelo biologista e individualista del paradigma médico vigente.

"Cabe entonces definir la enfermería -a partir de esta corriente- como una profesión orientada hacia el servicio de la salud con objeto de satisfacer las necesidades del individuo tanto sano -sujeto a deficiencias- como enfermo en relación con todos los aspectos de su capacidad funcional.

Puede definirse el objetivo de la enfermería como la promoción, conservación y restablecimiento de la salud con atención especial a los factores biológico y psicosocial, y con absoluto respeto a las necesidades y derechos de la persona a quien se brinda este tipo de servicio" (5, 4) (Ver Anexos V-1 a V-5).

5.2.- Corriente Teórica: La Enfermería y el Campo de los Sistemas.

Este modelo de enfermería postulado por Callista Roy con su Modelo Adaptativo incluye una serie de sistemas que incorporan conceptos de interacción, la cual define a la enfermería como:

"Sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo enfermo o potencial en el enfermo... con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio esencial que consiste en fomentar la capacidad de influir positivamente en su salud" (3, 263).

Dicho modelo se sustenta en la metodología deductiva-inductiva, del análisis de los individuos en situación enferma y su capacidad de adaptación con su ambiente.

Establece cuatro modos de adaptación: fisiológico, de autoconcepto, de papel de la función y de relaciones de interdependencia.

Dicho modelo se encuentra en proceso de aplicación en ámbitos educativos y clínicos en servicios docente-asistenciales, por lo que no es posible calificarlo como generalizable.

Como resultado de este modelo han surgido otros que se encuentran inscritos en la misma línea teórica, tales como son el Modelo del Sistema Conductista de Dorothy E. Johnson; Betty Neuman con su Modelo Docente-Asistencial.

Esta corriente representa un avance en el reconocimiento del papel que juega la enfermería en el manejo y atención de los procesos de interacción de los sujetos dentro de su ambiente. Sin embargo habrá de ser ampliado y cubierto el aspecto social e histórico del cual no se asume análisis alguno dentro de los modelos antes mencionados. De ahí que la definición propuesta por esta corriente es insuficiente, dadas las limitaciones de parcialidad de índole psicológica que le caracteriza. (Ver Anexo V-6 y V-7).

5.3.- Corriente Teórica: Enfermería y las Relaciones Interpersonales.

Esta corriente surge como resultado de las crecientes dificultades que la enfermera en servicio enfrentaba en la comprensión de las relaciones en las que ésta se desarrollaba y de las cuales los pacientes demandaban ser incorporados de manera activa a las acciones relativas al control y manejo del padecimiento que enfrentaban en lo particular.

Dentro de las representantes más sobresalientes de esta corriente se encuentra Imogene King, la cual, a partir de su Teoría de la Interacción - Interpersonal elabora una serie de conceptos que sostienen la posibilidad de la enfermería a trabajar mediante la configuración de escenarios o ambientes de aceptación y mutua ayuda entre enfermera y paciente; entendido como un proceso de acción y reacción, con el propósito de conservar la sa lud personal del sujeto.

La limitación fundamental de dicha teoría se centra en la falta de claridad de los conceptos, así como de las condiciones de atención psicológica de la enfermera en todos los espacios en el que desarrolla ésta sus actividades particulares.

Ida Jean Orlando es otra de las representantes más sobresalientes de esta corriente, dado que su teoría de la Disminución de la Angustia ha constituido un aporte importante en los servicios de higiene mental y psiquiatría; sin embargo, su especificidad para algunos servicios constituye su máxima limitación en la generalización y/o ampliación en otros servicios asistenciales en enfermería. Además de la insuficiencia conceptual de la definición que de la enfermería establece:

"Enfermería: conjunto de acciones tendientes a la atención de los individuos y la comunidad mediante la disminución y atención de la angustia" (15, 181).

En igualdad de condiciones se encuentran las teorías de Enfermería Psicomotriz de Hildergard E. Peplau, el Modelo de Relación: Humano-Huma

no de Joyce Travelbee, el Modelo del Empleo del Yo de Ernestine Wiedenbach, la Teoría de la Interacción Simbólica de Jean Riebls Sisca, los Paradigmas Teóricos y el Universo del Paciente postulados por Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomplin y Mary Ann P. Swain y el Modelo de Interacción para la Valoración de la Salud Infantil de Kathryn E. Bernardo. Todos estos modelos, propuestas y teorías enfrentan su limitación por surgir de condiciones particulares, de servicios, sectores o áreas de conocimientos científicos o corrientes psicológicas surgidas en un momento dado; por lo que no es factible su generalización en la definición de enfermería que de éstas se ha obtenido. (Ver Anexos V-8 a V-11).

5.4.- Corriente Teórica: Enfermería y los Campos de Energía.

Este modelo establece que el caudal de conocimientos de enfermería - tienen por objeto describir, explicar y hacer predicciones respecto al género humano. Tal conocimiento conduce a la evolución de teorías que sirven para orientar la práctica de la enfermería. Roger identificó atributos humanos fundamentales que constituyen a la ciencia de la enfermería:

- "- El hombre es un todo unificado que posee su propia integridad, manifestando características que además de diferentes - son más que la suma de sus partes.
- El hombre y el medio intercambian en forma continua materia y energía.
- El proceso vital evoluciona irreversiblemente y en una sola dirección a lo largo de la continuidad tiempo-espacio.
- La figura y la organización identifican al hombre y refle--jan su integridad innovadora.
- El hombre se caracteriza por la capacidad de abstracción e imaginación, lenguaje y pensamiento, sensación y emoción" - (5, 5).

A partir de estos elementos conceptuales sobre la actividad del hombre se formulan las predicciones en las que la enfermería se desarrollará, los cuales influirán en el logro y/o nivel de desarrollo del potencial -

máximo de la salud del individuo, tanto consigo mismo, como con su ambiente circundante.

Por lo tanto, es a partir de los elementos conceptuales y metodológicos que la enfermería se conceptualiza reflejando las acciones generales - en las que se vincula con el universo del individuo:

"Enfermería: profesión docta que es tanto una ciencia como un arte; ciencia humanística dedicada a la inquietud compasiva - por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados". (7, 303).

La definición anterior es resultado de las aportaciones de la Teoría de Martha Rogers -Seres Humanos Unitarios- de la cual se derivan la Teoría de la Conservación de la Energía de Myra Estrin Levine, el Modelo de Perspectiva de Vida de Joyce J. Fitzpatrick y la Teoría del Desarrollo en Enfermería de Margaret Neuman; las cuales se encuentran orientadas a partir - de campos de intervención y de energía dentro de los cuales el individuo se desarrolla y a partir de los cuales la incidencia de la enfermería se observa como acciones de apoyo, asesoría y coordinación de conocimientos específicos en el manejo, restauración y mantenimiento de la energía vital de cada persona.

La insuficiencia de esta corriente se centra en los niveles de abstracción en los que se postulan sus marcos conceptuales, así como de la dependencia que se alude entre la enfermería y su determinación por el modelo de atención a la salud. (Ver Anexos V-12 y V-13).

Los modelos conceptuales de la Enfermería hasta ahora citados no son ciertamente los únicos; sin embargo, el conjunto representativo que ha contribuido a la definición teórica de la Enfermería sí lo constituye.

La historia ha ofrecido importante información sobre la evolución de los modelos teóricos en la profesión, donde la relación con la medicina le ha conferido, de manera importante, la orientación paradigmática que desde

su origen, y hasta el momento, le caracteriza en las definiciones que de la profesión se han generado. S. Florence Wald y C. Robert Leonard señalan al respecto:

"... durante la primera fase de desarrollo, los conocimientos de enfermería han sido inextricablemente vinculados con el crecimiento de los conocimientos médicos..." (27, 147).

A partir de la segunda parte del siglo XIX, la medicina inició la elaboración de las bases científicas a partir de la clínica y su relación directa con los avances en microbiología y del estudio de los procesos mismos de la enfermedad; donde sus resultados, además de fundamentar el tratamiento aplicado, eran empleados por las enfermeras en la determinación de los procedimientos y tratamientos propios de estas últimas, como fue el caso de Florence Nightingale, que preparó el terreno para la participación de la enfermera moderna en la atención de la salud, basando sus acciones en el análisis e interpretación de datos sobre los factores asociados a las variaciones de las tasas de morbilidad, mortalidad y restablecimiento.

Desde fines del siglo pasado hasta después de la Segunda Guerra Mundial, la Enfermería estuvo ceñida a las actividades de asistencia hospitalaria bajo la dirección del personal médico. La imagen de esta profesión era la asistencia de los enfermos, siguiendo religiosamente las instrucciones de los médicos y autoridades superiores. Esta definición de enfermería, que fomenta la dependencia y desvaloriza la independencia y la facultad creada, no se prestaba a generar individuos con un pensamiento crítico y un espíritu de indagación científica y con una clara inclinación conceptual - metodológica e independiente de la naturaleza de su profesión.

Durante las décadas de los cuarentas y cincuentas surgieron una serie de estudios sobre problemas administrativos, tanto referentes al servicio como a la enseñanza de enfermería, además del establecimiento de normas y funciones en las relaciones interpersonales que en servicio se generaban; todas éstas fueron motivo de temas de investigación de configuración de teorías, y más tarde, de modelos que sustentaban definiciones generales de la profesión.

El ejercicio de la profesión, o la atención de enfermería, encierra numerosas actividades a las que tradicionalmente se hace referencia como - el proceso de la enfermería, definido como:

"... la aplicación del método científico a la atención de enfermería" (16, 190).

Con el nacimiento de la metodología científica en la enfermería se da inicio a numerosos trabajos de investigación y construcción de marcos de referencia y conceptuales que sustentarán el ejercicio de la profesión como disciplina científica; tal como lo señala Rosalinda Alfaro:

"El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de - cuidados centrado en respuestas humanas, a diferencia del - plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad. El proceso de enfermería representa un plan terapéutico, que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo (es decir, el paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de salud de una forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no sólo a su enfermedad" (2, 13).

Por otra parte, con la aplicación de la metodología científica, se intenta desarrollar los límites de interdependencia entre la enfermería y la medicina; al respecto Mary Kohnke señala:

"A nivel profesional enfermería no es una rama de la medicina; es definitivamente necesaria y debe ser autónoma, sólo así podrá sobrevivir como profesión. Pero aún no se ha llegado a un acuerdo entre las enfermeras en cuanto a la dirección -definición- y las medidas que se deben tomar para que la profesión - alcance plena autonomía y sea capaz de proporcionar servicios profesionales" (19, 19).

En 1966 un Comité de expertos de la O.M.S. en enfermería recogió - la opinión colectiva de un grupo internacional, el cual publicó un informe en el que reflejaba la definición de la enfermería a partir del modelo Henderson, adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.):

"La enfermera es la persona que ha terminado los estudios bá-sicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asu--mir en su país la responsabilidad de los servicios de enferme

rfa que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos" (8, 4).

Por su parte la Asociación Americana de Enfermeras presenta una defi
nición oficial de enfermería profesional en los siguientes términos:

"... iniciación y ejecución de una manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidados y asesoramiento de los pacientes, lesionados o enfermos, en la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades y en la supervisión y enseñanza de otro per
sonal auxiliar de la enfermera" (26, 1, 704).

Dicha definición da cuenta de áreas de ejercicio profesional muy es
pecífico: aplicación de técnicas de fomento, protección y reparación de la salud, para lograr el máximo de bienestar físico y emocional de los seres humanos.

Pese a las numerosas propuestas metodológicas desarrolladas en enfermería, las enfermeras continúan investigando sobre el tema, a partir de la recuperación de disciplinas teóricas. Lo cual representa un problema - teórico-metodológico en la esfera epistemológica ya que es poco reconocido el problema en su dimensión práctica en las que se expresan los quehaceres socioprofesionales.

Henderson se pregunta al respecto: ¿Por qué las enfermeras definen a las enfermeras, y no la enfermería?

Esto es, mientras que las investigaciones han generado numerosos pa
radigmas que interpretan la ejecución de funciones específicas de las enfermeras inscritas en contextos igualmente particulares, no acceden sus - contribuciones a la generación de una definición generalizable para el con
junto de campos y funciones, que definan la profesión.

Lo anterior ha sido resultado de la presencia paradigmática de la - investigación biomédica que se extiende al resto de las profesiones de la salud, ya que es en la medida en la que contribuyan estas últimas para con los fines que las primeras determinen, como se retomarán sus construccio-

nes, tanto teóricas como metodológicas, o si disienten epistemológicamente son desechadas desde el momento mismo de la autorización de desarrollo, - hasta la publicación de las mismas.

Lo que ha quedado claro para la enfermería es que:

"Cualquier intento de construcción de una teoría científica, sea una teoría de práctica o no, debe partir de marcos conceptuales que dan nombre a determinadas clases de sucesos de la naturaleza, y no la mera especulación contemplativa de inferencias hipotéticas... para la construcción de una teoría para la práctica y definición de la enfermería deberán partir - de la experiencia real y concreta de la enfermería" (24, 153).

Lo anterior significa que, para que las enfermeras se desarrollen - como profesionales científicas tienen que asumir nuevas pautas de acción, de independencia de pensamiento intelectual y paradigmático, surgido de la observación altamente desarrollada por la experiencia con los sujetos en situación de atención de enfermería.

La enfermería se ha desarrollado, como muchas otras profesiones que brindan servicios, a partir de bases teóricas y ampliándolas con nuevos conocimientos y servicios que hasta años anteriores no se consideraban propios de la profesión. Por lo que, sin desatender el cuidado de los enfermos, como se observa de manera insistente en los modelos y teorías antes - analizados, se ha ido incorporando en espacios más amplios que competen al cuidado de enfermería en el mantenimiento de la salud de la sociedad, a - partir de capacitar a la familia, comunidad y/o población en sus potencialidades para el autocuidado de la salud. Sin embargo, para dar cuenta de - los fundamentos teóricos de dichas acciones, ha recurrido a marcos conceptuales de otras disciplinas como es la sociología, psicología, pedagogía y otras más:

"Los científicos sociales suelen responder a las preguntas - que son principalmente de interés para el científico social, y esto es porque la enfermera de antemano no ha aclarado el problema suficientemente. Y el científico social no tiene ni el fondo, ni el interés para clarificar el problema de enfermería" (24, 195).

Una práctica bien desarrollada tiene a su disposición una tipología diagnóstica refinada, que abarca la rama entera de problemas a los que esa disciplina hace frente.

"Es decir, hay una serie de generalizaciones (principios), - tanto descriptivos como prescriptivos, que las enfermeras profesionales pueden emplear en su práctica. Estas generalizaciones son clasificadas en un organismo sistemático de conocimientos que está siendo comprobado continuamente" (4, 162).

Para comprender la enfermería que se realiza hoy y la que en el futuro se generará, no sólo es necesario conocer su evolución histórica, sino entender también las fuerzas sociales que actualmene influyen en esta - profesión; dichos factores no son privativos de la enfermería, sino que - afectan generalmente a todo el sistema de salud, como componente del sistema social en su conjunto.

Influencias sociales que influyen en la definición de la profesión de enfermería en su nivel de ejercicio profesional:

"Exigencias del consumidor: la gente al elevar su nivel educativo... tiene mayores conocimientos de la salud y de la enfermedad... del derecho a la salud... y reconoce la responsabilidad de los servicios de enfermería que poseen un amplio fundamento teórico para hacer juicios y asumir responsabilidades de la salud social...

- La estructura familiar: Reorganización social del núcleo familiar por padres e hijos... De la misma manera, los abuelos... necesitan de asistencia y servicios de enfermería, cuando están enfermos cubriendo así los cuidados que les proporcionarían los miembros jóvenes de sus familiares...

- La economía: el incremento del gasto acompaña el aumento del número de profesionales de la salud... desgraciadamente, la tendencia económica actual es de restricción, por lo que disminuyen las camas hospitalarias y el personal.

- La ciencia y la tecnología: en algunos campos los avances tecnológicos han hecho necesario que las enfermeras estén altamente especializadas... El desarrollo científico también ha modificado la profesión por afectar a la salud humana, han - perjudicado por la alta tecnologización... Este tipo de problemas plantean nuevos retos para el equipo de salud.

- La legislación: las leyes sobre la práctica de la enfermería y las materias sanitarias involucran al profesional y al enfermo...

- La demografía: el aumento de la población en el país ha generado innumerables demandas de atención a la salud, situación que guarda relación directa para con la morbilidad...
- La enfermería profesional: cada vez adquieren más responsabilidades... Se han ocupado del campo extrahospitalario, como en los centros de salud y las visitas domiciliarias...
- Los movimientos de liberación de la mujer: ya que la mayoría de las enfermeras son mujeres... se están incorporando al mundo profesional.. con los mismos derechos que los hombres, con mayor responsabilidad en el cuidado del enfermo y exigen la igualdad dentro del equipo.
- La unificación: a menudo sus reivindicaciones van más allá de la gratificación económica, llegando a la garantía de los cuidados que se proporcionan" (20, 215-219).

El conjunto de influencias sociales guardan relación directa con la demanda social de contar con un alto grado de conocimiento y con un grupo profesional de enfermería, capaz de poner ese conocimiento a disposición de la salud de la sociedad:

"La sociedad ha confirmado la necesidad del cuidado profesional de enfermería por la demanda de ésta y a través de la promulgación de las leyes para ejercerla, las cuales conceden a la profesión el monopolio sobre su práctica... Por consiguiente esta confianza depositada a la profesión de enfermería le concede a las enfermeras la autoridad para hacer y decir lo que se dice y hace en enfermería" (19, 20).

En el caso particular de México, la definición de la Enfermería ha seguido fuertes determinaciones de los modelos norteamericanos, resultado directo de la influencia que en general enfrenta el modelo de salud, vigente en el país, y donde el paradigma médico persiste en mantener el modelo curativo, con clara orientación positivista en sus fundamentos conceptuales y metodológicos, y extensivos al resto de las disciplinas de la salud y resultado último de la organicidad funcional que guarda la salud dentro de la formación económica social capitalista dependiente del país.

Sin embargo, el papel de la enfermera ha evolucionado de manera permanente. Cambio que se ha generado por la orientación político-económica social y del modelo de atención a la salud, y por la incursión deliberada de las enfermeras por asumir nuevas funciones menos tradicionales.

La definición y metodología imperante en el país está basada en el Modelo de la Resolución de los 14 Problemas de Virginia Henderson, mismo que ha recibido innumerables cuestionamientos a las categorías de arte y ciencia, mismas que son contradictorias como el sentido común y la subjetividad y la sistematización y objetividad científica:

"La tan oída frase 'la enfermería es un arte y una ciencia' - no se defiende fácilmente; es difícil describir con exactitud en qué consiste la ciencia de enfermería. Con frecuencia se habla del arte refiriéndose a una serie de tareas bien definidas, muchas de las cuales no son independientes de la actuación de la enfermera, sino que con la aplicación del conocimiento médico. Todavía las enfermeras en general, desde la más radical a la más conservadora, están de acuerdo normalmente en que la enfermería no es sólo realizar las órdenes del médico, sino algo más que eso. Es el más que eso lo que es preciso aclarar" (7, IX-1).

El Modelo de Virginia Henderson se basa en la categoría necesidad, entendida ésta como un requisito más que una carencia de salud. Además señala que el objeto de enfermería es mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades fundamentales, que son comunes a todos los seres humanos, pero que variarán de una a otra persona.

Por otra parte Ma. Teresa Mc Dermit señala que la enfermería es una profesión que tiene múltiples facetas, pero que:

"La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividad o reconocimientos necesarios" (22, 2).

Esto hace evidente la utilización de los marcos conceptuales y definiciones que de enfermería han sostenido la corriente de la Enfermería Humanística como Arte y Ciencia: mismos que han llegado a ser tan familiares dentro de los planes de estudio, que no es difícil de entender el por qué de su operatividad y relación con el modelo de atención a la salud del país.

"Cualquier identificación del papel de la enfermería depende-

rá de nuestro concepto de proceso salud-enfermedad y las acciones... que competen al equipo" (22, 8)

Las metas en la enfermería se obtienen con las interacciones entre la enfermera y el individuo y/o comunidad, cuando ambas partes exploran - los medios para alcanzar el objetivo de la protección plena de la salud. - Por lo tanto, los límites artificiales de la enfermería los constituyen - los individuos y el ambiente físico y sociohistórico en el que la enfermería interactúa con éstos en el cuidado de su salud.

El Colegio Nacional de Enfermería de México señala al respecto:

"Enfermería es el conjunto de acciones que se desarrollan con la familia y la comunidad en todos los niveles de atención - de la salud, participando con el grupo multidisciplinario y la comunidad en la identificación de necesidades, planeación, ejecución y evaluación de las acciones desarrolladas en los - aspectos de prevención, recuperación y rehabilitación" (14, 108).

Es necesario reconocer la insuficiencia de todo modelo frente a las necesidades globales que enfrenta cualquier profesión, las existentes en - enfermería resultan incompletas de la realidad en su aplicación, no significa su rechazo. La profesión necesita aceptar el enérgico debate de su - práctica, a partir del análisis crítico y permanente de su definición y/o redefinición, a fin de acceder a una forma correcta y uniforme de enfermería en el país. Pamela Babb ha señalado:

"La investigación debe formar parte de estas acciones, para facilitar la enseñanza y el desarrollo profesional, y que esto les proporcione un panorama general de la problemática de salud existente y la forma de abordarla, ya que la sociedad - espera que los profesionales de la salud estén capacitados para hacer frente a los retos de la vida moderna con los avances tecnológicos y científicos, y que también adquieran un - compromiso directo con los problemas sociales del país y contribuyan a nuevos descubrimientos para el uso de tecnología - avanzada" (13, 26).

Ante esto, la enfermería deberá construir sus instrumentos y técnicas de trabajo, de manera que le permitan hacer un registro sistemático de

su práctica y selección en el marco de referencia que permita comprender el fenómeno y hacer una reflexión teórica para llegar al conocimiento profundo de la ciencia.

"... La necesidad de aprender a aprehender el proceso nos conduce a establecer que no es la importancia de soluciones como productos de la tecnología como superaremos la dependencia y control científico y tecnológico, sino comprender la relación proceso-producto, lo que generará una gran variedad de soluciones para facilitar los medios para alcanzar los objetivos contextuales de nuestra realidad social, tanto del fenómeno - salud-enfermedad como del complejo estructural social" (25, 4-6).

Pese a su función central en las diversas clases de servicio de salud, los profesionales de la enfermería no han logrado desarrollar al máximo sus potencialidades en torno a mejorar su quehacer específico vertido a la comunidad, aspecto que, en parte, se explica por la carencia de estudios sistematizados que avalen científicamente la creación y el establecimiento de nuevos paradigmas de servicios de enfermería.

"En los tiempos actuales, los enfermeros deben profundizar en la práctica el verdadero papel que deben cumplir en la sociedad; para ello, hay que entenderla desde un punto de vista integral, sin abstraerla del contexto social, político y económico que integra al hombre la idea y la práctica, es decir, - asumir una postura epistemológica acorde con los intereses - de la sociedad, así como valerse de un lenguaje científico - adecuado y liberador que permita generar nuevas teorías sobre la transformación del hombre y la sociedad" (13, 11).

Ramphal agrega al respecto:

"El profesional tiene la responsabilidad de desarrollar las técnicas a través de la investigación, de su aplicación en la práctica clínica a nivel profesional y en principios científicos conocidos. La enseñanza de las técnicas para asegurar el nivel de calificación es responsabilidad profesional... es la prerrogativa de todo profesional" (203, 56).

El centro de la función de enfermería se ha ampliado desde la asistencia al individuo enfermo y sano, hasta la atención a la familia o a las personas que le ayudan o que para él son importantes.

"Antes, el papel de la enfermera era encargarse fundamentalmente del individuo enfermo, se orientaba hacia la enfermedad. Ahora se da mayor importancia al fomento de la salud y a la prevención. se piensa que un día se logrará superar todas las patologías, incluso el cáncer. En ese momento, la función de la enfermería será el ayudar a conseguir el máximo nivel de salud" (21, 19-20).

Para el caso del ejercicio profesional inicial sus fundamentos partían de la intuición o empiria (se basaba en la experiencia y en la observación más que en la investigación). A través de ensayos y errores las enfermeras reconocieron los remedios que ayudaban al enfermo, y muchas de ellas llegaron a ser verdaderas especialistas. Ahora existe una base más científica, debido tanto a los estudios académicos, los avances científicos y tecnológicos y los trabajos de investigación que han sistematizado de alguna manera sus acciones; todos estos elementos -ejercicio y metodologías- han determinado el perfil que define a la profesión hoy en día.

La investigación en enfermería debe trascender el plano descriptivo o causal de los problemas y utilizar, fundamentalmente, metodologías innovadoras y críticas, incorporando los procesos histórico-sociales en los que se contextúan todas y cada una de las acciones de la profesión; Pamela Babb señala al respecto:

"La investigación es un acto de reflexión ante lo insólito, - de contradicción entre la práctica y lo dicho, entre lo observado y lo que se repite cotidianamente" (13, 24).

Recurriendo a las teorías de las ciencias histórico-sociales, químico-biológicas y de la conducta, la enfermería puede aspirar a un mejor conocimiento de la relación salud-enfermedad y el comportamiento humano frente a éstos; así como de la repercusión del sistema de atención de la salud sobre problemas de salud definidos. Esta orientación incitará a las enfermeras a plantearse la interrogante central de: ¿Qué es la enfermería?. In terrogante que Eleonor Sheldon calificó como

"Una cuestión política y epistemológica que las enfermeras deberán resolver por medio de la discusión y la decisión" (24, 147).

Interrogante que sin pretender agotar la problemática, se entenderá por Enfermería:

Es un servicio continuado que se proporciona a través de la interrelación con los individuos, familia y grupos comunitarios en la atención de su salud y de acuerdo a sus necesidades y condiciones sociohistóricas y culturales particulares; apoyadas todas estas acciones en las ciencias sociales, económicas, humanísticas y biológicas y con la participación del grupo multidisciplinario e independientemente de las actividades sustantivas de enfermería.

La definición representa tan sólo un intento por sistematizar el conjunto de elementos definitorios de los modelos y teorías conceptuales y metodológicas previamente desarrolladas. Sin embargo, queda enfrentar el reto de reconstruir la práctica real y concreta de la enfermería, a fin de consolidar un marco conceptual y metodológico particular de la ciencia de la Enfermería; Louise B. Mc Manus señala al respecto:

"Muchos hoy consideran el movimiento hacia la investigación -y por tanto la definición de la profesión- como visionario. Esto es como debe ser. Los cambios importantes planeados producen -invariablemente incomodidad y levantan oposición... El crecimiento afectivo de la investigación no vendrá, por supuesto, -de una noche para otra. Pero posponer un negocio tan grande y difícil, significa abandonar todas las esperanzas de avance -significativo" (11, 20).

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería						
CORRIENTE TEORICA: Enfermería Humanística como Arte y Ciencia						
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones	
Virginia Henderson	Modelo de Solución de 14 Necesidades Básicas. (Proceso de Resolución de Problemas).	Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la Enfermería: - Entorno - Persona (paciente) - Necesidades - Salud. La enfermera tiene una función primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos, como miembro de un equipo de salud, independientemente del médico promueve su plan de atención.	Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente: - Respirar normalmente. - Comer y beber adecuadamente. - Eliminar los residuos corporales. - Moverse y mantener una postura conveniente. - Dormir y Descansar. - Seleccionar ropas apropiadas. - Mantener el cuerpo dentro de los límites normales. - Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado. - Evitar peligros ambientales. - Comunicarse con otros. - Rendir culto de fe. - Trabajo permanente. - Juego y recreación. - Satisfacción de la curiosidad. Henderson recomienda la investigación bibliográfica y la redacción de informes de Enfermería. La enfermera trabaja en interdependencia con otros miembros del equipo de salud.	Enfermería: asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica) que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad.	El modelo Henderson es generalizable ya que se sostiene bajo la premisa de interdependencia de las enfermeras y los pacientes. Además promueve la incurción de nuevos registros de enfermería. Sin embargo, se basa en la predeterminación de estados patológicos bajo la categoría de necesidades como carencias y deficiencias, e incluso se presenta como aplicación única de patrones predeterminados, basados en la descripción y no en la reflexión.	

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería

CORRIENTE TEORICA: Enfermería Humanística como Arte y Ciencia

Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances / Limitaciones
Dorothea E. Orem	Teoría del Déficit de auto-cuidado en Enfermería.	<p>Ejes conceptuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-cuidado. - Agencia de Auto-Cuidado. - Agencia de Enfermería. - Sistemas de Enfermería. <p>Subdivisión de la Teoría General:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Teoría del auto-cuidado: describe y explica el auto-cuidado. 2.- Teoría del déficit de auto-cuidado. Describe y explica por qué la gente puede ser ayudada mediante la enfermería. 3.- Teoría de Sistemas de Enfermería: Describe y explica las relaciones básicas para que exista Enfermería. 	Utilización de registros de Enfermería para prescribir, planificación y atención a pacientes y grupos comunitarios reguladas mediante la utilización de sus recursos y aptitudes individuales para poder enfrentar los requisitos terapéuticos de auto-cuidados del individuo y/o comunidad.	Enfermería: Ejecución de medidas de cuidados u otras acciones de apoyo educativo para el auto-cuidado de la salud del paciente que puede ser capaz de realizar y/o de asistencia de las que está impedido de realizar, a fin de propiciar un entorno para su desarrollo.	Constituye una contribución conceptual importante por la adecuación del modelo con las políticas globalizantes. Sus limitaciones se inscriben en la insistencia en procesos carposos o estados patológicos, además que no reconoce espacio y tiempo de la Enfermería.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería Humanística como Arte y Ciencia.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Jean Watson	Filosofía, Ciencia y Arte del Cuidar. Modelo de Asistencia Centrada en el paciente.	Factores curativos: - Formación de un sistema de valores Humanistas/Altruistas. - Inculcación de Fe y Esperanza. - Desarrollo de una relación de ayuda y confianza. - La promoción y aceptación de la expresión de lo positivo y lo negativo. - Empleo sistemático del método científico de resolución de problemas de la toma de decisiones. - Promoción de relaciones interpersonales de enseñanza y aprendizaje. - Provisión de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual que proporcione apoyo, protección y corrección. - Asistencia en la satisfacción de necesidades humanas. - La consideración de las fuerzas existenciales y fenomenológicas.	Promoción de la salud a través de acciones preventivas tales como el reconocimiento de las habilidades de adaptación frente a los daños, la enseñanza de métodos para la solución de problemas, y la provisión de apoyo situacional. Etapas: - Estimación de las necesidades del paciente y la familia - Establecimiento de prioridades y planeación de la forma más efectiva de satisfacer dichas necesidades. - Aplicación. - Registro de evolución. - Evaluación del plan.	Proceso tendiente a reconocer y satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente sobre una base individual.	Este modelo ha constituido una forma sistematizada de información en el registro de datos de enfermería. Sin embargo, constituye la permanencia del enfoque individualista y de carácter eminentemente curativa en la práctica de la Enfermería.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería Humanística como Arte y Ciencia.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Fay Glenn Abdelah.	Modelo Resolución de los 21 Problemas de Enfermería.	Guía para identificar y resolver problemas del paciente: - Enfermería. - Problemas de Enfermería. - Resolución de Problemas. - Persona. - Entorno. - Salud.	La tipología de Abdelah se divide en tres áreas: - Las necesidades físicas, psicológicas y emocionales del paciente. - Los tipos de relación personal entre la enfermera y el paciente. - Los elementos comunes al cuidado del paciente. Abdelah establece que el método lógico puede describirse mejor como un método inductivo que generaliza a partir de particularidades.	Enfermería: servicio a los individuos y las familias; por tanto, a la sociedad. Se basa en un arte y ciencia que modela las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera como individuo, en el deseo y la habilidad de ayudar a gente sana o enferma a satisfacer sus necesidades de salud; puede ser llevada a cabo bajo una dirección médica general o específica.	Este modelo se ha extendido no sólo en la asistencia, sino en la docencia y la investigación. Los problemas de Enfermería están definidos de forma connotativa, mientras que el proceso de resolución de problemas está definido de forma denotativa. Dentro de las limitaciones al modelo se han calificado los siguientes: - Los 21 problemas de Enfermería son generales y no están vinculados al tiempo ni al entorno. - Limitación temporoespacial de los 21 problemas. - de acuerdo con el modelo, se presenta como una forma actualizada del modelo de Henderson.
Madeleine Leininger	Teoría de los Cuidados Transculturales.	Parte de la antropología de la salud. - Cuidar. - Cultura. - Valores culturales. - Variaciones culturales.	Observación de Enfermería étnica aplicada a la etnoenfermería.	S/D	Introduce un nuevo escenario de reflexión y acción de la enfermería comunitaria. Sin embargo, se encuentra limitado y no generalizable.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería Humanística como Arte y Ciencia.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Lydia E. Hall	Teoría de los Circuitos.	Fundamentos: - Paciente - Cuerpo - Enfermedad - Núcleo	La Enfermería funciona de distinta forma en los tres circuitos entrelazados que constituyen los aspectos del paciente - Cuerpo; los cuidados, - Enfermedad; la curación, - Persona; núcleo.	S/D	Esta teoría recupera la concepción del proceso Salud-Enfermedad basada en la Hipótesis Natural de la Enfermedad. Su limitación radica en la visión biológica e individualista del proceso y de los sujetos.
Evelyn Adam	Teoría de las Necesidades Básicas.	Esta teoría se basa en los fundamentos de Henderson y Dorothy Johnson. Sus fundamentos conceptuales son: - Meta profesional. - Fuente de la dificultad del beneficiario. - Intervención del profesional. - Consecuencias.	Se presenta como el registro de las causas fundamentales del daño a la salud del paciente y las posibilidades del compromiso profesional de la Enfermería en su atención.	S/D	Constituye la actualización del modelo Henderson al incorporar los conceptos del nivel profesional de los ejecutantes de la Enfermería. Las limitaciones de Henderson se repiten en esta teoría.
Rosemarie Rizzo Parse	Teoría Hombre-Vida-Salud.	Basado en el modelo de Martha Roger y en la corriente filosófica de la Fenomenología Existencialista: - Iconización - Valoración - Idiomatización - Revelación - Encuentro - Capacitación - Limitación - Conexión - Potenciación.	Determinación del marco axiológico de la salud-enfermedad a partir del autoreconocimiento de los individuos, así como el sentido filosófico de la Enfermería en el proceso de reconocimiento.	S/D	Pone énfasis en el carácter humanístico de la Enfermería frente a la creciente mecanización de las actividades de atención a la salud. La principal limitación se centra en el desconocimiento de la historia axiológica particular del individuo.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería

CORRIENTE TEORICA: Enfermería y el Campo de los Sistemas.

Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances / Limitaciones
Dorothy E. Johnson	Modelo del Sistema - Conductista.	<p>Elementos Estructurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulso o meta. - Predisposición para actuar. - Opción, alternativas de acción. - Conducta. <p>Requisitos Funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protección. - Sustento. - Estimulación. <p>Subsistemas del Sistema Conductual General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apego-Afiliación. - Logro. - Sexual. - Ingestivo-eliminador. - Agresivo. - Dependiente. 	Identificación de las fuentes del problema en el sistema y toma de medidas de Enfermería apropiadas para conservar el equilibrio del sistema conductual.	S/D	Por ser una propuesta surgida de una corriente psicológica, se encuentra en proceso de construcción, - de ahí que no pueda ser tomada.
Betty Neuman	Modelo Docente-Asistencial.	<p>Se orienta específicamente a la educación para la salud dentro de las áreas en las que la Enfermería se ejerce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordaje total de la persona. - Holismo. - Sistema Abierto. - Factores estrés. - Recursos energía. 	<p>Acciones programadas a partir de abordar la totalidad de la persona para ayudar a los individuos, a las familias y a los grupos a alcanzar y conservar el bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención. - Líneas de resistencia, de defensa. - Grado de reacción. 	S/D	Propuesta en proceso. y dispuesta dentro de los espacios y acciones que corresponde a la Enfermería en la promoción de la salud.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería y el Campo de los Sistemas					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Callista Roy	Modelo Adaptativo	<p>Conceptos Básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de adaptación. - Estímulo focal. - Estímulos contextuales. - Estímulos Residuales. - Regulador. - Cognoscente. - Modos Adaptativos (Efectores). - Respuestas Adaptativas. - Modo Fisiológico. - Modo de Concepto de sí mismo. - Modo de Dominio del Rol. - Modo de Interdependencia. 	<p>El modelo de adaptación es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo en la medida en que gran parte de su teoría se basa en la teoría psicofísica de Helson. Es inductiva debido a que desarrolló los 4 modos adaptativos; la Enfermería tiene el objetivo particular de ayudar al individuo en sus esfuerzos de adaptación y para ello se propone la manipulación del entorno. El resultado perseguido es la obtención del máximo nivel de bienestar.</p>	<p>Enfermería: sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo enfermo o potencialmente enfermo. Enfermería en tanto disciplina práctica es el cuerpo de conocimientos científicos aplicado con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio esencial consiste en fomentar la capacidad de influir positivamente en su salud. La ciencia de la Enfermería es un sistema de conocimientos sobre personas, en el que se observan, clasifican y relacionan los procesos a través de los cuales los individuos participan activamente en su propio estado de salud.</p>	<p>El modelo es aplicativo - siempre y cuando se integren a los servicios los conceptos en el proceso del diagnóstico de enfermería, pero es necesario elaborar una organización de categorías de intervención de Enfermería.</p>

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería

CORRIENTE TEORICA: Enfermería y las Relaciones Interpersonales.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Imogene King	Teoría de la Interacción interpersonal.	Las enfermeras parten de la percepción de la situación de salud-enfermedad de los pacientes y familia, para el desarrollo de su ejercicio profesional. Conceptos Básicos: - Interacción - Percepción - Comunicación - Transacción - Rol - Estrés - Crecimiento y desarrollo. - Tiempo. - Espacio. - Salud.	Basada en el sistema interpersonal y asociativo entre la enfermera y el paciente. Hipótesis de trabajo: - La prestación de la percepción en la interacción enfermera-paciente, incrementa el establecimiento de metas comunes. - Incrementa el establecimiento de metas comunes entre Enfermera y paciente y conduce a satisfacciones. - Incrementa el logro de metas. - Disminuye el estrés y la ansiedad en situaciones de enfermería. - Incrementa en el paciente la capacidad de aprender a cuidar su salud.	La Enfermería es un comportamiento observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud de la sociedad. La meta de la Enfermería es ayudar a los individuos a mantener su salud. La Enfermería se considera como proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción - Proceso de acción, reacción en el cual la enfermera y el paciente comparten información en la situación de enfermería, proponiendo acciones de conservación de su salud. - Promoción de la salud. - Mantenimiento y restauración de la salud. - Cuidado del paciente y lesionado. - Cuidado a los moribundos.	El marco conceptual es complejo para su aplicación adaptativa. Además de la poca claridad conceptual. La demarcación del estrés es poco clara. La generalidad de la teoría es limitada a sectores poblacionales y de servicios asistenciales.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería y las Relaciones Interpersonales					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain	Paradigmas teóricos y el universo del paciente.	Si bien el hombre se asemeja a reconocerse de manera holista o carácter global e integrador de su ser, su crecimiento y desarrollo natural, y su individualismo colectivo, difieren también a causa de sus cualidades inherentes, de su adaptación y de sus conocimientos para autocuidar su salud.	La construcción de modelos - consiste en desarrollar y comprender el universo del paciente.	S/D	No constituye un modelo de ejercicio para las diferentes situaciones de enfermería, se constituyen como ejes metodológicos en la determinación de teorías y/o modelos interpretativos de la actividad de la enfermería.
Kathryn E. Barnardo	Formación de Enfermería Infantil: Modelo de Interacción para la valoración de la salud infantil.	El sistema padre-recepción nacido recibe influencias de las características individuales de cada uno de los miembros, y que dichas características son modificadas para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo.	Estudio longitudinal evaluativo de la Enfermería.	S/D	Propuesta teórica particular de la atención de enfermería a la infancia; no se postula como posible generalizable.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería y las Relaciones Interpersonales					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Ida Jean Orlando	Teoría de la disminución de la angustia.	<p>Conceptos Básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angustia y Necesidad de ayuda. - Mejora de la conducta inmediata del paciente. - Enfermera. - La acción de la enfermera. - Exploración. - Salud. 	<p>Propuesta inductiva: observación de los resultados de mejoramiento de la salud de los pacientes mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación de la conducta verbal y no verbal del paciente. - Determinación de la angustia. - Toma de acciones para la disminución de la angustia. - Reinicio del proceso. 	<p>Enfermería: conjunto de acciones tendientes a la atención a la salud de los individuos y la comunidad mediante la disminución y atención de la angustia.</p>	<p>Constituye una teoría difícil de extender a todos los individuos por la asistencia prolongada para la detección y manejo de la angustia.</p> <p>Dificultades metodológicas por la generalidad en la que se expone la propuesta.</p>
Hildegard E. Peplan	Enfermería Psicosomática	<p>Se basa en el compromiso profesional en el reconocimiento de la enfermera de su propio comportamiento a fin de ayudar a otros a identificar las dificultades que los afecta.</p>	<p>Fases de la relación Enfermera-Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Identificación - Aprovechamiento - Solución. 	<p>Describe seis papeles de la enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconocida. - Persona, recursos. - Muestra. - Líder. - Sustituta. - Consejera. 	<p>Modelo particular para el área de servicios de psiquiatría, y poco adaptables a la condición de salud comunitaria.</p>
Joyce Travelbee	Modelo de Relación: Humano-Humano.	<p>Parte de los conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afinidad - Enfermedad - Sufrimiento - Dolor - Esperanza - Comunicación - Interacción - Empleo terapéutico del YO. - Empatía. - Solidaridad. 	<p>La enfermería establece sus relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encuentro inicial. - Identificación. - Desarrollo de sentimientos de empatía. - Solidaridad. - Afinidad Enfermera-Paciente. 	<p>La enfermería cumple su cometido profesional en tanto que establece relaciones Humano-Humano en el cuidado de la salud.</p>	<p>Este modelo adolece de insuficiencia conceptual y metodológico para su aplicación y extensión a todas las situaciones de Enfermería.</p>

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería y las Relaciones Interpersonales.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Ernestine Wiedenbach	Modelo del empleo del YO.	Basada en la Teoría de Orlando, establece los siguientes conceptos básicos: - Paciente - Necesidad de ayuda. - Propósito - Filosofía - Práctica (conocimiento, juicio y capacidad)	Análisis del YO y el modo en que los sentimientos afectan los actos de las enfermeras: - Observación del comportamiento relacionado o no con el bienestar. - Significado del comportamiento del paciente para sí mismo. - Determinación de las causas de incapacidad o malestar. - Posibilidades de autorresolución y/o ayuda de enfermería.	Acción de autoreconocimiento del sujeto de las causas de su malestar y/o incapacidad para su autoreolución y/o apoyo de enfermería en caso necesario.	Constituye un gran avance el reconocimiento del papel activo del paciente en el autocuidado de su salud. Sin embargo, es insuficiente en sus lineamientos metodológicos para su generalización.
Jean Riebls Sisca	Teoría de la Interacción Simbólica.	Parte de establecer - que los símbolos, la interpretación y los significados medianizan la interacción humana, que el resultado de un proceso de - interpretación entre el estímulo y la respuesta.	- Todas las personas interpretan los actos de los - otros basándose en el significado asociado a la acción antes de reaccionar.	S/D	Resulta una extensión de la propuesta de Orlando, por lo que no puede ser generalizable, además de la insuficiencia conceptual.

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería					
CORRIENTE TEORICA: Enfermería y los Campos de Energía.					
Representante (s)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Martha E. Rogers	Teoría Seres Humanos Unitarios.	<p>- El proceso vital del hombre se caracteriza por su carácter unitario, abierto y unidireccional, sus patrones y organización, los sentimientos y el pensamiento.</p> <p>Bloques Teóricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo energético. - Universo de sistemas abiertos. - Patrones. - Tetradimensionalidad. <p>El proceso vital es homeodinámico, los principios del proceso predicen la naturaleza de su evolución.</p>	<p>Partiendo de la premisa de que la Enfermería es una profesión de colaboración en la coordinación de conocimientos y aptitudes del individuo, en conjunción con otras disciplinas sanitaria</p>	<p>Enfermería: Profesión docta que es tanto una ciencia como un arte: ciencia humanística dedicada a la inquietud compasiva por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados.</p>	<p>La Teoría de Rogers es sumamente compleja por los múltiples conceptos que no son fáciles de comprender, por lo que se vuelve una teoría abstracta de la probabilidad sujeta. por lo que desconoce la historia propia de los sujetos y de los eventos sociales en los que se ubican los mismos.</p>
Myra Estrín Levine	Teoría de la Conservación de la Energía	<p>La plenitud del holismo, la integridad y la conservación.</p> <p>Recomienda la trofocognosis como diagnóstico de enfermería.</p>	<p>Aplicación de los principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La energía. - La integridad estructural. - La integridad personal. - La integridad social. <p>Respuestas Orgánicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El miedo. - La respuesta inflamatoria. - El estrés. <p>- Respuesta sensorial.</p>	S/D	<p>Constituye una teoría por demás complicada por el manejo conceptual y la limitación de su aplicación a situaciones de trabajo interdisciplinario inexistente en la mayoría de los espacios de acción de la enfermería.</p>

Fundamentación Teórica de la Definición de la Enfermería

CORRIENTE TEORICA: Enfermería y los Campos de Energía					
Representante (a)	Modelo/Teoría	Marco Conceptual	Bases Metodológicas	Definición/Enfermería	Alcances/Limitaciones
Joyce J. Fitzpatrick	Modelo de Perspectiva de Vida.	Basado en estudios de geriatría y gerontología. - Enfermería - Persona - Salud - Entorno - Esquemas temporales - Esquemas de promoción. - Esquemas de conciencia. - Esquemas de percepción.	Basado en el registro de historias de vida, se establecen las premisas fundamentales en las que la enfermería deberá desarrollar apoyos - y/o asesorías específicas.	S/D	Modelo inscrito dentro de un área particular que si bien aporta estrategias de atención específica del área, pero no generalizable por sus conceptos.
Margaret Neuman	Teoría del Desarrollo en Enfermería.	Conceptos fundamentales: - Movimiento - Tiempo - Espacio - Conciencia	Concibe a la enfermería a partir del movimiento como reflejo de la conciencia, donde el tiempo es una medida de la conciencia. Por lo tanto atender la salud es atender la conciencia de la patología.	S/D	Aun y cuando se postula como una teoría, es insuficiente en la propuesta metodológica, de ahí la limitación en su generalización aplicativa.

C I T A S

- 1.- Adam, Evelyn.
¿Hacia dónde va la Enfermería?
Madrid, Editora Importécnica, S.A.
1982.
- 2.- Alfaro, Rosalinda.
Aplicación del Proceso de Enfermería.
Barcelona, Ed. Doyma, 1989.
- 3.- Blue, Carolyn L. et al.
Modelo de Adaptación de Callista Roy en Modelos y Teorías de Enfermería.
Por Marriner, Ann,
Barcelona, Ed. Rol, 1989.
- 4.- Brown, M. Irene.
Investigación del Desarrollo de la Teoría de Enfermería.
Nursing Research.
Vol. 13, No. 2, 1984.
- 5.- Brunner, I.S. y Suddarth, D.S.
Manual de Enfermería Quirúrgica.
4a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A., 1984.
- 6.- Creighton, Helen.
Clínicas de Enfermería de Norteamérica.
México, Vol. 9, No. 3,
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1974.
- 7.- Dally, Joann Sebastian et al.
Seres Humanos Unitarios de Martha E. Rogers en Modelos y Teorías de Enfermería.
Por Marriner, Ann,
Barcelona, Ed. Rol, 1989.
- 8.- Díaz Gutiérrez, Ma. Antonieta y Alcántara Manchinelli, Pío (Comp.)
Antología sobre Alumnos Egresados y Mercado Laboral.
México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.
- 9.- Domínguez Alcón, C.
La Profesión Enfermera en Cuadernos de la Enfermera.
Barcelona, Ed. Masson, S.A., 1984.
- 10.- Donohue Eben, Jeanne et al.
Teoría del Déficit de auto-cuidado en Enfermería en Teorías y Modelos de Enfermería.
Por Marriner, Ann.
Barcelona, 1989.

- 11.- -----
El Hoy y el Mañana en la Investigación de Enfermería en The American Journal of Nursing.
 Mensual.
 Estados Unidos de Norteamérica.
 Mayo - 1981.
- 12.- Elliott, Philip.
Sociología de las Profesiones.
 Madrid, Ed. Tecnos, S.A., 1975.
 Col. Ciencias Sociales.
 Serie: Sociología.
- 13.- Babb S. Pamela.
Enfermera al Día.
 Mensual.
 México, D.F.
 Julio, 1991.
- 14.- Gallegos Hernández, Beatriz Eugenia et al.
Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México.
 México, Dir. de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia - Colegio Nacional de Enfermería, A.S., 1979.
- 15.- García, Juan César.
Corrientes de Pensamiento en el Campo de la Salud en Revista Médico Moderno.
 Mensual.
 México, D.F.
 Vol. XXII, No. 8, Abril - 1984.
 Pp. 23-30.
- 16.- Gibbons K., Lillian.
La Investigación en Enfermería: Un Campo Interdisciplinario.
 Washington, D.C., O.P.S./O.M.S.
 S/Información.
- 17.- Kay Dycus, Doroty et al.
Veintiún Problemas de Enfermería de Faye Glenn Abdellah en Modelos y Teorías de Enfermería.
 Por Marriner, Ann.
 Barcelona, Ed. Rol, 1989.
- 18.- King, Imogene.
Enfermería como Profesión: Filosofía, Principios y Objetivos.
 México, Ed. Limusa, S.A., 1984.
- 19.- Kohnke, Mary.
Asesoría Profesional en Servicios de Enfermería.
 México, Ed. Limusa, S.A., 1981.
- 20.- Kozier, Barbara.
Factores que Influyen en la Práctica de la en Enfermería Fundamental.
 Madrid, Ed. Interamericana, S.A., 1989.

- 21.- Kozier, Barbara.
Tendencias en la Práctica de la Enfermería.
Madrid, Ed. Interamericana, S.A., 1989.
- 22.- McDermit, Marie Therese.
Análisis Conceptual de la Enfermería.
S/Información.
(Mecanograma).
- 23.- Paterson, Josephine y Zderad, Loretta T.
Enfermería Humanística.
México, Ed. Limusa, S.A.
1979.
- 24.- Peña Rodolfo F.
La Jornada Laboral.
La Modernización del Trabajo.
México, D.F.
10. de Marzo de 1991.
- 25.- Revista de Tecnología Educativa.
Clayton S. John.
Departamento de Asuntos Educativos. Organización de los Estados Americanos (OEA).
S/I. Periodicidad.
Venezuela.
No. 4, Vol. 1, 1975.
- 26.- San Martín, Hernán.
Salud y Enfermedad.
5a. ed., México.
Ediciones Científicas - Prensa Médica Mexicana, S.A.
1984.
- 27.- Wald, Florence S. y Leonard, Robert C.
"Hacia el Desarrollo de la Teoría de la Práctica de Enfermería".
Nursin Research.
Vol. 13, No. 4, 1984.
- 28.- Watson, Jeannette E.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
México, Ed. Interamericana, S.A., 1981.

VI. CONCEPCION FILOSOFICA
DE LA ENFERMERIA

Reflexionar en torno a la Filosofía de la Enfermería y el papel que ésta juega dentro de la atención de la salud, requiere de reconocer a la Filosofía como un asunto que involucra directamente a la enfermera, ya que todo hombre tiene momentos en su vida en el que se convierte en filósofo.

La filosofía se constituye y se da a la tarea de establecer una cosmovisión del mundo, a partir del contexto histórico del sujeto en sociedad, con el fin último de construir el concepto ideal de hombre.

De ahí que la salud, como idea y como realidad históricamente humanizada, constituye el problema capital en la construcción de la filosofía de la enfermería; ya que se realaciona con los aspectos esenciales de la vida de la enfermera y del sujeto al que brinda sus servicios.

En el fondo la salud es un ideal, por su carácter histórico que guarda relación con la enfermedad; además por la capacidad individual que obliga al sujeto a poner sus deseos y acciones concretos al servicio de su integridad física, social e intelectual; lo que implica la existencia de una interrelación enfermera-individuo-sociedad en el autocuidado de su salud.

A lo largo de la historia la enfermería ha desarrollado conceptos filosóficos que sustentan la concepción de servicio que pretende brindar, a partir de modelos y teorías, los cuales, en su mayoría, guardan relación directa con el doctrinamiento científico y con la corriente epistemológica del pragmatismo positivista.

Resultado de dichas posturas han sido los avances tecnológicos y superespecialización técnica-operativa del conocimiento de la enfermería. La debilidad de esta orientación es el no reconocimiento de la salud como instancia de ser en sí misma el fin; es decir, un servicio de enfermería que ponga como eje central la salud del sujeto y su capacidad en el autocuidado, y no su desgracias como ser invadido por la enfermedad.

Es preciso enfrentar la problemática epistemológica que ha limitado la concreción de las reflexiones teóricas del servicio de enfermería y su fundamento filosófico, ya que hasta el momento se ha limitado a determinar cuestiones técnicas, pero no valorar la realidad humano-social que caracteriza al proceso salud-enfermedad, situación que puede ser resumida por las palabras de Barbara Kozier:

"La técnica nos enriquece, pero no nos relaciona con los fines" (5, 13).

Se ha reconocido el incipiente desarrollo de marcos filosóficos fundamentales del saber y saber hacer en la enfermería, debido a la parcialización conceptual que de ella se tiene y se hace uso; Marie Therese McDermitt menciona:

"Una enfermera empieza el desenvolvimiento en su propia filosofía, cuando decide ser enfermera. Cuando ella escoge su carrera y decide llegar a ser, sus pensamientos empiezan a cristalizar - cuando ingresa a una escuela de enfermería y entra en una situación extraña y nueva" (6, 3).

Lo anterior reclama de ser analizado de manera integral, esto es a partir del seguimiento de los tres problemas sustantivos a enfrentar:

- Concepción de Salud-Enfermedad.
- Ideas de la Finalidad de los Servicios de Enfermería.
- Metodologías Empleadas en el Cuidado de la Salud.

6.1.- Concepción de Salud-Enfermedad:

Toda vez que este punto ha sido desarrollado con anterioridad sólo se señalarán algunos ejes conceptuales importantes para su delimitación filosófica.

En la actualidad el pensamiento médico-asistencial parte del modelo unicausal para explicar y conceptualizar los diversos problemas de salud, en

marcados en la Historia Natural de la Enfermedad, mismo que presenta limitaciones epistémicas importantes, tales como:

- Jerarquización de variables socioeconómicas de manera ahistórica.
- Ignota la condición económico-social y cultural que determina la con di ci ón de la salud de los individuos.
- Al estar orientada por la corriente positivista, busca evitar el desequilibrio y pérdida de la normalidad del sujeto a partir de mecanismos de control de carácter pragmático.

De ahí que:

"... es necesario superar el enfoque reduccionista del modelo - mencionado y plantear un modelo de la historia social de la enfermedad... y en las medidas tendientes a promover la salud, pre ven ir l as en fer me da de s y acc iden te s, re st aur ar l a sal ud y re h ab il it ar al en fer mo" (7, 27).

Dicha concepción tiene su fundamentación legal a partir del artículo - 4o. constitucional, sin embargo, es importante considerar que:

"... el mejoramiento en el nivel de salud... no se da necesariamente como resultado automático del crecimiento económico..." - (7, 53).

Ante la crisis que enfrenta la enfermería -postura sesgada de la realidad del paradigma médico vigente- es cometido de esta profesión la construcción de un ideal de enfermera capaz de interactuar con su contexto sociohistórico, al tiempo de exaltar los valores humanos y asegurar los principios fundamentales del derecho a la salud como esencia de la vida misma.

El pensamiento positivista dominante de la orientación actual de la filosofía actual de la enfermería en el país ha sentado sus bases a partir de de te r mi n i s mo s met od ol ó g i c o s t é n i c o - ex pe r i m e n t al e s q ue dan c ue n ta de l a post ura de ob se r va ci ón con la que la en fer me ra as ume al in di vi du o b aj o con di ci ón nat ur al de sal ud - en fer me da d ad . P e n s a m e n t o q ue se s ost i e n e a p ar t i r d e l a rat ifi ca ci ón ide ol ó g i c a del dis c ur s o con el que es cal ifi ca da l a prof esi ón.

"Las enfermeras juegan un papel de fundamental importancia y - trascendencia tanto en el funcionamiento de las instituciones de salud, como en la recuperación de los pacientes: por algo estas - mujeres, caracterizadas por su ropa blanca y su cofia, son símbo- los universales de la abnegación y la entrega... reúnen mujer, - soldado y ángel de la guarda en su labor de cada día" (8, 31-32).

El fundamento es aludido en el DEBER SER, no por el SER o identidad - del pensamiento y el objeto; donde el sujeto en su DEBER SER pasa a conside-- rarse como herramienta de la modernización.

"... el hombre sólo se hace hombre mediante la comunidad humana, un ensanchamiento de sí mismo" (8, 40).

La enfermería al ser reducida a la técnica, sus fundamentos metodológi- cos quedan inscritos en el empirismo lógico estrictamente individual y utili- tario; y sus bases se establecen a partir de conceptos y principios biomédi-- cos como sinónimos de ciencia moderna.

Al enfrentarse en la actualidad la necesidad de reflexionar sobre la - problemática filosófica de la enfermería, ésta misma ha generado avances im- portantes al colocar en el centro del análisis su real objeto de estudio dis- ciplinario: la salud.

"Johnson... define la contribución, de carácter único de la en- fermería, al bienestar del paciente, como la conservación o el - restablecimiento de un estado de equilibrio de la salud, constan- temente cambiante...

Los requisitos de la asistencia de enfermería profesional, defi- nidos o implícitos... se pueden clasificar en:

- 1.- Conocimientos clínicos, juicio y competencia técnica.
- 2.- Conocimientos y aptitud para las relaciones humanas.
- 3.- Comprensión social.
- 4.- Conocimientos higiénicos y aptitudes para enseñar.
- 5.- Cumplimiento de las responsabilidades profesionales" (4, 73).

La enfermería, por encima de los datos eficientistas en el cuidado de la salud, necesita del sostenimiento de sus fines y medios. La sola idea de atender la enfermedad del individuo y/o comunidad no puede servir de norma a la enfermería, ya que significaría negarse a sí mismo en su hacer socioprofesional sobre la salud.

6.2.- Idea de la Finalidad de los Servicios de Enfermería.

La idea del fin de los servicios de enfermería procede de la idea antropológica donde la salud es parte constitutiva del hombre, en la medida en que la hace parte de sí mismo; reconociendo la individualidad del sujeto y del grupo social; un ser y un deber ser, una realidad educable y un ideal de perfección humana. El fin es la teoría de la salud, sin embargo debe responder a los avances científicos y tecnológicos que requiere la enfermería frente al reto del acelerado desarrollo social actual.

La insistencia caprichosa del pensamiento biomédico ha llevado a la - ilusión de neutralidad de la práctica de enfermería al punto de desvalorizar el compromiso personal -saber ser- político y social que disuelven la especificidad del cuidado de la salud -saber y el saber hacer-.

Los avatares sociales y la creciente tecnificación y rutinización ha presentado su reflejo inmediato en el espacio de los servicios de enfermería, al punto de introyectar en la enfermera la preocupación de su práctica como - una mera acción del saber hacer, situación que le despoja de su valor profesional y humano del "SER" y le aleja de su esencia integral. Sin embargo, la acción del saber y saber hacer de la enfermería sólo cobra sentido a partir - de la objetividad, es decir, en un hacer crítico, permanente que restituya - sus expectativas dentro de los intereses sociales a los que debe su existencia como profesión.

El asumir el carácter crítico es posible de ser una realidad, en tanto:

- La crítica se interrelacione con la salud y la realidad social, por lo que afloran los conflictos y desigualdades sociales y de trabajo, propias del sistema.

- Reconocimiento de la insuficiencia paradigmática dominante en la interpretación de la realidad de la situación de enfermería.

- Coparticipación de la enfermería en la construcción del cuidado a la

salud como parte de la cultura de los intereses de las mayorías desprotegidas.

- El saber hacer debe colocarse a disposición del autocuidado de la salud de las mayorías, ratificando el papel del fin de la competencia disciplinaria -el dominio del saber y del saber hacer- de la enfermería y su sentido social como profesión -saber ser-.

Pero el hacer de enfermería, reflejo del fin del cuidado de la salud - no sólo se dirige a finalidades intelectuales y axiológicas; es menester traspasar las estructuras de poder, control y alienación para alcanzar un nivel social y democrático de la salud colectiva.

Con el decreto constitucional del derecho de todos los mexicanos a los servicios de atención a la salud, pareciera que con ello se disolviera el carácter clasista de los servicios médico-asistenciales y por lo tanto surgiera la democracia sanitaria en el país. Sin embargo, la realidad acusa lo contrario; la democracia requiere asumirse como un ejercicio permanente en el más alto sentido moral y práctico; suscitar y afianzar - la conciencia de los derechos y deberes de la ciudadanía, de tal manera - que el destino de la nación sea al mismo tiempo una construcción social.

6.3.- Metodologías Empleadas en el Cuidado de la Salud.

La creciente orientación de relacionar la instancia interna y activa - del sujeto y la enfermera ha permitido la manifestación de las potencialidades del primero, y dar a la segunda una actitud crítica-reflexiva de su saber, saber ser, y saber hacer en torno a su salud.

En este sentido, la metodología implementada en el país ha demostrado su insuficiencia al agudizarse la problemática generada por la racionalidad - técnica y la planeación sanitaria y de los servicios de enfermería en la atención de los individuos.

"Racionalización significa en primer lugar la expansión de criterios de decisión racional en diversos ámbitos sociales y en conexión con esto, la industrialización del trabajo social, que lleva como consecuencia a la pretensión de criterios de acción instrumental a todos los ámbitos de la vida" (3, 47).

El Plan Nacional de Desarrollo actual consolida la etapa de restricción de los recursos económicos, en aras de la modernización del país. Dentro de la planeación de la salud se instrumenta mediante la disminución desmedida del presupuesto programado, la masificación y sobresaturación de los servicios; determinando la calidad y calidez del hacer de la enfermería.

Una metodología que parta de la reflexión interdisciplinaria, debe encaminar sus acciones hacia la construcción de marcos teóricos, conceptuales y referenciales acordes a la realidad científico-social con la modificación del marco filosófico dogmático dominante, Evelyn Adam señala al respecto:

"... la enfermería está en constante proceso de cambio, tanto - por factores intrínsecos que son el fundamento de su existencia (conocimiento humano), como una serie de aspectos extrínsecos - que se relacionan con el objetivo a quien va dirigida la acción de la enfermera.

Por tanto, cómo podría tomarse como filosofía un solo modelo, si esta ciencia está evolucionando" (1, 3).

Es necesaria la recuperación de la concepción del pensamiento filosófico que da origen a la enfermería moderna con Florencia Nightingale cuando califica que:

"... la enfermera está llamada en definitiva a cuidar al hombre en su domicilio. Quizá nos encaminemos hacia la desaparición de todos los hospitales y casas de salud..." (2, 28).

Aún más:

"... lo que tiene que hacer la enfermería en ese caso es poner - al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sola" (6, 3).

La enfermería tiene un reto actual con la sociedad: la dignificación - del individuo, sano o enfermo. María Teresa McDermit señala que la estrategia es a partir del amor, entendido éste a partir de los cuatro elementos con que Fromm lo define:

"... el amor comienza con la existencia humana; es uniforme y - permite al hombre guardar su integridad" (6, 4).

"El amor tiene cuatro componentes: cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento. Los cuidados de enfermería para su paciente. ... voluntariamente, responde a sus necesidades, acepta la responsabilidad por él. Guarda la independencia personal y libertad que debe conservar el paciente. Su interés en él demanda que le conozca y también demanda que interactúe y le acepte tal como es" - (6, 4-5).

Todo intento por analizar la Filosofía de la Enfermería actual o construcción innovadora de ésta deberá inscribirse a partir de los siguientes - principios: el fin de la disciplina lo constituye el hombre en situación de - cuidado de enfermería; en tanto que el objetivo de ésta es la salud y donde - la metodología, independientemente de las estrategias técnicas, debe considerar ambos elementos en su contexto socioeconómico y político-cultural.

C I T A S

- 1.- Adam, Evelyn.
¿Hacia dónde va la Enfermería?
Madrid, Editora Importécnica, S.A.
1982.
- 2.- Bryant, John H.
A los Diez Años de Alma-Ata.
Riga - URSS.
Documento base preparatorio para la Reunión de Riga (URSS), celebrada en Marzo 1988.
- 3.- Habermas, J.
Técnica y Ciencia como Ideología en Revista de la División de Ciencias Sociales y Humanidades.
Vol. 11, No. 3, México, U.A.A.M.
Atzacapotzalco, mayo-agosto 1981.
- 4.- Heidgerken, Loretta E.
Enseñanza en las Escuelas de Enfermería.
5a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A.
1979.
- 5.- Manacorda, M. y Suchodolsky, B.
La crisis de la Educación.
México, Ed. Grijalbo, S.A. de C.V.
1984.
- 6.- McDermit, Marie Therese.
Análisis Conceptual de la Enfermería.
S/Información.
(Mecanograma), 1971.
- 7.- Rojas Soriano, Raúl.
Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.
México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
1990.
- 8.- SOLIDARIDAD.
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Mensual.
México, D.F.
No. 78, Enero de 1990.

VII. LA IDEOLOGÍA Y
LA ENFERMERÍA

La ideología dentro de la profesión constituye un sistema de creencias en torno al ejercicio de la profesión que da sentido a las experiencias laborales concretas. Lo anterior guarda relación directa con la cultura ocupacional que se despliega en torno a la información dispuesta por las instituciones de educación superior a partir de la disposición de los diversos estudios, mismos que de manera general integran datos tales como: áreas ocupacionales y/o servicios brindados, normativa profesional; marcos teóricos y tecnológicos que posibilitan el ejercicio de una práctica profesional particular; tipo de clientes o sectores sociales a los que brinda sus servicios.

"A causa de las pretensiones de especialidad profesional los profesionales tienden a justificar que lo que hacen no es sólo útil, sino también correcto. Las ideologías incluyen creencias existentes y normativas a la vez" (10, 140).

Es decir que las creencias están relacionadas con la situación en que se encuentran; implica también que se sirve de ésta en la conformación de la identidad profesional, para la legitimación de la profesión ante la sociedad; reforzar el cómo ésta se inserta en la formación económico-social y mantiene un carácter de control sobre los procesos formativos y de selección en los mercados ocupacionales propios de la profesión.

Es importante señalar que otro de los elementos importantes que cumple la ideología de las profesiones es el carácter de ocultamiento de su carácter reproductor, legitimación y articulación de la ideología dominante, al respecto Latapi y colaboradores apuntan:

"... con el concepto de competencia libre se oculta el monopolio de la educación profesional y el control del mercado; con el ideal de servicio universal, se oculta la selección real de la clientela y el servicio de clase que se le presta; con el énfasis en la cohesión gremial y las lealtades colegiadas, se oculta la estratificación interna; con la idea de vocación, se oculta el control social sobre los miembros de la profesión; y con el culto a la excelencia se oculta el poder de quienes ocupan las posiciones superiores en el grupo profesional" (9, 41).

En su acepción de "falsa conciencia", la ideología cumple la función de encubrir la realidad para fines de control social, donde la formación social del trabajo de la enfermera es explícitamente aprobada, por el papel que juega dentro de la estructura económica del sistema.

La inserción de la enfermería dentro del proceso laboral y específicamente inscrita dentro de actividades manuales y/o técnicas, ratifica la división de trabajo existente dentro del campo de la salud; situación que ahonda el carácter de supeditación de la enfermería para con la medicina, presentándose se ideológicamente como profesión subalterna y/o cautiva. Todo esto como resultado de su función que en el sostenimiento de la salud de la fuerza productiva del país, refuerza su articulación orgánica dentro del sistema económico.

7.1.- La Ideología y la condición de Mujer-Enfermera.

Fruto del condicionamiento social en las sociedades patriarcales, se ha hecho casi una costumbre considerar a las mujeres, infantes, ancianos y homosexuales, grupos sociales marginados; esto es, en situación de calidad de inferiores. Sin embargo, al respecto se han desarrollado numerosas investigaciones que han proporcionado explicaciones claras de las problemáticas particulares de cada uno de éstos.

En apego al objeto de estudio de la presente investigación se ha de centrar el análisis en el grupo social de las mujeres, y en lo particular de la mujer-enfermera.

La división social del trabajo guarda relación directa con la diferenciación sexual entre los individuos, ya que como lo señaló Federico Engels:

"... la división original del trabajo se daba ya entre hombre y mujer, siendo su objetivo la crianza de los hijos... y que la reproducción de la especie constituía un importante sistema económico diferenciado de los medios de producción" (6, 13).

Sin embargo, habrá de reconocerse que la división derivada del sexo es tan profunda que resulta casi de manera natural sus repercusiones en las profesiones; ya que el sistema explicativo de clases sexuales naciente de bases biológicas al ser superado históricamente, no garantiza la liberación de nivel conceptual y valorativo de la mujer ante el plano social; aún más, la diferenciación sexual es uno de los puntos básicos por los que se estructura la sociedad actual en México. Ejemplo de esto es el que las mujeres se encuentran casi sin disputa en el mundo doméstico; los empleos tipificados como de exclusividad femenina, tales como profesores de nivel básico y medio básico, asistentes sociales, psicólogas y todas las ramas de la enfermería; todas tienen que ver con ambientes sociales de ajuste psicosocial, pues sus actividades o son auxiliares o son complementarias a actividades de alto estatus y rango profesional.

Así, mientras que por derecho al pleno desarrollo psicosocial de la mujer se lucha por su liberación conceptual al sometimiento, se continúan reafirmando los esquemas de abnegación que se extienden a sus expectativas de desarrollo profesional y social en su contribución en la humanización de los sectores en donde desempeña sus actividades tanto familiares como laborales.

Simone de Beauvoir en su libro *El Segundo Sexo* señala:

"No se nace mujer, a una la hacen mujer... desde que la niña nace, a través de la educación informal que se da en el hogar, así como en la educación formal en la escuela y en la universidad, - se enseña a las niñas mexicanas, de todas las clases sociales, - que ser mujer significa ser obediente. Y es en la obediencia - donde se centra todo el valor femenino... la independencia en lo moral y en lo intelectual, se considera fatal para las mujeres". (8, 1).

Es fácil comprender el papel de la educación familiar en la mujer, donde tiene un cometido de preparación para el cumplimiento del papel de madre, esposa e hija; en tanto que para las llamadas profesiones femeninas se les presenta como de fácil acceso por considerarse conocidas sus acciones -extensión del trabajo doméstico-, como la enfermería y el magisterio de nivel básico. De ahí las numerosas afirmaciones que, las investigaciones al respecto y realizadas por las mujeres, señalan la necesidad de reformular la identidad -

psicológica y cultural de la mujer.

"La igualdad de los sexos... es la ausencia de jerarquía... ser mujer significa vivir la realidad desde un cuerpo femenino, eligiendo sus propios valores, teniendo conciencia de sus motivos - de acción y conociendo el mundo que nos tocó vivir; insertadas - en una realidad que no es inmutable y que nosotras podemos y debemos cambiar" (8, 7).

El estereotipo de mujer contempla la posibilidad de movilidad social - vertical, lo que obviamente no corresponde a la realidad, ya que sólo se contempla a la mujer como recurso subordinado a tareas específicas, con una de terminante económica y profesional precisa. A nivel psicológico se refuerzan los valores de abnegación, espíritu de sacrificio y sufrimiento, renuncia a - los intereses personales en aras de una mayor felicidad altruista; como es el caso del perfil social de la enfermería en México.

En el caso específico de las enfermeras, la superación de las condicio nes subordinantes parten de su entidad sexual y de las condiciones ideológi-- cas en las que se asegura su integración orgánica con la formación económica social del país, baste con ver algunas de las características básicas de ésta:

Las estadísticas disponibles sugieren que en la mayoría de los Estados del país, la fuerza de trabajo del sistema de salud cubierta por mujeres cong tituye aproximadamente entre el 75 al 80% y con funciones tradicionalmente - consideradas como domésticas: cuidar, consolar, aconsejar, cocinar, limpiar y educar; Marie Therese McDermit apunta:

"Aun cuando tres de cada cuatro trabajadores de salud son muje-- res en prácticamente todos los países, su estatus y poder de de-- cisión no se pueden comparar con su preponderancia numérica. Los puestos más altos, más prestigiados y/o mejor pagados son los me nos ocupados por mujeres" (11, 3).

A partir de lo anterior, es que se ha calificado que la enfermera lle- va un doble estigma: la de ser mujer y la de ser enfermera.

"Siguiendo la recomendación del viejo filósofo griego Heráclito, que decía: El que no espera lo inesperado nunca lo descubre... - Las mujeres, los niños, los viejos, los indígenas, los disiden--

tes, los inconformes, poseen sabores distintos acerca de la vida que merecen ser escuchados, reflexionados y puestos en práctica. ... En enfermería se reúnen todas las tareas milenarias, extensión de las tareas domésticas... La enfermería cuida, sirve, obedece y calla. Está dispuesta siempre a escuchar la voz de los que sa ben mejor que ella misma lo que a ella le conviene..." (7, 6).

Es a partir del último argumento, por su carácter de control, que da cuenta del papel de la ideología discursiva dirigida a las enfermeras, ya que refuerza los arquetipos femeninos dominantes. Esto supone la imposición de mo delos subordinantes dispuestos para la mujer a fin de garantizar el control - de éstas por el personal médico -masculino- en las instituciones de salud, in dependientemente de la capacidad profesional en el cumplimiento de tareas de dirección y administración de personal y/o recursos humanos.

"La ideología de Enfermería refuerza su carácter profesional dependiente y subordinada a la medicina... de ejecución de actividades manuales... se explica... tanto por su sexo como por su po sición en la división social del trabajo" (6, 71).

Es común escuchar discursos públicos donde se declaran supuestos honores a la enfermera, tales como: brazo derecho del médico, la mano que humaniza y extiende la atención al enfermo; discursos que reflejan una imagen de su bordinación y ayudantía e inscritas en esquemas y actividades calificadas como intermedias, satélites, complementarias o secundarias.

Por otra parte, dentro del sistema de salud, la estratificación existente entre las diferentes disciplinas de salud asegura que hacia el interior de cada una de éstas se reproduzcan los esquemas antes señalados. En el caso de la Enfermería se han creado jerarquías internas con diferentes niveles de autoridad y centralización de poder en el control de numerosos recursos humanos y distribuidos a partir de criterios de asegurar la permanencia del modelo vertical característico de las instituciones médico-asistenciales del país, y de origen de la administración empresarial.

Leininger propone, en lugar de la pirámide, "un modelo participativo en forma de elipse, a través del cual se subraya la naturaleza polivalente del -trabajo en salud y la contribución de cada miembro del grupo" (11, 7).

Si se considera la definición que califica a la enfermería como

"La ciencia y el arte altamente humanista, que contribuyen a inyectar una corriente de aire puro y saludable, dirigir los espíritus hacia ese sentido humanista tan necesario en su quehacer - de cuidado integral del enfermo" (14, 5).

Es posible entender la imagen de la enfermera como el ángel de la misericordia o blanca paloma de la paz. Como estereotipo, esta imagen enfatiza el papel expresivo de la enfermería: aliviar el dolor, humanizar el cuidado, suavizar las contradicciones.

Grissum y Spengler señalan al respecto:

"... el mito del Ángel de la Misericordia sigue perpetuándose mediante los ritos y símbolos. Debería recordarse que los ángeles son simpáticos, pero no humanos. La enfermería necesita tener -- los pies en la tierra. Mientras quedemos como mujeres ingenuas, sobresentimentales y nos aferremos a las tradiciones y símbolos del pasado, haremos poco por cambiar la imagen y papel de la enfermera" (5, 110).

Otro de los aspectos que han dañado a la enfermería ha sido el hecho de que el nivel educacional general de las enfermeras es de tres años menor de la alcanzada por los que ocupan niveles y reconocimientos laborales y sociales de otras profesiones de la salud.

Lo anterior guarda relación y es producto directo de las políticas que tanto el gremio médico como los políticos responsables en la planeación de recursos humanos y de servicios que conforman el sistema de salud del país determinan el nivel académico y laboral de la enfermería por resultar prioritario para el sostenimiento del actual orden económico social.

Pese a la problemática sexual que enfrenta la mujer-enfermera ante una ideología dispuesta para su subordinación y control, habrá de reconocer que es esta misma donde surgen las estrategias para su transformación; tal como lo señala Isabel Hernández Tezoquipa:

"... la ideología no sólo es sinónimo de ocultamiento de la reali

dad; también es el vehículo a través del cual los integrantes de una sociedad logran darse cuenta del mundo histórico que los rodea y encontrar los medios para transformarlo... es necesario - originar cambios en la formación de enfermería y en su práctica actual. Esta práctica profesional pensamos que debe ser reorientada hacia las necesidades de salud de las clases necesitadas... una superación del estado actual de manipulación ideológica de - las cuales somos objeto..." (6, 74-75).

7.2.- La Ideología y el Discurso en la Enfermería.

La ideología, al cumplir la función del control social en la enfermería a partir del discurso, permite observar los ejes principales en los que se basa:

1.- Los fundamentos éticos de la profesión son refrendados de manera insistente, ya que adquieren, a través de éstos la normativa rígida que garantiza la disciplina de sus miembros y el control del gremio como reforzador del funcionamiento del sistema político-ideológico.

"... los beneficios y símbolos que se utilizan para el control de grupo, como son: los festejos, las recompensas, los diplomas y las medallas... los visualizan como estímulos merecidos porque ellas dan su tiempo, trabajo y esfuerzo al paciente. Por estos homenajes sienten que ellas así sirven para algo... Nótese inclusive que se piensa que la enfermera debe hacer mayores esfuerzos para merecer los festejos, recompensas, diplomas y medallas que reciben, en vez de mejores condiciones laborales" (6,63).

2.- La ideología sirve para justificar el escaso ingreso, sobrecarga de trabajo y dependencia al médico; todo esto para garantizar su función orgánica dentro del sistema económico global.

"... acusara las enfermeras de que les falta preparación para tener el debido reconocimiento como profesionista en el sistema de salud, y así tener derecho a gozar de mejores prestaciones, mejores salarios, mayor reconocimiento y poder de decisión..." (6,64).

Culpar de manera enfática a un gremio profesional de descalificación -

académica sólo refleja el papel ideológico de la estratificación académica en la que es utilizada la educación universitaria ya que esta situación es resultado del conjunto estructural y teniendo sus bases, de entre otras, la pertenencia a cierta clase social o sexo femenino; como ya se ha hecho mención, la condición de profesión no está determinado únicamente por el nivel académico acreditado.

"Todos estos mecanismos de control, a los que venimos haciendo alusión, a nuestro juicio tienen dos aspectos: por un lado se logra que a las enfermeras sólo se les prepare en el área técnica y por otro, que en esa forma no se les facilite la preparación científica; todo lo cual nos hace pensar que un personal más creativo, consciente y crítico no es descabable porque representaría un peligro para la institución y el gremio médico. El hecho es que, aún creada la licenciatura en Enfermería no tiene el debido reconocimiento profesional que poseen otras profesiones, tales como nutrición, medicina, contaduría, etc." (6, 65).

3.- El discurso ideológico contribuye a la estratificación social entre los profesionales de la salud y consecuentemente el reconocimiento social y laboral; de ahí la diferenciación salarial de la enfermería, falta de conciencia social y de clase de pertenencia, carácter de aislamiento político-social y de clase de pertenencia, carácter de aislamiento político-sindical y profesional.

"... el grupo de Enfermería cree tener una alianza con el Estado para proporcionar atención a la salud... Esta posición que toma la enfermera frente al Estado, es hasta cierto punto lógica, ya que el Estado juega el papel preponderante dentro de la atención a la salud de la población. Sin embargo, la enfermera en ningún momento en sus discursos, analiza críticamente la función del Estado en la atención a la salud" (6, 66).

Resultado claro que el Estado, a través de las enfermeras cumple su objetivo de dar atención a la salud. Sin embargo este tipo de trabajo es utilizado como estrategia del control social sobre sectores marginados, dándose una orientación política en la prevención y control de conflictos sociales.

4.- El discurso ideológico da a la profesión de enfermería identidad social en el momento mismo en el que legitima su función dentro del conjunto

social.

Bajo el supuesto prestigio social, la enfermería encubre la diferenciación profesional y laboral con el gremio médico:

"... el hecho de que las enfermeras y los médicos no poseen en igual medida el poder político y económico, la clase social, - los ingresos salariales, el prestigio y el poder de decisión. - Evidentemente por todo lo anterior no puede existir una identificación" (6, 61).

Dicho prestigio social es reforzado mediante el ideal de servicio, - presentándose como indispensable para una profesión que demanda un mínimo de autoestima, de igual forma la condición salarial y todo por cumplir con el re conocimiento de las autoridades sanitarias.

"... la profesión de Enfermería debe ejercerse en función de la pretendida vocación que oculta la verdadera causa del estudio - de la carrera corta... esta ideología... ordena que cada individuo se desarrolle según sus intereses o capacidades... posibilidad de seguir su vocación, independientemente de sus condiciones sociales y económicas, lo cual, obviamente es falso, puesto que la mayoría de las personas trabajan o estudian tal o cual carrera, de acuerdo con su clase socio-económica y su sexo" (6, 70).

La categoría misión constituye un elemento retomado en cada evento y/o ceremonia de la enfermería, el cual tiene el cometido de ratificar un 'deber ser' inquebrantable:

"Cualquier felicitación o expresión de buenos deseos, se quedará siempre corta, ante la magnitud y la abnegación de la misión que ustedes -las enfermeras- desempeñan" (15, 12).

7.3.- Concepción Ideológica de Servicio.

Dado que todas las profesiones de servicio justifican su razón de ser a partir de la relación que entablan entre el individuo y el profesional; la

enfermería no es la excepción, ya que establece una relación interpersonal directa por medio de la cual la enfermería puede cumplir su objetivo profesional: el cuidado de la salud.

"Basándose en los trabajos de Carkhuff y otros, Auger define la relación de servicio como proceder de tal forma que, durante un encuentro interpersonal, el ayudado sea capaz de vivir más plenamente que antes" (1, 48).

El servicio que brinda la enfermera se encuentra orientado al individuo-comunidad, como un servicio global a la sociedad, esto es, como universal y orientado a todas las clases sociales por igual, dada la importancia de la vida y de la salud del hombre.

"La relación de servicio no es, tanto, algo que sea único para la enfermera en algún lugar concreto, es, sin embargo, esencial para el ejercicio efectivo de la enfermería. En todo modelo conceptual elegido, la relación de servicio es indispensable..." (1, 47).

Tales implicaciones de la enfermería, al ejercerse a partir de una - continuidad permanente durante las 24 horas, permite liberar al individuo para vivir más plenamente; sin embargo la enfermera queda cautiva al DEBER SER del espíritu de servicio como deber moral en el sacrificio de las prestaciones y derechos que le corresponden, como trabajadora de la salud.

"La práctica del servicio de enfermería no es un proceso aislado ya que se halla subordinado a la estructura económica y política del país... las características actuales... son consecuencia... del desarrollo económico y social de México, en un momento histórico dado" (4, 26).

La ideología del servicio asistencial omite, de manera intencional, - las condiciones en las que se desarrollan dichos servicios -recursos humanos y materiales-, déficit de cobertura para la atención del total de la población; todo esto con el objetivo de encubrir las deficiencias y contradicciones, no sólo de las políticas de salud, sino del modelo económico del sistema.

"Si se entiende la práctica social como aquella actividad por - medio de la cual los seres humanos aseguran su existencia y el

desarrollo de la sociedad a través de la transformación del mundo, entonces la práctica de enfermería de ninguna manera es un proceso aislado pues se halla subordinado o determinado por la estructura económica predominante en la sociedad donde dicho proceso ocurre" (2, 99).

El servicio de enfermería ha sido calificado en numerosas ocasiones - como esencial, sin que necesariamente ello se entienda como autodeterminación, ya que al contribuir con sus servicios a la salud del trabajador, a recuperar su fuerza de trabajo, de esta manera aumenta la productividad en beneficio de la extracción de plusvalía, como garantía de reproductora del sistema.

"La filosofía de los servicios de enfermería se puede describir como un conjunto, elegido conscientemente, de valores y fines - que pueden servir de pauta para adoptar el medio de lograr la meta última" (3, 51).

Lo anterior guarda relación directa con la legitimación social que el Estado determina ideológicamente como la imagen social de la enfermería, ya - que es a partir de esta última, de la cual el Estado se sirve para exhibirse como preocupado sobre la justicia y conciliación de los intereses sociales de las diversas clases sociales. Situación que garantiza la reproducción del sistema existente.

Por otra parte, la ideología de la Enfermería ofrece múltiples puntos de interés, entre los cuales el servicio es el punto central en la relación - profesión-sociedad; ya que contribuye a reforzar la organización de la profesión con el sistema vigente y reforzándolo por los arquetipos sexistas dominantes. De ahí que la profesión de enfermería se identifica por dos rasgos: el ideal de servicio y la vocación.

"Ideal de servicio: las enfermeras las caracteriza un espíritu de servicio y de ayuda a sus semejantes, sin distinción de clases sociales... Quien sigue la carrera de enfermería define su vocación adaptando el galardón de la bondad y el espíritu de sacrificio... Es fácil observar cómo este tipo de ideología cohesiona al grupo de enfermería con intereses, valores y normas comunes... no obstante la existencia de una jerarquización interna de miembros en la atención de la salud". (6, 52).

Parece ser, que si se tiene vocación se es buena estudiante y por lo

tanto futuro profesionista ejemplar, descartando las cuestiones científico--tecnológicas y sociohumanísticas, que en última instancia supone una preparación de calidad en la atención a la salud de la población -objetivo central de la profesión-.

"... sólo con vocación se trabaja con la dedicación que se requiere de ellas... la vocación genera la paciencia, el espíritu de sacrificio y la honestidad que debe caracterizar al gremio... bajo el concepto de vocación, se encubren determinantes socio-económicos del acceso a las oportunidades escolares... la persona que estudia enfermería en nuestro país, pertenece generalmente a una familia de escasos recursos económicos" (6, 55).

Como se hizo mención, los arquetipos femeninos posibilitan la viabilidad de la ideología domesticadora de la estudiante y profesionista de la enfermería, tanto profesional como académicamente.

"... para la atención de la salud, son necesarios ciertos rasgos de carácter sólo poseídos por la mujer, tales como el instinto maternal, la sensibilidad al dolor, la delicadez, el cariño, la abnegación, la paciencia, la lealtad, la habilidad, el espíritu de sacrificio y la capacidad de observación y disciplina. Todos esos rasgos atribuibles únicamente -ideológicamente- a las mujeres". (6, 57).

El hecho de que las enfermeras, al parecer, ejecutan actividades predominantemente de tipo manual y los médicos de tipo intelectual, se debe a la posición que ambos ocupan dentro de la división social del trabajo a la salud y de la procedencia económica-social.

En la organización de las actividades para la enfermería se distinguen varios niveles hacia su interior, como son: la jefa de enfermeras, supervisoras, jefes de piso, enfermeras, especialistas, así como auxiliares de enfermería. De estos niveles se desprenden desigualdades en responsabilidad y poder, de estatura y consecuentemente, de ingresos económicos; todo esto resultado de la racionalidad técnica aplicada a los procesos de trabajo en los servicios de atención a la salud.

La identificación del modelo ideal de "buena enfermera" está ceñido al cumplimiento ciego de las normas institucionales en las que se ejerza el cum--

plimiento ciego de las normas institucionales en las que se ejerza el cumplimiento de las órdenes médicas e institucionales, lo que excluye todo pensamiento crítico e independiente. Dicha situación tiene la vigencia permanente gracias a decálogos que en su mayoría han sido escritos y establecidos por el gremio médico, pero asumido y acatado por las enfermeras.

"... el hecho de que por tantos años las enfermeras hayan aceptado en los discursos pronunciados por ellas temas seleccionados por otros, esquemas impuestos, censuras y correcciones en los textos, revela el alto grado de sometimiento y los estrechos límites de expresión que ha tenido su profesión" (9, 166).

La categoría del servicio altruista ha desaparecido desde el momento mismo en el que la actividad social se basa en una formación académica y científico-técnica y se desarrolla como una prestación de un servicio que es retribuido económicamente; a diferencia del servicio altruista no pagado, el trabajo realizado por la enfermera se sostiene a partir de satisfacer sus necesidades no sólo de la esfera moral, más aún, de tipo físico y social.

7.4.- Ideología y Estratificación Profesional dentro del Equipo de Salud.

A partir de la organización social del trabajo, a la mujer se le ha colocado en ocupaciones secundarias del trabajo doméstico y su consecuente ideologización de subestima al trabajo manual y/o técnico vienen a unirse al proceso de formación académica y profesional, situación que se dispone con limitantes ideológicos en la participación determinada para ser ocupada por la mujer.

A principios de siglo, era común encontrar la aceptación de que la mujer se ocupara en actividades tales como la de maestra y la de enfermera; únicos canales de movilidad social. Sin embargo, en las últimas décadas, las mujeres han demostrado optar por otras áreas profesionales que hasta otros momentos, se les ha presentado como exclusivas del hombre.

Existen numerosas investigaciones en la enfermería sobre los perfiles de ingreso a la carrera, mismos que muestran la vigencia de tal situación, como es el caso del estudio desarrollado en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

"El 93 por ciento de los alumnos de nuevo ingreso pertenecen al sexo femenino, este dominio nos hace suponer que aún prevalece en la población la idea que la profesión de enfermería es eminentemente una ocupación para la mujer" (6, 72).

Aunado a lo anterior, se tiene una determinación socioeconómica de baja extracción social, misma que refuerza el carácter ideológico de disciplina y obediencia, mismos que perpetúan las condiciones de segregación sexual y estratificación clasista entre los integrantes del equipo de salud.

"Las estadísticas disponibles sugieren que en la mayoría de los países la fuerza de trabajo del sistema de salud tiene las siguientes características:

- 1.- Tiende a ser predominantemente femenina (75-80% en algunos países y aproximadamente 65% en México).
- 2.- La institucionalización de funciones tradicionalmente consideradas como femeninas: cuidar, consolar, aconsejar, cocinar, limpiar y educar.
- 3.- ... desequilibrio entre los sexos dentro del equipo... Aún y cuando tres de cada cuatro trabajadores de salud son mujeres en prácticamente todos los países, su estatus y poder de decisión no se pueden comparar con su preponderancia numérica. Los puestos más altos, más prestigiosos y/o mejor pagados son los menos ocupados por mujeres" (11, 3).

La organización particular del cuidado de la salud se encuentra determinada por las políticas sanitarias y modelos de atención gubernamentales, mismos que establecen las funciones del equipo de salud y por ende, de la enfermería.

Se entiende por equipo de salud:

"... conjunto de técnicos y administrativos trabajando... en un programa de salud con objetivos precisos y en el que cada cual tiene una responsabilidad determinada. En el equipo participan médicos clínicos, higienistas, ingenieros sanitarios, enfermeras,

asistentes o trabajadores sociales, educadoras sociales, antropólogos, sociólogos, laboratoristas, etc." (17, 693).

Históricamente el gremio médico, al estar integrado desde sus orígenes a las clases hegemónicas, ha utilizado esta alianza para su incorporación en el ascenso social; situación que le concede el poder sobre el resto de profesiones intervinientes en el cuidado de la salud, dentro de la cual la enfermería es determinada en su formación técnica-instrumental, que recae en las onerosas y rutinarias condiciones laborales y salariales en las que se encuentra dividido el trabajo sanitario; Dolores M. de Sandoval señala al respecto:

"... la mujer ha sido históricamente marginada de aquellas actividades que dan prestigio, estatus e independencia económica... también la mujer condiciona, acepta y propicia su posición de inferioridad en cuanto a capacidades y derechos, a cambio de la ilusión de ser protegida por el elemento fuerte de la pareja y de convertirse en la niña y cobra el papel que como protectora y madre tuvo que tener frente al hijo pequeño" (12, 81).

Es importante que se reconozcan los fuertes dispositivos de control, existentes sobre el ejercicio profesional de la enfermera en el país, y principalmente los dispuestos por el gremio médico:

"Cualquier intento del gremio de enfermeras por superar su actual modelo de ejercicio profesional, en la medida en que prive a la medicina de la fuerza de trabajo ejecutora y disciplinada en que se sustenta, será considerado por el gremio médico como una asociación desestabilizadora de su poder" (9, 172).

En la actualidad, y desde su origen, el mercado de trabajo de la enfermería se ha centrado en las instituciones del Sector Salud; situación que imposibilita todo intento de ejercicio liberal. Aún más, como resultado de las estrategias político-administrativas de empleo y vigilancia, impuestos por el gremio médico, se hace evidente el carácter subalterno de la enfermería; situación que involucra, no sólo el ejercicio profesional, sino también la formación académica-profesional, teniendo esta última su origen a partir del nacimiento de la primer escuela de enfermería en el país, dado que el interés y dirección surge del sector médico.

"... el destino de los servicios de enfermería, el auge o decremento de sus diversos modelos de atención y sus modalidades profesionales, han sido determinados por las políticas de salud, en conformidad con los requerimientos del desarrollo económico y en beneficio de los intereses del capital" (9, 179).

Dicho control paraliza la práctica de la profesión, impidiendo todo intento de profundización y/o ampliación de áreas y funciones de servicios de enfermería, ya que a través del currículo y contenidos de aprendizajes se garantizan la reproducción de las condiciones prevaletientes y por tanto, la invalidación de la licenciatura.

"Las condiciones de subordinación de las mujeres en las sociedades: subordinación laboral y... desigualdad de trabajos, los varones percibían mejores salarios; para ellas, en cambio, eran las ocupaciones que se descalificaban y desvalorizaban, los tope escalafonarios, el relegamiento a ghettos ocupaciones mal pagados" (13, 4).

Por lo anterior, no es difícil entender el control de la enfermería - en el surgimiento estratégico de especialidades y/o áreas de competencia que, a partir de la delegación de funciones técnico-instrumentales que el gremio - médico rehusa realizar, éste le dispone a la primera como competencia particular, pero siempre y cuando se realice bajo supervisión del segundo.

C I T A S

- 1.- Adam, Evelyn.
¿Hacia dónde va la Enfermería? Madrid, Editora Importécnica, S.A. 1982.
- 2.- Antigua Trujillo, Nelida.
Requerimientos Académicos de la Profesión de Enfermería en Situación Actual y Perspectivas de la Práctica Social de la Enfermería. México, E.N.E.O.-U.N.A.M., 1983.
- 3.- Arndt, Clara.
Administración de Enfermería: Teoría para la práctica con un enfoque de Sistemas.
2a. ed. Colombia, Oficina Sanitaria Panamericana, (O.P.S.), 1980.
- 4.- Avila J., Roselina.
Enfermería Hoy.
Semestral.
México, D.F., No. 3.
Diciembre de 1982.
- 5.- Grissum, Marlene y Spengel, Coral.
Woman Power and Health en El Estatus de la Enfermera como mujer.
Jornadas Conmemorativas del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición, México, D.F.
Octubre de 1983.
(Mecanograma).
- 6.- Hernández Tezoquipa, Isabel.
Ideología de la Enfermería en Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed., México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 7.- Hierro, Graciela.
Filosofía, Política y Ciencia en la Profesionalización de Enfermería, Aventura y Riesgo.
Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia. México, D.F., Junio 27 - 1o. Julio de 1988.
(Mecanograma).
- 8.- Hierro, Graciela.
La Mujer y la Autenticidad.
Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativas del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
México, D.F., Octubre de 1983.
(Mecanograma).
- 9.- Martínez, Benítez Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería.
México, En Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C. 1985.

- 10.- McDermit, Marie Therese.
Análisis Conceptual de la Enfermería.
S/Información, 1971.
(Mecanograma).
- 11.- McDermit, Marie Therese.
El Status de la Enfermera como Mujer.
Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativa del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., Octubre de 1983.
- 12.- M. de Sandoval, Dolores.
El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares.
2a. ed., México, Ed. Villicaña, S.A., 1985.
- 13.- Movimientos Feministas - Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas.
Universidad Nacional Autónoma de México.
S/I Periodicidad.
México, D.F., 29 de Septiembre de 1986.
- 14.- Ruiz Amézcuea L., Enrique.
Ética Profesional para la Enfermera.
10a. ed., México, Ed. L. Enrique Ruiz.
Amézcuea, M.A., S.T.L. 1978.
- 15.- Seguridad Social:
Órgano de Difusión del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). Día de la Enfermera.
Mensual.
Enero de 1990.
Epoca XIII, vol. I, No. 14.
- 16.- Shulamith, Fireston.
La dialéctica del sexo.
Barcelona, Ed. Kairos, S.A.,
1976.
- 17.- Stufflebeam, D.I.
Educational evaluation: Decision making en Metodología del Diseño Curricular para Educación Superior.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1990.

VIII. EJERCICIO PROFESIONAL

Se ha considerado que el ejercicio profesional implica tres aspectos importantes:

- La noción de servicio;
- El juicio profesional basado en conocimientos científicos; y
- La noción de libertad profesional como elemento constitutivo de la autonomía en el trabajo.

Dichos elementos y, a partir del esquema antes citado, posibilitan entender la diversidad situacional del contexto que las profesiones y nivel de profesionalismo las diferencia entre unas y otras; esto es, independientemente del grupo de significación, grupo ocupacional y campo de conocimientos específicos que le destaquen, tanto regional, nacional e incluso internacionalmente. Distinción que, como elemento de reconocimiento deberá partir de:

"una autocondición necesaria para el desarrollo de las estructuras de las carreras y de las orientaciones ocupacionales..."
(8, 104).

De ahí entonces el ejercicio privado o profesión liberal y, ejercicio cautivo, esto es, privativo de instancias y/o sectores de instituciones del Estado, y con la participación de remuneración salarial.

El reconocimiento de dichos niveles supone entonces distinguir la división social del trabajo profesional y las tareas que en específico involucran áreas de conocimientos, sean claramente definido o en proceso de hacerlo, para dar cuenta de la competencia de quehaceres y responsabilidades y/o autoridad en la toma de decisiones, lo cual se ubica dentro de lo que se puede denominar control de las organizaciones profesionales, que si bien es cierto cada profesión puede aspirar a tener su propio conjunto de normas mediante las cuales determine las decisiones y estrategias de desarrollo de su propio campo, dichas aspiraciones dependen del poder profesional y conjunto de medios y recursos con que cuente para el desarrollo de dichas decisiones. Por lo que se

puede entender la dinámica diferencial entre profesionales que se desenvuelven dentro de una misma área, como es el caso de la medicina, la enfermería, el trabajo social y otras ciencias de la salud.

Para el caso particular de la enfermería, tanto las políticas gubernamentales en materia de salud, como la intervención del gremio médico, han determinado la orientación del ejercicio profesional, delimitando las funciones y estratificación interna, de acuerdo a objetivos específicos, en los cuales ésta no ha logrado intervenir de manera autogestiva, a pesar de numerosas coyunturas nacionales e internacionales que se han suscitado en el presente siglo; tales como los siguientes eventos:

En 1956 la Novena Asamblea Mundial de la Salud con objeto de extender la comprensión de enfermería en todo el mundo, definieron cinco funciones esenciales para la práctica de enfermería profesional en cualquier país:

"Las funciones son cinco:

- 1.- Cuidar con pericia a los enfermos y los inválidos, teniendo presentes las necesidades físicas, afectivas y espirituales de cada uno en los servicios curativos y preventivos.
- 2.- Actuar como educadora o consejera sanitaria.
- 3.- Observar con precisión las situaciones y condiciones físicas y afectivas que ejercen influencia importante en la salud y comunicar sus observaciones a los demás miembros del equipo sanitario o a las instituciones competentes.
- 4.- Seleccionar, adiestrar y orientar al personal auxiliar necesario para cubrir los servicios de enfermería.
- 5.- Participar con otros miembros del equipo en el análisis de las necesidades sanitarias, en la determinación de los servicios indispensables y en la preparación de los planes para la construcción de las instalaciones sanitarias" 20, 2-3).

Para 1966, producto del Quinto Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Enfermería, determinó las funciones que debía realizar la enfermera dentro de los servicios de salud:

- 1.- Planificación sanitaria y de los servicios de enfermería.
- 2.- Formulación de normas y principios, tanto en el plano nacional, como en el plano local.

3.- Funciones de enseñanza y de administración.

4.- Atención directa a personas con problemas de salud compleja" (21, 3)

Producto de la reunión celebrada en Costa Rica en 1976 sobre Nuevas Di mensiones en el Papel de la Enfermera en la Prestación de Atención Primaria - se establecieron las siguientes funciones propias de la enfermera:

"1.- La enfermera de atención primaria es una generalista y tiene la responsabilidad de dar atención directa e integral al indi viduo, la familia y a la comunidad como un todo.

2.- La enfermera tiene la función de tomar decisiones y compar-- tir responsabilidades con el equipo de salud en la tarea de ele- var el nivel de salud de la población.

3.- La atención primaria que preste la enfermera se circunscribe a las normas de los programas oficiales de salud orientados a re solver problemas prioritarios tales como: la desnutrición, la sa- lud materno-infantil y las enfermedades transmisibles" (24, 4).

Para 1978, en la Reunión de Expertos de las Ciencias de la Salud en - Washington, C.D., se dispuso a estudiar el papel que debía asumir la enferme- ría para lograr la meta de ampliación de la cobertura:

"... definiendo cuatro grandes áreas de ejercicio profesional: - atención directa, administración, docente e investigación" (25, 4)

Posteriormente fueron extensivas a la reunión en Alma-Ata, Rusia, en - 1978, donde se estableció la meta "Salud para todos en el año 2000" (23, 1), mismas que fueron analizadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y donde redactó un documento referido a la contribución de la enfermería, re- conociendo que sus tareas son:

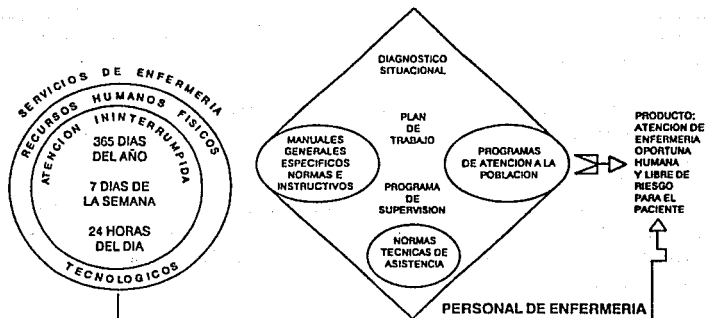
"- Proporcionar ayuda a las personas... de forma que puedan desa- rrollar, mantener y recuperar su independencia y su autonomía, - en la medida de lo posible, lo más rápidamente que las circuns- tancias lo permitan, aliviando su sufrimiento y ayudándoles en - la preparación de una muerte serena cuando la vida ya no pueda - ser prolongada;

- a la comunidad le ayudan a descubrir sus problemas de salud, o tomar conciencia de ellos, y a elaborar los elementos de respues- ta a los mismos" (7, 11).

Como puede observarse, se hace necesario establecer criterios que sirvan para delimitar técnicamente las determinantes de los diferentes tipos de ejercicio en el que se inscriba la enfermería actual, dado que se ha hecho - una práctica común la utilización de indicadores para la determinación de los recursos humanos de enfermería en los diferentes servicios y áreas en las que ésta brinda sus servicios; por lo que es importante revisar dichos indicadores, para posteriormente, poder analizar los campos particulares y condiciones generales en las que se efectúa el ejercicio profesional en lo particular.

"Para poder realizar la determinación de... personal de enfermería, es necesario contar con suficientes conocimientos y experiencias de las diversas categorías de la rama del trabajo... así como de los objetivos institucionales que se persiguen, las normas que los rigen y los programas que los apoyan" (12, 109).

ESTRUCTURA GENERAL DE TRABAJO



Para fines de la presente investigación, se entiende por indicador la especificación de recursos humanos requeridos para una determinada función y/o servicio, que de acuerdo a lineamientos institucionales y programas que lo sustentan, emanan de una política administrativa específica.

"... los indicadores vigentes... son el resultado de un minucioso análisis de expertos en finanzas, políticas educativas y de salud" (12, 109).

Cabe mencionar que los indicadores sirven como base para comprender, tanto distribución de personal, como calificación y/o nivel profesional de los recursos humanos de enfermería; de ahí la importancia de los siguientes términos:

- Personal Paramédico: Personal dedicado al desarrollo de actividades en apoyo a la prestación de servicios médicos, dentro del cual se contempla el personal profesional, técnico y auxiliar como son: enfermería, trabajo social, dietología, archivo clínico y farmacia.
- Enfermera Auxiliar: Personal capacitado a partir de cursos cortos o servicios para efectuar, bajo supervisión de la Enfermera General, actividades relacionadas con la atención de los enfermos.
- Enfermera General: Persona capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a los enfermos.
- Enfermera Especializada: Persona que después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida.
- Enfermera Profesional: Se constituye a partir del personal de nivel académico de Enfermería General -Básico o Técnico- y de Licenciados en Enfermería.
- Enfermera No Profesional: Personal auxiliar de enfermería que a par-

tir de cursos breves y/o capacitación desarrolle actividades relacionadas con la atención a enfermos y/o comunidad bajo supervisión de la enfermera general y/o médicos responsables: parteras, promotores de salud, etc.

- Partera: Persona de formación práctica que apoya a los trabajos obstétricos durante el parto.

- Personal en Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en: los laboratorios de análisis clínicos, radiología, anatomía patológica, electrografía, endoscopías, radioterapia e isótopos radioactivos, fisioterapia y rehabilitación.

Entre los indicadores de mayor aplicación se encuentran los siguientes:

- Población
- Camas censables
- Camas o camillas no censables
- Salas de Operaciones
- Número, especialidad y horario de consultorios
- Areas específicas
- Programas especiales

Los anteriores han sido producto de numerosas aplicaciones, dado que - hasta el momento, mientras que los organismos internacionales establecen recomendaciones, las instituciones nacionales aplican de manera particular las suyas a partir de las políticas y normas que sujetan los programas que desarrollan hacia su interior, resultado último de disposiciones económico-políticas globales emanadas del Estado.

a).- Población: Se obtiene de la relación existente entre un determinado número de: población, habitantes y/o derechohabientes; según sea el caso, y el número de recursos humanos requeridos para satisfacer la demanda de servicios inscritos en programas preestablecidos.

Mientras que para la Organización Mundial de la Salud, los indicadores recomendados a las naciones en cuanto al número de enfermeras -profesionales

y no profesionales- y número de habitantesse determina de la siguiente manera:

2 Enfermeras Profesionales por cada 10 000 habitantes.

5 Enfermeras No Profesionales por cada 10 000 habitantes.

Para la Seguridad Social en México, y particularmente para el Instituto Mexicano del Seguro Social se establece el siguiente indicador:

- 1 Enfermera Especialista en Salud Pública por cada 24 000 derechohabientes.

1 Auxiliar de Enfermería en Salud Pública por cada 24 000 derechohabientes.

1 Auxiliar de Enfermería para curaciones e inyecciones por 48 000 derechohabientes.

1 Enfermera General para Central de Equipos y Esterilización a partir de 48 000 derechohabientes.

b) Camas Censables: Este indicador ha sido el más empleado por las instituciones de salud en el país, sin embargo, constituye una complejidad tal que su especificación se sirve de las especialidades, patologías, nivel de atención y programas institucionales; de ahí que su especificidad no sólo diferirá entre instituciones, sino de entre unidades médico-asistenciales de una misma institución. Se entiende por Cama Censable: la unidad de reposo individual, por tiempo definido de acuerdo a la estancia hospitalaria del paciente que la ocupa. Cama No Censable: unidad de reposo individual, para uso temporal, no mayor de 48 horas y sujeto a tratamientos y/o exámenes diagnósticos.

Existen varios modelos o fórmulas que se aplican para calcular la plantilla de personal de enfermería, tomando en cuenta las necesidades de las diferentes instituciones de salud, he aquí algunas de ellas:

- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud)

INDICES ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS

<u>SERVICIO</u>	INDICES ENFERMERA-PACIENTE
Pediatría	5.5
Medicina Interna	3.2
Cirugía	2.2
Obstetricia	4.2
R. Nacidos sanos	2.3
Prematuros	5.5
Transmisibles	4.7
U. Toco-quirúrgica	1 Enfermera general por sala.
Quirófono	1 Enfermera general por sala.
Central de Equipos y Esterilización.	1 Enfermera general por cada 100 camas y 2 auxiliares de enfermería.
Unidad de Cuidados Intensivos.	7.0 Una enfermera general por cada 2 camas y una enfermera especialista - por cada 6 camas.

PROCEDIMIENTO

1.- Obtención de días efectivos de trabajo al año.

A los 365 días del año se le restan los días no hábiles.

Días no hábiles.

- Vacaciones	20 días
- Días festivos	13 días
- Descansos	104 días
- Día de la enfermera	1 día
- Días económicos	3 días
- Onomástico	1 día
- Maternidad	<u>3</u> días

145

360 - 145 = 220 días efectivos de trabajo.

2.- Cálculo de horas efectivas de enfermería por persona al año.

Jornada de trabajo diario X días efectivos de trabajo al año.

3.- Número de horas necesarias de atención de enfermería al año para todos los pacientes.

Se obtiene mediante índices de atención enfermera-paciente X número de camas o porcentaje de ocupación por 365 días del año.

4.- Deducción del Número de Enfermeras que se requieren al año.

Se obtiene mediante la división de las horas necesarias de atención al año, para todos los pacientes + horas efectivas de trabajo por persona al año.

5.- Distribuir el resultado en 40% de personal profesional y 60% de personal no profesional (auxiliar).

6.- Las proporciones se distribuyen en 40% para el turno matutino, 30% turno vespertino y 30% turno nocturno.

7.- Por cada 7 enfermeras, aumentar 1 que cubre vacaciones o el 10% para suplencias.

CALCULO DE PERSONAL SEGUN LA S.S.A.
(SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA)

Indicadores de atención enfermera-paciente en 24 horas.

Servicio	Número o índice
Medicina Interna y Cirugía	3.0 horas
Pediatría	4.0 horas
Recién nacidos	2.0 horas
Prematuros	4.0 horas
Obstetricia	2.5 horas
Terapia Intensiva, recuperación	4.5 horas
Urgencias post-parto	4.5 horas
Quirófanos	2 personas por cada 2 mesas y por turno.
Unidad Tocoquirúrgica	2 personas por cada 2 mesas y por turnos.

Consulta externa

1 persona por cada 2 consultorios generales y una persona por consultorio de especialidades.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Precisar el servicio de que se trate.
- 2.- Seleccionar los indicadores de atención enfermera-paciente durante las 24 horas.
- 3.- Emplear la siguiente fórmula aritmética:

$$\frac{365 \text{ días del año} \times \text{Indicador enfermera-paciente} \times 24 \times \text{No. de camas}}{\text{Horas de jornada} \times \text{días laborables}} = \text{Número de personal de enfermería necesario en 24 hrs.}$$
- 4.- Del resultado anterior estimar 30% para enfermeras profesionales y el 70% para auxiliar de enfermería.
- 5.- Aumentar una persona por cada 3 para cubrir descansos y vacaciones.
- 6.- Distribuir el 40% para el turno matutino.
 - 30% para el turno vespertino.
 - 30% para el turno nocturno.

CALCULO PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO

SUPERVISORAS:

1 Enfermera Supervisora por cada 50 camas para los turnos matutino y vespertino y una enfermera supervisora por cada 80 camas para los turnos nocturnos.

Aumentar al resultado obtenido una enfermera por cada dos para cubrir vacaciones y descansos.

CALCULO DE PERSONAL SEGUN EL IMSS
(INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL)

Indices de atención enfermera-paciente durante 24 horas

Servicio	Indices
Med. Interna, C. General, Gineco-Obstetricia	
Pediatría	3.0 hrs.

Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, C. Reconstructiva, Urología	3.5 hrs.
Gastroenterología, Hematología, Nefrología, Neurología, Neurocirugía, Endocrinología, Neumología y Oncología	4.0 hrs.
Quemados, Cirugía de Cadera, Cirugía Cardíaca	4.5 hrs.
Prematuros, Altas especialidades médicas, quirúrgicas y pediátricas	5.0 hrs.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Precisar el servicio que se trate.
- 2.- Seleccionar el indicador enfermera-paciente.
- 3.- Emplear la siguiente fórmula:

$$\text{Número de plazas del personal de enfermería} = \frac{\text{Número de camas X indicador}}{\text{No. de turnos } 4}$$
- 4.- Del resultado anterior distribuir el 50% de personal profesional y el otro 50% de personal no profesional.
- 5.- Distribuir el 35% para el turno matutino.
 25% para el turno vespertino.
 20% para el turno nocturno.
 20% para el otro nocturno.

PARA VACACIONES

El indicador para el I.M.S.S. es de 7.5 en otras instituciones hay que adecuarlo al número de periodo de vacaciones comprendidas en 6 meses.

Fórmula:

Número de personas que salen de vacaciones + 7.5

CALCULO DE PERSONAL SEGUN I.S.S.T.E.

Indices de atención enfermera-paciente por niveles de atención.

Servicio	Horas	
	1er. Nivel	2o. Nivel
Cirugía	3.5	4

Servicio	Horas	
	1er. Nivel	2o. Nivel
Medicina Interna	3.5	4
Gineco-obstetricia	2.8	2.8

Quirófano: 1 instrumentista como jefe, en el turno matutino, vespertino - cuando existan más de 3 salas.

1 Enfermera instrumentista y una Enfermera general por cada sala en el 2o. nivel; en 3er. nivel 2 instrumentistas por cada sala.

Labor: 1 Enfermera por cada 3 camas además de una auxiliar cuando existan más de 12 camas. Por cada turno.

Recuperación: 1 Enfermera por cada 3 camillas aumentar 1 auxiliar cuando existan más de 6 camillas. Por cada turno.

U.C.I. Adultos y pediátricos: Una Enfermera intensivista o cardiólogo - por cada 3 camas y una Enfermera general por cada 6 más una auxiliar de enfermería cuando existan más de 6 camas. Por cada turno.

Urgencias: Una enfermera por cada 3 camas o camillas de observación y una auxiliar por consultorio, si el número de consultas lo justifica. Por cada turno.

Medicina Preventiva: Para las unidades del primer nivel (Clínicas de Medicina General) una enfermera especialista en Salud Pública por unidad y dos auxiliares de enfermería por turno. Para las unidades de 2o. y 3er. nivel, una enfermera especialista en Salud Pública y una enfermera general por unidad, además 3 auxiliares de enfermería en los turnos matutino y vespertino.

Consulta Externa: Una auxiliar de enfermería por cada 2 consultorios a excepción de consultorios de pediatría, ginecología, odontología y ortopedia.

Central de Equipos: Una auxiliar de enfermería por cada línea de trabajo para cada turno o una auxiliar por cada 30 camas para turno matutino y vespertino, y una auxiliar de enfermería por cada 50 camas en el turno nocturno, se agrega una enfermera general para los turnos matutino y vespertino.

Jefe de Servicio: Una por cada turno en cada servicio con más de 25 camas.

En central de equipos sólo en 2o. y 3er. nivel.

Supervisoras: Una supervisora por cada 60 camas para turno matutino y vespertino. Para turno nocturno una por cada 90 camas. Se calcula una supervisora más para coordinar los programas educativos en enfermería en 2o. y 3er. nivel.

Jefe de enfermeras: Una por cada unidad médica.

Porcentaje de personal profesional y no profesional por servicio:

Servicio	Porcentaje	
	P. Profesional	P. No Profesional
Cirugía	60	40
Medicina	60	40
Gineco-obstetricia	40	60
Pediatría	60	40

Distribución de personal por turnos

Turno	Porcentaje
Matutino	35
Vespertino	25
Nocturno	20
Nocturno	20

PROCEDIMIENTO:

1.- Obtener los días previsibles:

Séptimos días	52	14.25%
Sextos días	52	14.25%
Vacaciones	20	5.48%
Incapacidad	12	3.29%
Festivos	11	3.01%
Económicos	6	1.64%
TOTAL	153 días	41.92%

Días previsibles son 153 que equivalen a un porcentaje de 41.92%. Por lo tanto los días laborables son 212, que corresponden a 58.08%.

2.- Aplicar la siguiente fórmula:

Núm. camas X Índice A-B - número hrs. Enfermera-paciente en 24 hrs.

Hrs. Enf. en 24 hrs. X Porcentaje de Prev. = Hrs. Enf.-Pte. Prev.

Hrs. Enf.-Pte. + Hrs. Enf. Pte. para Prev. = Total hrs. Enf.-pte. en 24 hrs.

$\frac{\text{Total hrs. Enf.-pte. en 24 hrs.}}{\text{jornada de trabajo}} = \text{Número de personal necesario}$

Núm. personal necesario X Porcentaje de Pers. Prof. y No Prof. = Núm. personal prof. y no profesional

Núm. pers. prof. X porcentaje para cada turno = Núm. de personal profesional por turno

Núm. pers. no prof. X Porcentaje para cada turno = Núm. de personal no profesional por turno

OTROS CALCULOS DE PERSONAL

PROCEDIMIENTO

1.- Determinar el indicador enfermera-paciente durante 24 hrs.

Nota: Considérense los criterios establecidos por la OMS.

2.- Determinar el número de pacientes que puede admitir el servicio y el total de horas necesarias de atención de enfermería.

3.- Calcular el personal necesario para cubrir las horas de atención de enfermería.

Como se pudo observar, es complejo determinar la suficiencia de personal de enfermería a lo largo de los servicios, si se toma en cuenta las cargas de trabajo, la demanda de servicios y la distribución porcentual de los recursos en los diferentes turnos; situación que agudiza toda posibili-

lidad de evaluar cuantitativa y/o cualitativamente los recursos disponibles - y/o demandantes de personal en sus diferentes categorías. Sin embargo, el - ejercicio profesional en enfermería puede ser analizado a partir de los siguientes aspectos:

- Por Unidad de Atención a la Salud.
- Por Unidad Asistencial.
- Por Area de Servicio.
- Por Nivel Laboral.

8.1. Por Nivel de Atención a la Salud:

El Sistema de Atención a la Salud en México se encuentra organizado a partir de tres niveles, íntimamente ligados al proceso de regionalización y cobertura de las instituciones asistenciales y de seguridad social. Por otra parte, del tipo de unidad, en tamaño y recursos, depende el nivel de los servicios brindados y del número de recursos humanos disponibles.

- Primer Nivel: servicios domiciliarios, en consultorios, clínicas o centros de salud localizados cerca de donde viven o trabajan las personas, e incluso, por razones demográficas, fundamentalmente rurales.

- Segundo Nivel: presta servicios a grupos referidos a zonas geográficas de amplia influencia, con hospitales regionales o distritales con recursos especializados de personal, equipo e instalaciones.

- Tercer Nivel: se proporciona en cabeceras regionales del país a partir de centros médicos o en hospitales de alta especialidad que funcionan como unidades de concentración.

El Primer Nivel de Atención la enfermería centra sus actividades a partir de ocho elementos básicos:

- 1.- Educación para la salud.
- 2.- Nutrición.
- 3.- Agua potable y saneamiento básico.
- 4.- Inmunizaciones.
- 5.- Salud materno infantil.
- 6.- Prevención y control de enfermedades comunes.
- 7.- Tratamiento de enfermedades y traumas comunes.
- 8.- Suministro de medicamentos esenciales" (6, 175).

Funciones del Personal de Enfermería en la Atención Primaria de la Salud.

Las acciones de enfermería en este nivel se desarrollan como uno de los objetivos del Programa de Extensión de Cobertura, principalmente por personal auxiliar de la comunidad y/o áreas marginadas:

- "- Realizar las funciones de supervisión técnica que contribuyen en el cumplimiento de las metas de los programas de salud, a los usuarios; acciones que son ejecutadas por la auxiliar de enfermería, tales como : salud materno infantil, control de enfermedades transmisibles y otras prevalentes en la localidad, así como el saneamiento del medio.
- Participación en el diagnóstico de salud de la comunidad... in volucrando a los usuarios en el procesos... y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y cómo deben abordarse.
- Orientar el personal en el inicio del tratamiento y otras acciones de vinculación con otros niveles...
- Vigilar el proceso salud enfermedad de personas con enfermedades crónicas estabilizadas y llevar a cabo el plan de atención -paropiado.
- ... vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomar las medidas pertinentes y mantener informados tanto a la comunidad como al sistema de salud.
- ... las medidas apropiadas de atención... sobre el estado nutricional de la población.
- Capacitar e incorporar al individuo, núcleo familiar y comunidad para que puedan identificar y satisfacer necesidades propias y específicas de salud.
- Propiciar el mejoramiento del ambiente... con la participación de los usuarios y... otros sectores del nivel local.
- Evaluar permanentemente los resultados de la atención primaria para que pueda realizarse el proceso de retroinformación. (34, 177-179).

- Participar en la selección de los agentes sanitarios y auxiliares - del primer nivel y responsabilizarse de los programas de capacitación y de - educación continua de los mismos.

- Servir de enlace entre el primer nivel de atención y los otros niveles para facilitar el flujo ascendente y descendente de los programas de capa citación y de educación continua de los mismos.

"Podemos concluir que la necesidad de personal de enfermería profesional en la atención primaria de salud es imperiosa, porque - indudablemente que ésta es la mejor estrategia de atención... - por las características de su preparación, su naturaleza polivalente en el desarrollo de actividades administrativas, docentes y de servicios sanitario-asistencial, así como por su gran senti do organizativo le da cierta idoneidad en la operación de la - atención primaria" (6, 155).

Este nivel es resultado de la política sanitaria que hace necesario - considerarlo en los planes de estudio y programas, tanto para los niveles for mativos como para la capacitación y actualización permanente del personal en servicio; de tal suerte que el ejercicio profesional contribuya a hacer accesibles los servicios de atención primaria en forma gradual pero consistente - tendientes a dar cumplimiento al derecho a la salud de todos los mexicanos.

Funciones del Personal de Enfermería en el Segundo Nivel de Atención:

Este nivel se centra en las acciones desarrolladas a partir del centro hospitalario:

"vigilancia epidemiológica intra y extrahospitalaria; planificación familiar en la mujer y la pareja; atención de pacientes ambulatorios y hospitalarios, con énfasis en la atención de urgencias, rehabilitación de pacientes y colaboración en actividades de investigación y formación de recursos humanos" (29, 47).

Los servicios especializados de las unidades hospitalarias están distribuidos de la siguiente forma:

"... consulta de medicina familiar, medicina preventiva, urgencias, hospitalización de las cuatro especialidades básicas (Pe-

diatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Cirugía general) ... Las áreas donde está ubicado el personal de enfermería a nivel técnico son:

- Jefatura de Enfermera.
- Supervisión de las labores de enfermería, proporcionados por los auxiliares de enfermería.
- Pediatría.
- Quirófanos.
- Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna y Gineco-obstetricia).
- Urgencias" (29, 179).

Al contar con los niveles académicos más altos (licenciatura), se ha generado la ampliación de una serie de funciones en el área materno infantil, y atención ambulatoria y hospitalaria en apoyo al personal auxiliar.

Funciones Específicas de Enfermería:

- Atención directa a pacientes hospitalizados y ambulatorios en servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

- Identificación de necesidades y condiciones del individuo y su familia para la formulación del diagnóstico.

- Registro de datos producto de las observaciones.

- Hacer el Diagnóstico de Enfermería y proporcionar la asistencia específica.

- Preparar el plan de atención individual y colectivo a partir del diagnóstico médico y de enfermería.

- Desarrollo de medidas terapéuticas de asistencia de enfermería.

- Participar en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

- Participar en las terapias de rehabilitación del paciente y su reincorporación al núcleo social de origen.

- Participar en la adecuada canalización de pacientes al tercer nivel.

- Participación en el período de embarazo, parto y puerperio.

- Atención materno infantil.

- Reconocer y aplicar las medidas preventivas y terapéuticas en estados

de morbilidad común en la niñez.

- Promueve la reunión multidisciplinaria y participativa entre el personal de enfermería y otros profesionales en el cuidado del paciente y/o comunidad.

- Organizar y controlar el sistema de informes y registros pertinentes a enfermería.

- Participar en la supervisión del personal auxiliar y de estudiantes de enfermería.

- Realizar estudios de investigación operacional en enfermería.

- Discutir problemas del servicio y sugerir medidas de solución.

Funciones del Personal de Enfermería en el Tercer Nivel de Atención de la Salud.

Este nivel de atención pretende cubrir las necesidades patológicas de salud de la población, el cual se intenta ubicar en el 3% del total de los problemas registrados en los servicios médico-asistenciales.

Este nivel de atención se caracteriza por:

"... atender problemas de salud poco frecuentes y complejos, tributarios de una tecnología muy especializada, participa en la realización de investigaciones biomédicas y de salud pública y en la formación de especialistas de alto nivel" (29, 48).

El personal de enfermería cumple un cometido vital en la administración, asistencia e investigación en los servicios especializados propios de este nivel; por lo que las funciones de enfermería al inscribirse en unidades hospitalarias y estar sujetas a la especialidad y distribución de sus servicios; las funciones son las mismas que las anteriormente descritas para el nivel secundario. Sin embargo, para el tercero se requiere de la utilización de tecnología especializada para atender las necesidades de pacientes con problemas de salud de mayor complejidad, tanto de diagnóstico como de tratamiento, que en última instancia:

"Identificar plenamente con las funciones de prevención, curación, rehabilitación, investigación, docencia y administración específicas a desarrollarse en la atención del hombre en este nivel, sin olvidar la importancia de considerar la atención al medio ambiente que como prevención será necesario realizar controles del medio ambiente por laboratorios de salud pública, investigación de los efectos del ambiente en la salud humana; aspectos en los cuales enfermería debe interesarse si se toma en cuenta que una de las políticas nacionales es la atención en forma integral" (31, 169).

Pese a ser difícil determinar el número actual de personal de enfermería en el país, por la parcialidad de las cifras que las dependencias gubernamentales proporcionan; sin embargo, la información directa en su control, tanto presupuestal como de recursos humanos de la Dirección General de Estadísticas y Proyectos Estadísticos de la Secretaría de Salud, registró para 1990 un total de 130 519 enfermeras en el país, de las cuales y pese a la creciente insistencia en las declaraciones oficiales que dar mayor apoyo al primer nivel de atención, la distribución de recursos humanos en enfermería señalo lo contrario; mientras que para el primer nivel se cuenta con el 22.1% del total del personal del Sector Salud, el segundo nivel es cubierto por el 54.7% y el tercer nivel con el 23.2%, lo que significa que existen 28 845 enfermeras para atención a la comunidad mientras que la atención hospitalaria y curativa se cuenta con 101 674 enfermeras.

Por otra parte, la población derechohabiente que cubre la Seguridad Social cuenta con el 65.27%, mientras que la población abierta o desprotegida de los servicios médico-asistenciales se dispone con el 34.72% del total de personal. Lo anterior da muestra de la falta de congruencia social entre lo dispuesto jurídicamente en materia de derecho constitucional a la salud y la real posibilidad e igualdad de atención de servicios del área. Si consideramos que al indicador propuesto por la O.P.S. de la relación que debe guardar el personal médico y de enfermería (1 médico por 2 enfermeras profesionales), en México, y por la limitación de información diferencial entre categorías y niveles de atención se ha hecho difícil especificar la realidad que guardan éstos, sin embargo, de manera general se registró para 1990, una relación menor a 1 enfermera por médico, sin que con ello se califique que todas éstas sean enfermeras profesionales en los distintos niveles; El primer nivel cubre 1.5 enfermeras por cada médico; mientras que el segundo nivel cubre tan sólo el -

0.8% de enfermera por médico, y el tercer nivel cuenta con 2 enfermeras por cada médico.

Es importante recordar que la relación del número total de recursos - entre las instituciones de salud dependen de los recursos presupuestales de que dispongan, ya que mientras que el IMSS concentra el mayor porcentaje presupuestal, dispone de 0.7 enfermera por médico en el primer y segundo nivel, para en tercer nivel contar con 2.7 enfermeras por médicos. Lo anterior ratifica la insistencia del modelo paradigmático biologista y curativo vigente - en el país.

A partir de los datos estadísticos dispuestos por la Dirección General de Estadística y Proyectos Estadísticos de la Secretaría de Salud de 1990, se observó que la relación del personal médico y de enfermería -incorporado en esta última únicamente el personal profesional- se encuentra de la siguiente forma:

0.65 Enfermera Profesional por cada médico en el país.

Distribuido por instituciones:

SSA	=	0.4	Enfermera Profesional por Médico.
IMSS	=	1.0	Enfermera Profesional por Médico.
ISSSTE	=	0.6	Enfermera Profesional por Médico.
OTRAS	=	0.6	Enfermera Profesional por Médico. (Ver Anexo VIII-1).

Los datos anteriores acusan la demanda de 96 258 enfermeras profesionales si se aplican los indicadores de la O.M.S., ello ha sido compensado a partir de la suplencia de dicha demanda de profesionales por auxiliares de enfermería, sin que ello necesariamente subsane la problemática de la calidad y - cantidad de recursos dispuestos, principalmente para sectores menos protegidos, tanto económica como culturalmente. De ahí que se pueda afirmar un desvío de ejercicio profesional de la enfermería en cuanto a su cometido sanitario de atención a la salud, resultado de las políticas educativas y de salud que controlan dichos ámbitos de ejercicio y que poco se ha avanzado en las últimas dos décadas.

8.2.- Por Unidad Asistencial:

- Sector Hospitalario:

En el sector hospitalario y privado las enfermeras pueden acceder a diferentes actividades, según su nivel jerárquico, pero inscritas a partir de actividades previamente señaladas en los segundo y tercer niveles de atención a la salud.

- Sector Extrahospitalario:

Dentro del sector extrahospitalario, la enfermería es ejercida a partir de centros de salud y de asistencia primaria, principalmente ocupado por personal auxiliar y enmarcadas sus actividades en el primer nivel de atención -previamente señaladas-, pero que están encaminadas a asistir a nivel domiciliario y comunitario en el mantenimiento de actividades de asistencia directa en el desarrollo sanitario de la colectividad.

"En este sistema de atención se han ampliado las responsabilidades del personal de enfermería porque se incorpora a un grupo de trabajo en el que debe estudiar y determinar el tipo de actividades que requiere la familia, desde el punto de vista curativo, preventivo y de promoción de salud, asimismo, se le encomienda - la localización de problemas de saneamiento básico" (14, 45).

Según datos de la Dirección General de Estadísticas y Proyectos Estadísticos de la Secretaría de Salud, para 1990 la distribución del personal de enfermería el 76% se encontraba en unidades hospitalarias y sólo el 24% en comunidad, esto ha sido resultado de la incorporación de personal capacitado y empírico de la comunidad ya que si para 1970 la proporción fue del 79% hospitalario y el 18% comunitario, la realidad no ha contribuido en la incorporación de personal profesional de enfermería a dichas tareas, ya que en 1990 y a partir del Programa IMSS-Solidaridad revela la incongruencia de calidad de sus servicios; mientras que para las zonas sub-urbanas y/o marginadas del área metropolitana se contó con 23 386 enfermeras profesionales en el DDF, por la magnitud nacional que representa el Programa IMSS-Solidaridad se contó únicamente con 77 enfermeras profesionales, funciones que recayeron en auxiliares de enfermería y parteras habilitadas y/o promotores de salud de la comuni-

dad; situación que da muestra del nivel de calidad y cantidad de los servicios proporcionados.

La desproporción de la distribución del personal profesional de enfermería se hace más evidente si se toma en cuenta la población que debe cubrir cada institución. En 1990 había una enfermera profesional por 1 062 habitantes en la SSA; una por 603 en el IMSS, y una por 501 en el ISSSTE (Ver Anexo VIII-2).

Esta relación ha variado en los últimos años, según datos de la SSA, -CNE, INEGI, como resultado de la proliferación de centros formativos de todos los niveles educativos, principalmente de nivel auxiliar y los programas de nivel extrahospitalario o comunitario de capacitar personal empírico y/o técnico-habilitado.

Relación del personal de Enfermería con la población correspondiente a la SSA, IMSS e ISSSTE

S S A			
Año	Personal de Enfermería	Población*	Relación Enfermería/Población
1965	8 447	25	1 x 2 959
1970	9 793	39	1 x 3 982
1981	24 155	35	1 x 1 448
1988	35 782	38	1 x 1 062
I H S S			
Año	Personal de Enfermería	Población*	Relación Enfermería/Población
1965	13 319	7	1 x 525
1970	14 057	9	1 x 640
1981	53 676	31	1 x 577
1988	58 027	35	1 x 603
I S S S T E			
Año	Personal de Enfermería	Población*	Relación Enfermería/Población
1965	2 950	1	1 x 338
1970	2 792	1	1 x 258
1981	12 737	6	1 x 471
1988	14 796	7	1 x 501

* Millones de habitantes.

Fuente: 1965: Pérez Loredó, Luz; 1968: 20.

1970: SSA-CNE, 1979: 59 y 61.

1981: Dato proporcionado por el Departamento de Normas de Enfermería de la SSA.

1988: XI Censo de Población y Vivienda 1990, INEGI.

Por otra parte, la distribución del personal de Enfermería guarda relación con organización de los servicios médico-asistenciales y recursos materiales disponibles en cada una de éstas; ya que como lo demuestran las estadísticas, para 1970 en el Distrito Federal se contaba con 5 642 enfermeras profesionales, que correspondían al 52%, y para el Estado de Quintana Roo sólo habían 8 enfermeras profesionales, para el caso del Estado de Tlaxcala se contaba con 10 enfermeras profesionales; para 1988 la situación no ha sufrido cambios sustanciales ya que les corresponde en ese mismo orden a 15 693 para el Distrito Federal que representa el 31.5% del total de personal con que cuenta el país; Quintana Roo con 190, que representa el 0.38% y Tlaxcala con 256 con el 0.55%.

Si se observa con mayor detenimiento la distribución de recursos físicos y materiales con relación al personal especializado de enfermería, no cambia la situación, muy por el contrario se agudiza, ya que el Distrito Federal concentra 4 234 enfermeras especialistas, que constituyen el 39.5% del total del personal de dicho nivel profesional; para el caso de Quintana Roo sólo cuenta con 7 enfermeras especialistas que representa el 0.06% y Tlaxcala con 27 enfermeras especialistas, que cubre el 0.25%.

Por lo anterior, se puede afirmar que la distribución del personal de enfermería por servicios y geografía a lo largo del país se encuentra ubicado en regiones de alto nivel de desarrollo económico e industrial, tales como son: Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nuevo León y Veracruz; que representan el 53.5% del personal de enfermería del país. En cuanto a los Estados de desarrollo de nivel medio se encuentran: Tamaulipas, Coahuila, Guanajuato, Chihuahua, Sinaloa y Puebla, con el 16.0%; y finalmente, el resto de los Estados considerados como de bajo nivel de desarrollo, que totalizan 21 Estados, y que cuentan con el 29.5% del total de personal de enfermería en el país, y que representa en la mayoría de los casos, personal auxiliar y empírico, el que constituye en porcentaje mayor de sus plazas.

8.3.- Por Area de Servicios:

La enfermería al estar sujeta al modelo de atención a la salud que ha dispuesto el Estado a través de las políticas y legislación sanitaria en el país, ha determinado tres tipos diferentes de ejercicios profesionales por su área de servicios en que se desarrolla:

- La Enfermería Hospitalaria;
 - La Enfermería sanitaria; y
 - La Enfermera Partera.
- Enfermería Hospitalaria.

La enfermería hospitalaria o clínica forma parte del equipo de atención médica curativa, actividades que se ejecutan a partir de indicaciones médicas, que sin embargo, no son las únicas, ya que además brinda educación al paciente en higiene personal y orientación de la salud a la familia.

"Además, la enfermera en el hospital desempeña funciones administrativas en la dirección de los programas de enfermería en las distintas especialidades médicas... Otra acción de la enfermera hospitalaria se relaciona con la docencia, la investigación científica, preparación de personal auxiliar, trabajo de enfermería clínica en las industrias y en instituciones públicas y privadas" (36, 704).

En suma, la responsabilidad de la enfermera hospitalaria se centra en el cuidado de los enfermos e incapacitados ubicados en centros hospitalarios y/o clínicas de internamiento, encaminados en la recuperación de la salud y en la rehabilitación, educando a pacientes y familia en el mantenimiento y fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

- Enfermería Sanitaria.

La enfermería sanitaria cumple la tarea educativa y preventiva a partir de interactuar con la familia y/o colectividad, dado que está capacitada para reconocer anomalías y llamar la atención sobre ellas, para realizar los tratamientos indicados por el médico; detecta los problemas físicos, socia

les y familiares, por lo que establece un plan específico para cada caso en lo particular, desarrollándolo hasta la solución y/o canalización específica que corresponda.

"Las funciones de la enfermera sanitaria son múltiples pero pueden agruparse en los siguientes servicios: protección de la salud de la madre (control pre y postnatal); protección de la salud del niño (control del lactante, preescolar y escolar); control de las enfermedades transmisibles; protección de la salud del adulto en las industrias; educación en alimentación familiar; higiene mental; ayudar a obtener un ajuste de las condiciones sociales que afecten la salud del grupo familiar; colaborar con las demás actividades del programa de salud; hacer educación sanitaria en general" (36, 706).

- Enfermera Partera.

La historia de la enfermería en México ha demostrado que este campo ha sido ocupado fundamentalmente por mujeres particularmente empíricas, en la atención obstétrica -embarazo, parto y puerperio- pese al surgimiento de la formación académica y la invasión del médico a dicha práctica; por lo que hoy por hoy, este campo ha quedado diferenciado de manera particular; la primera, se centra en las unidades hospitalarias y/o grandes instituciones médico-asistenciales donde este ejercicio es privativo del gremio médico; y la segunda, en la comunidad campesina, étnica y/o de zonas marginadas -económica y geográficamente- donde la práctica es asumida por las matronas o parteras empíricas, que en la mayoría de los casos se encuentran integradas a programas de las grandes instituciones de salud pública del Estado o de la seguridad social -Programa de Solidaridad IMSS-Coplamar-; de ahí que sus funciones se inscriben en la atención obstétrica antes señalada, sin embargo, promueven programas de salud comunal y prevención de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental.

Es importante considerar que los datos estadísticos, refieren la desaparición del personal de parteras dentro de las plantillas de recursos humanos, ya que para 1987 se contaba con un total de 68 parteras en las instituciones del Sector Salud, situación que para 1988 se registraron tan sólo 57 y desaparecen para 1990, producto de la jubilación de dicho personal, y consecuentemente de la plaza dentro del escalafón correspondiente.

Por carecer de datos específicos entre la enfermera hospitalaria y sanitaria en el período comprendido entre 1986 y 1990, se analizarán algunos ejes importantes, que de manera general posibilitan delimitar la situación del ejercicio profesional de la enfermería en el país.

En cuanto al número de Personal Auxiliar de Enfermería, producto de las políticas de ampliación de la cobertura de los servicios médico-asistenciales se incrementó el número total de este personal de 1986 con 64 440 y para 1988 se registró un total de 67 337 pero para 1990 se observa una disminución de personal, se puede explicar si se contempla que a partir de 1988 se da inicio al programa de reestructuración de las instituciones del Estado y descentralizadas, por lo que se enfrentó un drástico recorte de personal, además de la promoción administrativa de personal auxiliar con cursos de capacitación intensiva con reconocimiento institucional para ascender al nivel escalafonario inmediato superior; de ahí que se incrementaran los recursos de enfermeras generales y disminuyeran los de auxiliares de enfermería; ya que para 1986 se contaba con 34 638 enfermeras generales y para 1990 asciende a 44 084 a nivel general del sector salud, incremento que representa un aumento del 21.4% en 4 años, o más aún el 5.4% anual.

En cuanto a la distribución de Enfermeras Especialistas, para 1988 se contaba con 10 711 a nivel nacional, mismas que se distribuían a partir de las siguientes áreas:

Médico-Quirúrgica	=	3 320 (31%)	
Pediatría	=	2 464 (23%)	
Cuidados Intensivos	=	1 178 (11%)	4 392
Administración	=	750 (7%)	(41%)
Otras especialidades	=	2 999 (28%)	

Fuente: Archivos de la Dir. Gral. de Estadística de la SS. 1991.

La información anterior da muestra de la insistente orientación curativa y hospitalaria de la enfermería en sus áreas de especialización, muestra de ello es que el 31% del total del personal especializado se encuentra ubicado en unidades quirúrgicas; hospitalarias y administrativas el 41%,

quedando tan sólo un reducido porcentaje (28%) para el resto, sin tener información específica de las enfermeras sanitarias, pero que sin caer en especulaciones no han representado más que el número de pediatras, pese al papel histórico que se ha desarrollado en la salud comunitaria y educación para la salud a lo largo del presente siglo en todo el territorio del país.

Por otra parte, la distribución del personal médico, paramédico y otro personal para 1990, proporciona el marco institucional de la desproporción de recursos humanos entre las instituciones, persistiendo el dominio del IMSS sobre el resto de las instituciones del Sector Salud; además, es importante señalar la proporción del personal administrativo y de servicios auxiliares - diagnósticos y tratamientos y personal paramédico auxiliar y de servicios es superior a la proporción del personal profesional existente en las unidades - asistenciales, lo que da como resultado que, mientras que la estructura administrativa cuenta con mayores recursos humanos, el personal de asistencia directa del paciente y/o derechohabientes ve mermada su posibilidad de mejoramiento en la calidad y cantidad de recursos humanos disponibles. Lo anterior se comprueba al observar los porcentajes entre Médicos-Enfermeras; o más aún, entre otro personal (administrativos, intendencia y auxiliares de servicios) y personal paramédico (43.2% y 33.4% respectivamente).

8.4.- Por Nivel Laboral:

Es tradicionalmente conocido que el ideal de toda profesión surge a - partir del ejercicio privado o libre; sin embargo, clarificar dicho conocimiento representa recuperar; tanto los profesionales que la ejercen de manera privada, como los que están empleados por y en distintos tipos de organizaciones.

Como se ha mencionado en el desarrollo sociohistórico del concepto profesión, existe un tipo ideal, constituido a partir de un ejercicio libre de la profesión, mismo que adquiere su valor a partir de status o posición social que como empujando prestador de servicios, principalmente de clases pudientes, su incorporación dentro del modelo industrializado garantiza su posi

ción a partir de que:

"Los profesionistas establecen alianzas con los que detentan el poder dentro de la organización. Dado que el Estado es el que emplea, buscan apoyo entre los altos puestos administrativos, políticos y legislativos" (4, 24).

El problema central en la definición de los medios de ejercicio profesional se constituye a partir del marco certificante que sustentan cada una de las carreras que la institución de educación superior establece como profesional. Lo anterior tiene sus orígenes a partir del desarrollo de los procesos de diferenciación ocupacional que los procesos de producción determinaron como resultado de la creciente especialización técnica o funcional dentro de los diferentes tipos de organización.

De ahí que:

"El certificado técnico identifica un grupo ocupacional con unos conocimientos específicos y hace que el grupo se destaque más allá de los límites de cualquier organización particular o cualquier situación social" (8, 104).

Lo anterior tiene una significación importante, dada la orientación internacional en la formación de recursos humanos de nivel técnico-profesional (formación post-secundaria técnica e instrumental y de carácter terminal). Frente a la distinción entre la formación de nivel técnico y del profesional universitario se parte de los marcos teórico-conceptuales y metodológicos que sostienen el quehacer y los saberes de cada uno en lo particular.

Es importante señalar que, en tanto la mayoría de las profesiones que en la actualidad sean consideradas como de nivel profesional universitario, se ven conflictuadas a partir de una desmedida oleada de creación de carreras técnicas auxiliares de las primeras tal que se observa una invasión de espacios ocupacionales.

Hasta el momento, las carreras de nivel técnico no han constituido o desarrollado estructuras organizativas independientes o de autonomía profesional. Lo anterior ha sido motivado por las organizaciones empleadoras de este

tipo de personal, mismas que operan a partir de orientaciones político-económicas, particularmente en los últimos años, resultado de las transformaciones que los mercados internacionales han propiciado en la reorganización de los medios de producción.

El ejercicio profesional dentro de las organizaciones se ha desarrollado como resultado de los avances en materia de ciencia y tecnología, lo cual ha generado una creciente necesidad de instrucción especializada; al tiempo de enfrentarse problemáticas de carácter social, situación que ha obligado a las organizaciones a reconocer los fines profesionales en su nivel de contribución social, así como replantear las estructuras organizativas entre las profesiones confluente en los problemas.

En resumen, existen dos tipos de ejercicios profesionales:

1.- Por sus fundamentos teórico-conceptuales y metodológicos:

- Técnico-Profesionales.
- Profesionales universitarios.

2.- Por su ejercicio profesional:

- Profesiones liberales o de ejercicio libre.
- Profesiones ocupacionales u orgánicas.

El cambio radical de perspectiva que supone una profesión se encuentra determinado por su desarrollo socio-histórico y los lazos o vinculación con el aparato estatal en la determinación de las políticas gubernamentales y el grado de especialización de los medios de producción y/o servicios que la sociedad y el modelo económico asuman para su desarrollo estructural.

La distribución y ejercicio profesional de la enfermería está determinado por la forma organizacional y modelo de atención a la salud que las políticas institucionales reconocen a partir del establecimiento de profesigramas del personal que presta sus servicios en las mismas.

"Las instituciones de salud y seguridad social cuentan con normas de selección y contratación que difieren entre sí al tenerse

en algunas contratos colectivos de trabajo y en otras reglamentos internos, que regulan estas acciones y determinan la presentación del servicio ejercido, así como las prestaciones sociales que percibe el personal" (29, 98).

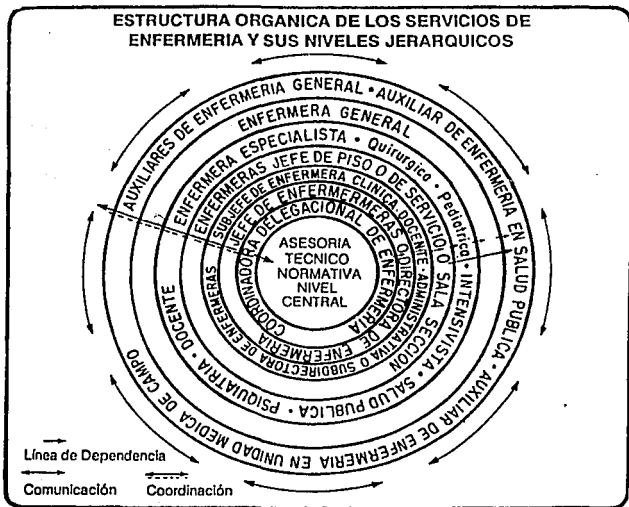
La complejidad del ejercicio profesional de la enfermería se encuentra regido por la forma organizativa de los servicios asistenciales, además de la interrelación con el grupo multidisciplinario que determinan la jerarquización del personal al interior de dichos servicios.

"Tradicionalmente, la práctica de enfermería se ha dividido en dos grandes grupos: El normativo directivo y el operativo, con diferentes niveles dentro de cada grupo; siendo esta estructura jerárquica piramidal, delimitándose el trabajo más por categorías que por atención a las necesidades del paciente, como se observa en el esquema" (29, 48).

La división del ejercicio profesional en los niveles operativos han presentado uno de los conflictos de mayor interés en los movimientos político-laborales de los profesionales de la enfermería en el país, producto de la indefinición de los criterios en la delimitación de las actividades entre el personal profesional y el auxiliar. Sin embargo, la realidad acusa la falta de límites de responsabilidad y funciones propias de cada nivel, lo que genera la duplicidad y la interposición de funciones entre los niveles.

A partir de la conceptualización que del servicio se tenga, y como resultado de los programas y políticas institucionales, se determina la estructura administrativa de enfermería, de manera que refleje las unidades y niveles jerárquicos, los puestos necesarios y las funciones y perfiles de puesto.

La organización existente en las instituciones en México ha dado origen a un perfil organizativo particular para la enfermería, del cual el ejercicio profesional se generan innumerables actividades y responsabilidades disciplinarias privativas de la profesión, pero que al mismo tiempo determinan su complejidad y continuidad de los servicios; todo ello a fin de responder a las necesidades actuales de salud de la población del país.



Producto del programa de conformación y consolidación del Sector Salud en México, la estructura orgánica de los servicios de enfermería y sus niveles jerárquicos sufrieron modificaciones importantes sin que hasta el momento se haya homologado las estructuras dentro de las instituciones de la Seguridad Social, ya que si bien sus fines son comunes, las condiciones políticas y programáticas particulares, obligan a ambas a establecer estrategias claramente diferenciales.

En lo que corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, el nivel máximo alcanzado por el personal de enfermería en la actualidad, lo constituye el puesto de Asesora Técnico-Normativa de Nivel Central, que le compete participar en los diferentes programas que se desarrollan en Jefaturas de Servicios, Coordinaciones y Departamentos, sin que por ello necesariamente sean puestos -

considerados dentro de la estructura -base de confianza-, por lo que ello de pende del Plan de Trabajo del Director General de la institución en turno y de las políticas de salud que el gobierno establezca durante su período de - ejercicio.

En igualdad de condiciones se encuentra el nivel de Coordinadora Dele- gacional de Enfermería, sin embargo, su papel es el de supervisión en el cum- plimiento de las normas técnico-administrativas dentro de las unidades médico -asistenciales contenidas en un área geográfica determinada.

La Jefatura de Enfermeras corresponde a puestos considerados dentro de la estructura base de las unidades médico-asistenciales de todos los niveles de atención, y que tiene la responsabilidad de planeación, dirección y control de los recursos humanos y materiales asignados a los servicios de enfer- mería, y apoyados a través del nivel inmediato inferior -administrativo- de la Subjefe de Enfermeras o Supervisora, que cumple el papel de extender la super- visión central en la prestación de los servicios, tanto en calidad como en - cantidad de atención otorgada.

Dentro del nivel de supervisión de normas, compete al nivel de Jefe de Piso, Servicio, Sala o Sección, a partir de la administración directa de per- sonal asignado a un área de trabajo específico en el empleo y cumplimiento de materiales y técnicas requeridas y desarrolladas en el cuidado y atención a pacientes y/o familia.

Es importante señalar que la ubicación del nivel de Jefe de Enfermeras se encuentra supeditado en general al tercero o cuarto nivel administrativo en unidades hospitalarias, tanto de segundo nivel de atención, como del terce ro; y para el caso del primero se constituye a partir de un segundo nivel, sin que por ello se desprendan responsabilidades autónomas del nivel directivo, - ocupado por norma político-institucional por profesionales de la medicina, - situación que repercute directamente en la determinación y cumplimiento de nor mas médico-curativas y/o asistenciales de diagnóstico y/o tratamiento médico, que poco permite dar cabal cumplimiento y observación al diagnóstico y trata- miento de enfermería; basta con revisar las actividades particulares de los - diferentes puestos del nivel operativo.

DIAGRAMA FUNCIONAL DE LA ESTRUCTURA DIRECTIVA Y OPERATIVA DE ENFERMERIA

NORMAR Y DETERMINAR NORMAS CON OTROS SERVICIOS, EVALUAR LA APLICACION DE LAS MISMAS.

DIFUNDIR Y SUPERVISAR LA APLICACION DE LAS NORMAS.

PLANEAR, CAPACITAR, DIRIGIR Y CONTROLAR LOS RECURSOS HUMANOS, FISICOS, MATERIALES Y TECNOLOGICOS ASIGNADOS A ENFERMERIA.

SUPERVISAR LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS Y CALIDAD DE ATENCION OTORGADA.

ADMINISTRAR LOS RECURSOS HUMANOS, TECNICOS Y MATERIALES ASIGNADOS, VERIFICAR CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LAS ACCIONES DEL PERSONAL A SU CARGO.

APLICACION DE NORMAS ESTABLECIDAS. ATENCION DIRECTA A PACIENTES

ADMINISTRACION

SUPERVISION DE NORMAS
EJECUCION NIVEL OPERATIVO

ASESORA TECNICO NORMATIVA
NIVEL CENTRAL

COORDINADORA DELEGACIONAL
DE ENFERMERIA

JEFE DE ENFERMERAS

SUBJEFE DE ENFERMERAS
O SUPERVISORA

JEFE DE PISO SERVICIO
SALA O SECCION

ENFERMERA ESPECIALISTA

ENFERMERA GENERAL

AUX. DE ENF.
GENERAL

AUX. DE ENF. EN
SALUD PUBLICA

AUX. DE ENF. EN UNIDAD
MEDICA DE CAMPO

PRESTACION DE SERVICIOS A
PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD.

COMUNICACION, COORDINACION Y RETROALIMENTACION

Para el caso del ISSSTE, la estructura organizacional de nivel central constituye un espacio estructural de base, lo que significa la posibilidad de estabilidad normativa para la profesión, sin embargo, su limitación estriba en la dependencia de niveles superiores en el establecimiento de programas generales que determinan al resto de los niveles del gremio, aunado a la inexistencia de criterios normativos a nivel nacional que legislen y establezcan las directrices del ejercicio profesional.

"Las Jefaturas de Enfermería de nivel central no participan en las decisiones que se instrumentan en el sector salud... Falta un organismo central con poder de decisión que planee, organice, dirija y evalúe los aspectos de enfermería en los ámbitos legales, académicos, laborales, etc." (17, 125).

Es importante señalar una diferencia sustantiva en las jefaturas en enfermería entre los niveles de 1o. y 2o. que escalafonariamente son de nivel inferior al 3er. nivel, donde la Jefatura pasa a ser Coordinadora, y donde se apoya a partir de Jefaturas Operativas de control, suministros y supervisión. Estos niveles no son contemplados dentro del IMSS, aun y cuando sean considerados en igualdad de importancia dentro de la estructura pero que a partir de la sistematización normativa particular de los institutos, se validan dichas estructuras diferenciadas.

Finalmente, para el caso de la Secretaría de Salud, la estructura orgánica del Departamento de Enfermería ha sufrido durante los últimos años numerosos cambios en niveles y áreas de competencia normativa, por lo que hasta el momento se carece de un organigrama general de la institución, sin que necesariamente ello invalide la existencia de éstos en niveles sectoriales y regionales; como es el caso de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, donde los niveles centrales establecen lineamientos normativos particulares para el Distrito Federal bajo la dirección de jerarquías médicas (en ocasiones de otras áreas profesionales) situación que repercute directamente en los niveles y acciones del personal del área operativa.

"Debido a la reestructuración del Sector Salud y en particular de la Secretaría de Salud, se presentaron cambios trascendentales para enfermería, ya que con motivo de las políticas gubernamentales que con base en la descentralización y simplificación -

administrativa compactaron estructuras... Dada la situación relativa a la cancelación de estas estructuras directivas de enfermería a nivel nacional, el desmembramiento de las funciones técnico-normativas de enfermería en los diferentes niveles y a la suplantación y superposición de funciones que competen a la enfermera y que han sido adscritas a otro tipo de personal de salud pública... La limitación del espacio de actuación que compete a enfermería, ha provocado también que las decisiones de este personal sean tomadas por otros profesionales que carecen de potencial tecnológico, lo cual propicia que las funciones y secciones específicas se diluyan y exista anarquía normativa para su realización. La ausencia de los cargos directivos de enfermería ha ocasionado que en la contratación de personal se dé prioridad a las auxiliares de enfermería, aun cuando exista el recurso profesional y especializado, situación que afecta no sólo a las enfermeras sino a la calidad de los servicios al excluirle de la toma de decisiones para su propia área " (30, 113-118).

Otra de las características distintivas de estos niveles es que estos cuadros organizativos se repiten en todas las entidades federativas, lo que hace primordialmente difícil la sistematización general de las acciones de enfermería a nivel nacional, dada la inexistencia de jefaturas, organizaciones y direcciones que intervengan directamente dentro de los niveles de la Subdirección General de la institución.

Actualmente es notoria la ausencia de estructuras de enfermería acordes con la organización de la SSA; lo cual ha ocasionado gran deterioro en la organización y funcionamiento de los servicios de enfermería en sus diferentes niveles y, como consecuencia, la calidad de la atención a la población no se considera la deseada. Por otra parte, la supervisión del personal de enfermería se ha asignado a personal de diferente disciplina, con el consecuente "deterioro de las funciones de enfermería" (Ver 118).

En cuanto al resto de los niveles: jefaturas de enfermeras, supervisores, enfermeras especialistas, enfermeras generales y auxiliares se encuentra en igualdad de condiciones en todas las instituciones del sector. La diferencia fundamental entre éstas, se encuentra básicamente en la remuneración salarial de acuerdo a la capacidad presupuestal propia de cada institución; situación que agudiza y repercute en la distribución de los recursos humanos entre los servicios, niveles de atención y posibilidades de desarrollo escalafonario de las profesionales dentro de los espacios organizacionales.

"La participación de enfermería en los niveles organizacionales dentro de las instituciones del Sector Salud del país, abarca funciones de atención directa a pacientes, administración, investigación y docencia" (29, 51).

Con mayor precisión puede observarse que los niveles operativos y la distribución entre personal profesional y no profesional depende de las condiciones presupuestales con que cuenta la institución y cómo se distribuye porcentualmente dicho personal dentro de la estructura general de las instituciones asistenciales.

Ejemplo de lo anterior lo constituye el IMSS, donde la distribución del personal dentro de los niveles operativos no contemplan la plaza de Licenciatura en Enfermería dentro del escalafón de enfermería en el Contrato Colegiado de Trabajo, sin embargo, la distribución general del personal es privado del instituto, dado que la normatividad posibilita la recuperación de fuerza de trabajo profesional, de tal manera que la prestación de los servicios, aun y cuando se brinde por personal no profesional, éste desarrolla sus actividades a partir de la supervisión permanente del personal profesional.

IMSS

ISSSTE

Personal No Profesional: 48%	Personal No Profesional: 52%
Personal Profesional: 52%	Personal Profesional: 48%
(41, 50).	(10, 67).

Para el caso del ISSSTE, aplica esta misma estrategia, aun y cuando de manera distinta, los servicios de enfermería no presentan diferencias sustanciales.

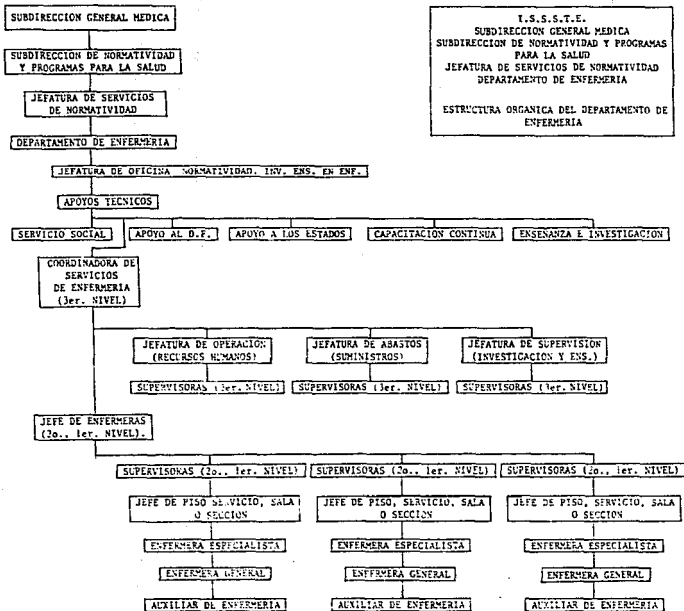
En un intento por profundizar en la distribución del personal a partir del escalafón general de Enfermería dentro de las instituciones del sector salud, se observó que para 1990 la relación entre número de personal e instituciones de salud el porcentaje mayor de personal de Auxiliares de Enfermería es empleado por el IMSS (47.1%), seguido de la SSA (27.7%); sin embargo entre las instituciones de la Seguridad Social el IMSS -

cuenta con el 73.6% del total de Auxiliares de Enfermería, seguido del ISSSTE con un 20.6%. Ahora bien, en cuanto a instituciones de población abierta, la SSA cuenta con el 76.8%, seguido del IMSS-Solidaridad con el 20.2%. (Ver Anexo VIII-3).

El personal de nivel de Enfermera General y Enfermera Especialista presentan igual situación que la anterior. Para el caso del personal con puesto administrativo, la situación se ve transformada por la organización y número de unidades hospitalarias y clínicas de primer y segundo nivel, donde la SSA cuenta con el 61.4% del total de personal administrativo seguido del IMSS con un 13.6%. Es importante recalcar que los indicadores de cálculo de personal en cada nivel escalafonario de enfermería guardan relación con los programas y políticas de salud que hacia su interior se desarrollan.

Es importante tener presente que el carácter permanente e integral de los servicios de enfermería obliga al personal de servicio a asumir ejercicios profesionales particulares y a partir del nivel jerárquico de que se ocupe y su relación horizontal y vertical con el resto de la estructura organizacional de los servicios.

"La representación gráfica de un servicio de enfermería, en general tiene un carácter universal, y las características específicas se dan por cada país, y a su vez por cada institución; ésta es determinada por una serie de aspectos que comprenden la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las jerarquías, funciones y obligaciones individuales y departamentales" (42, 28).



I.S.S.S.T.E.
 SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 SUBDIRECCION DE NORMATIVIDAD Y PROGRAMAS PARA LA SALUD
 JEFATURA DE SERVICIOS DE NORMATIVIDAD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Los profesiogramas de enfermería inscritos en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS da muestra de la complejidad que representa la delimitación del ejercicio profesional a partir de actividades específicas a partir del nivel organizacional y categoría laboral del que se requiere en la prestación de los servicios de atención a la salud en el instituto, pese a numerosos intentos del propio gremio por definirlos, sin que hasta el momento haya sido posible su modificación.

"VI. Categorías Polivalentes para Clínicas y Clínicas Hospitalares Auxiliares.

1a. Categoría: Auxiliar de Enfermería de Unidad Médica.

Auxiliar de Enfermería de Unidad Médica.- Categoría Autónoma.

Actividades: Labores de enfermería en su centro de trabajo y en domicilios de derechohabientes; auxiliar en atención a enfermos, heridos y parturientas bajo la dirección de un médico; administrar medicamentos a las horas prescritas; cambiar vendajes, aplicar inyecciones, informar al médico de los síntomas que observe en los enfermos; ayudar a los pacientes a caminar o transportarlos en sillas de ruedas; cambiar ropa a las camas; asear y alimentar a los enfermos; aplicar enemas; colocar y vaciar bacines; distribución de enfermos; registro de citas para la atención de pacientes; elaboración de la relación diaria de servicios proporcionados; informes y orientaciones a los derechohabientes; auxiliar a los médicos en labores administrativas que se originen del trato a los pacientes. Registro, control, recibo y entrega de víveres en almacenes y despensas de la unidad; elaboración de regímenes alimenticios ordenados por los médicos, de acuerdo con la minuta respectiva; supervisión y revisión de dotación de alimentos a los enfermos y las demás relacionadas con estas actividades que el médico señale". (38, 216).

"Auxiliar de Enfermería en Salud Pública.

Actividades: En Servicios de Medicina Preventiva, en Hospitales, Clínicas y Clínicas Hospitalares, intra y extramuros; atiende en forma a los usuarios de las acciones que va a recibir; toma signos vitales y somatometría; recibe, almacena y maneja la dotación del servicio de Medicina Preventiva de productos biológicos, medicamentos y material de curación de acuerdo con las normas de conservación; prepara equipo e instrumental para esterilización; colabora en la aplicación de productos biológicos y antibióticos para tratamientos epidemiológicos; participa activamente en los programas de salud comunitaria, de vacunación, así como de investigación epidemiológica y detección de padecimientos. Registra datos específicos en papelería; dentro de su jornada, asiste a cursos de inducción al área de trabajo, a juntas, conferencias y a los cursos

de inducción al área de trabajo, a juntas, conferencias y a los cursos que le indique el instituto para efectos de mejor desempeño de su puesto y para su superación personal. Labores técnico-administrativas inherentes a la categoría.

Auxiliar de Enfermería General

Actividades: Hospitales de Especialidad (es), Hospitales Generales de Zona, Unidades de Medicina Familiar, Puestos de Fábrica, - Puestos de Enfermería y Unidades Médicas Móviles. Interviene en la recepción, atención, exploración y entrega de pacientes con información sobre su estado de salud; toma signos vitales y somatometría registrándolos en formas específicas; orienta, vigila y acompaña en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con expediente o solicitud de estudio, auxilia al médico y al personal profesional de enfermería en el tratamiento médico-quirúrgico del paciente, como son: curaciones, inyecciones, vigilancia de venoclisis, ministración de medicamentos, etc., - proporciona cuidados generales al paciente como son: cambio de ropa de cama, baño, auxilia en la ingesta de alimentos, etc., efectúa y enseña procedimientos higiénico-dietéticos favorables para el paciente, así como a los familiares de los mismos. Participa en la visita médica. Corroboración que el personal dé indicaciones médicas" (38, 134).

Enfermera General.

Actividades: Realiza técnicas de enfermería establecidas en el cuidado integral del paciente. Recibe, atiende y entrega pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados. Participa en tratamientos médicos quirúrgicos y efectúa tratamientos específicos. Cumple las indicaciones médicas y verifica su cumplimiento. Colabora en las visitas médicas a los pacientes. Solicita y maneja medicamentos y los administra conforme a las indicaciones médicas. Participa en la terapia ocupacional, rehabilitatoria y recreativa del paciente. Realiza procedimientos higiénico-dietéticos y colabora en la enseñanza de los mismos a pacientes y a los familiares de ellos. Vigila el traslado de pacientes a los servicios a que sean derivados. Toma y registra signos vitales y de somatometría, verificando datos de identificación del paciente y su expediente clínico. Imparte enseñanza. Orienta e indica al personal auxiliar de enfermería sobre las técnicas y procedimientos vigilando su cumplimiento. Recopila y registra datos de papelería específica. Solicita y maneja ropa. Solicita, recibe, entrega y maneja de acuerdo a las necesidades del servicio, equipo médico, instrumental y material de curación, determinando su esterilización y efectuándola en su caso. Dentro de su jornada asiste a cursos de inducción al área de trabajo, - así como a juntas, conferencias y a los cursos que le indique el instituto, para efectos de mejor desempeño del puesto y para su superación personal. Desempeña labores técnico-administrativas inherentes a la categoría" (13, 207).

"Enfermera Especialista.

Requisitos: 12 y 21 B.

Relaciones de mando: 3, 4, 6, 9, 18 y 19.

Movimientos escalafonarios: 2, 3 y 6.

Actividades: Recibe y entrega pacientes con información de sus actividades, evolución y procedimientos efectuados. Participa en tratamientos médico-quirúrgicos y en la visita médica. Atiende a pacientes según procedimientos de enfermería establecidos, de acuerdo a indicaciones médicas. Solicita y maneja ropa. Solicita, recibe, entrega y maneja, de acuerdo a las necesidades de la especialidad, equipo médico, instrumental y material de consumo. Realiza procedimientos especiales y orienta y verifica el cumplimiento de los mismos en las especialidades de: Pediatría, Salud Pública (en servicios de medicina preventiva en hospitales, clínicas y clínicas hospitalares, intra y extramuros), Terapia intensiva, Instrumentista y las que en el futuro se considere necesario establecer, - previo acuerdo de las partes. Participa en programas específicos del centro de trabajo. Imparte enseñanza. Orienta e indica al personal de enfermería sobre las técnicas y procedimientos, vigilando su cumplimiento. Dentro de su jornada asiste a cursos de inducción al área de trabajo, a juntas, conferencias y a los cursos - que le indique el instituto, para el mejor desempeño del puesto y para su superación personal. Desempeña labores técnico-administrativas inherentes a la categoría.

Enfermera jefe de piso.

Requisitos, 12, 18, 21 C y 51.

Relaciones de mando: 3, 4, 6, 9, 18 y 19.

Movimientos escalafonarios: 6.

Actividades: Recibe y orienta a pacientes, verificando su identificación con los respectivos expedientes clínicos. Atiende y entrega pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos aplicados. Elabora plan de trabajo y distribuye actividades en base a las necesidades del servicio y participa, - orienta y verifica su cumplimiento. Participa en tratamientos médico-quirúrgicos y atiende a pacientes en casos específicos. Solicita, maneja y administra medicamentos bajo prescripción médica. - Recibe, cumple y transmite indicaciones médicas supervisando su observancia. Participa en las visitas médicas. Recopila y registra datos en documentación específica. Requiere, distribuye y controla dotaciones de materiales de consumo, medicamentos, ropa e instrumental, de acuerdo a las necesidades del servicio. Realiza, orienta y enseña hábitos higiénico-dietéticos a pacientes y a sus familiares. Colabora en la terapia ocupacional, recreativa y rehabilitatoria de los pacientes. Imparte enseñanza. Orienta al personal a su cargo, así como al de nuevo ingreso y a otros grupos, - sobre técnicas especiales en el manejo de aparatos, equipo y material. Se coordina con otras áreas. Dentro de su jornada asiste a cursos de inducción a áreas de trabajo, así como a juntas, conferencias y a los cursos que le indique el instituto, para efectos del mejor desempeño del puesto y para su superación personal. Realiza

liza labores técnico-administrativas inherentes a la categoría" (13, 208).

Escalafón de Parteras.

1a. Categoría: Partera.

2a. Categoría: Jefe de Parteras.

Partera.

Actividades: Atención de enfermas y parturientas, control administrativo y observancia de las técnicas que sean fijadas, control de enfermeras y auxiliares de enfermería que le estén asignadas en la unidad donde labore durante su turno. Labores administrativas inherentes a su servicio.

Jefe de Parteras.

Actividades: Dirigir, colaborar con el personal de Parteras, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería en la atención de enfermas y parturientas de acuerdo con las normas técnicas que sean fijadas, labores inherentes a su servicio. (38, 121-122).

La calidad polivalente de los profesiogramas ha permitido su utilización para una mayor y eficaz cobertura a bajo costo. Si se acepta que la enfermera debe ser capaz de trabajar en los tres niveles de atención, tenemos que enfrentar el problema de cómo definir su perfil.

Es un hecho que a últimas fechas las funciones de la enfermería se han ampliado a partir del establecimiento normativo de programas sanitarios específicos, ya que éstos tienen su fundamento en:

"... la lucha para ampliar el rol de la enfermera tiene gran valor, ya que la implementación de funciones ampliadas mediante acciones realistas contribuirán de un modo significativo, al logro de la meta de salud para todos en el año 2000". (11, 14).

Sin duda, el papel de la enfermera hospitalaria no ha de descalificarse de manera inmediata, por la importancia que representa la asistencia permanente y continua del paciente; sin embargo, sí tendrá que responder de manera inteligente y profesional al reto de la reestructuración de los procesos de trabajo a partir de la política de masificación de los servicios.

"En vista de la necesidad de reducir costos, es probable que las enfermeras jefes tengan que justificar con mayor claridad el presupuesto requerido para mantener una plantilla adecuada de personal de enfermería a fin de poder prestar una atención continua, libre de riesgos y humanizada" (18, 5).

La excesiva tendencia hacia los procesos técnico-administrativos desvían al personal de enfermería de funciones de mayor peso profesional en la atención de los pacientes, por lo que habrá de analizar y redefinir las estrategias técnicas y metodológicas que utiliza la enfermera en el fomento y educación de la salud.

La problemática sanitaria actual y la inminente presentación de patologías propias del desarrollo que se avecina a partir de la entrada de capitales inversionistas en diversos sectores de la producción han de requerir ser atendidos y visualizados de manera anticipada, para poder asumir medidas concretas que prevengan y sea factible enfrentar dichos problemas; - ello sólo puede ser realidad si se asume el compromiso de mirar prospectivamente a la enfermería frente a la realidad inmediata de la sociedad a la que se debe su quehacer profesional.

Entre los nuevos modelos de ejercicio profesional que podría asumir la enfermería mexicana se identifican los siguientes:

"-Enfermería en los programas de proyección al hogar.
 - Enfermería en la educación y control de pacientes con enfermedades crónicas.
 - Enfermería familiar.
 - Enfermería ocupacional.
 - Enfermería en la epidemiología y control de enfermedades tales como el SIDA.
 - Enfermería en el uso de métodos alternativos de tratamiento"
 (18, 6).

- Enfermería Industrial.
- Enfermería Escolar.
- Enfermería Social.

Como puede observarse, los cambios propuestos derivan de la división - del trabajo dentro del equipo de salud, y en específico del personal de enfer

mería, que requieren de entre otras, modificaciones actitudinales, metodológicas, filosóficas y socioprofesionales, de tal suerte que conduzcan a lograr sistemas de trabajo participativo solidarios y autogestivos.

Hershey señaló al respecto:

"Creo que cambios profundos en el ejercicio de la enfermería surgirán de una creciente comprensión de que ésta no es una simple profesión o disciplina sino que representa un amplio y hasta ilimitado rango de servicios en potencia" (18, 11).

8.5.- Características y condiciones generales del Ejercicio Profesional.

El ejercicio profesional en enfermería además de los espacios laborales donde se realiza, la concepción del proceso salud-enfermedad prevaleciente en la sociedad y sus condiciones individuales y familiares; participan en su práctica profesional concreta, ya que a partir de este marco se integra orgánicamente a los servicios profesionales. De ahí que se hace necesario retomar algunos elementos privativos de la enfermería mexicana resultado de la presente investigación, tales como son:

- Grupos de edades: para 1970, el Colegio Nacional de Enfermeras, resultado de un estudio, obtuvo que el 35% de las enfermeras tenían entre 15 y 24 años; y para 1979 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería registró que el 34% del personal oscilaba entre el grupo de edad de 25 a 31 años; para el caso de la presente investigación se obtiene que el 51% (de una muestra de 5 000 entrevistas en 21 Estados de la República) se encontraba entre el grupo de edad de 26 a 35 años.

Como

Edades	#	%
15-20	667	13
21-25	673	14

Edades	#	%
26-30	1 342	27
31-35	1 214	24
36-40	793	16
41- +	311	6
Total	5 000	100

Fuente: Información directa 21 Estados de la República (México-1990).

Como se puede observar, entre 1970 y 1990 la tendencia del mayor porcentaje del grupo de edad ha tendido hacia edades más avanzadas producto de la estabilidad laboral (bases y/o plantas) del personal contratado, además del incremento del número de planes de estudio que contemplan los estudios -- del bachillerato simultáneo a la carrera de enfermería, lo que genera que es los recursos de recién egreso de las instituciones educativas tengan una edad mayor que la de años anteriores.

Estado Civil: constituye uno de los elementos básicos que posibilita entender la dinámica de integración de marcos éticos y valorativos de los recursos humanos en enfermería dentro de las políticas y particularidades de la prestación de servicios --concepción de servicio y altruismo profesional--, generando cierto desinterés en la autovaloración del sujeto y desarrollo social como individuo inmerso dentro de un grupo social particular, baste observar el número considerable de mujeres enfermeras madres solteras, 26% de un total de 5 000 mujeres entrevistadas en 21 Estados de la República durante 1990.

Estado Civil	#	%
- Soltera	1 068	21
- Madre Soltera	1 306	26
- Casadas	1 751	35
- Divorciadas y/o Separadas	875	18
T o t a l	5 000	100

Fuente: Información Directa: 21 Estados de la República (México, 1990).

- Dependencia Económica: El punto anterior guarda relación con el núcleo familiar de procedencia caracterizada por su bajo nivel socioeconómico y el número considerable de personas que dependen de los ingresos económicos de éstas, situación que repercute directamente en la energía de trabajo dispuesta durante su ejercicio profesional en cumplimiento de su condición laboral.

Estudios sociológicos sobre la conformación y número de integrantes de la familia por niveles económicos, han registrado la constante que mientras más baja sea la condición económica familiar, mayor número de hijos y/o dependientes existirán; esta situación no excluye a la enfermera, prueba de ello son los datos obtenidos en la presente investigación; donde las entrevistadas señalan ser -en la mayoría de los casos- las responsables directas del sostenimiento económico de la familia, lo que repercute en las posibilidades de su peración académico-profesional y rendimiento laboral en servicio; fundamentalmente por la doble jornada que como mujeres desempeñan: enfermera y mujer.

Situación	#	%
Autosuficiente	1 227	25
1 - 3	2 514	50
4 - +	1 259	25
Total	5 000	100

Fuente: Información directa 21 Estados de la República (México - 1990).

- Empleo: Los puntos anteriores guardan relación directa con las condiciones económicas generales en las que el personal de enfermería se ve sujeto al contratarse en varios empleos para poder solucionar sus necesidades económicas, tanto familiares como profesionales, ya que las estimaciones registradas en la presente investigación proporcionó datos que acusan que un porcentaje considerable además de cumplir la jornada del trabajo doméstico-familiar desempeña una doble, y hasta triple jornada laboral, por el solo hecho de remuneraciones que -en algunos de los casos- setienen ingresos menores a los salarios mínimos generales -obreros- que violan las disposiciones legales por autoridades y empresas altamente explotadoras del personal de enfermería, sin que hasta el momento se haya dado manifestación y/o demanda jurídica gremial que enfrente la problemática de manera directa; ejemplo de esto lo constitu-

yen las agencias de personal de enfermería que brindan servicios particulares y/o asistencia personal de enfermería, principalmente a menores, ancianos y/o pacientes en estado crítico; esto, por la capacidad económica más que suficiente del cliente y donde la contratación está sujeta a las agencias empleadoras del personal de enfermería, mismas que reciben porcentajes altos, producto del trabajo del personal que brinda el servicio en condiciones de inseguridad laboral y jurídica. Lo anterior ha sido producto de la creciente orientación de la privatización y mercantilización de la salud en México, sin embargo, ello repercute directamente en el ejercicio profesional de la enfermería y en sus condiciones de empleo.

No. Empleos	#	%
1	4 241	85
2	702	14
3	57	1
Total	5 000	100

Fuente: Información Directa: 21 Estados de la República. (México, 1990).

La sustitución de profesionales y técnicos por personal no profesional resulta viable toda vez que las funciones -profesogramas- y estimaciones de recursos humanos -indicadores- no se hallan definidos jurídicamente, de ahí la determinación arbitraria de criterios eficientistas, que repercuten gravemente en la calidad y cantidad de servicios de enfermería que se ofrecen a la comunidad.

"... el servicio de enfermería es un componente esencial pero su bordinado. La dirección de su desarrollo no está autodeterminado sino sujeto a control tanto técnico como administrativo" (122, 31).

La utilización del personal de enfermería dentro de las instituciones de salud del país, ha enfrentado históricamente el problema de su contratación en puestos, que sin atender a su nivel académico máximo alcanzado se les asignan niveles ocupacionales menores a éste; ya que mientras que la supervisión del personal auxiliar requiere de recursos humanos y tiempo laboral, éstos son inexistentes al garantizar la capacidad técnica-operativa del

personal contratado bajo condiciones desiguales -puesto menor al grado académico alcanzado-; ejemplo de lo anterior son los registros de numerosos cargos directivos y/o de nivel de mandos medios -supervisoras, jefes de servicios y, en ocasiones, jefes de enfermeras-, sin que haya la suficiencia académica-profesional requerida en el perfil del puesto, para la ocupación correspondiente a dicha plaza.

Lo anterior ha quedado evidenciado a partir de los registros obtenidos en la presente investigación, con las siguientes problemáticas específicas:

- Existencia de personal de nivel Auxiliar de Enfermería con puestos de Enfermera General y Jefaturas de Servicios.
- Pasantes de Enfermería con puestos de Enfermera General, Jefatura de Servicios, e incluso de Supervisores de Enfermería.
- Enfermeras Generales con puestos de Jefatura de servicios.
- Licenciados en Enfermería con puestos desde Auxiliares de Enfermería hasta niveles de supervisoras y Jefaturas de Enfermeras.

Las problemáticas antes señaladas guardan relación con los resultados obtenidos sobre el mismo punto, desarrolladas en 1979 por el Colegio Nac. Enf.

- Contratación: El ejercicio profesional de enfermería, al estar ligado íntimamente a la estructura económica-social, a partir de las políticas sanitarias y económicas vigentes del sector salud en la prestación de los servicios médico-asistenciales, determina que las condiciones de trabajo dentro del equipo de salud se encuentren normadas a partir de la contratación y los diferentes niveles escalafonarios en los que se ubique el personal, independientemente del nivel académico que se sustente; ya que, ante la estrategia técnico-administrativa de masificación de los servicios en el intento de dar cumplimiento al compromiso del gobierno mexicano asumido en la O.M.S. de lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000" e instrumentando medidas de incorporación de personal auxiliar y empírico, ha generado la desocupación de personal profesional, que en materia de calidad en la prestación de los servicios, no es considerada en la determinación de las condiciones y de las acciones del personal auxiliar de nueva incorporación.

Personal de enfermería según categorías y con nivel
licenciatura en el IMSS

Abril 1990

P e r s o n a l	T o t a l		C o n l i c e n c i a t u r a e n e n f e r m e r í a	
	Núm.	%		
* Auxiliar de enfermería	30 875	48	96	.15
* Enfermera general	23 180	36	172	.27
* Enfermera especialista	5 750	9	60	.09
* Enfermera jefe de piso	2 629	4	67	.10
Subjefe de enfermeras	1 648	2.5	47	.07
Jefes de enfermeras	229	0.4	13	.02
Asesora de enfermería a nivel delegacional y central	42	0.1	12	.02
T O T A L	64 353	100	467	.72

Fuente: Datos obtenidos de la Coordinación de Enfermería a Nivel Central.

NOTA: No enviaron datos Nuevo León, Sonora, Jalisco.

* Escalafón de enfermería según contrato.

Distribución del Personal de Enfermería: Nivel Académico / Puesto

NIVEL ACADÉMICO	TOTAL	AUX. DE ENF.		ENF. GRAL.		ENF. ESP.		ENF. ADMYO.	
		#	%	#	%	#	%	#	%
AUX. DE ENF.	2 119	2 070	98	28	1	--	--	21	1
PASANTE DE ENF.	482	341	71	136	28	--	--	5	1
ENFERMERA GENERAL	1 509	74	5	1 422	94	--	--	13	1
ENF. ESP. (1 CURSO)	515	10	2	66	1	42	82	17	3
ENF. ESP. (2 o +)	135	--	--	--	--	16	12	119	88
LIC. EN ENFERMERIA	240	265	27	144	60	--	--	31	13
T O T A L	5 000	2 560	51	1 796	31	438	9	206	4

"... los servicios públicos y algunos órganos gubernamentales, - en nombre de las demandas sociales de salud, producen personal en forma masiva que, mediante cursos de corta duración, quedan - autorizados tanto para a asistencia de enfermeras en los hospitales (cursos de auxiliares de enfermería), como para atención - primaria (auxiliares de comunidad, promotores de salud, parteras empíricas y auxiliares para las comunidades rurales" (33, 35).

De ahí la descalificación de la educación formal y/o carrera profesional que ha generado invasión de campos profesionales, pero que como resultado de la carencia de un organismo que norme la dirección de la formación y práctica de enfermería, resulta fácilmente aplicables políticas e intereses - institucionales controlables, y más aún, rentables e ideológicamente justificables en su desarrollo.

La situación de la descalificación del personal de nivel técnico es crítica, pero lo es más para el caso del nivel de licenciatura, ya que:

"... la enfermería en muchos países ha sentido el impacto de... la necesidad de un mayor número de personal de nivel técnico y un menor número de personal profesional universitario, de acuerdo con los modelos actuales de prestación de servicios..." - (15, 49).

De acuerdo con datos actuales aportados por el Colegio Nacional de Enfermeras, A.C., se puede observar la persistencia de las condiciones de contratación y usurpación de campos profesionales y de ejercicio profesional.

Por otra parte, la incorporación del personal de enfermería de nivel - licenciatura no ha podido, hasta el momento, abrir los escalafones organizacionales, de tal forma que sea reconocido dicho nivel académico-profesional, caso concreto son los datos proporcionados por el IMSS, donde la mayoría de - éstos se encuentra laborando en plazas de Enfermera General, seguido del nivel de Auxiliar de Enfermería y Jefe de piso, el resto de los puestos han sido ocupados a partir de que éstos cuentan con al menos con un curso posttécnico, u obtuvieron el grado de licenciados en el momento en que ya contaban con dicho nivel.

La problemática se agrava con la incorporación de personal empírico - y/o habilitado principalmente para el desempeño de funciones de atención a la comunidad. Tal aspecto indica el desconocimiento de la asignación de funciones e indiferencia en la trascendencia de la calidad de la atención de enfermería que requieren los sectores más desprotegidos, pero que en materia de planeación técnico-administrativa y políticas sanitarias no son consideradas como fundamentos para la utilización de personal profesional, o más aún de personal auxiliar de enfermería bajo supervisión y control de enfermeras profesionales.

"En el grupo de trabajo, ha surgido un nuevo elemento del personal de salud, denominado auxiliar de salud, las acciones que se le han asignado, desplazan tanto a la enfermera, como en otras ocasiones, a la auxiliar de enfermería, en las áreas de trabajo, al parecer se minimiza la participación de enfermería" (30, 116).

El plan contempla acciones para la mejor utilización de los recursos disponibles y su retención por el sector, así como para la formación de nuevos tipos de personal, tanto profesional como técnico-medio y auxiliar, incluyendo los agentes de la comunidad mediante la investigación, desarrollo y utilización de nuevos métodos de capacitación no convencionales" (22, 5).

Frente a la persistencia de políticas médicas, eminentemente curativas, y estrategias masificadoras de los servicios sanitarios de extensión a comunidades marginadas y/o en extrema pobreza; en tanto no se revalore el papel profesional de enfermería, su experiencia y calificación técnica en todos y cada uno de los programas médico-asistenciales, incluyendo su redefinición y proceso de trabajo, considerados dentro de la formulación de criterios para la asignación y distribución del personal requerido, poco se puede garantizar la calidad y éxito real de dichos programas, así como la consecuente cultura de educación para la salud en las comunidades incorporadas a éstos.

"Emilio Gamboa Patrón... la estrategia a seguir... una visión integral de la salud y la seguridad social, con el sentido humanista que le dio origen... 39 millones de personas reciben los beneficios del IMSS... La salud de la población... es palanca del desarrollo y compromiso ineludible del Gobierno de la República". (19, 19).

De ahí la importancia social y política de recuperar la calificación profesional de los servicios de enfermería, no sólo como obligación del Estado frente al derecho constitucional a la salud de todos los mexicanos, sino como una situación de atención digna y humanizada de los servicios de atención a la salud, principalmente de los menos favorecidos económicamente.

"La filosofía de los servicios de enfermería se pueden describir como un conjunto, elegido conscientemente, de valores y de fines primarios, que pueden servir de pauta para adoptar el medio de lograr la meta última: la Salud" (1, 51).

Hoy que la humanidad entera enfrenta el creciente proceso de robotización de los servicios médico-asistenciales, producto de los avances tecnológicos y sistematización de los esquemas terapéuticos y de diagnóstico, los Derechos Humanos Fundamentales se hacen más importantes, al ser recuperados y reafirmado el compromiso político y socioprofesional de la enfermería con la salud del hombre:

"Los Derechos Humanos Fundamentales les están enraizados en la dignidad y el valor de la persona humana, corresponden a todos y cada uno de los seres humanos simplemente por ser tales; tiene su fundamento en la misma naturaleza del hombre" (2, 93).

- Medio Laboral: El cuidado de la salud de una sociedad implica realizar dos actividades íntimamente relacionadas; la primera y más importante, es incidir en la protección misma de la salud; mientras que la segunda trata sobre la disminución y/o control de la enfermedad o daño producido en el hombre y/o comunidad. De ahí la importancia del ambiente sanitario y las condiciones laborales del personal de salud, ya que mientras exista suficiencia y calidad de recursos materiales y físicos, el "quehacer de enfermería" y del resto de los recursos humanos de la salud podrán desempeñar de manera óptima sus responsabilidades particulares, mismas que repercutirán de manera directa en el cumplimiento social de la asistencia sanitaria general.

Por lo tanto es necesario analizar de manera específica los siguientes puntos:

- Organización laboral.

- Condiciones de Higiene y Seguridad en el trabajo.
- Condiciones Salariales.
- Organización Laboral:

La enfermería al estar inserta dentro de la formación socioeconómica particular, ésta le determina en su práctica, es decir, que su trabajo sufre modificaciones que el modo de producción le impone en su organización.

"... la organización obedece primordialmente a criterios eficientistas cuyo objeto es incrementar cada vez más la posibilidad de ... atender enfermos pero sin tomar en cuenta los aspectos humanos o científicos de la práctica... Los hospitales se ven convertidos en fábricas, los pacientes en cosas" (28, 62).

Producto de las políticas de masificación de los servicios médico-asistenciales, la enfermería ha enfrentado un problema, que hasta el momento y pese a numerosos intentos por impedirlo, ha generado la atomización de estrategias técnicas-organizativas de los servicios asistenciales de enfermería; el problema se agudiza a partir de la nula participación del personal de enfermería en el establecimiento, la planeación e instrumentación en la organización de su proceso de trabajo; incluso, la división del trabajo dentro del servicio y de las profesiones, ha propiciado diferencias cualitativas y cuantitativas entre los gremios y niveles escalafonarios, al punto de contribuir al establecimiento de sobrecargas de trabajo y mecanización enajenante del trabajador en la prestación de los servicios. Adam Smith señala al respecto:

"Un hombre que se pasa la vida ejecutando unas cuantas operaciones simples... no tiene ocasión de disciplinar su inteligencia ... va convirtiéndose poco a poco y en general en una criatura increíblemente estúpida e ignorante" (39, 66).

Las características propias del ejercicio profesional de enfermería guardan relación con el establecimiento de los "indicadores de atención de enfermería" mencionados con anterioridad; además, la falta de estructura propia para diferenciar sus necesidades y su intervención dentro de los niveles centrales en las instituciones de carácter de asesoría, y en algunos casos técnico-normativo no ha permitido detener la tendencia al incremento de cargas de trabajo excesivas, ya sea por número de pacientes o población que se asigna al personal.

"La existencia de una respuesta polivalente trae como consecuencia una carencia en la precisión de su papel fundamental; que se refleja en falta de identidad manifiesta en la debilidad de sus denuncias y exigencias profesionales; aunado a ello la manipulación que se ha hecho en aras de la sublimación; la consecuencia ha sido el sometimiento a desempeñar funciones en condiciones desventajosas, falta de prestaciones dignas, salarios bajos, jornadas nocturnas y prolongadas, además de las condiciones estresantes que produce el contacto con el sufrimiento humano. Todo esto la coloca en una condición desventajosa para participar en algunos campos que le permitan prepararse mejor y progresar" (27, 56).

Producto de la crisis económica y social que enfrenta el país, los servicios sanitarios, al igual que muchos otros, ha enfrentado medidas atentatorias de la calidad en la prestación de sus servicios, no sólo por el recorte presupuestal de que son objeto, sino por las medidas de "reestructuración de los recursos y procesos de trabajo", aplicados a todas las instituciones gubernamentales; situación que ha representado el afectar gravemente las condiciones generales de trabajo y de vida de los trabajadores de la salud por las sobrecargas de trabajo, malas condiciones laborales, carencia de material y equipo, y la reducción de los salarios reales a menos de la mitad en la última década.

Lo anterior es fácilmente comprobado si consideramos que existe para 1988 la relación siguiente:

Institución	Enfermera	No.	Derechohabientes población asistida
S. S. A.	1	X	1 062
I . M. S. S.	1	X	603
I.S.S.S.T.E.	1	X	501

FUENTE: IX Censo de Población y vivienda, 1990. INEGI.

Lo que significa que si se destinara un día para la promoción, atención y curación, rehabilitación y estudio de cada paciente, éste y su familia tendrían que ser atendidos, de manera general, una vez cada dos años.

Otro de los elementos condicionantes ha sido la aplicación de programas de atención con reducción de tiempo y calidad, ejemplo de éstos lo constituye el Programa de Embarazos de Bajo Riesgo, que anteriormente requería una estancia promedio de 3 días, hoy se les designa de 6 a 8 hrs. en promedio; -intensificándose el proceso laboral.

La distribución de personal de enfermería profesional y no profesional de manera inadecuada en servicios, turnos y actividades viene a agregarse a la intensificación del trabajo polivalente de la rama en general, ya que, a las actividades técnicas y profesionales propias se agregan funciones administrativas, estadísticas, de manejo y custodia de material y equipo que competen a otras ramas de trabajadores.

Es importante considerar que los ritmos, los tiempos, la organización y las modalidades de trabajo, el ambiente en servicios, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales; son componentes importantes de un mismo fenómeno que se identifica con la actividad productivista.

La enfermería, a partir de componentes ideológicos altruistas ha estado históricamente sujeta a disposiciones atentatorias de su propio ejercicio profesional, dado que al mismo tiempo que asume dichos programas de alta productividad, atenta con la calidad y dignidad humana de los servicios que brinda a los sujetos que se encuentran bajo su cuidado y/o asistencia, al tiempo que desatiende el autocuidado de su salud; situación por demás irónica por su cometido profesional.

"El destajo significa trabajar más para ganar más; pero también involucra la reducción de la seguridad del trabajo, porque el incentivo de trabajar con mayor rapidez y la acentuación consecuente del estado de fatiga pueden traducirse en la no observación de medidas protectoras" (40, 109-110).

Habría que reflexionar en torno a estos problemas, no sólo como profesionales de la salud, sino como sujetos sociohistóricos, a fin de asumir una posición de dignidad profesional y humana, de tal suerte que aspire a modificar la situación actual y se recupere la orientación de calidez y calidad de la salud que en otros momentos de la historia, los servicios de enfermería y del

conjunto asistencial nacional eran reconocidos por la sociedad.

"La utilización de la ciencia por parte del trabajador contribuirá a darle una nueva dignidad y, por primera vez en la historia de la industrialización, le permitirá ser el verdadero árbitro de su propia salud" (40, 119).

- Condiciones de Higiene y Seguridad: La lucha de los profesionales de la Enfermería y del conjunto de los trabajadores de la salud, impulsado en los últimos años ha dejado claro que la intensificación de las cargas de trabajo, la falta de material y equipo, las insalubres condiciones laborales y el deterioro del nivel de vida ha generado el surgimiento de enfermedades profesionales -las más, sin reconocimiento jurídico como tales-, al mismo tiempo se han dado a la tarea de analizar los factores y procesos que llevan al personal a enfermar, a fin de demandar cambios profundos que limiten los daños ya presentes y prevengan otros.

Dentro de los factores, hasta ahora registrados se encuentran los siguientes:

- Medición de la intensidad del (os) factor (es) insalubre característicos del ambiente de trabajo.

- Actividad muscular o trabajo físico, es decir, el cansancio, la fatiga provocada por el trabajo.

- Condiciones que determinan cansancio, que generan estrés psíquico, nervioso y alteran el equilibrio y el bienestar psicofísico de los trabajadores: Monotonía, repetición, ritmos excesivos, saturación de los tiempos, malas posiciones, ansiedad, responsabilidad, frustraciones y otros.

- Horarios y duración del trabajo, y su relación con los ritmos fisiológicos.

A partir de los factores antes señalados, surge la interrogante ¿cómo es que la enfermería, al ser el personal más numeroso de los trabajadores de la salud y teniendo los conocimientos sobre las condiciones de higiene y seguridad en su trabajo no ha podido enfrentar las condiciones insalubres y negativas que atentan a su salud? La respuesta se encuentra en la poca autoridad

directiva que éstas tienen dentro de las instituciones sanitarias, además de la insuficiencia de los conocimientos reales que al respecto son impartidos dentro de los centros formadores y actividades de investigación desarrollada por el personal en servicio.

"Más y más gente se convence de que el salario alto es inútil - si uno está demasiado enfermo y cansado para gastarlo, y que - una buena pensión se convierte en algo nulo y vano sino se vive para gozarla. A lo largo del país [las enfermeras] están demandando conocer cómo afecta el proceso de producción su salud, y por primera vez en la historia reciente algunos de los sindicatos están... buscando la respuesta" (3, 133).

Es importante reconocer la condición de horarios y jornadas que cubre el trabajador, dado que de ello se desprende de manera directa su capacidad - psicológica y física de resistencia a las condiciones de servicio. Al respecto, a partir de los datos obtenidos en la presente investigación se registró que un 33% del personal entrevistado (5 000 enfermeras de diferentes niveles) cumplía de 41 a más horas de jornadas laborales a la semana:

Hrs./Jornadas	No.	%
33 - 40	3 342	67
41 - 45	1 139	23
46 - +	519	10
T o t a l	5 000	100

FUENTE: Información Directa; 21 Estados de la República.
México 1990-1991.

Además, si consideramos que el personal de enfermería es cubierto por un porcentaje importante de mujeres (98%), éstas realizan en su mayoría actividades domésticas, que vienen a agregarse a las condiciones de fatiga y cansancio que se traduce en patologías importantes.

"... los horarios y la duración del trabajo, si no están coordinados con las exigencias y con los ritmos fisiológicos, provocan trastornos de tipo neurovegetativo... frecuentemente aisla-

do en su trabajo, no está informado sobre la organización del mismo; de ahí deriva una alienación que le causa disgusto, cansancio, inquietud, malestar indefinido; en el plano patológico, todo esto conduce a neurosis y enfermedades psicosomáticas, afecciones orgánicas... provocadas por el stress. Los factores de este grupo no inciden solamente sobre la salud y el bienestar del trabajador, - sino también en sus relaciones sociales, en su vida familiar, en la posibilidad de extender sus intereses a la política, a la cultura, a la actividad recreativa, etc." (32, 311).

Ahora bien, el reconocimiento legal de las enfermedades profesionales tienen su base tanto por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud en lo relativo a la organización de criterios - estandarizados en lo que se refiere a la determinación y validez de sustancias tóxicas del ambiente de trabajo; así como por la Ley Federal del Trabajo, Ley General de Salud y Reglamentos particulares de las instituciones de salud; sin embargo, la exposición profesional ha quedado rezagado al no haberse revisado, no sólo en sus normas sino en los principios que a partir de la evolución tecnológica y cambios de los procesos de trabajo ha generado el surgimiento de daños a la salud de los trabajadores sanitarios y en lo particular de enfermería, basta con observar la relación de enfermedades profesionales que registró el personal de enfermería del IMSS con motivo del conflicto laboral enfrentado, entre otras cosas por la insalubridad del ambiente laboral y las precarias condiciones de trabajo y salariales en 1990.

"LEY FEDERAL DEL TRABAJO:

TALCOSIS O ESTEATOSIS: Enfermedades de las vías respiratorias producidas por inhalación de gases y vapores.

FRACCION 33: por el metano, etano, propano y butano.

DERMATOSIS:

FRACCION 62: Todos los servicios de hospitalización por agentes biológicos.

"... trabajadores... que manipulan... penicilina y otros compuestos medicamentosos, etc."

FRACCION 63: Otros dermatosis, dermatosis por contacto: Médicos, Enfermeras y laboratoristas.

FRACCION 64: Onicodistrofias, onicosis y paroniquia por exposición a..., Humedad.

FRACCION 67: Dermatitis palpebral de contacto y eccema palpebral. Polvos, gases y vapores de diversos orígenes.

FRACCION 80: Conjuntivitis por gérmenes patógenos:
Médico, enfermeras con motivo de la práctica de su profesión.

INFECCIONES, PARASITOSIS, MICOSIS Y VIROSIS.

ENFERMEDADES GENERALES O LOCALIDADES PROVOCADAS POR ACCION DE -
BACTERIAS, PARASITOSIS, HONGOS Y VIROSIS.

FRACCION 120: Tuberculosis.

FRACCION 121: BRUCELOSIS.

FRACCION 122: Sífilis.

FRACCION 134: Rickettsiosis.

FRACCION 136: Virosis.

FRACCION 137: Erisipeloide.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR CONTACTO CON PRODUCTOS BIOLÓGICOS:

FRACCION 140: Enfermedades producidas por la exposición antihió-
ticos (Penicilina, Estreptomocina y otros simila-
res de amplio o mediano espectro).

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR FACTORES MECANICOS Y VARIACIONES DE
LOS ELEMENTOS NATURALES DEL MEDIO DE TRABAJO:

FRACCION 144: DEFORMACIONES:

Trabajadores que adoptan posturas forzadas...

FRACCION 150: Complejo cutáneo-vascular de pierna por posición
de pie prolongada y constante, o marcha prolongada
llevando bultos (pacientes y camillas) pesados...

FRACCION 151: Trabajadores de la industria... que presenten:
Envejecimiento precoz con acortamiento de la dura-
ción media de la vida.

ENFERMEDADES ENDOGENAS - AFECCIONES DERIVADAS DE LA FATIGA INDUS-
TRIAL:

FRACCION 161: Neurosis" (37, 242-323).

Las tareas más importantes que reclaman de asumir por la enfermera -
han de ser establecidas a partir del análisis sistematizado por éstas mismas,
no sólo en la demanda económica, sino de modificaciones de las condiciones am
bientales laborales, dado que lo que sí ha quedado claro en todas las enferme-
ras es que "la salud del trabajador no se vende, ni se renta", muy por el con
trario, se asume como una condición indispensable para el cumplimiento de sus
funciones y responsabilidades socioprofesionales.

- Condiciones Salariales: El mercado de trabajo de Enfermería, al es-
tar cabalmente confiando en el Sistema de Salud, supone que el ejercicio li-
bre de la profesión es prácticamente imposible, ya que hasta el momento,

el gremio de enfermeras no ha logrado intervenir en la decisión sobre el destino de sus servicios, resultado inmediato de la escasa capacidad organizativa, gremial y política en la defensa de sus intereses socioprofesionales. De ahí la condición salarial y su sujeción jurídica oficial que enmarcada dentro del "Catálogo de Salarios Mínimos" (5, 1-5) se le compara con las ocupaciones de la categoría de oficios, entendiéndose este último como:

"... toda actividad y ocupación habitual eminentemente manual adquirida por la práctica, cuyo ejercicio se hace mediante retribución; y por profesión la ocupación que requiere de conocimientos científicos, humanísticos o artísticos especializados, adquiridos por medio de un estudio formal acreditado y cuyo ejercicio público se hace a cambio de remuneración; a esto último se la exigen características especiales como lo son la competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad" (35, 9).

La enfermería, al ejercer su práctica de manera cautiva se ve sujeta a las disposiciones salariales vigentes en la Ley Federal del Trabajo, la cual define por salario mínimo como la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo (Artículo 90); distinguiendo, incluso la categoría de salarios mínimos profesionales como aquéllos que rigen a todos los trabajadores de la rama de la industria y del comercio de la profesión, oficio o trabajo especial considerado dentro de una o varias zonas económicas (Artículo 96).

La relación entre ambos tipos de salarios define la superioridad de los salarios mínimos profesionales, basado a partir del grado de dificultad que se requiere para la realización de actividades de este tipo.

La enfermería al estar inscrita dentro de esta definición, al igual que el Trabajo Social, se ven sujetas a disposiciones legales que desconocen los requerimientos académicos necesarios para su ejercicio, tales como son título y cédula profesional -"Ley de Profesiones" (22, 7)-, requisitos que no se exigen a los 84 oficios restantes del Catálogo, los cuales sólo requieren desarrollar una habilidad manual sin mayor complejidad científica.

A partir de dicho Catálogo, la enfermería es análoga salarialmente con albañiles, cantineros, costureras, herreros, pintores, tapiceros, vendedores y

zapateros, entre otros.

Profesionales	Area Geográfica			No. Oficio
	A	B	C	
Buldozer, operador de	13 260	12 270	11 060	4
Draga, operador de	13 435	12 435	11 205	24
Enfermero(a) con título	14 255	13 190	11 890	31
Enfermera, aux. práct. de	11 740	10 860	9 790	32
Línotipista oficial	13 085	12 110	10 910	42
Maestro en Esc. Prim. Part.	13 320	12 325	11 105	44
Trabajador (a) Social	14 255	13 190	11 890	81

FUENTE: Salarios mínimos vigentes a partir del 1o. de enero de 1989. (5, 2).

Lo anterior guarda inmediata relación con la ideología y nivel de auto gestión profesional que le impiden asumir política y laboralmente la demanda de la exclusión de la profesión dentro de este catálogo, además de la inexistencia de la "reglamentación del ejercicio profesional" que rija a todas las profesionales que la ejercen dentro del país y que garantice una remuneración digna y profesional.

Aún más, existen grandes diferencias, no sólo de condiciones de trabajo, sino salariales entre instituciones y niveles escalafonarios.

"Si las diferentes condiciones de trabajo muestran... las diferencias salariales expresan con más vigor esta injusticia, la enfermera devenga salarios miserables y carencia de algunas prestaciones elementales..." (33, 32).

Las instituciones que integran el Sector Salud tienen sistemas heterogéneos de remuneraciones a sus trabajadores, en vista de importantes diferencias en la política salarial de cada una de ellas. La diferenciación jurídica básica parte de la inscripción de las instituciones dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a partir del Artículo 123, ya que - mientras que el IMSS se rige por el apartado "A" a través de contrato colectivo de trabajo, otras instituciones como la propia SSA, el ISSSTE, los Institutos Nacionales de Salud y los Servicios Médicos del DDF se rigen -

por el apartado "B", dentro del marco de la política salarial del Gobierno Federal.

A partir de 1984 se da inicio a los trabajos de homologación salarial del personal de las instituciones de salud inscritas dentro del Sector Salud, donde se consideró la homologación funcional como la igualdad de requisitos - de ingreso, ocupación o promoción de puestos, uniformidad de las jornadas de trabajo; equivalencias en controles de asistencia, puntualidad y permanencia - en el trabajo, así como el establecimiento de indicadores uniformes de productividad para cada puesto.

Dicho programa ha generado acercamientos salariales importantes, sin embargo, las condiciones restantes no han llegado a concluirse fundamentalmente por las condiciones jurídico-laborales diferenciales entre cada una.

"... las diferencias en las prestaciones sociales y económicas - que se tienen en las diversas instituciones, así como la capacitación laboral y provisional que finalmente en poco ayuda para - fines escalafonarios tampoco contempla la licenciatura en enfermería, la maestría, el doctorado y ni los propios cursos postbásicos que con frecuencia se exigen como requisito laboral.

Todos estos factores indican algunas de las múltiples deficiencias en las condiciones de trabajo que sería largo enumerar y - que repercuten en la calidad de los servicios" (33, 33).

A lo largo de la historia, el IMSS se ha constituido como el centro empujador de mayor demanda de personal de enfermería, tanto profesionistas como para auxiliares, ello como resultado de las remuneraciones más altas del Sector Salud; mismas que sirven de parámetro comparativo con salarios mínimos generales y profesionales reales, además de los porcentajes diferenciales entre los distintos niveles escalafonarios.

Si observamos los salarios reales actuales representan menos de la mitad de lo que se percibía en 1973; ya que mientras que la relación de los salarios mínimos, la Auxiliar de Enfermería pasó de 4.2 salarios mínimos en 1987 a 1.5 salarios mínimos en 1990; la Enfermera General de 5 salarios mínimos a 1.7 salarios mínimos; la Enfermera Especialista de 5.8 a 2 salarios mínimos; y la Jefe de Piso de 6.5 a 2.3 salarios mínimos respectivamente, expre

sándose de esta manera la desvalorización del trabajo de enfermería.

Equivalencias de los sueldos de Enfermería con relación al
salario mínimo: 1973 - 1990.

Categoría	1973	1979	1981	1983	1985	1987	1990
Aux. de Enfermería	2.5	2.3	2.4	2.8	2.5	4.2	1.5
Enf. General	3.3	2.9	3.5	3.6	3.0	5.0	1.7
Enf. Especialista	4.0	3.5	4.3	4.4	3.6	5.8	2.0
Jefe de Piso	4.1	3.6	5.4	5.1	4.1	6.5	2.3
Salario Mínimo							
1973	1979	1981	1983	1985	1987	1990	
1019.56	3527	5437.65	12779.65	31440.55	91500	302400	

FUENTE: Índice Nacional de Precios del Banco de México
Tabuladores de Sueldos del IMSS, 1990.

Aún más, el deterioro salarial registrado de 1973 a 1990 expresa que - la Auxiliar de Enfermería fue de 1.19%; mientras que para la Enfermera General fue del 1.42%; la Enfermera Especialista 1.50%, y para la Enfermera Jefe de Piso con el 1.28%. Los indicadores de los puestos de nivel de confianza, - por estar sujetos a criterios de la administración en turno y los niveles de atención de que se trate, por lo que no se cuenta con estos registros.

CATEGORIA	PERIODO:							1989-91 SALARIAL	1
	1973-75	1979-81	1981-83	1983-85	1985-87	1987-89	1989-91		
AUXILIAR DE ENFERMERA									
Salario Nominal	2609	8139	13438	35823	79220	385717	454896		
Salario Real	1825.88	1730.45	916.84	954.96	470.82	814.22	833.55	1.19	-54
ENFERMERA GENERAL									
Salario Nominal	3428	10556	19134	46129	96907	458306	540503		
Salario Real	2399.04	2244.33	1305.46	1229.70	575.94	967.45	990.42	1.42	-59
ENFERMERA ESPECIALIZADA									
Salario Nominal	4141	12526	23706	57152	115822	535927	632066		
Salario Real	2898.30	2663.17	1617.40	1523.55	688.36	1131.30	1158.16	1.50	-60
ENFERMERA (JEFE DE PISO)									
Salario Nominal	4212	12739	29704	66079	131168	598908	706322		
Salario Real	2947.72	2708.46	2026.63	1761.53	779.56	1264.25	1294.27	1.28	-56

FUENTE: INDICE NACIONAL DE PRECIOS DEL B.M. Y TABULADORES DE SUELDOS I.M.S.S. - 1990.

Sin embargo y pese a lo limitado de los registros los índices diferenciales entre las categorías ha seguido la tendencia de reducción, lo que hace menos atractivo el ascenso escalafonario.

Diferencia % entre la Categoría Inmediata Inferior y la Inmediata Superior

Categoría	73/75	78/81	81/83	83/85	85/87	87/90
Aux. Enf.	33	29.69	42.38	28.76	22.32	18.81
Enf. Gral.						
Enf. Gral.	18.9	18.66	23.89	23.89	19.51	16.93
Enf. Esp.						
Enf. Esp.	1.7	1.7	25.30	15.61	13.24	11.75
Jefe Piso						

FUENTE: Tabuladores de Sueldos - I.M.S.S. 1990.

Estas cifras exhiben que no hay revalorización del trabajo profesional sino que por el contrario se continúa la escalada de compactación salarial de categorías escalafonarias, que de ninguna forma representa incentivo en la elevación del nivel profesional de los servicios de Enfermería.

"Si las diferentes condiciones de trabajo muestran un panorama - de distribuciones injustas, bajo el común denominador de afectar a la totalidad de los trabajadores, las diferencias salariales - expresan con más vigor esta injusticia, la enfermera devenga salarios miserables y carencia de algunas prestaciones elementales, por lo que es víctima de la necesidad del doble empleo para subsistir, frecuentemente sin goce de vacaciones, descansos, pago - de jornadas dobles y salarios correspondientes" (33, 33)

A partir de los ejes conceptuales que dan sustento al ejercicio profesional de la enfermería en México, las aportaciones de María Teresa McDermit reflejan su importancia al aludir lo siguiente:

"Como enfermeras... estamos llamadas a humanizar la atención... Pero el sistema, la sociedad, no dan importancia a este cuidado. No lo prestigian; no pagan bien por ello... nuestro grupo en general se ha adaptado a los valores dominantes institucionales... El sistema de ética que más nos interesa y que nos puede guiar - como... enfermeras (os)... es... una ética que reconoce la trama de relaciones en las que estamos involucradas y que nos orienta en los diferentes encuentros que sostenemos en las circunstancias de nuestra vida... Sabemos que el cuidado es el factor fundamental para el crecimiento humano, el mantenimiento de la salud y - hasta sobre el cuidado está aún limitado. Nos toca en enfermería identificar cuáles son los comportamientos y procesos del cuidado... Con una masa crítica de enfermeras que experimentan un - autoconcepto y autoestima mejorados y un sentido colectivo fuerte, estamos en condiciones de realizar la gran tarea: construirnos, conjuntamente con otras agrupaciones de mujeres y hombres que comparten los mismos valores, en una fuerza política para luchar a fin de que una ética de cuidado prevalezca en todos los - sectores de la vida: la salud, la ecología, la política, la educación" (16, 1-9).

ANEXO : VIII - 1

RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA/MEDICO POR NIVEL DE ATENCION
EN LAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN SERVICIOS MEDICOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1990

RECURSOS	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHOHABIENTE					
		TOTAL	SSA	IMSS	DDF	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
ENFERMERAS	130 519	45 323	37 116	5 139	3 068	85 196	63 176	16 340	3 251	1 633	796
PERSONAL MEDICO	89 330	32 052	25 940	3 703	2 409	57 278	39 646	12 975	3 204	797	656
RELACION MEDICO/ENF.	1.5	1.4	1.4	1.4	1.2	1.5	1.6	1.3	1.0	2.0	1.2
PRIMER NIVEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ENFERMERAS	28 845	16 346	13 546	2 746	54	12 499	9 234	2 559	354	215	137
MEDICOS	34 409	16 673	13 451	2 896	326	17 736	13 133	3 502	693	215	193
RELACION MEDICO/ENF.	0.8	1.0	1.0	0.9	0.2	0.7	0.7	0.7	0.5	1	0.7
SEGUNDO NIVEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ENFERMERAS	71 422	20 103	14 696	2 393	3 014	51 319	39 697	8 327	1 890	938	467
MEDICOS	39 841	10 187	7 297	807	2 083	29 654	21 339	5 949	1 816	288	262
RELACION MEDICO/ENF.	1.8	2.0	2.0	3.0	1.4	1.7	1.9	0.7	1.0	3.3	1.8
TERCER NIVEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ENFERMERAS	30 252	8 874	8 874			21 378	14 265	5 454	1 007	480	192
MEDICOS	15 080	5 192	5 192			9 888	5 174	3 524	695	294	201
RELACION MEDICO/ENF.	2.0	1.7	1.7			2.2	2.8	1.5	1.4	1.6	0.9
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

FUENTE: Dir. Gral. de Estadística y Proyectos Estadísticos de la Secretaría de Salud, 1991.

ANEXO : VIII - 2

PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS POR NIVEL DE ATENCION
 EN LAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN SERVICIOS MEDICOS
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1990

RECURSOS	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHAHABIENTE					
		TOTAL	SSA	IMSS	DDF	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
CAMAS CENSABLES	63 260	25 072	21 342	1 536	2 194	38 188	27 428	6 532	1 685	1 965	578
CONSULTORIOS	34 812	17 567	13 633	3 579	355	17 245	11 776	3 584	1 174	454	257
MEDICOS	89 330	32 052	25 940	3 703	2 409	57 278	39 646	12 975	3 204	797	556
ENFERMERAS	130 519	45 323	37 116	5 139	3 068	85 196	63 176	16 340	3 251	1 633	796
ENFERMERAS PROFESIONALES	55 276	12 947	10 484	774	2 386	42 329	31 557	7 672	1 676	1 050	374
ENFERMERAS NO PROFESIONALES	62 380	22 619	17 379	4 558	682	40 211	29 568	8 253	1 385	583	422
OTROS	12 413	9 757	9 253	504	-	2 656	2 051	415	190	-	-

FUENTE: Dirección General de Estadística y Proyectos Estadísticos de la Secretaría de Salud, 1991.

RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA EN LAS INSTITUCIONES
QUE PROPORCIONAN SERVICIOS MEDICOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1990

RECURSOS	TOTAL	POBLACION ABIERTA				POBLACION DERECHO HABIENTE					
		TOTAL	SSA	IMSS	DDF	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM
Enfermeras	130 519	45 323	37 116	5 139	3 068	85 196	63 176	16 340	3 251	1 633	796
	100%	34.7%	81.9%	11.3%	6.8%	65.3%	74.2%	19.2%	3.8%	1.9%	0.9%
Auxiliares	62 830	22 619	17 379	4 558	662	40 211	29 563	8 253	1 385	583	422
	100%	36%	27.7%	7.3%	1.1%	64%	47.1%	13.1%	2.2%	0.9%	0.6%
Generales	44 084	12 079	9 644	49	2 386	32 005	23 149	6 407	1 336	768	345
	100%	27.4%	21.9%	0.1%	5.4%	72.6%	52.5%	14.5%	3.0%	1.7%	0.8%
	33.8%	100%	79.8%	0.4%	19.8%	100%	72.3%	20.0%	4.2%	2.4%	1.1%
Especializadas	11 192	868	840	28	-	10 324	8 408	1 265	340	282	29
	100%	7.8%	7.5%	0.3%	-	92.2%	75.1%	11.3%	3.0%	2.5%	0.3%
	8.6%	100%	96.8%	3.2%	-	100%	81.4%	12.3%	3.3%	2.7%	0.3%
Otras (*)	12 413	9 757	9 253	504	-	2 656	2 051	415	190	-	-
	100%	78.6%	74.5%	4.1%	-	21.4%	16.5%	3.3%	1.6%	-	-
	9.5%	100%	94.8%	5.2%	-	100%	77.2%	15.6%	7.2%	-	-

Fuente: Dir. Gen. de Estadística y Proyectos Estadísticos de la Sec. de Salud, 1991.

(*) Jefes de Servicio, Subjefes, Supervisores, Coordinadoras, Jefes de Enfermeras, etc.

C I T A S

- 1.- Arndt, Clara.
Administración de Enfermería: Teoría para la Práctica con un Enfoque de Sistemas.
2a. ed., Colombia, Oficina Sanitaria Panamericana (O.P.S.)
1980.
- 2.- Avila Jiménez, Roselia.
Deontología y Legislación.
México, U.N.A.M. - E.N.E.O.
1987.
- 3.- Berman, M. Daniel.
Muerte en el Trabajo.
Tr. Graciela de la Rosa.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1983
Serie: Salud y Sociedad.
- 4.- Cleauves, Peter S.
Las Profesiones y el Estado: El Caso de México.
México, Colegio de México, 1985.
(Jornadas No. 107).
- 5.- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
Salarios Mínimos Vigentes a partir del 1o. de Enero de 1989.
México, D.F., C.N.S.M., 1989.
- 6.- De la Fuente Rocha, Silvia.
necesidades de los Servicios de Atención Primaria de la Salud en cuanto al desempeño de los Profesionales de Enfermería en los Programas de la S.S.A en Memorias II Jornadas Conmemorativas del 5o. Aniversario de las Instalaciones Físicas de la E.N.E.O..
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1984.
- 7.- Domínguez, Alcón, C.
La Profesión Enfermera en Cuadernos de la Enfermera.
Barcelona, Ed. Masson, S.A., 1984,
Pp. 1-15.
- 8.- Elliot, Philip.
Sociología de las Profesiones.
Madrid, Ed. Tecnos, S.A., 1975.
Col. Ciencias Sociales.
Serie: Sociología.
- 9.- ENFERMERIA HOY
Avila J., Rosalía.
Semestral.
México, D.F.
No. 3
Diciembre, 1982.

- 10.- García Lendech, Emma.
La Licenciatura de Enfermería en México: experiencias en su práctica, E.N.E.O. - U.N.A.M. en Las Profesiones en México, No. 9 Enfermería. México, U.A.M. - Xochimilco, 1991.
- 11.- Harden G., Enid.
El Perfil de la Enfermera.
Ponencia presentada en el Simposio Sobre Planeación de los Recursos Humanos de Enfermería.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M.
19 de junio, 1980.
(Mecanograma).
- 12.- Ibarra Peña, Ma. Guadalupe.
Integración y Organización de los Recursos Humanos de Enfermería en Administración de los Servicios de la Salud en Enfermería.
México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
O.P.S., 1992.
- 13.- Lecona Desmot, Rosa y Larios Saldaña, Ma. Antonieta.
Situación Académica y Laboral de Egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en Memorias II Jornadas Conmemorativas del 50. Aniversario de las Instalaciones Físicas de la E.N.E.O.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1984.
- 14.- Maldonado Escamilla, Alicia.
División del Trabajo en la Práctica de Enfermería. Papel que le compete a Enfermería en los Programas de Atención de la Salud de Primer Nivel en Memorias 40. Aniversario de las Instalaciones de E.N.E.O.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1983.
- 15.- McDermit, Ma. Teresa.
Las Tendencias de Enfermería en América Latina en 3er. Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos Humanos de Enfermería en América Latina.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1982.
- 16.- McDermit, Ma. Teresa.
Aspectos Deontológicos de Enfermería.
Ponencia presentada en III Taller Nacional de Reglamentación en Enfermería.
México, Colegio Nacional de Enfermeras, A.C., 1990.
(Mecanograma).
- 17.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería.
México, En Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
1985.
- 18.- McDermit, Ma. Teresa.
Modelos de Atención de Enfermería y las Políticas de salud.
Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Intercambio Académico entre Escuelas y Facultades de Enfermería.
Colima, Colima, 13 de septiembre de 1990.
(Mecanograma).

- 19.- Molina Mendoza, José.
El Pulso de México.
 EL IMSS INICIA NUEVA ERA EN EL SERVICIO SOCIAL.
 México, D.F.
 No. 1 27, Febrero 1991.
- 20.- O M S .
Las enfermeras: su educación y su Misión en los Programas Sanitarios,
Informe sobre las Discusiones Técnicas Celebradas durante la Novena
Asamblea Mundial de la Salud, Crónica de la O.M.S., en Perfil de la
Enfermera.
 Memorias Simposio sobre Planeación de los Recursos Humanos de Enferme-
 ría, México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1980.
 (Mecanograma).
- 21.- O M S . Comité de Expertos de la OMS en Enfermería.
Quinto Informe, Serie de Informes Técnicos en El Perfil de la Enfer-
mera.
Memorias Simposio sobre Planeación de los Recursos Humanos de Enfer-
mería.
 México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1980.
 (Mecanograma).
- 22.- Organización Panamericana de la Salud - Oficina Sanitaria Panamericana.
 Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Salud para Todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación
de las Estrategias Regionales.
 Washington, D.C., O.P.S. - O.M.S., 1982.
- 23.- Organización Panamericana de la Salud.
Metas en Materia de Enfermería. Resolución XIX de la XVII Reunión del
Consejo Directivo en El Status de la Enfermera como Mujer.
 Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativas del XXV
 Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán,
 México, D.F., octubre, 1983.
- 24.- OPS / OMS.
El Papel de la Enfermera en la Atención Primaria de la Salud en Per-
fil de la Enfermera.
 Memoria I Simposio sobre Planeación de los Recursos Humanos en Enferme-
 ría. México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1980.
 (Mecanograma).
- 25.- OPS / OMS.
La Toma de Posición de Enfermería como una Respuesta a la Problemática
de Atención de Salud en América Latina, Grupo de Expertos de Ciencias
de la Salud reunido en Washington, D.C. en Simposio sobre Planeación
de los Recursos Humanos en Enfermería.
 México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1980.
 (Mecanograma).

- 26.- Organización Panamericana de la Salud.
Metas en Materia de Enfermería. Resolución XIX del XXVII Reunión del Consejo Ejecutivo.
México, O.M.S./O.P.S., 1980.
- 27.- Orozco Escárcega, Ana y Martínez Gómez, Alejandro.
Desarrollo de la Profesión de Enfermería en México UAM-Xochimilco. En Las Profesiones en México, No. 9.
Enfermería, UAM-Xochimilco, 1991.
- 28.- Ortiz Quezada, Federico.
Salud en La Pobreza: El proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1982.
- 29.- Pérez Durán, Gabriela.
División del Trabajo en la Práctica de Enfermería, papel que le compete a Enfermería en los Programas de Atención de la Salud de Segundo y Tercer Nivel en Memorias 4o. Aniversario de las Instalaciones de la E.N.E.O.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1983.
- 30.- Pérez Loredó Díaz, Luz et.al.
Historia de la Salud: Reseña Histórica 1982-1988.
México, Secretaría de Salud, 1990.
- 31.- Pérez Saavedra, Ma. del Pilar.
Necesidades de los Servicios de Atención de la Salud en el Segundo Nivel en los Programas del I.M.S.S. en cuanto al desempeño de los Profesionales de Enfermería en Memorias II Jornadas Conmemorativas del 5o. Aniversario de las Instalaciones Físicas de la E.N.E.O.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1984.
- 32.- Ricchi, Renzo.
La Muerte Obrera: Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo.
Tr. Amelia Laterza y Aurora Chiamonte.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1981.
Serie: Salud e Ideología.
- 33.- Rodríguez Velázquez, Juana.
Práctica y Formación de los Recursos Humanos en Enfermería en Las Profesiones en México.
No. 9 Enfermería.
México, U.A.M.-Xochimilco, 1991.
- 34.- Rosales Rodríguez, Lucina.
Perfil Ocupacional del Profesional de Enfermería en los Servicios de Primero y Segundo Nivel de Atención de Salud en Memorias II Jornadas Conmemorativas de las Instalaciones de la E.N.E.O.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1984.

- 35.- Ruiz Dávila, Eugenia, et al.
Eclusión de la Categoría Enfermería de la Lista General de Salarios Mínimos Profesionales.
 México, D.F., IX congreso Nacional de Enfermería, 1988.
 (Mecanograma).
- 36.- San Martín, Hernán.
Salud y Enfermedad.
 5a. ed., México, Ediciones Científicas - Prensa Médica Mexicana, S.A.
 1984.
- 37.- SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.
Ley Federal del Trabajo.
 6a. ed., México, S.T. Y P.S., 1990.
- 38.- Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
Contrato Colectivo de Trabajo 1989-1991.
 México, Ed. Talleres El Diario, 1989.
- 39.- Smith, Adam.
Wealth of Nations en Salud en la Pobreza en el Tercer Mundo.
 México, Ed. Nueva Imagen, 1982.
- 40.- Timio, Mario.
Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epistemología Diferencial.
 5a. ed., México, Ed. Nueva Imagen, S.A.
 1986.
 Serie: Salud e Ideología.
- 41.- Valle, Angeles.
Utilización y Práctica Profesional: El caso del Ingeniero Mecánico Electricista en Revista Perfiles Educativos.
 C.I.S.E. - U.N.A.M.
 Trimestral.
 México, D.F.
 No. 33, Julio-Agosto-Septiembre, 1986.
- 42.- Vargas Lechuga, Consuelo.
Organización de los Servicios de Enfermería y sus Niveles Jerárquicos en Administración de los Servicios de la Salud en Enfermería.
 México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/O.P.S.
 1992.

I X . - ORGANIZACION DE LOS INTERESES
PROFESIONALES EN ENFERMERIA

Tradicionalmente se concibe que las profesiones se agrupan en asociaciones con el objetivo de avanzar en el cumplimiento de las aspiraciones socioprofesionales e individuales de los mismos. Sin embargo, en México:

"... las asociaciones profesionales formales no son instrumentos sociales apropiados para proteger los intereses de la profesión en su conjunto, y rara vez impulsan de manera directa la carrera personal de sus integrantes" (1, 131).

Se ha sugerido que las asociaciones surgen en Europa y en Estados Unidos para combatir la charlatanería y el fraude, lo que generó la especialización y la regulación de mercados particulares de cada profesión.

Es claro que el nacimiento del Estado moderno en nuestro país se ocupa de ser y mostrarse como otra de las instancias empleadoras de profesionales.

"Sin embargo, los grupos predominantes se encuentran en el sector privado y/o trabajan bajo el mando de profesionistas en posiciones de dirección" (1, 22).

Sin que ello sea privativo de todas las actividades profesionales, y sí fundamentalmente del sector productivo, excluyendo algunas áreas de servicios, como es el caso de la salud, y particularmente la profesión de enfermería, donde el empleador mayoritario fue y continúa siendo el Estado; además, en general las organizaciones de profesionistas a través de las cúpulas directivas -con disposiciones de control legal y/o administrativo- establecen alianzas con los detentadores del poder político del Estado, lo que asegura un poder interno del gremio en lo particular.

De ahí el surgimiento de "Sub-grupos que pugnan por reconciliar su orientación profesional con las necesidades concretas de la nación" (1, 26) mismos que hasta el momento no han logrado trastocar las organizaciones pro-

fesionales y sindicales; tal que modifiquen en forma sustancial dicha situación, ya que en la mayoría de los casos se han mantenido enfocados en asuntos de corte académico, como son: el participar en el control de la formación de recursos humanos, su certificación y otros de menor trascendencia.

"Esta realidad sólo es una muestra de la magnitud del papel que juegan las profesiones dentro de la dinámica de las relaciones sociales, ya que mientras las políticas se dirigen a esferas - por más importantes para los sectores capitalistas, existen esferas sociales donde no cubren las necesidades reales y prioritarias que demandan las mayorías, como es el caso de la salud, - donde más de 40 millones de mexicanos no tienen acceso real a los servicios médico-asistenciales, pese al decreto de elevar a rango constitucional el derecho a la salud" (12, 148).

Donde los profesionistas más técnicos del sector salud se han caracterizado porque:

"... la mayoría de sus miembros son apolíticos y están más interesados en los aspectos técnicos de su profesión que en la organización política de sus respectivos sectores" (1, 55).

La capacidad de unificación de los intereses profesionales de una disciplina refleja el nivel de autogestión en la orientación que sigan sus saberes, haceres y deber ser, desplegado a partir de su ejercicio profesional - concreto; dicha capacidad está mediada por las condiciones orgánicas de integración a la estructura económica en la que se encuentre la profesión, y - principalmente las organizaciones colegiadas y/o representantes del gremio.

Para el caso particular de la enfermería ha significado una de las determinantes del carácter cautivo del mercado empleador, confinándosele a la condición salarial y sujeta a condiciones de ejercicio profesional, que hasta el momento no se ha transformado sustancialmente en los últimos 50 años.

Todo intento por analizar las condiciones organizativas de la enfermería deberá partir del desarrollo histórico de dos ejes centrales: 1.- La función profesional de los organismos representativos legalmente constituidos como representantes del gremio de las profesionales de la enfermería del país, y 2.- político-laborales surgidos del ejercicio profesional que permiten acceder a la comprensión sobre la capacidad de transformación de su rea-

lidad profesional por y para las enfermeras.

9.1.- Organización Profesional de Enfermería.

El surgimiento de las organizaciones de profesionales de la enfermería en México ha sido producto de numerosas inquietudes, tanto de enfermeras mexicanas como de extranjeras; inquietudes que por lo general se centraron en problemas de cuestiones técnicas e instrumentales que exigía el ejercicio profesional, para el cumplimiento eficaz de los objetivos de servicio e instituciones en los que se desempeñaban los mismos.

Es en 1947 cuando se constituye la primer organización oficialmente reconocida como representante de las enfermeras en el país denominada como Asociación Mexicana de Enfermeras (A.M.E.), la cual estableció cuatro objetivos básicos a desarrollar:

- 1.- Elevación académica-profesional.
- 2.- Fomento de la ética profesional.
- 3.- Mejoramiento de la calidad asistencial.
- 4.- Vinculación con otras agrupaciones profesionales, tanto nacionales como internacionales.

La A.M.E. (Asociación Mexicana de Enfermeras), bajo la dirección de las presidentas durante el período de 1947 a 1966 se preocuparon por actividades eminentemente académicas y de apoyo a la capacitación y/o actualización del personal en servicio; prueba de ello lo constituyen los temas centrales de los diferentes congresos desarrollados por éstas.

Es importante recuperar los beneficios ofrecidos a la enfermera asociada a la A.M.E., que dan muestra de sus condiciones generales en las que funcionaba la misma:

"La Asociación prestaba a la enfermera registrada los servicios siguientes:

- Ayuda cultural, moral y profesional a través de cursos de capacitación y especialización, y el apoyo de una biblioteca sobre temas médicos, de cultura general y de esparcimiento.
- Relaciones con los miembros de la Asociación y con otras agrupaciones que ofrecen becas o facilitan la asistencia a congresos.
- Contacto con la Casa de la Enfermera en la que podían alojarse las estudiantes que venían a estudiar al Distrito Federal". (9, 136-137).

Otra de las actividades de la A.M.E. fue el de incorporar o afiliar - otras organizaciones estatales a fin de fortalecer la cobertura e incidencia de ésta; además de adherirse a las actividades de la planeación y administración escolar de algunos de los centros formadores de recursos en enfermería del país, incorporando sus recomendaciones en los contenidos y las metodologías de la enseñanza.

Para 1966, por motivos de divergencias entre la A.M.E. y el Colegio - Sor Micaela Ayanz y haberlo sometido a análisis en el V Congreso Nacional - de Enfermería y Obstetricia surge el Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. - (C.N.E.), hecho que marcó históricamente a la enfermería por su integración colegiada dentro de la Dirección General de Profesiones, facultando a éste para intervenir en las transformaciones, competencias formativas, de ejercicio profesional a nivel nacional y teniendo representación a nivel internacional dentro del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.).

Se entiende por Colegio Profesional:

"... asociaciones en las que se agrupan aquellas personas que ejercen una profesión; tienen por finalidad la de defender los intereses comunes de sus miembros y establecer una disciplina - uniforme para el desempeño de la profesión de que se trata..." (5, 325).

El C.N.E. al constituirse como organismo civil que agrupa a enfermeras mexicanas y teniendo representatividad tanto a nivel nacional como internacional, sustenta su base jurídica a partir de la Ley Reglamentaria para el Ejercicio de las Profesiones en el D.F., que a su vez éste surge del artículo 5o. Constitucional que se refiere al ejercicio de las profesiones; esta--

bleciendo los siguientes objetivos generales como organización profesional de enfermería:

1.- Ser el vínculo de unión de la enfermería en México y de ésta con la de otros países, compartiendo los intereses y metas comunes, uniendo esfuerzos para el desarrollo y avance científico de la práctica de la profesión en beneficio de la salud de los nacionales y en general de los seres humanos - que requieran los servicios de enfermería.

2.- Propiciar la colegiación de las estudiantes de enfermería, mediante la agrupación desde su etapa escolar para crear con ellas la conciencia - de grupo.

A partir de la constitución del C.N.E. en 1964 y hasta la fecha se - han realizado numerosas actividades eminentemente académicas en la formación y atención de enfermería, todo ello con el objetivo de mejorar las condiciones del ejercicio profesional en materia de cuestiones técnico-instrumentales; sin embargo, hasta hace apenas unos años surge la preocupación y las tareas concretas en la construcción de "la reglamentación general de la profesión, a fin de normar: ingreso, formación, ejercicio y selección profesional dentro del gremio".

Es importante reconocer que el número de socias activas dentro de esta asociación ha fluctuado a partir de los eventos coyunturales que ha convalidado no sólo el colegio frente a las actividades colegiadas instrumentadas a partir de los diferentes períodos de las presidencias, sino por los eventos políticos y económicos de las instituciones de salud y que han repercutido - directamente en el personal de servicio; además del nivel de conciencia política, profesional y laboral (baja) que a partir de la ideología y filosofía "altruista, apolítica y ahistórica" le ha impedido asumir el reto de la responsabilidad de dirigir de manera gremial el curso de la historia y ejercicio - socioprofesional de la disciplina, a partir de las instancias organizativas que garanticen la participación democrática de los amplios sectores profesionales de nivel operativo y demás niveles.

Por otra parte, si se analizan las actividades colegiadas de las dife

rentes presidencias, tanto de la AME como del CNE donde se han caracterizado por la inexistencia de actividades sistematizadas que den cuenta de la preocupación por las problemáticas laborales en las que el personal de enfermería ejerce la profesión; lo anterior se aplica a partir de la escasa participación del personal en servicio, o más aún, por los perfiles de desarrollo profesional de las presidentas en turno, incluso del predominio de instituciones de procedencia de las mismas.

En cuanto a otras agrupaciones de enfermeras, han surgido como resultado de intereses institucionales, de especialidad, de orientación religiosa, o de intereses académicos; todas ellas sin el carácter y titularidad legal de la profesión frente a autoridades del país, o de organismos internacionales.

"La Asociación de Enfermeras del Hospital General, establecida en 1954;

- La Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas, 1956;
- La Asociación de Enfermeras Amigas, también en 1956;
- La Asociación de Enfermeras de la Cruz Roja, asimismo en 1956; y
- El Movimiento de Enfermeras de Acción Católica en los sesenta".
- Sociedad de Enfermeras del Hospital Juárez" (9, 142).

Durante la década de los setentas y ochentas se ha registrado un número considerable de asociaciones por especialidad de enfermería entre las que destacan las siguientes:

- Asociación de Enfermeras Pediatras.
- Asociación de Enfermeras Quirúrgicas.
- Asociación de Enfermeras Intensivistas.
- Asociación de Enfermeras Sanitaristas.
- Asociación de Enfermeras Oncológicas.
- Asociación Mexicana de Licenciados en Enfermería.

Dentro del ámbito educativo, para 1968 y producto de la crisis educativa que se enfrentaba en esos momentos, básicamente en la planeación curricular y metodologías de la enseñanza se funda la Asociación Nacional de Es-

cuales de Enfermería (A.N.E.E.), la cual establece como objetivos fundamentales, la reflexión permanente y el enriquecimiento mutuo entre las instituciones integrantes, en el mejoramiento de las metodologías, contenidos, planeación curricular, y en última instancia, en la formación de recursos profesionales altamente calificados para satisfacer las necesidades sociales que demandan de servicios de enfermería en el país.

La A.N.E.E. se transforma en 1980 para constituirse como Federación - Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería (FENAFE) la cual se da a la tarea de impulsar actividades eminentemente académicas a partir de congresos, seminarios, talleres y publicaciones varias; todos éstos a fin de apoyar las actividades formativas de las instituciones agremiadas.

Para 1986, bajo los auspicios de la Unión de Univeridades de América Latina (UDUAL) se crea la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) ocupando la vicepresidencia la enfermera mexicana M.A. Juana Rodríguez Velázquez e integrándose la FENAFE.

Dichos organismos tienen el cometido fundamental de buscar y aplicar alternativas de solución a problemática similares en las condiciones de vida y salud, existentes en América Latina; además de participar de manera activa contra las injusticias económicas, sociales y culturales, producto de la situación de dependencia del conjunto de naciones de Latinoamérica.

A partir del marco gremial antes señalado es posible entender el carácter disperso y falta de conciencia política y profesional que ha caracterizado a la mayoría de los organismos profesionales de enfermería del país.

"... las organizaciones creadas por las enfermeras (la AME, el CNE y la ANEE), se advierte que sus intereses fundamentales han sido la organización de congresos sobre temas de poca significación gremial o política... la preocupación por una organización sólida de las bases que dé al gremio cohesión y fuerza política ha estado casi totalmente ausente" (9, 159). (Ver Anexo IX-1 a IX-6).

9.2.- Experiencias Político-Laborales y Ejercicio Profesional.

A partir de lo expuesto, no es difícil comprender la escasa capacidad organizativa, profesional y política; sin embargo, la historia de los movimientos político-laborales confirma lo dicho, ya que se han caracterizado por ser coyunturales, desarticulados y centrados en objetivos de poca significación.

El primer movimiento de las enfermeras surge en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, producto del apoyo que las enfermeras brindaron al movimiento médico de residentes -1965-. Movimiento que presentó un pliego petitorio centrado en el aumento salarial y prestaciones administrativas: licencias con y sin goce de sueldo, uniformes, licencias maternales y rotación de servicios asignados. El movimiento fue reprimido administrativamente, cesando a tres de las líderes principales, y suspendiendo la antigüedad del personal de enfermería por el tiempo que duró el movimiento, con suspensiones de labores a las participantes hasta por un mes.

Para 1977, se repitió en este mismo hospital, motivado por la demanda central de homologación salarial con el IMSS, así como otras prestaciones económicas; concluyendo con la obtención de las segundas y sin lograr la primera.

"El problema en la Dirección General de Salud Materno-Infantil se originó en 1974, al surgir una plantilla que, entre otras cosas, proponía sindicalizar a las auxiliares de Enfermería que trabajaban en las clínicas de Materno-Infantil de los Estados. El director ordenó desintegrar la planilla, envió a sus integrantes a puestos en el interior del país y pidió la renuncia a las enfermeras que mantenían base" (9, 159).

Los centros educativos no han escapado al enfrentamiento directo por la defensa y reivindicaciones laborales: dos conflictos en las escuelas de Enfermería del IPN y del ISSSTE en 1977, los cuales también fueron reprimidos.

En 1981 surge el primer movimiento de enfermería en el IMSS, donde se pretendió suprimir varios puestos propios de enfermería y supervi-

sión; lo que condujo a un grupo de enfermeras a manifestar su inconformidad donde se exigía la no supresión de dichos puestos. Sin embargo, se suprimió el puesto de supervisoras, compactando sus funciones con las de la subjefe en responsabilidades y obligaciones laborales.

Para 1985, generado por las condiciones laborales y la sobrecarga de trabajo, condujeron a un grupo de enfermeras a iniciar una serie de acciones en diferentes Estados de la República, tendientes a manifestar y exigir solución a demandas económicas y laborales inscritas en el pliego petitorio - que fue entregado el 22 de mayo de 1987. Lo anterior fue producto de la situación económica y del proyecto político del entonces presidente, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, las cuales agudizaron las condiciones generales - de vida y numerosos descontentos sociales, fundamentalmente por la política de los topes salariales y el desmedido proceso inflacionario que enfrentaba el país.

La propuesta organizativa del movimiento se constituyó a partir de la conformación de comités de base por turnos y unidades, de tal manera que las propuestas fluyeran y se centraran en la Comisión Negociadora, conformada en su mayoría por representantes del Valle de México, la cual centralizó el poder de información, negociación, así como de los procesos de discusión en - las asambleas, donde las bases incorporaban sus propuestas sin tener eco - real en dicha comisión.

Esto permitió a las autoridades y dirigentes sindicales dividir las - fuerzas y por tanto desviar los objetivos del movimiento, al punto de concluir con logros mínimos.

Es importante señalar que uno de los puntos de negociación fue la Amnistía General para todos aquellos trabajadores que hayan participado en el movimiento, lo cual se obtuvo gracias a las numerosas movilizaciones de la - base trabajadora.

Este movimiento constituyó el nacimiento de una creciente preocupación del personal de enfermería y del conjunto de trabajadores del instituto, ya

que la experiencia solidaria que registraron las enfermeras por sectores sindicales, civiles y otros repercutió favorablemente en las negociaciones del conflicto.

Para 1988 resurge el movimiento de los trabajadores del IMSS, donde - las enfermeras jugaron un papel importante; y donde las demandas se centraron en las pérdidas de derechos contractuales que con motivo de la revisión del Contrato Colectivo de Trabajo se negociaron entre las autoridades del - Instituto y del Comité Ejecutivo Nacional del S.N.T.S.S.; movimiento que llegó a manifestaciones innovadoras de dichos trabajadores, ya que por vez primera se registró una Huelga de Hambre, y concluyó en el respeto de cláusulas importantes y negociación de numerosos trabajadores rescindidos por motivo de su participación en el movimiento.

Para 1989-1990 se repite el conflicto en el IMSS, pero con magnitudes insospechadas, por las manifestaciones multitudinarias que paralizaron gran parte de importantes arterias de la Ciudad de México, pero que al dividirse el Congreso de Trabajadores que representaban a las bases, y llegando a la negociación con las autoridades con promesas, que más tarde no fueron cumplidas, dicho sector, en contubernio con el Comité Ejecutivo Nacional en turno, clausuraron el Congreso y por ende la Revisión Contractual, sin que con ello se aniquilara en su totalidad el movimiento, ya que un sector de trabajadores descontentos por la mutilación al C.C.T. reimpulsaron las movilizaciones y toma del edificio sede del congreso sindical, llegando a la instalación de la Huelga de Hambre integrada por trabajadoras de diferentes categorías, dentro de las cuales la enfermería se hallaba representada.

Este movimiento concluyó con numerosas represiones administrativas, - tales como retención de salarios, rescisiones arbitrarias y reorganización - de los cuadros de trabajadores incondicionales al aparato de control institucional.

"Hospitalizan de emergencia a uno de los 10 trabajadores del - IMSS en huelga de hambre" (7, 27).

Producto de las políticas gubernamentales en la redistribución y rees

estructuración del conjunto de instituciones del Estado y paraestatales; el -
 IMSS inicia sus trabajos aplicados a todas las categorías existentes dentro
 de sus plantillas; donde la enfermería enfrenta un duro golpe, al impedir la
 representación sindical realizar la asamblea nacional de la rama, la cual
 y de acuerdo a los estatutos vigentes de la organización sindical procedía -
 de manera legal, sin embargo y pese a numerosos intentos por diluir la nacien
 te organización, las enfermeras del instituto impulsan mesas de trabajo a fin
 de conformar la propuesta demandante que fuese entregada por el C.E.N. al -
 instituto, dada la inminencia del proyecto:

"En la jornada de trabajo del 20 al 24 de agosto, se realizaron
 4 mesas de trabajo y una plenaria en las que analizamos y discut
 imos nuestras problemáticas:

Los trabajos concluyeron con las siguientes demandas...

- 1.- Retabulación del 60%, con un diferencial del 19% entre cada categoría.
- 2.- Pago del 20% por insalubridad no médica para toda la rama y respeto a las normas establecidas de seguridad e higiene en el trabajo.
- 3.- Revisión y actualización de los índices de atención.
 - Con un incremento del 150% a las plantillas actuales, más el 20% para previsible y no previsible.
 - Readecuación de los porcentajes por turnos: 35% para el matutino, 25% vespertino, 20% al nocturno A y 20% al nocturno B.
 - Creación de Comisiones Locales Revisoras de Plantillas.
 - Especificidad de funciones en los profesiogramas" (3, 1-2).

Las demandas antes señaladas fueron acompañadas por los documentos -
 que sostenían la vigencia y fundamentación legal y médica de cada uno de los
 puntos. Sin embargo, de nueva cuenta, un grupo de enfermeras incondicionales
 al C.E.N. del sindicato presidió una asamblea privada en donde se firmaron -
 las diferentes propuestas del C.E.N., misma que quedó de la siguiente manera:

"1.- Estructura escalafonaria:

a) Incorporación de las categorías autónomas actuales de Auxiliar de Enfermería General y Auxiliar de Enfermería a la Rama de Enfermería como primera categoría... (logro del movimiento del 87).

b) Ampliación de áreas de especialización.

2.- Tabulador de sueldos: aumento del 18.81% a las Auxiliares; -

16.93% a Enfermeras Generales... 20.0% enfermeras especialistas y a las enfermeras Jefes de Piso incremento del 27.42%.

3.- Profesiogramas: sin cambios.

4.- Creación de plazas: incremento de 3 500 plazas de nueva creación -fundamentalmente para niveles administrativos-...

5.- Revisión de Índice Enfermera-Paciente: creación de una Comisión Mixta...

6.- Infectocontagiosidad: Comisión investigadora en estudio de áreas específicas...

7.- Condiciones Generales:... incremento de becas, actividades docentes y/o de capacitación en el trabajo..." (13, 1).

El bajo nivel de conciencia política y profesional de la enfermera mexicana es resultado de la incapacidad de los cuadros gremiales más capaces - al perder relación directa con las bases, así como la no formación de nuevos cuadros que incursionen en los espacios institucionales y político-sindicales que valoren el potencial político de un gremio vinculado con las necesidades de la población en materia de su salud.

"El carácter femenino de la profesión, su condición subalterna, su indefinición profesional y su dependencia rígida del sistema de salud han coadyuvado a su debilidad gremial y política" - (9, 159).

Las exigencias y dispositivos de control del sistema político del país, constituye uno de los obstáculos de mayor peso, dispuesto para la salvaguarda de la reproducción de las condiciones del sistema y de la sumisión de las enfermeras, no sólo hacia la profesión médica, sino hacia las 'alianzas' con el Estado. De ahí que el ejercicio profesional se vea reproducido a partir del currículo y perspectiva teórico-metodológica e ideológica que dispone hacia el interior del espacio áulico y asistencial de las prácticas profesionales y futuro ambiente laboral profesional.

Como se pudo observar, no existe vinculación alguna entre la problemática laboral del ejercicio profesional y la intervención de los organismos -colegiados, ya que mientras las acciones de estas últimas se encaminan al mejoramiento técnico-instrumental del ejercicio profesional, al mismo tiempo -se desconoce la realidad -problemática- en la que se desempeña ésta, lo que

viene a sumarse al aislamiento de filiación que agobia a las organizaciones profesionales de enfermería en el país.

Al señalar de manera insistente la necesidad de la reglamentación de la práctica de enfermería, se hace referencia al análisis de la legislación del ejercicio profesional y de las demandas del servicio de enfermería como exigencias sociales; donde el punto central consiste en la restricción de posibles alcances de la profesión por la definición o interpretación estricta de la actividad.

La mayor dificultad reside en dar una definición general de la práctica de enfermería teniendo en cuenta una aplicación específica, dejando al mismo tiempo espacio para una interpretación de la ley para técnicas innovadoras y condiciones futuras de enfermería.

La responsabilidad jurídica de la enfermera no es algo nuevo, ya que la "Ley prescribe la responsabilidad y funciones propias y particulares para cada profesión" (10, 1-38).

El papel cambiante de la enfermería tiene que ser entendido en términos de las modificaciones de las condiciones sociales de los servicios del cuidado de la salud, de igual modo ha de ser comprendido el marco legal del ejercicio profesional del personal en servicio, y el papel que cumplen los organismos representantes de la profesión frente a estos cambios.

Si bien no existe una definición única de la Enfermería, su objetivo central en términos de servicios ha podido ser descrito en competencias específicas:

"... la labor de enfermería es procurar atención, bienestar, - orientación y asistencia a la gente, para que afronte problemas de su vida, expuesta a posibles enfermedades" (4, 396).

Como puede observarse, la labor de enfermería tiene su origen en dos dominios: el Derecho y las exigencias sociales.

Según la Comisión de Salarios Mínimos, en su apartado de Profesiones,

Oficios y Trabajos Especiales define la actividad de enfermería de la siguiente forma:

"Enfermero (a) con título: es el trabajador que dispensa cuidados profesionales a enfermos, supervisa personal de enfermería y auxiliares médicos en hospitales, clínicas, laboratorios u otros establecimientos de salud. Recibe pacientes, revisa y formula expedientes clínicos, ordena o administra medicamentos, toma signos vitales, inyecta, aplica oxígeno, prepara pacientes para operaciones, ayuda en el quirófano y atiende en la convalescencia. Asiste partos, supervisa la cuna y vigila la correcta administración de las medicinas y alimentos de los niños. Supervisa la sala y distribuye el trabajo entre Auxiliares de Enfermería (generalmente es Jefe de Enfermeras Auxiliares)". (2, 3)

Pese a la limitación de las actividades de enfermería antes señaladas, la realidad laboral tiende a cambiar de manera constante y como resultado de las crecientes necesidades de atención y servicios de enfermería; por lo que la vinculación y responsabilidad reglamentada por la Ley sobre Enfermería cubre los siguientes aspectos:

- 1.- Establece requisitos en cuanto a instrucción y exámenes.
- 2.- Prevé registro y título para quienes cumplan con las condiciones mencionadas antes, y
- 3.- Define la función de enfermeras tituladas en términos generales y específicos" (4, 404).

Decreta asimismo la creación y responsabilidad de vigilancia en el cumplimiento de los reglamentos que rigen a la profesión por parte de "Colegios y/o asociaciones de Profesionales" (Ver 8); por lo que la vinculación y responsabilidad de guiar y promover la expedición de leyes y reglamentos relativos al ejercicio profesional de enfermería y asumir la representación del grupo de enfermeras ante la Dirección General de Profesiones ha sido uno de los propósitos del C.N.E. hasta ahora no asumido en los conflictos laborales que han enfrentado las enfermeras en servicio y que atañen directamente con la normatividad y dirección del ejercicio de la profesión.

Hasta el momento, poco se ha reflexionado acerca de esta situación, y menos aún se han escrito e instrumentado mecanismos de solución, por lo que esta situación se presenta como uno de los retos de más trascendencia para

acceder a la construcción de un organismo de participación democrática de los profesionales de la enfermería a fin de obtener una real y verdadera autogestión profesional.

"... la nueva conciencia que comienza a dejarse sentir en enfermería... más social y solidaria, tanto dentro del grupo ocupacional como externa en su preocupación de apoyar los esfuerzos encaminados hacia una justa distribución... implica, asimismo, la necesidad de una mayor capacitación del personal en las ciencias políticas y sociales para el análisis y abordaje de los problemas de salud y su ejercicio sea más amplio y estructural. ... Es necesaria una liberación intelectual de esta situación... del trabajo de enfermería" (6, 39).

Otro de los elementos fundamentales en el contexto social de la profesión en cuestión lo constituyen las presiones laborales, clasificadas en los últimos tiempos como dinámicas de producción, las cuales sujetan al grupo profesional en su conjunto a partir de la estructura del sector salud; donde son estas mismas las que conducen al trabajador a riesgos que comprometen las esferas psicológica (alienación a través de la rutinización de los procedimientos y técnicas) y sociales (nivel salarial, mismo que repercute en sus condiciones de vida); situación que genera una de las contradicciones sustanciales entre el DEBER SOCIAL y EL SER de la profesión, esto es, negársele así la salud laboral del trabajador de la salud, ya que al ser un obstáculo para el autoreconocimiento como sujeto y profesional de la salud, su ejercicio es autocalificado y socialmente dentro de las actividades de ayudantías, dan características por demás críticas, tales como ser de mínima calidad y capacidad científico-profesional.

"La exigencia de una respuesta polivalente trae como consecuencia en la precisión de su papel fundamental, que se refleja en falta de identidad manifiesta en la debilidad de sus denuncias y exigencias profesionales; aunado a ello la manipulación que se ha hecho en aras de la sublimación; la consecuencia ha sido el sometimiento a desempeñar funciones en condiciones desventajosas, falta de prestaciones dignas, salarios bajos, jornadas nocturnas y prolongadas, además de las condiciones estresantes que produce el contacto con el sufrimiento humano. Todo esto la coloca en una condición desventajosa para participar en algunos campos que le permitan prepararse mejor y progresar" (11,56)

Esta situación se une a las disposiciones administrativas del proyec-

to económico, mantenimiento de la rentabilidad de los servicios médico-asistenciales a costa de las precarias condiciones de trabajo y de vida, y más - aún, de la salud de los propios trabajadores en servicio (Ver 12).

Pese a este panorama desolador, existen espacios que posibilitan el avance de la profesión como lo apunta Clauves:

"En México, la consolidación del proyecto profesional implica - la captura de áreas correspondientes del aparato estatal, que puedan servir como baluarte para realizar operaciones defensivas y ofensivas... la ocupación de los puestos intermedios es - el primer paso para infiltrarse en la burocracia y empezar a ob tener logros políticos" (1, 208).

Esta es una estrategia pero no significa que sea la única ya que exig ten antecedentes de luchas organizadas de profesionales de la enfermería, - que se han dado a la tarea de impulsar, en coordinación con otros profesiona les y trabajadores en su conjunto la formación de una instancia organizativa que propugne en la formación de un proyecto alternativo de salud, que inten te dar cabal respuesta a las demandas de las mayorías desprotegidas ante el proyecto estatal actual; además que, ante lo dispuesto por la política estatal en materia de salud, genera productos concretos. Hasta el momento dicha - instancia no ha sido conformada, ya por la inmadurez política de los mismos trabajadores, ya por las presiones y represiones desplegadas por el Estado - y/o las administraciones de las instituciones de salud, coludidas con las - cúpulas dirigentes de las organizaciones sindicales, lo que nos lleva a re- considerar los planteamientos de Peter S. Clauves al respecto:

"El pacto entre las profesiones y la sociedad está sujeto a cons tantes revisiones, tiene alcances estrictamente temporales y co rre el riesgo de quedar anulado cuando traiciona la confianza - que la sustenta, o cuando agota su utilidad.

Los profesionistas deben vigilar continuamente su contribución - al mejoramiento social para que su imagen se aproxime a las me tas que propugnan" (1, 220).

Además de cumplir con su compromiso social del cuidado de la salud, - la enfermería debe tender en sus acciones, hacia los sectores más desprotegí

dos, situación que poco se ha asumido como tal.

Aun cuando existe la corporativización o centralismo en nuestro país, la profesión de enfermería no es en sí misma uno de sus elementos sustanciales dentro de sus características, ya que si bien existen organizaciones profesionales de enfermería a nivel tanto nacional, regional y/o estatal o de sectores e instituciones, la mayoría de éstas se caracterizan principalmente por su relación directa con el Estado y/o autoridades superiores, situación que no refleja más que una posición de poder de relaciones, ya que mientras las cúpulas representantes de dichos organismos se orientan en sus trabajos hacia quehaceres de índole académica y algunas veces investigativa, estos mismos reflejan su desvinculación teórica y concreta con la realidad social de la que los mismos objetos de estudio y trabajo carecen o son inexistentes en sus trabajos; mismos que facilitan la no conducción de estrategias político-sociales por y para la profesión, ya que esto mismo tiene una estrecha relación del carácter cautivo del ejercicio de la profesión, resumiendo:

"La naturaleza del sistema mexicano impide el surgimiento de profesionales liberales. Asimismo, propicia el acceso al sistema de los profesionales que cuentan con las habilidades necesarias para manejar la organización política y, al mismo tiempo, mantiene relativamente constante el papel de los contendientes tradicionales por el poder (trabajadores, empresarios)" (1, 186).

Además, en tanto los trabajadores consoliden la fuerza que influya en los espacios de control de decisión sobre lo dispuestos por la élite burocrática del Estado y exista una real participación, activa y democrática dentro de las organizaciones de profesionistas de la enfermería, tal que se vinculen políticamente con las necesidades de las mayorías, como una fuerza social civil, muy poco podemos esperar que se sucedan cambios sustanciales en el ejercicio, formación y transformación de los profesionistas en su nivel del compromiso social concreto.

ANEXO : IX - 1

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidenta	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial
		Educ.	Asist.	Salud Púb.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	Congreso Tema Central
1947-51	Ana Ma. Pizarro		X				X	<ul style="list-style-type: none"> - Fundación de la Asociación Mexicana de Enfermeras: - Elevar el nivel profesional - Fomento de la ética. - Progreso Educativo. - Vinculación nacional e internacional.
1951-52	Aurora Macías Béz			X		X		<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de Programas y Planes de Estudio de las Escuelas de Enfermería.
1952-54	Carmen Gómez Sigler		X				X	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción Becas con Francia y E.U. Publicación Revista: "Enfermeras.
1954-56	Fernando del Villar A.		X			X		<ul style="list-style-type: none"> II Congreso Nacional de Enferm. - Educación en Enfermería y Obstetricia, Administración de los servicios de enfermería, adiestramiento del personal auxiliar y algunos aspectos legales.

ANEXO : IX - 2

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidenta	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial	
		Educ.	Asist.	Salud Pùb.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	No.	Congreso Tena Central
1956-58	Alicia Roca Belmont		X				X		<ul style="list-style-type: none"> - Fundación del I Colegio Nacional de Enfermeras Sor - Micaela Ayanz: - Representante legal de las enfermeras ante la Dir. - Gral. de Profesiones e intervención en la educación profesional. IV Congreso Regional de Enfermería para las Américas, sede - México. XI Congreso Regional de Enfermería inicio de proceso de filiación la A.M.E. el Consejo Internacional de Enfermería.
1958-60	Ma. Elena Maza Brito	X					X		<ul style="list-style-type: none"> - Estudio: Recursos y necesidades de Enfermería en el país. III Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: -¿Cómo satisfacer las demandas de Enfermería en México!
1960-62	Ma. Elena Medina N.		X				X		<ul style="list-style-type: none"> - Filiación oficial de la A.M.E. al C.I.E. IV Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: - La investigación en enfermería.

FUENTE: Revista C.N.E., 1974; información verbal, 1992.

ANEXO : IX - 3

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidenta	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial	
		Educ.	Asist.	Salud Pùb.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	No.	Congreso Tema Central
1962-64	Irma Gómez Moreno	X			X				<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración Estudio: Recursos de Enfermería y Obstetricia. - Filiación de asociaciones estatales.
1964-66	Luz Pérez Loredo		X			X			<ul style="list-style-type: none"> V Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia. - Filianción de Enfermería en México en el Medio Rural y Urbano. - Transformación de A.M.E. a Colegio Nacional de Enfermeras.
1967-69	Gloria Trujillo Moreno	X							<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Educación continua de servicios asistenciales. VI Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia. - Proyección de un Colegio Nacional de Enfermeras en los Problemas de Salud del País. - Impulso: filiación al C.N.E. de nuevas asociaciones. - Impulso: Revista del Colegio.
1969-71	Esperanza Sosa Vázquez			X		X			<ul style="list-style-type: none"> - Cursos de actualización para enfermeras. - Colaboración en el estudio: Recursos de Enfermería y Obstetricia. - Preparó el XV Congreso Cuadrinial de Enfermeras a realizarse en México.

FUENTE: Revista C.N.E., 1974; información verbal, 1992.

ANEXO : IX - 4

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidenta	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial	
		Educ.	Asist.	Salud Pùb.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	No.	Congreso Tema Central
1971-73	Sara A. Ponce de León	X			X				<ul style="list-style-type: none"> - Preside el XV Congreso Cuadrifrenal del CIE. - Participación con otros colegios de profesionales en los estudios para modificar la Ley de Profesiones. - Secas a enfermeras en el extranjero.
1974-76	Ma. Teresa García C.	X				X			<ul style="list-style-type: none"> - Promovió filiación sociedades estatales. - Apoyo a actividades académicas: cursos de actualización para enfermeras.
1976-78	Margarita Navarro			X		X			VII Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermería y el ciclo económico de la salud. - Filiación de colegios estatales.
1979-81	Nenidia Badillo	X				X			<ul style="list-style-type: none"> - Actividades académicas: cursos de actualización para enfermeras en servicio.

FUENTE: Revista C.N.E., 1974; información verbal, 1992.

ANEXO : IX - 5

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidenta	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial
		Educ.	Asist.	Salud Pùb.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	Congreso Tena Central
1982-84	Luz María Medina	X			X			VIII Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: - Perfil y Modelo de Enfermería - Cursos de actualización para enfermeras en servicio. - Impulso para la filiación de asociaciones de enfermeras - especialistas.
1984-86	Ma. del Carmen Arancón M.	X			X			- Actividades de apoyo y difusión en la investigación en enfermería. - Cursos de actualización para enfermeras especialistas.
1987-89	Florinda Rueda M.	X					X	- Impulso a la investigación en enfermería. - Apoyo a cursos y eventos académicos y de actualización de enfermeras en servicio y escuelas de enfermería. IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: - Profesionalización de enfermería.

FUENTE: Revista C.N.E., 1974; Información verbal, 1992.

ANEXO : IX - 6

Desarrollo Histórico de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio Nacional de Enfermeras

Año	Nombre de la Presidencia	Campo de Acción			Institución			Actividad Colegial
		Educ.	Asist.	Salud Pub.	I.P.N.	S.S.A.	Otros	No. Congreso Tema Central
1989-91	Hulda Hernández G.	X					X	<ul style="list-style-type: none"> - Impulso al estudio: - Reglamentación de Enfermería. - Apoyo a actividades académicas de actualización continua para enfermeras en servicio. - Vinculación con instituciones educativas de enfermería en la transformación de los currículos.
1991-....	Silvia de la Fuente			X		X		<ul style="list-style-type: none"> - Se ha propuesto: - Impulsar la reglamentación de la profesión en México. - Pugnar por abrir espacios directivos y normativos de niveles centrales, a fin de ser ocupados por profesionales más competentes. - Organizar el X Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia: - Reglamentación de Enfermería (1992). - Vinculación y apoyo a centros formativos. - Apoyo a actividades académicas de actualización para el personal de enfermería.

C I T A S

- 1.- Cleaves, Peter S.
Las Profesiones y el Estado: El caso de México.
México, Colegio de México, 1985.
(Jornadas No. 107).
- 2.- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
Salarios Mínimos Vigentes a partir del 1o. de enero de 1989.
México, D.F., C.N.S.M., 1989.
- 3.- Coordinadora Nacional de Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (CONATIMSS).
Enfermeras: Resistencia y Combatividad.
México, D.F.
Octubre-Noviembre de 1990.
Año 1, No. 2.
- 4.- Creighton, Helen.
Clínicas de Enfermería de Norteamérica.
México, Vol. 9, No. 3,
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1974.
- 5.- ENCICLOPEDIA SALVAT PARA TODOS.
Tomo X, Pamplona, Salvat, S.A. de Ediciones, 1980.
- 6.- Hernández Sandoval, Guadalupe.
La Enfermería en la Atención de la Salud en Jer. Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos Humanos de Enfermería en América Latina.
México, E.N.E.O.-U.N.A.M., 1982.
- 7.- Hospitalizan de Emergencia a uno de los 10 trabajadores del IMSS en ayuno. Se suma a la huelga de hambre otro trabajador del IMSS.
El Día.
México, D.F., 29 de enero de 1990.
- 8.- Ley de Profesiones.
Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal y Reglamento Correspondiente.
Diario Oficial de la Federación.
México, D.F.
7 de Junio de 1972.
- 9.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería.
México, en Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C., 1985.
- 10.- Nuevo Reglamento y Ley de Profesiones y Disposiciones Conexas.
Editorial Libros Económicos.
México, D.F., 1990.

- 11.- Orozco Escárcega, Ana y Martínez Gómez, Alejandro.
Desarrollo de la Profesión de Enfermería en México UAM-Xochimilco.
en Las Profesiones en México, No. 9.
Enfermería, UAM-Xochimilco, 1991.
- 12.- Rojas Soriano, Raúl.
Capitalismo y Enfermedad.
4a. ed. México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
1988.
- 13.- Seguridad Social:
Órgano de Difusión del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro
Social (SNTSS) Propuestas del SNTSS para la Reestructuración y Retabu-
lación de la Rama de Enfermería.
Mensual.
Agosto de 1990, Época XIII, Vol. I, No. 23.

X.- FORMACION ACADEMICA-PROFESIONAL

En capítulos anteriores se ha expuesto la relación entre la profesión y el Estado mexicano, donde la profesión interactúa con el mercado de trabajo, sin que necesariamente se haya logrado un equilibrio entre la oferta y la demanda.

Por lo anterior, se dará cuenta del entorno conceptual de formación profesional, donde se entiende ésta como aquella formación educativa formal que parte del objetivo de la transmisión del saber y hacer objetivado de una ocupación profesional; esto es, acción que, en tanto inmersa dentro de la dinámica social del trabajo, asume conocimientos y habilidades especializadas de carácter preponderantemente intelectual, sujeta a la orientación de los objetivos del proyecto del Estado y del sistema económico-social.

Es precisamente de este contexto sociopolítico de donde el programa educativo involucra a universidades, ya que juegan un papel importante en la dinámica técnico-administrativa dentro de los proyectos del Estado y en general del conjunto del sistema.

Una vez reconocidas dichas relaciones, se entiende la consecución - de la interrelación entre los objetivos económicos -inversión- y didáctico-pedagógicos -latentes a partir de los planes y programas de estudios-. Relaciones que en sí mismo actúan en niveles reproductivos de la estructura económico-social, donde surgen selección y promoción social, satisfacción de expectativas profesionales y de reproducción ideológica.

Por otra parte, se ha señalado que para analizar el contexto académico -universitario- de las profesiones, bastaría con observar las siguientes variables:

- 1.- La escala de inscripciones universitarias.
- 2.- La calidad de los programas de estudios.
- 3.- La relación de graduados e inscritos.

- 4.- La existencia de instituciones con altas colegiaturas para las élites.
- 5.- El énfasis en los estudios de posgrado en el extranjero.
- 6.- La aplicación de exámenes previos a la contratación.
- 7.- La existencia de programas de actualización y/o especialización" (10, 112-113).

Sin embargo, cabe aclarar que para cada una de las variables antes citadas, dependerán de la evolución y desarrollo del campo de conocimiento en lo particular, pues

"Las instituciones empleadoras son las que certifican de facto el nivel de competencia profesional en México -ya que... - la mayoría de los aspirantes sale del sistema en algún punto del recorrido. Algunos de los que ingresan a la universidad - con una carrera profesional en mente abandona pronto sus estudios por diversas razones: matrimonio, problemas económicos o falta de interés. Algunos otros (llamados egresados o pasantes) terminan sus cursos formales, pero no cumplen con exigencias de la tesis de licenciatura o con otros requisitos para recibirse, por lo que no se gradúan" (10, 126-128).

Ya que

"las profesiones se ubican dentro del campo de las disciplinas o disputan en ellas un espacio. Además de las diferencias de los campos disciplinarios y formas de organizarlos; se habla así de Ciencias Básicas, Ciencias Sociales, Humanidades, Ciencias Exactas, Ciencias Naturales... Los campos del saber están determinados históricamente, sobre todo en las instituciones de educación superior" (34, 4).

Dichos campos se definen desde perspectivas diferentes, no sólo entre escuelas profesionales, sino dentro de gremios, comunidades científicas, y más aún, mercados de trabajo y legislación profesional. De ahí que explicar una definición de profesión desde la perspectiva académica, supone entenderlo como un conjunto de personas que logran practicar una técnica definida basada en una instrucción especializada. Su diferenciación académica y jerarquía social dependen de los campos de dominio de conocimiento científico y del nivel de certificación que las universidades le dispensen en su acreditación. Esto último tiene su fundamento "en aspectos concretos de la vida académica, del currículum, de los métodos de enseñanza,

de la organización escolar" (34, 8).

Por otra parte, la división del saber está determinada por la organización paradigmática del conocimiento científico de los medios y en última instancia de los modos de producción, esto es:

"las divisiones del saber establecen las profesiones... no tienen una racionalidad científica,... fragmentan para sus necesidades y a su modo las disciplinas... para responder a requerimientos sociales -que- obstaculizan la práctica, abordar algunas tareas sociales indispensables y muchos problemas teóricos" (34, 9).

Por lo tanto, la acreditación legítima y legaliza la apropiación individual del saber, que institucionalizado se califica en sí mismo de nivel profesional por sustentarse en creación de carreras, especializaciones, grados y formas de apropiación limitada.

Es importante considerar que esta lectura de la realidad académica, en la mayoría de los casos, carece de fundamentos pedagógicos, pero que -denuncian en sí misma su carácter y vinculación ideológica, política y económica, que demerita la responsabilidad de la institución en uno de sus deberes fundamentales que le dan origen: Formación de cuadros profesionales altamente calificados que satisfagan las necesidades reales y concretas de la nación.

Ejemplo de lo anterior ha sido la UNAM, donde

"... sobre la necesidad de evaluar una actividad con título universitario para darle más prestigio, es el de convertir en licenciatura todas las carreras universitarias en 1968... en la escuela de enfermería se reconoce la necesidad de tener enfermeras mejor preparadas que puedan asumir puestos directivos, se unen entonces las carreras de enfermería y partera en una licenciatura, pero se expone que es necesario tener suficientes enfermeras y que el requisito del bachillerato limitaría el ingreso, por lo que se considera necesario conservar el nivel técnico de la carrera de enfermería. La mejor preparación que incluye el bachillerato queda entonces como exclusiva para el nivel dirigente" (34, 11).

Estos elementos y con fines de particularizar en el objeto de estudio se señalarán de manera precisa a partir de la formación académica-profesional de la enfermería, mismos que se inscriben dentro del período de 1990-1992.

10.1.- Nivel Académico-Profesional.

En México, la enfermería enfrenta un gran mosaico en cuanto a los niveles de formación del personal; basta con observar los siguientes datos:

Escuelas de Enfermería y grados académicos que ofrecen - 1990.

Niveles	No. de Escuelas	%
- Enfermería Básica	124	57.7
- Enfermería Básica y Obstetricia	11	5.1
- Enfermería Básica y Licenciatura	7	3.3
- Enfermería Básica y Auxiliar de Enfermería	28	13.0
- Enfermería Básica y Cursos de Especialización	16	7.4
- Licenciatura	14	6.5
- Enfermería Básica, Obstetricia y Cursos de Especialización	4	1.9
- Enfermería Básica, Licenciatura y Cursos de Especialización	9	4.2
- Enfermería Básica, Licenciatura, Cursos de Especialización y Obstetricia	2	2.9
T o t a l	215	100.0

Fuente: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.

Actualización: Información Directa, 1990-1992.

Si se observan las variantes académicas en las que se enmarcan las anteriores, y a partir de requisitos de ingreso y/o estudios paralelos a

la formación académico-profesional, se han registrado más de 12 condiciones formativas diferentes:

- Licenciatura con tres años de estudios de enfermería.
- Licenciatura con cuatro años de estudios de enfermería.
- Licenciatura con cinco años de estudios de enfermería.

Bachillerato diversificado:

- Educación general de bachillerato, con un período terminal de concentración de la especialidad.
- Enfermería en desarrollo paralelo con el bachillerato.
- Enfermería con desarrollo integrado a las disciplinas de bachillerato.
- Enfermería combinada con educación general.

Enfermería General:

- Enfermera general con base de bachillerato y tres años.
- Enfermera general con base de secundaria y tres años.

Técnico y/o Auxiliar de Enfermería:

- Técnico de enfermería y una año de estudios con bachillerato.
- Técnico de enfermería y dos años de estudios con bachillerato.
- Auxiliar de enfermería con base en secundaria.
- Auxiliar de enfermería con base en primaria.

SISTEMA EDUCACIONAL DE ENFERMERIA

NIVEL	RECURSOS QUE SE FORMAN	ESCOLARIDAD BASICA	AÑOS DE ESTUDIO	INSTITUCION QUE LO IMPARTE
Profesional	Licenciados en enfermería	Preparatoria	4 años	Instituciones de Enseñanza Superior
	Maestría	Licenciatura	1 a 2 años	
Técnico	Enfermeras Generales	Enseñanza Secundaria	3 años	Instituciones de enseñanza superior o instituciones de servicio - incorporadas a la SEP o a otros organismos de enseñanza superior. Escuela de Salud Pública.
	Enfermeras Especialistas	Enfermería General	1 año	
No Profesional	Auxiliar de Enfermería con adiestramiento en servicio.	Primaria Completa	De 3 meses a un año	Instituciones de salud.
	Auxiliar de enfermería con adiestramiento en instituciones educativas particulares.	Primaria o secundaria	De 3 meses a un año	Academias particulares, incorporadas y no, a la SEP.
	Partera empírica	Con o sin primaria	De 1 semana a 3 meses	Instituciones de servicio.

Esta diversidad de modelos educativos en enfermería, es reflejo inmediato de la problemática del ejercicio profesional, todo ello resultado de la carencia de un sistema normativo que defina y especifique la orientación de los planes y programas de estudios en la formación de los recursos humanos de enfermería; éstos, en la mayoría de los casos se encuentran influidos por la orientación curricular instrumentada por la ENEO de la UNAM, al rededor del cual se aplican una serie de ajustes regionales y/o locales, que validen política y técnicamente los documentos curriculares particulares.

Sin embargo, producto de las reuniones de la Organización Panamericana de la Salud, en 1980, se inducen cambios importantes en los programas de estudio de formación de enfermeras, a partir de los cuales se consolida la actual estructura jerárquica de la profesión.

Nivel Académico de los Planes de Estudios que se imparten en la República Mexicana.

1978-1990

Nivel	1978	%	1987	%	1990	%
Técnico (Enfermería General)	124	87.7	203	89.8	201	86.3
Licenciatura	15	12.3	23	10.2	32	13.7
Total	139	100.0	226	100.0	233	100.0

Fuente: Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería.
 Dirección General de Enseñanza en Salud.
 Secretaría de Regulación Sanitaria.
 Desarrollo de la Secretaría de Salud, 1987.
 Actualización: Información directa, 1990-1992.

Es importante reconocer la insuficiencia de la información sobre el nivel formativo "no profesional", dado que no existe un organismo que norme un control directo sobre éstos; sin embargo, el factor determinante de este fenómeno ha sido la política de masificación de los servicios médico-asistenciales, mismos que en la mayoría de los casos, se demanda y/o cubren con personal de nivel auxiliar y/o empírico habilitado mediante cursos de adiestramiento que varían en cuanto a requisitos de admisión, tiempos

po, contenidos y procesos de aprendizajes. Esta situación ha generado la superposición de funciones, actividades y responsabilidades, tanto para las instituciones formadoras y/o centros de capacitación y adiestramiento, así como para los centros empleadores de estos recursos; lo más grave ha constituido la repercusión en la calidad profesional de los servicios y la desvinculación gradual de la responsabilidad socioprofesional de la enfermería frente a estos espacios particulares de ésta.

Por otra parte, la relación numérica de centros formadores de nivel técnico y licenciatura ha obedecido a disposiciones, más que de necesidades sociales y de mejoramiento en la prestación de los servicios de enfermería de alta calidad, han obedecido a cuestiones políticas, surgidas eminentemente de las instituciones educativas, sin vinculación alguna con las asistenciales; prueba de lo anterior ha sido el nulo reconocimiento profesional y laboral del nivel de licenciatura, lo cual se explica a partir del control social de la profesión que, tanto el Estado como el gremio médico requieren para el mantenimiento de la fuerza de trabajo, barata y la eliminación de competencia profesional y/o política establecida en las alianzas que los grupos representativos de profesionales asumen para con el grupo detentador del poder y control del Estado.

"Existen enfermeras con nivel de licenciatura ocupando plazas de auxiliares de enfermería; además la confusión de responsabilidad y funciones y la falta de normas, de motivaciones profesionales, sin olvidar la pérdida de identidad..." (22, 26-27).

En cuanto a la distribución de los centros formadores de los recursos de enfermería, actualmente -1990- se repite la problemática de la centralización en estados mediana y mayormente industrializados, tales como son: Distrito Federal con 28 programas de nivel técnico; Nuevo León con 17; Estado de México con 15; Michoacán y Puebla con 14; y, finalmente, Coahuila con 11. Para el caso del nivel de licenciatura, la situación es radicalmente diferente, ya que mientras que el Estado de Veracruz cuenta con 6 planes de estudios, le sigue el Distrito Federal con 4, y Tamaulipas con 3; restando con 15 entidades federativas que cuentan al menos con 1; y 15 que no cuentan con este nivel. Este panorama es entendible a partir de -

los planteamientos previamente establecidos y enmarcados en el contexto de las políticas educativas y de salud de cada una de las entidades que en lo particular participan dentro de la economía y producción de bienes y servicios en materia del capital económico global del país. (Ver Anexo X-1 y X-2).

Es interesante apuntar que a partir de los niveles mencionados, aparece una extensa gama de títulos diferentes en el campo de enfermería, predominando de manera importante el de Enfermería General.

Títulos Registrados en el Área de Enfermería:

- Enfermera
- Enfermera General
- Enfermera Militar
- Enfermera Partera
- Enfermera y Partera Homeópata
- Enfermera Obstétrica
- Enfermera Naval
- Licenciado en Enfermería y Obstetricia
- Licenciado en Enfermería
- Licenciado en Salud Pública.

Fuente: Dirección General de Profesiones, 1990.

En cuanto a estudios de nivel de posgrado, y frente a la insuficiencia de créditos académicos y/o universitarios, los estudios de nivel técnico se inscriben dentro de los estudios de carácter postbásicos, entre los cuales se encuentran:

- Salud Pública.
- Enfermería Sanitaria.
- Enfermería en la Atención de Primer Nivel.
- Enfermería Pediátrica.
- Enfermería Médico-Quirúrgica.
- Hematología y Diálisis Peritoneal.
- Enfermería Psiquiátrica.

- Enfermería en Higiene Mental.
- Administración de servicios de enfermería.
- Administración de servicios de salud.
- Enfermería en Rehabilitación Física.
- Terapia Intensiva.
- Enfermería Cardiológica.
- Educación en Enfermería.
- Docencia en Enfermería.
- Inhaloterapia.

10.2.- Situación Curricular Actual de la Profesión de Enfermería.

La profesión de Enfermería actualmente enfrenta una serie de problemas, tanto en su formación académica-profesional, como en su función - y/o ejercicio sociodisciplinario; dado que se ha ampliado, diversificado - y/o modificado las actividades y responsabilidades a medida que han avanzado la ciencia y la tecnología; además del contexto en conflicto socio-económico en el sostenimiento y/o ampliación de la infraestructura del modelo de atención a la salud en el que se encuentra inmersa.

Lo anterior tiene su origen en la evolución que, en las últimas - tres décadas, ha enfrentado dentro de sus saberes y haceres disciplinarios -principalmente por la delimitación profesional de su deber ser- que desarrolla dentro del equipo de salud y frente a las crecientes demandas sociales de atención, protección y educación para la salud de grandes sectores deprimidos económica y culturalmente de la sociedad del país.

"... el complejo crecimiento de los modernos servicios de salud obliga a las enfermeras a hacer más explícita su contribución a la salud de la comunidad" (1, 24).

De ahí la necesidad de analizar las condiciones Académico-Curriculares de la profesión a partir de los recursos existentes así como de las estrategias y orientaciones didáctico-pedagógicas en la formación de los re-

cursos humanos de enfermería en el país.

10.2.1.- Escuelas y Facultades de Enfermería.

La enfermería mexicana cuenta actualmente en el país -1990- con 215 escuelas, mismas que a lo largo del presente siglo se han incrementado de manera significativa en las últimas dos décadas, ya que de 1965 a 1990, - aumentó de 73 a 215. Este incremento obedece a las políticas educativas y de los servicios médico-asistenciales de expansión y/o crecimiento de instituciones.

Es importante señalar que tanto el número como la ubicación de los -nuevos centros educativos continúan la orientación centralista: en el centro (52%) y norte (33) del país, mientras que el sur (15%) se encuentra - con un número menor. (Ver Anexos X-2).

Escuelas de Enfermería: 1900-1982

Años	Total
Antes de 1900	4
1901-1910	5
1911-1920	11
1921-1930	17
1931-1940	24
1941-1950	39
1951-1960	56
1961-1970	92
1971-1980	124
1981-1990	215

Fuente: SSA, 1978.

Información directa, 1990.

En cuanto a la distribución por entidad federativa, se observa una alta concentración (53.5%) de 115 escuelas en 7 Estados de la República, -

entre los cuales se encuentran: Distrito Federal con 30 escuelas (14%); - Nuevo León con 17 (8%); Estado de México con 16 (7.4%); Michoacán, Puebla, Chihuahua con 14 respectivamente (6.5%) y Jalisco con 10 escuelas (4.6%). Por lo que 24 Estados restantes cuentan con 100 escuelas de enfermería, lo que representa el 46.5% mientras que el Estado de Baja California Sur no cuenta con ninguna.

Lo anterior guarda relación con la distribución de los recursos humanos profesionales y no profesionales en servicios, ya que según datos del XI Censo de Población y Vivienda 1990, los Estados de la República con mayor número de recursos fueron: Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Nuevo León y Veracruz; de ahí que los egresados de los centros formadores sufren migración a cabeceras estatales con mayor posibilidad de empleo, otros se ubican dentro del mismo Estado de procedencia formativa, como es el caso de las cuatro primeras entidades.

Sin embargo, el número de centros formadores de recursos humanos en enfermería, no es garantía inmediata de suficiencia numérica, ya que se requiere de otros datos que permitan limitar el contexto de éstas, tales como es el carácter institucional de los centros.

El control directo de los centros formadores de recursos profesionales en enfermería se perfiló, entre 1978 y 1990, a obtener un control oficial, lo que significa cierta supervisión y comunidad pedagógica-curricular con las políticas sanitarias y educativas a partir de diagnósticos en salud, que si bien se presentan con una parcialidad importante, son los puntos de referencia para la mayoría de los diseños curriculares de la profesión en cuestión. Basta con observar que para 1978, el 57.5% de las escuelas y facultades de enfermería eran instituciones de carácter oficial, mientras que para 1990, disminuye hasta alcanzar el 55.8%; sin embargo, las de carácter privado no se han incrementado significativamente (1.7%) - a tal grado que altere la orientación formativa de la profesión en cuanto al perfil profesional de egreso de los recursos profesionales se refiere.

Dependencia de las Escuelas y Facultades de Enfermería en la
República Mexicana

Dependencia	1978	%	1987	%	1990	%
Oficiales	73	57.5	109	51.2	120	55.8
Privadas	54	42.5	104	48.8	95	44.2
T o t a l	127	100.0	213	100.0	215	100.0

Fuente: Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería.
Dirección General de Enseñanza en Salud.
Secretaría de Regulación Sanitaria.
Desarrollo de la Secretaría de Salud, 1987.
Actualizado: Información directa, 1990/1992.

(+) Escuelas dependientes de Inst. Descentralizada se registraron como oficiales.

En cuanto al control técnico, se observa la trascendencia que juega la U.N.A.M. (14.0%) y la S.E.P. (37.2%) que representan el 51.2% del total de los centros formadores; lo que significa un 46.5% bajo control de universidades estatales. De ahí que es fácil inferir las condiciones didáctico-pedagógicas y curriculares a partir de las cuales se desarrolla la academia formativa de la enfermería en México, dada la importancia de control directo y/o incorporación de estudios que los planes de estudios juegan hacia el interior de las instituciones educativas. (Ver Anexos X-1 y X-2).

Control Técnico de las Escuelas y Facultades de Enfermería
en la República Mexicana

1987 - 1990

Organismo	1987	%	1990	%
Universidad del Estado	100	47.0	100	46.5
- Control Directo	56		58	
- Incorporación	44		42	
Secretaría de Educación Pública	79	37.1	80	37.2
- CONALEP	24		24	
- D.G.E.T.I.	21		22	
- S.E.P. Federal	17		17	
- S.E.P. Estatal	10		10	

Organismo	1987	%	1990	%
- CEBETIS	5		5	
- I.P.N.	2		2	
U.N.A.M.	29	13.6	30	14.0
- Control Directo	3		3	
- Incorporación	26		27	
Otros	5	2.3	5	2.3
- Fuerzas Armadas	3		3	
- Inst. Tec. de Monterrey	1		1	
- Inst. Tec. de Sonora	1		1	
T o t a l	213	100.0	215	100.0

Fuente: Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería.
 Dirección General de Enseñanza en Salud.
 Secretaría de Regulación Sanitaria.
 Desarrollo de la Secretaría de Salud, 1987.
 Actualización: información directa, 1990-1992.

Estos estudios posbásicos tienen una duración entre 10 meses y 1 año, mismos que son impartidos con reconocimiento de instituciones de carácter oficial, siendo reconocidos en la mayoría de éstos como especialidades del personal en servicio asistencial.

En cuanto al nivel de Posgrado de licenciatura se cuenta con los siguientes:

- Administración y Supervisión de Enfermería.
- Enfermería Cardiológica.
- Enfermería Pediátrica.
- Problemas de Enfermería.
- Terapia Física y Rehabilitación.
- Enfermería Quirúrgica.
- Enfermería Psiquiátrica.
- Enfermería en Salud Pública.

La duración de estos estudios oscila entre 1 y 2 años, dependiendo

de la institución en la que se imparten, como son: la E.N.E.O. de la U.N.A.M., Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

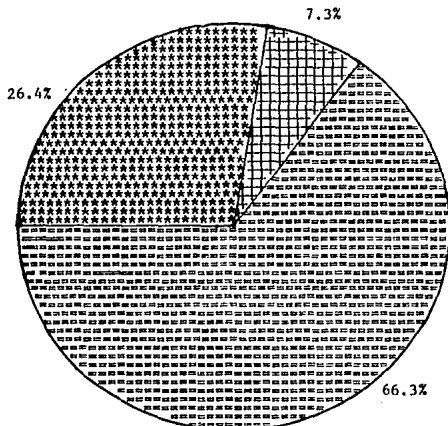
"Todos estos cursos -especialización de grado universitario- han contribuido a elevar el número de personal preparado en el trabajo institucional. Sin embargo, no tienen valor en la práctica, por lo que es frecuente encontrar enfermeras que han hecho dos o más cursos en campos diversos sin que la especialidad alcanzada sea tomada en cuenta para su práctica" (25, 135).

10.2.2.- Recursos Docentes en Enfermería.

En cuanto a los recursos docentes con que cuenta la profesión de enfermería a nivel nacional no tiene registro exacto por la falta de censo particular; sin embargo los anuarios de la ANUIES han registrado 20 centros formadores dispuestos para la docencia, como actividad exclusiva. Pese a la insuficiencia estadística a nivel nacional, se observa un panorama crítico en cuanto a su contratación; ya que el 26.4% corresponde a tiempo completo, el 7.3% de medio tiempo, y el contratado por hora/clase que cubre el mayor porcentaje (66.3%) del total de docentes. (Ver Anexos X-2 y X-3).

Esta situación ha sido en numerosas ocasiones reconocida como condicionante del creciente deterioro de la actividad académica, a tal grado que hoy en día estos elementos lejos de facilitar y motivar el quehacer académico, lo frena, degrada y/o inhiben. (Ver Anexos X-3 y X-4).

Distribución porcentual de la Planta Docente en Enfermería
por Tipo de Contratación: México 1990.



Claves:

- ***** Tiempo Completo
 +++++ Medio Tiempo
 ===== Por Horas.

FUENTE: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuario Estadístico: Educación Superior 1991, México, - ANUIES, 1991.

Planta Docente de 53 Escuelas de Enfermería (25%)
República Mexicana 1990

Profesión	#	%
Enfermera General	1 348	38.7
Enfermera Especialista	421	12.1
Licenciada en Enfermería	215	6.2
Licenciada en Enfermería con Especialidad	11	0.3
Licenciada en Enfermería con Maestría	9	0.2
Enfermera General y otra Licenciatura	69	2.0
Sub Total - Personal de Enfermería-Médicos	2 073	53.4
Otros	997	28.6
Total Planta Docente	3 487	100.0

Fuente: Planta docente de las escuelas de enfermería de:
 CONALEP, S.E.P.-D.G.E.T.I.S., U.A.E.M., E.N.E.P.
 Iztacala - U.N.A.M., 1990-1992.

Entre las situaciones problemáticas que trae consigo el contar con una planta docente mayoritariamente por horas/clase han sido, entre otras, la restricción en el desempeño docente, dejando de lado actividades de asesoría, investigación y apoyo en general de aprendizajes que los estudiantes demandan de manera cotidiana.

Otro problema es la inestabilidad laboral en la que se encuentran - la mayoría de los docentes por asignatura, dado que al ser modificados los horarios, ello de manera unilateral y sin tomar en cuenta la disponibilidad de tiempo y su dependencia de otras actividades remuneradas, altera de manera definitiva la recontractación de éstos.

Las consecuencias de la problemática planteada son:

- Mutilación y degradación de la actividad académica.
- Retroceso en el proceso de profesionalización de la enseñanza profesional en la enfermería.
- Deterioro del nivel académico.
- Movilidad considerable de la planta docente.
- Generación del multichambismo y el paso por la docencia como trampolín del currículum vitae.

Lo anterior viene a sumarse con el registro a nivel nacional de 1979 en el Directorio de Escuelas de Enfermería; donde se señala que:

"El personal docente está integrado por 4 589 personas, de las cuales el 45.8% son enfermeras (generales, especialistas, licenciadas y pasantes), el 31.6% médicos y 22.6% otros profesionales; se registra escasez de especialistas en Ciencias Sociales" (25, 127).

A partir de la presente investigación, dicha información fue actualizada con fecha de 1990, partiendo de una muestra del 25% del total de escuelas y facultades de la República Mexicana (53 en total); la cual registró una tendencia sostenida hacia la incorporación de profesionales de la enfermería en mayor número y en nivel académico máximo alcanzado por éstos. Tendencia que obedece al creciente reconocimiento de la elevación del nivel académico y disciplinario de la planta docente, del personal profesio-

nal en enfermería; de tal manera que coadyuve en el mejoramiento de la calidad en la formación profesional de los recursos humanos sujetos al proceso enseñanza-aprendizaje.

Otro aspecto importante a considerar es el perfil profesional del personal directivo de las escuelas de enfermería, mismos que de 1979 a 1990 no se han transformado sustancialmente; ya que dos terceras partes del total se encontraban dirigidas por enfermeras y sólo un tercio lo ocupaban médicos u otro tipo de profesional.

**Perfil Profesional del Personal Directivo de Escuelas
de Enfermería en la República Mexicana
1979 - 1990**

Profesión	1979	%	1990	%
Enfermería	82	64	141	66
Médicos y otros Prof.	46	36	74	34
T o t a l	128	100	215	100

Fuente: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
Directorio de Escuelas de enfermería: 1979.
Actualización: Información directa, 1990-1992.

10.2.3.- Matrícula Estudiantil en Enfermería.

En cuanto a la distribución de la matrícula estudiantil se refiere, tanto la de primer ingreso como la de egreso y el total existente, muestran un panorama particularmente importante, ya que es a partir de esta información que se estiman los niveles y/o alcances en el cumplimiento de los objetivos de las instituciones educativas en la formación de los recursos humanos profesionales en enfermería y su relación inmediata con los requerimientos demandados por las instituciones del sector salud y/o del sector asistencial en salud de carácter privado.

Debido a la parcialidad de los datos obtenidos en numerosos trabajos

de investigación, no se ha establecido de manera precisa esta condición, sin embargo, lo que sí se ha registrado es que el nivel técnico es - el que presenta mayor problema, debido a la gran proliferación de escuelas, facilitado por la ausencia de medidas reguladoras en su apertura y a la relativa facilidad en la implantación, registro y condiciones didáctico-pedagógicas para su función.

Al respecto la información registrada en el Directorio de Escuelas de Enfermería publicado por la Subsecretaría de Planeación (SSA, 1979), señala:

"El total de alumnas inscritas en 1978 era de 30 119. De este total, el 24% (7 500) se concentraba en el Distrito Federal. En los Estados, las escuelas de Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa, Michoacán, Guerrero y Coahuila concentran el mayor número de estudiantes...

La distribución de la matrícula por años era la siguiente: -
13 013 en primero, 9 498 en segundo y 7 609 en tercero" -
(25, 128).

En cuanto a egresos se refiere, se registraron 8 339, y 4 984 titulados, lo que representa un 59.8% de titulación del personal egresado; este dato es importante dado que al no obtener la titulación, este personal se incorpora al mercado empleador en niveles inferiores al nivel académico para el que fue formado, y en consecuencia genera graves problemas en las instituciones educativas al alcanzar la cobertura parcial de las metas trazadas, no sólo en cantidad terminal de los recursos egresados sino por la calidad y nivel profesional incorporado inadecuadamente.

"De los datos anteriores se calcula entonces que se tiene entre 12 000 y 13 000 egresados de todos los programas identificados del nivel técnico 1985 y 1986" (27, 13).

En 1986 se contaba con 206 programas de nivel técnico, en 213 escuelas a nivel nacional. Situación que es poco probable que a la fecha -1990- haya cambiado dado que el incremento de escuelas ha sido de 2 únicamente.

En cuanto al nivel de licenciatura se refiere, los datos estadísticos de la ANUIES reporta que de 1970 a 1991 la matrícula se ha incrementa

do considerablemente, ya que para 1970 se contó con 112 estudiantes de primer ingreso, en tanto que egresaron tan sólo 29, para 1980 ingresaron 975, egresaron 291, y se contaba con un total de 2 685 estudiantes matriculados en formación; para 1991 se registraron 1 398 de primer ingreso y un total de 4 530 estudiantes matriculados, teniendo un egreso de 660 pasantes. (Ver Anexo X-5).

Este incremento ha obedecido a la demanda de estudiantes con estudios previos de bachillerato, además de la clausura de programas de nivel técnico y dar paso al de licenciatura, incluso por el crecimiento numérico de escuelas de nivel universitario.

Otro dato importante de este nivel ha sido el incremento numérico y porcentual de hombres que ingresaron a estudios universitarios en enfermería: de 1985 a 1991 se incrementó un 25%; lo que significa un reflejo del cambio conceptual de la profesión sobre el calificativo de privativa del sexo femenino.

Distribución de la Matrícula Estudiantil de la Carrera de
Enfermería: Nivel Licenciatura, México, 1985 - 1991

Año	Hombres	%	Mujeres	%	Suma	%
1985	322	9.1	3 196	90.8	3 518	100
1986	377	10.6	3 192	89.4	3 569	100
1987	423	10.6	3 554	89.4	3 977	100
1988	351	8.2	3 952	91.8	4 303	100
1989	369	8.4	4 006	91.6	4 375	100
1990	330	7.6	4 026	92.4	4 356	100
1991	428	9.4	4 102	90.6	4 530	100

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuarios Estadísticos: Educación Superior: 1985-1991. México, ANUIES, 1991.

En cuanto al grado de titulación alcanzado, el registro de 1991 observa que se obtuvo el 62.2% de egresados titulados para este año, lo que significa que entre el nivel técnico y licenciatura, es éste último el

que cuenta con mejores condiciones académicas, técnicas metodológicas, así como de asesoría para la elaboración de trabajos recepcionales y presentación del examen profesional correspondiente; situación que habrá de ser recuperada si se quiere modificar esta situación, por demás incongruente a las políticas y objetivos de las instituciones formadoras de recursos profesionales en enfermería del país.

Distribución de la Matrícula estudiantil de la Carrera de
Enfermería: Nivel Licenciatura, México, 1991.

Nivel	Primer Ingreso	Total Matrícula	Egresados	Titulados
Lic. Enfermería	1 157	3 485	560	348
Lic. Enfermería y Obstetricia	241	685	94	156
T o t a l	1 398	4 530	660	504

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior: Anuario Estadístico - Educación Superior 1991. México, ANUIES, 1991.

En el nivel de posgrado, la matrícula tiende hacia las áreas clínicas, por lo que el área comunitaria, pese a crecientes programas de difusión continúa, ocupan un lugar numérico menor, donde predominan en orden de demanda: Médico-Quirúrgica, Pediatría, Cuidados Intensivos y Administración de los Servicios en Enfermería. El porcentaje de egresados se estimó en el 98% del total de estudiantes de primer ingreso. En cuanto a la relación por entidad sexual, continúa predominando el sexo femenino, pese al incremento gradual de varones que incursionan en este nivel.

Finalmente, se hace necesario reconocer la insuficiencia de la información antes señalada para establecer el contexto particular y actual de la carrera de enfermería en el país, por lo que habrá de analizar en lo particular la situación curricular y acceder a la delimitación de su tendencia (Ver Anexo X-6).

10.2.4.- Orientación Curricular de la Profesión de Enfermería.

Es común encontrar que el inicio de una década se presente una serie de expectativas diversas, inscritas todas dentro de los marcos y/o estrategias económicas, científicas y políticas; en las cuales se encuentra la atención a la salud y donde la enfermería como profesión -como actividad humano-social- demanda del consecuente análisis autorreflexivo en torno a los escenarios presentes y prospectivos que la contextualizan.

"La práctica y el saber de enfermería deberán acelerar su desarrollo elaborando modelos de atención acordes a las necesidades de la población más carente de salud y de servicios" - (40, 21).

De ahí la importancia de conceptualizar adecuadamente la práctica profesional de la enfermería actual, en el sentido de analizar la posesión de las capacidades cognoscitivas, habilidades y destrezas necesarias para la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de enfermería; todos éstos dentro de un contexto económico y político social.

"Para ello se debe considerar la formación de nuevos cuadros, con deseos de superación y de una real conciencia gremial, con el deseo firme de ayuda mutua para de esta forma lograr nuevos espacios y caminos de superación profesional, creando... el reconocimiento de su nivel profesional, que responda a una calidad y calidez de su campo profesional..." (38, 110).

Los centros formadores de recursos humanos de enfermería han reconocido la necesidad de encaminar sus objetivos en comunión a la formación de mejores profesionales requeridos por el sector salud y la sociedad de tal forma que sea mediante el ejercicio profesional de éstos, así como de los existentes, que permitan resolver obstáculos teóricos y prácticos que surgen como resultado de la complejidad que entraña la multiplicación del conocimiento. Cabe entonces contemplar a la interdisciplinariedad como parte esencial en el diseño y organización curricular para el profesional en formación y/o servicio.

"La educación continua para las profesiones sólo tendrá sentido, es decir, sólo cumplirá su propósito integralmente, cuando en el proceso de enseñanza-aprendizaje esté presente el cuestionamiento crítico de la información" (35, 89).

La búsqueda permanente por encontrar la adecuada interrelación entre las instituciones docentes, de servicio y la propia comunidad, que aseguren el desarrollo de un proceso formativo basado en un verdadero proceso de integración docencia-servicio e investigación ha estado plagado de innumerables dificultades. Sin embargo:

"No hay duda que la búsqueda de coherencia entre el proceso educativo y las prácticas vigentes en los servicios (en ocasiones en abierta y manifiesta contradicción con las características de la salud de la población), no es satisfecha en muchos casos y obliga a un proceso de reflexión y análisis que debería envolver a todo el personal que participa en él" (9, 22-23).

Pese a la carencia del correspondiente estudio situacional de la orientación y condiciones curriculares de la profesión de enfermería, la producción anual de los centros formadores de personal se estima en un promedio de 2 300 enfermeras profesionales, mientras que el número de personal auxiliar o no profesional es muy variable, ya que no se tiene un control de ingreso de estudiantes ni de egresados; más aún, no existe un real control de los mismos centros educativos de este nivel de manera directa.

Lo anterior ha generado el desplazamiento de personal profesional por el no profesional, fundamentalmente por la proliferación de programas, el crecimiento de la matrícula, la apertura de escuelas privadas y la dispersión curricular en materia de formación de recursos humanos y materiales; situación que ha conducido a problemas poco estudiados y consecuentemente enfrentados, tales como:

- Disminución de la calidad académica.
- Privatización de la educación en enfermería.
- Excesiva orientación hacia la especialización clínica.
- Falta de reconocimiento académico-profesional del personal alta-

- mente calificado por parte de las instituciones empleadoras.
- Sobre-saturación de los estudios post-básicos.
- Falta de regulación de las instituciones educativas, fundamentalmente en el nivel de la planeación y organización curricular.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por crear centros de enseñanza profesional, de especialización, investigación y creación de nuevos niveles, persiste el déficit de personal en las instituciones asistenciales; por ello la demanda de ampliar en cantidad y calidad la enseñanza a diferentes niveles.

"El personal de enfermería, es un elemento fundamental en los sistemas de atención de la salud, ya que generalmente es el primer contacto que la población tiene en los establecimientos de salud; en los hospitales, la enfermera es el único servicio que cubre las 24 horas del día, los 365 días del año, en áreas marginadas y en el medio rural, es el único recurso de salud con que cuenta la comunidad; es además, el grupo de enfermería el más numeroso entre los componentes del equipo de salud" (24, 81).

La búsqueda de mecanismos de relación y coordinación entre los requerimientos y demandas sociales de servicios de enfermería, han generado, en su reciente etapa de desarrollo, que la enfermería haya incorporado los conceptos teóricos de las ciencias sociales y los grandes avances en las ciencias biomédicas en el currículo, con el fin de integrar conceptual y metodológicamente el proceso salud-enfermedad; lo que ha generado una nueva posibilidad educativa que imprime un nuevo sentido a la formación del profesional de la enfermería. En otras palabras:

"El futuro de la profesión de enfermería estará dado principalmente por las instituciones educativas en la formación de recursos humanos para la atención de salud, a través de la evaluación y reestructuración curricular continua, con modelos educativos innovadores, de tal forma que egresen recursos humanos con actitud crítica y aptitud de liderazgo, capaces de responder a las necesidades de salud y capaces también de tomar decisiones... a través de la planeación conjunta de actividades de los sectores de enfermería involucrados para el logro de los objetivos..." (11, 115).

Al señalar en repetidas ocasiones la necesidad del desarrollo del -

análisis del nivel curricular socioprofesional, con el fin de establecer - de manera global la condición y situación actual del proceso de formación profesional de la enfermería en el país, a partir de los planes y programas de estudios, diseño y organización curricular y principales metodologías de la enseñanza, empleadas en el acto educativo. Dicha tarea implica considerar el universo poblacional tanto de planes y programas de estudios, como de escuelas y facultades que a través del control directo y/o incorporación de estudios mantienen cierta hegemonía en una o varias zonas geográficas del país. De ahí que, frente a la incapacidad de cobertura nacional de los 233 planes de estudios desarrollados en las 215 escuelas y facultades de enfermería, se partirá de la recuperación muestral de 45% del total nacional; población muestral que representa el 46% de total de escuelas de nivel técnico, y del 41% de nivel licenciatura -92 y 13 planes de estudio respectivamente-. En cuanto al carácter de representatividad de la muestra, se tomó como base la cobertura numérica de los planes de estudios así como su distribución geográfica dentro del territorio nacional, y en última instancia su trascendencia dentro de las políticas educativas y de salud dentro de las zonas geográficas de influencia regional y/o zonal. - (Ver Anexo X-7).

En lo que corresponde al tipo de institución educativa y como fue - señalado anteriormente, existen 95 escuelas privadas (44.2%) de las cuales se tomó una muestra de 43 escuelas, que representa el 45.3% de escuelas bajo este concepto. En tanto que las escuelas de carácter oficial, entre las que se contemplan las dependientes de instituciones descentralizadas y/o - bajo control del Estado, totalizan 120 centros educativos a nivel nacional que representan un 55.8% del total de escuelas en el país; de este universo poblacional se tomó el 44.2% con 53 escuelas; mientras que en el caso - de licenciatura, al desarrollarse en instituciones de carácter oficial todos los planes y programas de estudio no se aplica dicho criterio. (Ver - Anexo X-8).

Población Muestral Nivel Técnico.- Planes de Estudio, México, 1990

Variable	Total	%	Inst. Ofic.	%	Inst. Priv.	%
Muestra	92	46	49	46	43	45
Otros	109	54	57	54	52	55
T o t a l	201	100	106	53	95	47

Fuente: Directorio de Escuelas y Facultades de Enfermería, S.S.A., 1987.
Actualización: Información Directa, 1990-1992.

Población Muestral Nivel Licenciatura - Planes de Estudio, México, 1990

Variable	#	%
Muestra	13	41
Otros	19	59
T o t a l	32	100

Fuente: Directorio de Escuelas y Facultades de Enfermería, S.S.A., 1987.
Actualización: Información Directa, 1990-1992.

(+) Planes de Estudios de nivel licenciatura se imparten en instituciones oficiales.

Población Muestral por instituciones y Tipo - Nivel Técnico

Institución	Oficial	%	Privada	%	Total	%
U.N.A.M.	7	27	19	73	26	28
E.N.E.O.						
S.E.P.						
D.G.E.T.I.S.	3	13	20	87	23	25
U.A.E.M.	2	50	2	50	4	4
CONALEP	23	96	1	24	24	26
U.A.C.	1	100	-	-	1	1.08
I.P.N.						
E.S.E.O.	1	100	-	-	1	1.08
U.N.A.M.						
E.N.E.P.I.	1	100	-	-	1	1.08
U.N.A.M.						
E.N.E.P.Z.	1	100	-	-	1	1.08
U.A.N.L.	4	80	1	20	5	5
U.G.	4	100	-	-	4	4
U.Y.	2	100	-	-	2	2
Total	49	53	43	48	92	100

Fuente: Información Directa, 1990-1992.

En cuanto a las instituciones que se cubrieron por la trascendencia de sus planes de estudios y programas, se encuentra la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U.N.A.M., ya que mientras que controla de manera directa tres programas de nivel técnico, los tres son diferentes - por el carácter de independencia interinstitucional que tienen la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza y la de Iztacala; mientras que la ENEO controla a través del concepto de incorporación de estudios a 26 escuelas, dentro de las cuales 19 son de carácter privado, mientras que las 6 restantes dependen de instituciones descentralizadas y/o de dependencias oficiales.

En igualdad de condiciones se encuentran las escuelas de enfermería del CONALEP, donde se cuenta con 23 dependientes directamente de la institución y sólo una de carácter privado con estudios incorporados, pero que trabajan a partir del mismo plan y programas de estudio, mismos que son considerados para la presente investigación.

Otra institución de grandes alcances numéricos lo constituye la S.E.P.-D.G.E.T.I.S., ya que mientras que cuenta con 3 escuelas de control directo, incorpora a 20 de carácter privado.

El resto de instituciones educativas cuenta con 5 y una escuela donde se desarrolla el plan de estudios. Todas estas instituciones dan un total de 92 planes de estudios de nivel técnico y licenciatura. (Ver Anexos V-9 a X-14).

Asumir el análisis de la formación profesional en su nivel curricular ha generado múltiples orientaciones por su carácter metodológico, conceptual y principalmente instrumental. Sin embargo, y pese al carácter polisémico del término, se ha reconocido que su estudio debe partir de una perspectiva interdisciplinaria, ya que presenta múltiples implicaciones que complejizan su especificación, por lo que los ejes más comúnmente utilizados son:

- El currículo como contenido de la enseñanza.
- Como plan o guía de la actividad escolar.

- Como experiencia educacional.
- Como sistema organizativo institucional.

En un intento por conciliar los puntos anteriores y desde la perspectiva conceptual asumida por Margarita Panza se puede decir que el currículo se presenta:

"... como una serie estructurada de conocimientos y experiencias de aprendizajes, que en forma intencional se articulan con la finalidad de producir aprendizajes que se traduzcan en forma de pensar y actuar frente a problemas concretos que plantea la vida social y la incorporación al trabajo... -lo que involucra- el qué y cómo se enseña... -e- implica una concepción de la realidad, del conocimiento del hombre y del aprendizaje, -a partir de su contexto- en un tiempo y espacio social determinados" (26, 21).

Desde las perspectivas críticas del currículo, se ha develado la problemática del hecho educativo que trastoca espacios tales como: autoritarismo, poder, relación del conocimiento, legitimación, cultura, etc.; - los cuales ponen de manifiesto:

"... dos momentos dialécticos: el formal, que anuncia los lineamientos institucionales, y el real, que es producto del proceso histórico vivido en la institución... -por lo tanto- el currículo se manifiesta... de dos diferentes modos: como oculto (el implícito y latente en todo momento que expresa el proyecto ideológico y social pretendido); como plan de estudios (explicitación formal de los propósitos educativos, así como de la organización pedagógica del contenido disciplinario a enseñar) y como currículo vivido, o sea, manifestación de las interrelaciones de las distintas instancias formales y reales que constituyen una institución escolar: ... cuyo resultado es la concreción de las condiciones y posibilidades reales del proceso enseñanza-aprendizaje que se vive en una institución" (18, 31).

Es a partir de estos niveles curriculares que permiten observar y entender su génesis, conformación y desarrollo dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, así como sus productos concretos en formas y niveles de reproducción y contradicción ideológica, social y cultural que se generan a partir de los fines que persiguen las instituciones educativas y como resultado de las políticas educativas nacionales y sectoriales.

"El currículum formal existe (teóricamente) en congruencia con la política y la organización legal, académica y administrativa propia de la facultad o escuela de que se trata, por lo cual adquiere ciertas características que pueden generar con tradiciones al ser llevado a la práctica (currículum vivido), características y contradicciones que se explican como acordes al proceso histórico-social y económico de vida de dicha institución" (18, 32)

A partir de lo antes señalado y con fines analíticos del objeto de estudio de la presente investigación se recuperarán los postulados teóricos de la "Nueva Sociología del Currículum" postulados por Henry A. Giroux; mismo que centra sus bases en el reconocimiento de que:

"... las escuelas son parte de un proceso social amplio y deben juzgarse dentro de una estructura socioeconómica específica... donde se propone una reexaminación completa de la relación entre el currículum, las escuelas y la sociedad" (18, 44)

Dicha reexaminación parte de analizar el enfoque político e ideológico y cómo funciona en las escuelas para su reproducción; tanto en el currículum formal como en el oculto, así como las costumbres, creencias y relaciones económicas que subyacen en y para un tipo determinado de relaciones sociales. Lo anterior necesariamente conduce a recuperar la intencionalidad del control social mediante las estrategias de evaluación de los sujetos en formación y de los procesos de construcción curricular, tanto en el diseño como en la implementación de las tareas educativas concretas, - que resultan -en la mayoría de los casos- ignorar las significaciones reales de que son presa dichos sujetos, lo que resulta de aprendizajes, por demás cuestionables en su nivel ideológico y profesional.

Dentro de los registros muestrales de la presente investigación se observó que el total de instituciones formadoras de recursos humanos en en fermería carecen de dirección inmediata en el diseño curricular, ya que un gran número de éstas -40%- se encuentran supeditadas a los lineamientos de las universidades que revalidan y/o reconocen sus estudios; esto es, al ser escuelas incorporadas se ven obligadas a desarrollar los planes y programas de estudios que le son dispuestos, tanto en los contenidos como en las metodologías didácticas y de enseñanza dispuestos para su implementación.

En cuanto a las instituciones directamente responsables de éstos, - la gran mayoría se encuentra organizada a partir de áreas o departamentos centrales que en materia de planeación curricular determinan la organización de contenidos, sin que por ello el cuerpo docente participe de manera directa en las acciones de análisis y/o diseño; menos aún se encuentra la integración o participación de los sectores estudiantiles y egresados, ya que en la mayoría de los casos se expuso la incapacidad administrativa, - técnica e incluso de políticas y estatutos que determinaban dicha acción.

Por lo anterior es fácil entender las lecturas parciales que de la realidad educativa se realizan en torno a la producción, distribución y - evaluación del conocimiento profesional dispuesto en y para el acto educativo y/o ejercicio profesional concreto.

En la actualidad, se ha reconocido la importancia de los modelos curriculares, mismos que deben dar cuenta de la singularidad de los sujetos a quienes va dirigido, dado que se pretende recuperar sus capacidades históricas, culturales y político-ideológicas de que son portadores; todo - ello con el fin de enriquecer de manera práctica y continua el proceso de aprendizajes profesionales particulares, que encaminen sus perspectivas - críticas y emancipatorias de índole mecanicista y tradicional.

Sin embargo, como se señaló con anterioridad, ello no ha sido posible instrumentar en el caso de la enfermería dada la insuficiencia teórica y metodológica de que son presa la mayoría de los profesionales - administrativos, directivos, docentes, e incluso investigadores- responsables de la dirección y funcionamiento de los centros educativos de enfermería.

Como se ha mencionado, las características de formación profesional emanan de un contexto socio-histórico, económico y político, que visto desde el orden macrosocial refleja la relación directa entre el Estado y las estrategias de gobierno, en materia de desarrollo de la nación y en particular de las políticas educativas dispuestas para tal efecto. Mientras que para el orden microsocia se ubica a partir de la estructura curricular y de los medios o métodos de enseñanza con que se cuentan para su desarrollo.

En la actualidad la profesión y/o carrera profesional de enfermería es considerada a partir de la planeación educativa, como interrelación entre el nivel institucional y el sistema de educación superior a nivel social.

"... planear es un acto de inteligencia, cuyo propósito es racionalizar la selección de alternativas para el futuro.

Implica un ejercicio libre de la razón para definir con claridad los fines a los que se orienta la acción de desentrañar - los mejores medios para alcanzarlos" (14, 12).

Planeación que presenta una observancia particular, dadas las dimensiones que el fenómeno educativo involucra:

- Dimensión Social: Estrategia de interrelación entre los individuos y su contexto social, a partir de los lineamientos legislativos, normativos, que rigen a los grupos humanos.

- Dimensión Técnica: Planeación encaminada a la organización de concimientos científicos y tecnológicos.

- Dimensión Política: Planeación que emana del marco juridico-institucional y que respalda un compromiso y enfoque específico.

- Dimensión Cultural: Marco de identidad de los sujetos y perspectivas axiológicas a través de las cuales se ajusta toda actividad humana.

- Dimensión Prospectiva: Acto de reflexión y redimensionalidad de las realidades concretas para incidir en un futuro posible.

Toda vez que las dimensiones antes señaladas conforman la planeación educativa, habrán de relacionarlas, en mayor o menor medida, en el proceso del diseño curricular.

Dimensiones que aún siendo asumidas dentro del proceso de diagnóstico situacional del mercado y/o espacios del ejercicio profesional al que se perfilarán los futuros egresados de la institución educativa enfrenta insu

ficiencias teóricas importantes; resultado básicamente de las numerosas - concepciones que en torno al currículo asumen en lo particular tanto el - personal directivo, como la planta docente e investigadores empleados so- bre este aspecto en lo particular.

Arredondo recomienda que

"... el resultado de: a) el análisis y reflexión sobre las ca- racterísticas del contexto del educando y de los recursos; - b) la definición (tanto explícita como implícita) de los fi- nes y los objetivos propuestos para asignar racionalmente los recursos humanos, materiales, informativos, financieros, tem- porales y organizativos de manera tal que se logren los propó- sitos... aseguran la congruencia curricular del diseño corre- pondiente" (2, 374).

Desde esta perspectiva, se entiende que el diseño curricular es un proceso, en tanto que el currículo es el resultado del mismo. Esto mismo guarda relación inmediata con los aportes que Marfa de Ibarrola establece como fases del proceso del desarrollo curricular:

- 1.- El contenido informativo propio de profesión.
- 2.- El contenido social.
- 3.- La institución educativa.
- 4.- Las características del estudiante" (14, 21).

Dichas fases, en lo general han sido desarrolladas en todas y cada una de las instituciones investigadas, sin embargo la limitación diferen- cial entre éstas estriba en la profundidad, marco teórico-conceptual y metodológico con que se desarrollaron; ya que mientras unas se inscribie- ron en particularidades institucionales, otras se orientaron al análisis - regional, y los menos, a nivel nacional, con capacidad de generaliza- ción; situación que repercute directamente en los enfoques y alcances - que les posibilita una formación específica para una región geográfica pa- rticular o de nivel de ubicación indistinta.

Por lo antes expuesto se hace necesario analizar, paso a paso los - elementos estructurales de la organización curricular de la profesión en cuestión, para acceder a la delimitación particular en el señalamiento de

sus características más trascendentes.

a) Perfil Académico-Profesional.

Una vez establecido el diagnóstico de necesidades sociales y la jerarquización de competencias académicas y laborales que deberán poseer los recursos profesionales, como estrategia de la planeación educativa en la determinación de los fundamentos que sostienen a toda carrera profesional universitaria; la tarea fundamental es el establecimiento de los perfiles escolares, ya que es

"A partir de éstos, de donde los planes y promesas de estudio pecifican los conocimientos, habilidades y aptitudes que el profesionista debe reunir para el desempeño de sus funciones. Dado que este perfil se deriva de una concepción global de la carrera... Se puede calificar como perfil desead o ideal, a diferencia de los perfiles 'reales' que se refieren a las condiciones socioeducativas existentes en la población estudiantil...

El perfil del aspirante se caracteriza por los conocimientos, habilidades y aptitudes mínimas básicas para cursar una carrera, que el aspirante debió adquirir en el nivel educativo inmediato anterior" (20, 220).

Se cuenta con numerosas experiencias investigativas en la determinación de perfiles escolares, que presentan diferencias en sus vocablos como son la categoría de alumno, estudiante y población; y que hacen mención a los sujetos que ingresan por vez primera al sistema educativo - del nivel correspondiente. Otro caso lo es la categoría de pasante y egresado, donde la expresión de egresado acusa a los sujetos que han cubierto el total de los créditos del plan de estudios, sin que se precise la titulación o no.

Por lo que, independientemente de la concordancia o no en el análisis minucioso del eje estructurador de los perfiles profesionales, lo que sí es de reconocer es que:

"El reto... es generar acciones que permitan superar la contradicción entre las necesidades de transformación de las es-

estructuras académicas -curriculares, pedagógicas e institucionales- congruentes con la razón de ser de las universidades -autónomas y los obstáculos que le imponen los intereses del mercado de trabajo de adecuación directa a sus demandas" - (20, 237).

El perfil académico profesional constituye el punto de partida para el establecimiento de las innovaciones académicas en la formación profesional que las instituciones de educación superior deben asumir frente a las responsabilidades, tanto sociales como de competencia en los mercados de trabajo y los avances que en materia de ciencia y tecnología la profesión demanden. En suma, es el acto del deber ser que le da razón de ser a la educación superior.

"La formación científico-técnica del futuro profesionista debe contemplar en este sentido la heterogeneidad de la estructura ocupacional, así como de la población mexicana, por lo que aunado a la formación integral debe contemplarse en los objetivos de formación profesional y su reproducción en el plan de estudios una formación polivalente que permita al futuro profesionista insertarse en las diversas posibilidades del mercado ocupacional" (20, 238).

Esto significa asumir el compromiso socioprofesional de analizar - las posibilidades y alcances en la formación profesional que la universidad presenta frente a una problemática particular y específica que le demanda cumplir su papel en la formación de los recursos profesionales calificados para la resolución de dichos problemas.

Perfil de Ingreso:

Toda vez que se ha establecido el diagnóstico de necesidades de recursos humanos en enfermería; resultado de las políticas de salud, tanto nacionales como estatales, la determinación del diagnóstico de salud y los requerimientos de las instituciones del sector salud, se establecen los perfiles escolares, dentro de los cuales se encuentra el Perfil de Ingreso.

A partir de los lineamientos documentados por las instituciones analizadas se registran los siguientes elementos comunes, tanto para el nivel técnico como para el de licenciatura.

Nivel Técnico:

- Antecedentes Académicos: - Haber aprobado los estudios de enseñanza media básica (secundaria).
- Diagnóstico Académico: - Haber obtenido un promedio mínimo de siete y aprobar el examen de selección para ingresar a la institución.
- Hábitos de Estudio:
 - Observación, análisis y juicio crítico.
 - Habilidad manual.
 - Trabajo individual y de grupo.
 - Constancia en cada actividad que emprende y - responsabilidad en ella.
- Expectativas:
 - Interés en la Salud Humana.
 - Cuidado en su Higiene Personal.
 - Compromiso Social.
 - Toma de decisiones.
 - Habilidad de comunicación y de relaciones personales.
- Datos Generales:
 - Facilidad para el trabajo en equipo.
 - Tolerancia a jornadas prolongadas y discontinuas de trabajo, así como ante situaciones de presión emocional.
 - Estabilidad Emocional.

Nivel Licenciatura:

- Antecedentes Académicos: - Haber aprobado los estudios de enseñanza media superior (bachillerato, vocacional, colegio de ciencias y humanidades).

(+) Los demás datos son comunes a este nivel.

Es importante señalar que cada uno de estos elementos, principalmen-

te los de expectativas así como los de datos generales deben ser considerados como de carácter ideal, en tanto que los individuos básicamente - los de nivel técnico, se encuentran en la etapa de la adolescencia y/o - adultos jóvenes los de licenciatura, por lo que es incongruente exigir características de sujetos con personalidades definidas y consolidadas en - sus intereses, gustos y principalmente en el desarrollo de habilidades y destrezas que requieren de la consecuente instrucción formativa.

Perfil de Egreso.

El perfil de egreso al configurar los logros que se pretenden obtener en el alumno al término de su formación profesional; le es considerado como elemento de comparación en los procesos de actualización y/o evaluación del currículo.

Las instituciones consultadas por la presente investigación registraron las siguientes consideraciones comunes:

Nivel Técnico:

- El egresado de la carrera de enfermería a nivel técnico, adquiere una formación científica y humanística a partir de conocimientos, hábitos, destrezas, actitudes y valores que les permite desarrollar un ejercicio - profesional responsable, tanto disciplinario como social; todo esto, a partir de una postura consciente y racional de la realidad sociohistórica como individuo y como profesional de la enfermería, inmerso dentro de un contexto socioeconómico y sanitario particular.

Conocimientos

Con el objeto de contribuir al bienestar de la salud del hombre y de la colectividad, el egresado de enfermería cuenta con una formación integral en las ciencias biomédicas, psicológicas y sociales, destacándose - entre las primeras los siguientes conocimientos: 1.- Area Asistencial: do-

minio de las áreas médicas fundamentales (pediatría, gineco-obstetricia, - medicina interna, cirugía), en las que la enfermería coparticipa de manera fundamental.

- Aplicación de principios fundamentales de propedéutica en enfermería, principalmente en: cuidados pre y postquirúrgicos, asistencia en proceso quirúrgico, atención pre y postnatal a la madre y producto.

- Juicio discriminatorio de los casos que ameritan ser referidos a las instancias adecuadas para que sean atendidas sus necesidades de salud.

- Dar atención de enfermería en los tres niveles de atención a la salud, principalmente a grupos de alto riesgo a enfermar o morir en la región y prevalentes en la localidad.

2.- Area Comunitaria: - Aplicación de principios de higiene (nutrición, profilaxis, etc.) necesarios para la conservación de la salud.

- Reconocimiento socio-cultural y económica del país y el papel que representa la enfermería dentro de esa realidad.

- Planeación de las acciones de enfermería encaminadas a promover la salud, prevenir y tratar las enfermedades, rehabilitar al individuo, familia y comunidad.

- Fomento a la educación del autocuidado de la salud a toda la población.

- Comprensión y fomento del mejoramiento del medio ambiente y la sociedad, especialmente del país.

3.- Area Administrativa: - Aplicación de los principios y fundamentos teóricos para la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de enfermería.

- Comprensión del desempeño y/o actividades de los recursos huma--

nos en enfermería.

- Desarrollo del trabajo individual independiente y/o grupal, ya sea como subordinado o coordinador.

- Participación en la dinámica administrativa de los servicios de salud, y principalmente de enfermería.

4.- Area Docente: - Aplicación de los principios del desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano.

- Comprensión y manejo adecuado del lenguaje en la comunicación entablada con los pacientes y/o comunidad, compañeros de trabajo y superiores.

- Comprensión y aplicación de los principios básicos de la didáctica.

- Comprensión de los procesos enseñanza-aprendizaje.

- Reconocimiento del compromiso del ejercicio profesional, así como el papel de la actualización permanente.

5.- Area de Investigación: - Desarrollo de los procedimientos, métodos y técnicas que caracterizan a la atención profesional de enfermería en la actualidad.

- Desarrollo de la creatividad y de aptitudes metodológicas en la adquisición y el dominio de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos básicos.

- Selección de los métodos, las técnicas y procedimientos para estudio de situaciones de salud-enfermedad que afectan a individuos y grupos.

Funciones:

La profesión de enfermería al inscribirse dentro de las actividades de servicio en los diversos niveles de atención a la salud, y de manera - multidisciplinaria, se dirige al fomento, promoción y restauración de la salud humana, en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.

Dentro de las principales funciones que desarrollará el profesional técnico en enfermería se encuentran las siguientes:

- Participar y/o coordinar en el proceso administrativo de los servicios de enfermería y de asistencia social.
- Colaborar en la adquisición y control de los insumos para los ser vicios de salud.
- Colaborar con el equipo multidisciplinario de salud, en el diagnós tico de la comunidad.
- Participar con el equipo de salud, en programas dentro de los - tres niveles de atención a la salud.
- Colaborar en la canalización y referencia del sistema de salud.
- Colaborar en programas de promoción, conservación y restauración - de la salud.
- Aplicar medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Promover la participación comunitaria en acciones de salud.
- Participar en programas de enseñanza y capacitación e investigación de campo y clínica.
- Aplica medidas técnicas de control en los tratamientos médicos.
- Aplica los procedimientos de enfermería en atención a la salud.
- Elabora y ejecuta programas de promoción de la salud y mejoramien to ambiental.
- Participa en el diagnóstico de salud, individual y/o comunitario.
- Comprende los problemas y necesidades de salud de la población, sus requerimientos de atención, así como las políticas del sector y sus re

cursos.

- Comprender la interrelación de los procesos sociales con el proceso salud-enfermedad.

- Aplicar conocimientos de administración en la planeación, ejecución y evaluación de su ejercicio profesional.

- Identifica y analiza los problemas y necesidades de atención de salud con y para el individuo, familia y comunidad, aplicando el método científico.

- Ejercer una práctica científica, eficiente, crítica y con un alto sentido humanístico con base en conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos así como de la realidad social, económica y política del país.

- Plantea alternativas y toma la decisión para la solución de problemas y necesidades de salud, identificados en el individuo, familia y comunidad; desarrollando las acciones de enfermería correspondiente, de acuerdo a los recursos disponibles.

- Orientar a individuos y grupos, para mejorar su dinámica e integración familiar, que favorezca su interrelación con la sociedad de acuerdo a sus recursos y potencialidades.

- Proporciona educación para la salud a individuos y grupos.

- Elabora programas de salud y diagnóstico oportuno de padecimientos.

- Brinda diferentes tipos de terapias que permitan la integración del individuo a su medio ambiente.

- Realiza investigación de las causas de padecimientos específicos y de los requerimientos de la sociedad respecto a los servicios de enfermería.

Destrezas.

El egresado de la carrera de enfermería de nivel técnico deberá desarrollar las habilidades necesarias para:

- Manejar el equipo médico y quirúrgico en las áreas que corresponden al trabajo de enfermería.

- Proporcionar al paciente atención integral de enfermería en las

situaciones que lo requieran; control pre y post-natal, emergencia, cirugía, problemas psiquiátricos, etc.

- Aplicar las distintas técnicas y procedimientos propios del trabajo de enfermería tales como: cuantificación y registro de signos vitales, administración de fármacos por las diferentes vías, examen físico y otros.

- Participación en estudios de comunidad y en programas que se desarrollan en la misma comunidad.

- Elaborar e instrumentar un plan de cuidados de enfermería, de acuerdo con las necesidades del paciente y con el diagnóstico.

- Participar en programas de enseñanza-aprendizaje para la prevención y control de problemas de salud.

- Programar y desarrollar actividades en su área de trabajo dentro de una estructura administrativa.

- Comunicarse correcta y profesionalmente con los pacientes, compañeros de trabajo y superiores.

- Tomar decisiones ante situaciones de trabajo, críticas o inesperadas.

Metodologías de Trabajo.

Toda actividad profesional está fundamentada a partir de la metodología particular que le posibilita no sólo dar cuenta de su razón de ser, sino de ser susceptible de transformación; de ahí que la enfermería, en la formación de sus recursos humanos aplica los recursos, técnicas y procedimientos inherentes a su quehacer disciplinario, fundamentado en el método científico; utilizando como apoyo el método epidemiológico, experimental, estadístico, clínico, analítico, comparativo, inductivo, deductivo, entre otros.

Entre las técnicas que emplea se encuentra:

- De Diagnóstico: de observación, auscultación, laboratorio de investigación, entrevista clínica, cuestionario.

- De Promoción: de sensibilización dinámica de grupos, publicidad y propaganda (didácticas).
- De Intervención: de propedéutica, quirúrgica, médico-quirúrgica y terapéutica.

El desarrollo de la metodología seleccionada para cada caso en lo particular, a partir del empleo de técnicas específicas, generan en el egresado habilidades y destrezas que desarrolla de manera simultánea:

- Aplica el Proceso Atención de Enfermería (Asistencia).
- Elabora el Diagnóstico de Salud (Comunitaria).
- Aplica el Proceso Administrativo (Administración).
- Elabora Programas de Enseñanza.
- Investiga Nuevas Técnicas y Procedimientos.

Las habilidades anteriores le permiten:

- Utilizar el método epidemiológico para la identificación de los riesgos de enfermar o morir a los que está expuesta la población.

- Realizar el examen físico simplificado.

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería como planteamiento para dar respuesta efectiva y oportuna a las situaciones de salud-enfermedad de la población sujeto de atención.

- Atender a los grupos prioritarios con acciones de atención primaria en el 1o. y 2o. nivel de prestación de servicios, con énfasis en el grupo materno infantil.

- Influir en individuos y grupos para modificar sus hábitos y costumbres que afectan su salud.

- Poder comunicarse verbalmente de manera precisa y oportuna.

- Participar en investigación.

- Participar e incidir en la solución de los problemas de salud de su competencia en servicios preventivos, curativos o de rehabilitación del Sector Salud, con base en conocimientos coherentes con el perfil epidemiológico del país.

Actitudes:

Para poder desarrollar sus funciones, es necesario que el egresado de la carrera de enfermería de nivel técnico manifieste las siguientes actitudes y valores:

- Apertura para el trabajo en equipo, por la actividad profesional estrechamente vinculada con otros profesionales del denominado equipo de salud.

- Comprensión de la naturaleza integral del ser humano y de la influencia que los factores sociales y psicológicos tienen en el proceso salud-enfermedad.

- Genuino deseo por asistir en el alivio y/o sufrimiento de la enfermedad y/o muerte.

- Disposición crítica hacia el desempeño del trabajo profesional propio y hacia la actuación de las distintas instituciones del sistema de salud.

- Conciencia de dignidad profesional del trabajo profesional de enfermería.

- Respeto a la vida y dignidad a la persona.

- Interés por la conservación de la salud.

- Ética en su práctica profesional.

- Disposición para el desarrollo de actividades innovadoras.

- Interés permanente por el fortalecimiento y cohesión gremial.

- Deseo de mejorar su formación personal.

- Participación solidaria y de servicio social en la atención de la salud de los grupos mayoritarios de la población.

- Enfrentar críticamente sus necesidades de salud física y mental, desarrollo personal y profesional que se traduzca en constante superación.

- Participación política y profesionalmente dentro de la vida del país.

Campo de Actividad:

Las actividades profesionales de los egresados de la carrera de enfermería responden a las demandas sociales del momento actual y del futuro.

inmediato, mediante su inserción a equipos multidisciplinarios de salud, a través de una práctica crítica, analítica y humanística, manteniendo y fomentando su identidad profesional y espíritu universitario. Además, están enfocadas hacia problemas relacionados con necesidades de salud individual y colectiva que pueden ser locales, regionales y nacionales. Recibe un beneficio directo de su actividad cada individuo en sus diferentes etapas de vida, como parte de una familia y dentro de una comunidad.

Todas estas actividades se inscriben dentro de los servicios del -
Sector Salud:

- Población rural y urbana.
- Instituciones sanitario-asistenciales (públicas).
- Instituciones sanitario-asistenciales (privadas).
- Centros de Rehabilitación.
- Industrias.
- Guardería.
- Centros Escolares.
- Instituciones de salud mental.
- Atención particular o individual.

Nivel Licenciatura.

Uno de los propósitos fundamentales de toda universidad es la formación de profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

En el caso particular de la enfermería universitaria, su formación profesional se enfoca a la formación de un profesional que capacitado, actúe a nivel individual y colectivo, a partir de un marco teórico y metodológico, que interdisciplinariamente le posibilite establecer las relaciones humanas con los sujetos a los que brinda sus servicios, con actitud crítica y en conjunto con la participación del equipo multidisciplinario de salud, se acceda a la elevación de las condiciones tanto de salud como de -

bienestar social. Teniendo presente que el énfasis de sus acciones será la salud de la colectividad.

Conocimientos:

Los fundamentos teórico-conceptuales del ejercicio profesional de - los egresados de la licenciatura en enfermería le posibilitan:

- Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a - la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.

- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del sector salud, las políticas y las estrategias de acción en - virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.

- Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de enfermería en el ni-vel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los - tres niveles de atención; y su contribución en el fortalecimiento de las - acciones de atención primaria.

Funciones:

Dentro de las funciones y en congruencia con las posibilidades de - desarrollo real del ejercicio profesional de los egresados dentro del sector salud, habrá de señalar sus funciones a partir de los tres niveles de atención a la salud que conforman la estructura organizacional del mismo:

- I.- Atención integral de individuo y grupos para resolver problemas o situaciones sencillas en un primer nivel de atención.

El desarrollo de esta función se centra en el apoyo técnico al personal auxiliar de enfermería y otros recursos no formales de la comunidad para la atención de la salud, a fin de que realicen, con la participación organizada de la población, acciones sencillas y libres de riesgo, encaminadas a identificar los problemas de salud y sus causas, promover el autocuidado y brindar cuidado primario a la población en general, con énfasis en la atención materno-infantil y planificación familiar; fomentar la salud mental individual y colectiva, la atención a grupos de riesgo; aplicando métodos específicos a cada caso.

Participar, multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodologías simplificadas, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementan el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

II.- Atención directa a pacientes ambulatorios u hospitalizados en servicios de medicina general, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.

En este nivel, planes la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados con base en el diagnóstico médico y de enfermería, priorizando las necesidades del individuo y su familia, junto con otros profesionistas, aplica medidas preventivas, diagnósticos, terapéuticas y de rehabilitación en el cuidado directo a pacientes médico-quirúrgicos en cualquier etapa de vida, condición y estado de salud, procurándole un ambiente confortable y seguro que coadyuven a su restablecimiento; colabora en acciones encaminadas a promover la salud mental de los pacientes e identifica cambios de

conducta que ameriten atención especial. Orienta al individuo y su familia para prolongar los cuidados en el hogar y limitar las posibilidades de complicación y reingreso al hospital, colabora en la vigilancia epidemiológica intrahospitalaria y valora la atención de enfermería ofrecida, para plantear alternativas que permitan mejorarla. Sistematiza el estudio clínico-integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detecta y clasifica las manifestaciones de alteración orgánico-funcional, durante las diversas etapas de la vida.

Elabora juicios clínicos que permiten la toma de decisiones acerca de la atención específica de enfermería que debe proporcionarse al paciente para contribuir con las cuatro ramas troncales de la medicina y las diversas especialidades, en los procesos hospitalarios de restablecimiento de la salud.

III.- Participación en la atención directa de pacientes con necesidades generales y problemas de salud más complejos.

El egresado de la carrera de enfermería de nivel licenciatura, posee los conocimientos y habilidades generales para participar en el tercer nivel de atención y colaborar con personal especializado en los cuidados generales a pacientes de alto riesgo; lo que le permite identificar campos de especialidad en el ejercicio profesional y optar, en caso de que así lo desee, por la profundización formal y específica en algunos de ellos.

Es de gran importancia señalar que dicho profesional proporciona atención de obstetricia a la mujer embarazada de bajo riesgo perinatal, considerando los métodos clínicos y epidemiológicos para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.

Destrezas.

Lo anterior implica el desarrollo de destrezas para:

- Comprender los problemas y necesidades de salud de la población y

sus requerimientos de atención, así como las políticas del sector salud y sus recursos.

- Interrelacionar los procesos sociales con el proceso salud-enfermedad, para buscar la explicación social e histórica, que dé cuenta de la distribución de los daños a la salud entre la población y aplicar en lo posible medidas correctivas.

- Participar en el trabajo multidisciplinario, asumiendo el liderazgo en las funciones que son de su competencia.

Metodología de Trabajo.

La administración, investigación y docencia, serán sus elementos de apoyo técnico y metodológico para participar en la formulación de normas, procedimientos y políticas de prestación de servicios de enfermería; colaborar en la solución conjunta de necesidades, delimitando las funciones y responsabilidades que le competen.

Mediante acciones de enseñanza programada y de supervisión, organiza la atención de enfermería de los usuarios de los servicios de salud y participa en la evaluación de los mismos, determina las necesidades de adiestramiento, educación continua al personal de enfermería y contribuye en su desarrollo.

Profundiza en el conocimiento de casos o situaciones específicas - promoviendo la investigación y el empleo de resultados en el mejoramiento de su práctica profesional. Contribuye a la enseñanza de recursos en formación y a la integración docencia-servicio.

Actitudes:

Para el desempeño de las funciones antes mencionadas se requiere - del consecuente desarrollo de actitudes y habilidades que posibiliten de manera simultánea:

- Desempeñar su profesión con juicio crítico, creativo e iniciativa.
- Plantear alternativas y tomar decisiones fundamentales en el conocimiento, experiencia y comprensión de su papel social y profesional, para atender los problemas y necesidades de salud de individuos y grupo.
- Consolidar a través de su práctica el papel fundamental de la enfermería, centrado en el proceso del cuidado de los individuos, mediante acciones de atención directa, apoyo, guía y consejo.
- Demostrar habilidad en el manejo de situaciones críticas que pongan en riesgo la salud e integridad de individuos y grupos.
- Utilizar la administración, investigación y docencia como apoyo para el desempeño de las funciones que le competen y en el desarrollo de la formación y práctica profesional de la enfermería.
- Emplear la comunicación efectiva como instrumento de trabajo, desarrollo personal y profesional, que se traduzcan en constante superación.
- Participar política y profesionalmente en el desarrollo social de la enfermería a través del análisis y replanteamiento del "Ser y Deber Ser" de la profesión que cada momento histórico implica.

Campo de Actividad:

La actividad del egresado se ubica dentro del sector salud:

A partir de los centros educativos formadores de recursos humanos en enfermería se ha podido apreciar que la planeación curricular parte esencialmente de la especificación de los problemas de carácter económico, político y social que determinan de manera sustancial la condición situacional de la salud de la población, no sólo a nivel nacional, y si más detalladamente, de manera regional y/o estatal; esto es, la orientación en el diseño curricular parte de la elaboración del estudio diagnóstico de la salud, de los requerimientos de recursos humanos y perfiles de puesto que, fundamentalmente las instituciones del sector salud establecen dentro de sus estimaciones de personal de enfermería y la inscripción de sus características laborales dentro de los profesiogramas, como es el caso del IMSS.

De ahí que la planeación educativa determine la jerarquización de competencias académicas y laborales que deberán poseer los recursos profesionales; tarea fundamentalmente importante por la trascendencia en la construcción de los perfiles, los objetivos curriculares y en última instancia, la organización curricular.

Es importante señalar la gran inexperiencia de la mayoría del personal administrativo y directivo y docente de los centros educativos en enfermería, en materia de la planeación educativa en general, y en la planeación y organización curricular en lo particular, ello fundamentalmente, resultado de las condiciones de inestabilidad de su contratación, dado que, en la mayoría de los casos, depende del período administrativo del grupo directivo en turno, o más aún, de las filiaciones de grupo que el personal tenga para mantener su vigencia dentro de la plantilla del personal; sin embargo, existen otras experiencias, las menos, donde el personal ha experimentado de manera permanente su integración a las tareas antes mencionadas, donde su participación ha representado significativamente la recuperación de su experiencia e introducción de propuestas innovadoras que han beneficiado los programas tanto de evaluación y/o actualización o revisión tanto de planes de estudio como de programas de unidades o asignaturas o módulos.

- Instituciones de servicios asistenciales.
- Instituciones de Seguridad Social.
- Hospitales, clínicas y servicios de salud del sector privado.
- Instituciones Educativas.
- Ejercicio profesional privado.

En apego a los perfiles de egreso consultados y los elementos comunes antes mencionados, se puede establecer las siguientes consideraciones:

En cuanto a las diferencias existentes entre el nivel técnico y licenciatura radican básicamente en los niveles de participación -manejo y control de conocimientos científico-instrumentales y la competencia del ejercicio libre de la profesión, para este último, y de carácter cautivo para el primero.

Ambos niveles, en cuanto al campo de conocimientos se hace énfasis en el individuo y la comunidad, ambos, desde una perspectiva psicosocio-cultural y político-económica que determinan el estado de salud; además de la consecuente delimitación de ésta dentro de las estrategias de desarrollo de la comunidad para quien brinda sus servicios.

En el caso particular de la licenciatura se exigen niveles de comprensión y manejo consecuente de elementos conceptuales que exigen al egresado niveles de integración cognitivos de mayor complejidad, pero que al mismo tiempo le posibilitan asumir responsabilidades profesionales tradicionales e incluso con posibilidades innovadoras.

Por otra parte, y resultado de los numerosos compromisos de las últimas administraciones gubernamentales en México, en el reforzamiento de las acciones de primer nivel; la participación del personal de enfermería dentro de la comunidad en la protección de la salud y fomento de la educación para la salud y el autocuidado de la misma.

Lo anterior delimita de manera insistente, junto con el conjunto de funciones profesionales, el contexto cautivo del ejercicio profesional, dado básicamente por la organización del sector salud en los tres niveles de atención y el modelo asistencial, de mayores magnitudes que el especializado y/o preventivo. Así, el conjunto de destrezas y habilidades quedan inscritas dentro de haceres técnico-instrumentales; situación que invalida las reales posibilidades de manejo y aplicación del conjunto de metodologías señaladas como enriquecidas por técnicas y procedimientos que se señalan como inherentes al quehacer mismo del futuro ejercicio profesional del egresado.

En cuanto a las actitudes referidas por los perfiles analizados, demandan del egresado una serie de características profesionales, que en la mayoría no son privativas de la enfermería; lo anterior ratifica una de las grandes problemáticas no resueltas por la disciplina, pero que se exige de manera urgente, el consecuente análisis y construcción de ejes conceptuales privativos de ésta.

La característica más notoria de este nivel son la opción de efectuar práctica liberal, liderazgo en el campo de la enfermería, en la práctica docente, administrativa y asistencial; incluso el de participar en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido; a partir de la aplicación de la metodología de investigación como eje central de su ejercicio profesional. Conjunto de funciones asistenciales que hasta el momento no han sido efectivas, dado el control infringido por el gremio médico y la injerencia de decisiones políticas de dirigentes del sector salud sobre la organización y ejercicio profesional institucional de la enfermería en México.

b).- Objetivos Curriculares

El creciente interés por operacionalizar las actividades profesionales establecidas en los perfiles de egreso han conducido a grandes corrientes pedagógicas al establecimiento -exigido- de los objetivos curriculares en congruencia con los propósitos educacionales que limite y equilibre a partir de la selección e interpretación de los hechos y las ideas, emanadas de las fuentes ya citadas, el propósito de formación de recursos profesionales en una disciplina en lo particular y el proceso de enseñanza-aprendizaje de contenidos y comportamientos que deberá dominar el estudiante al término de sus estudios.

Experiencias concretas se han registrado en nuestro país, al respecto dice Gilberto Guevara Niebla:

"Convencionalmente... la confección de un curriculum que responda a las necesidades del país... recurre al método de definir previamente esas necesidades a través de consultas a los gremios de profesionales, a los usuarios del trabajo profesional -menos frecuente- a los maestros y a los alumnos y los resultados... conducen -automáticamente- al diseño de un nuevo plan de estudios... Este procedimiento parte del reconocimiento implícito de que la estructura actual del ejercicio profesional debe ser aceptada tal y como se da y de que sólo deben ser subsanadas las deficiencias registradas a través de la consulta que se hizo previamente" (20, 37).

Lo anterior acusa a la pérdida de perspectiva sociohistórica del movi

miento estructural total y de la división social del trabajo, ambos, que - indisolublemente emanan del sistema general, lo que hace en apariencia descartar las contradicciones e incongruencias que el mismo sistema genera hacia su interior.

En suma, todo objeto curricular debe fundamentarse a partir del análisis del campo profesional inmediato y de prospección inmediata y mediata. Campo profesional que permitirá conocer:

- Las distintas prácticas sociales de la profesión.
- Los objetivos y los procesos técnicos involucrados en cada una de las prácticas.
- La detección de tendencias prospectivas de cada práctica profesional particular.
- Posibilidades de reestructuración y/o ampliación de los contenidos a integrar.
- Relación entre marcos teóricos-disciplinarios de los profesionistas y la situación real de los saberes de uso cotidiano en la práctica socioprofesional.
- Identificación de las prácticas sociohistóricas y las transformaciones de los procesos del trabajo profesional.

Por otra parte, el intento teórico y metodológico de romper con el enfoque tradicional del diseño curricular obliga a tomar en cuenta el conjunto de procesos que las prácticas profesionales adquieren frente a la reorientación de entre las profesiones a partir de la división social del trabajo en general, y en las profesiones en particular; donde el nivel teórico se asumirá a partir de criterios interdisciplinarios y para el aspecto metodológico se instrumentará a partir de los procesos técnico-instrumentales que diferencian la práctica profesional concreta de la profesión de entre otras.

Las numerosas responsabilidades que ofrece la lectura de la práctica social de las profesiones en la determinación de los objetivos curriculares requiere de recuperar elementos específicos que de manera particular cada uno de los casos adquiera las dimensiones prospectivas que los escena

rios muestran para un futuro inmediato y mediato.

A partir de las fuentes investigadas, se observa que el total de éstas, cuenta con objetivos curriculares, que si bien no son del todo explicitados, sí se esboza de manera general el tipo de recurso que se pretende formar; más aún, las distinciones particulares entre éstos no sólo resultan del nivel académico de formación, sino de la perspectiva teórico-conceptual y pedagógico-curricular que cada institución educativa asume a partir de las políticas, intereses y objetivos que les dan vigencia y razón de ser. Pese a las limitaciones que en lo particular adolecen éstas, es menester analizarlas de manera conjunta y global, de tal forma que se visualice la situación disciplinaria y no la particular de una institución educativa.

- Nivel Técnico:

Formación de profesionales expertos en la participación en y para el individuo y/o comunidad, con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las fases del ciclo de la vida, y en el desarrollo de aquellas funciones que no puede desempeñar y la enseñanza de aquellas que repercuten en su estado de salud; encaminadas a la prevención, curación y rehabilitación; realizándolas en comunidad, servicios de consulta externa y hospitales; con énfasis en la conservación de la salud y considerando la enfermedad como un accidente y de las condiciones en las que de manera constante se interactúa con el ambiente.

- Nivel Licenciatura:

Formar un profesional de enfermería con fundamentos teórico-prácticos y metodológicos que al integrarse en equipos multidisciplinarios sean capaces de conocer, comprender y abordar, con actitud crítica y fundamentación científica, los problemas más relevantes de la realidad nacional y/o regional y con un enfoque dinámico e interdisciplinario, que influyan en la salud de la población mexicana.

Profesionales que consideran al individuo como unidad bio-psico-so-

cial, en sus diferentes etapas de vida, desde la conceptualización del proceso salud-enfermedad e incluyendo en su práctica profesional la atención - primaria como estrategia para la promoción y preservación de salud, dirigidas al individuo, familia y comunidad.

Atención a la salud con enfoque integral de funciones técnicas, administrativas, docentes y de investigación; quehacer que le posibilitan re conocer, tanto su formación como su práctica dentro del contexto social, - económico y político nacional.

Como se puede apreciar, el nivel técnico presenta un grave desfase en cuanto al tipo de profesional que se pretende formar, ya que mientras - que el "perfil de egreso", anteriormente analizado, se caracteriza por acuar un conocimiento de la salud a partir de su contexto psicosociocultural y político-económico; situación que no se recupera en el objetivo curricu lar, ya que este último únicamente apunta a condiciones paradigmáticas, - eminentemente positivistas y biológicas del entendimiento del fenómeno de la salud. Esta situación guarda relación inmediata con la organización cu rricular en la determinación de los distintos modelos de planes de estudios, así como de mapas curriculares; todo ello trasciende en los procesos metodológicos de la práctica docente y las actividades propiamente de apren dizaje de los recursos en proceso de formación.

Por otra parte, no es difícil entender esta situación, ya que la ma yoría de los documentos analizados cuentan con una vigencia en promedio de más de 8 años, por lo que, si bien las aportaciones de las ciencias socia les en el análisis del proceso salud-enfermedad tienen más de diez años, - éstas han sido incorporadas de manera independiente por el cuerpo de docen tes, y no así por las estructuras revisoras y/o de evaluación de los currí culos de las instituciones en cuestión.

En lo que respecta al nivel de licenciatura, se observa una clara - congruencia curricular, tanto en sus componentes como en los conceptos em pleados entre el perfil y el objetivo curricular, situación que posteriormente será objeto de profundización al analizar de manera particular su or ganización curricular.

En general se puede observar que existen dos grandes orientaciones en cuanto a los objetivos curriculares en enfermería: el primero que se caracteriza por su orientación insistente a saberes y haceres tendientes a la atención de la enfermedad, y en menor medida a la salud, entendiendo ésta a partir de conceptualizarla desde la perspectiva biológica y eminentemente parcializada; la segunda, que se presenta como enfocada a la salud, y fundamentada a partir de su análisis sociohistórico y político-económico - que le determina.

c) Organización Curricular.

Sin lugar a dudas el devenir histórico de la Enfermería nos provee de la condición racional de detectar y entender "los cambios profundos en la investigación científica que se proyectaron en el desarrollo tecnológico" (4, 35). Ciencia que desde la perspectiva de la teoría del conocimiento y basada en la participación de equipo -ciencia y tecnología- tienden a

"la participación interdisciplinaria -que- se pone de manifiesto cuando se considera que para investigaciones fundamentales, el desarrollo de las teorías, el análisis, la síntesis y la - construcción de modelos... son necesarias..." (4, 201).

Por lo que se hace necesario conceptualizarla a partir de la categoría disciplina para poder acceder al proceso de la organización curricular.

Heinz Heckhausen alude que

"el significado de la palabra disciplina varía de un campo a otro. A veces, una disciplina se define con referencias a sus modelos explicativos (física) y a veces con referencia a su objeto de estudio (historia); ... sin embargo, lo que sí es claro es que... la actual división del trabajo en el campo científico, muestra problemas tan evidentes que se hace necesario una reorganización" (29, 83).

De ahí la necesidad de especificar el concepto Disciplina:

"Una disciplina está comprometida en primer lugar con sus objetivos, métodos y procedimientos, y finalmente con leyes, -

donde el objeto es un elemento reconocible (observable)... - identificable a través de formalismo que lo define conceptualmente" (29, 100).

Más aún, es una estrategia teórica espacial, susceptible de definir una subdisciplina dentro de la disciplina.

En materia de ciencia, la disciplinariedad es esencialmente un principio estático cuando se la considera desde un marco de explicación mecanicista en la percepción del mundo real. Sin embargo, como proceso cognitivo, en la interdisciplinariedad existente del conocimiento científico actual, inscrito en la práctica disciplinaria de entre las profesiones, es imposible concebir la monodisciplinariedad; ya que, pese a la insuficiencia del desarrollo epistémico que impulsa la instancia interdisciplinaria como proceso metodológico inverso en la ideación conceptual del fenómeno - del que se trate. Es esta situación que demanda distinguir que, independientemente de la perspectiva disciplinaria de que se trate, son los objetos mismos de estudio los que en situación concreta determinan las estrategias, metodología y reconstrucción conceptual que permiten la significación misma de - la interdisciplinariedad.

"Por ello, tarde o temprano, cada disciplina tiene que elaborar su propia epistemología, pero si la búsqueda de estructuras, en el sentido de sistemas subyacentes de transformación, es un factor básico de la interdisciplinariedad, es claro que cualquier epistemología interna será muy pronto parte integral en las ciencias colindantes, no sólo debido a que los problemas epistemológicos se encuentran en todas partes, sino también porque las relaciones entre sujeto y objeto sólo pueden ser descubiertas por medios comparativos" (29, 156).

Finalmente, la naturaleza de la interdisciplinariedad se distingue a partir de tres niveles:

1.- Nivel inferior o multidisciplinariedad: es aquél donde, frente a un problema para su análisis y/o resolución, requiere de información de dos ciencias o sectores del conocimiento, sin que las disciplinas intervinientes sean cambiadas o enriquecidas.

2.- Nivel Medio o Interdisciplinariedad: Se distingue por la cooperación de varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia, o área, que conlleva a cierta reciprocidad de intercambios que dan como resultado un enriquecimiento mutuo.

3.- Nivel superior o Transdisciplinariedad: Relación interdisciplinaria recíproca entre proyectos e investigaciones altamente especializados dentro de un marco total que disuelve los imperativos disciplinarios.

Por lo tanto, la construcción del conocimiento científico, el origen, desarrollo de la investigación y la concepción epistémica de la enseñanza permiten advertir las relaciones conceptuales y la interconexión de las diversas disciplinas; obligan a considerar esta perspectiva dentro del proceso de la planeación educativa y en particular, del diseño y desarrollo curricular de las universidades responsables en la formación de los recursos humanos de nivel profesional. De ahí que

"La complejidad del trabajo curricular, hace de éste un trabajo esencialmente interdisciplinario, donde se requiere formar equipo de investigación, que se aboquen a resolver los múltiples problemas teórico-metodológicos que implica el diseño de un plan de estudios" (29, 105).

d).- Modelos de Planes de Estudios.

Se entiende por Plan de Estudios:

"... conjunto de objetivos de aprendizaje operacionalizados convenientemente agrupados en unidades funcionales y estructurados de tal manera que normen eficientemente las actividades de enseñanza y aprendizaje, permitan la evaluación de todo el proceso de enseñanza y que conduzcan a los estudiantes a alcanzar un nivel universitario de dominio de una profesión" - (17, 111).

Análisis que deberá cubrir los siguientes niveles:

"- Epistemológico: concepción del proceso enseñanza-aprendizaje.

- Psicológico: orientación teórica del aprendizaje.
- Concepción institucional: institución educativa-sociedad". (13, 19).

Los niveles antes mencionados reflejan en sí mismos la concepción - que de la ciencia, del conocimiento, aprendizaje y educación superior y/o universidad se tiene en lo particular, lo cual tiene su reflejo inmediato a partir del modelo curricular que se maneje; ya que es ampliamente reconocido que el currículo organizado por asignaturas presenta una clara noción epistémica resultante del positivismo. Sin embargo,

"... no basta tener un curriculum por áreas o módulos para - que un plan de estudios cambie automáticamente su concepción positivista" (13, 20).

Ya que estos últimos modelos obligan a asumir la orientación interdisciplinaria, como estrategia para enfrentar la atomización de contenidos y yuxtaposición de disciplinas e impulsar una visión de integración global del conocimiento.

"Entre los planes curriculares más comunes están:

- 1.- El plan lineal -o por asignaturas o por disciplinas-, que comprende un conjunto de asignaturas que se cursan durante - una serie de ciclos escolares.
- 2.- El plan modular: que consta de un conjunto de módulos que se cursan durante una serie de ciclos escolares.
- 3.- El plan mixto -o por áreas-; formado por la combinación - de un tronco común -o área interdisciplinaria común- que cusan todos los alumnos al principio de una carrera, y un con-
junto de especializaciones de entre las cuales el alumno elige una. Tanto el tronco común como las especialidades pueden estar conformados por asignaturas o módulos" (14, 119).

Es indudable que los diferentes modelos de planes de estudio establecidos en y para la formación de los recursos humanos en enfermería, al igual que el de otras disciplinas, es resultado de su contexto sociohistórico; mismo que determina las condiciones objetivas de sus propósitos, estructura y desarrollo; e incluso, la determinación del tipo de funciones - que el personal en formación desarrollará en un espacio ocupacional determinado.

De ahí que, habiendo contextualizado con anterioridad el desarrollo histórico académico-profesional de la enfermería, se hace necesario analizar la organización curricular actual que priva en los principales centros educativos, reconociendo la importancia que representan ambos niveles académicos: técnico y licenciatura.

"Liberman ha señalado como características de una profesión:

1.- Servicio social único, definido y esencial; 2).- insistencia en las técnicas intelectuales para dar ese servicio; 3).- largo período de instrucción especializada; 4).- amplia autonomía, tanto para el practicante como para el conjunto de profesionales; 5).- aceptación por el profesional de la responsabilidad de sus juicios y actos, dentro del marco de la autonomía profesional; 6).- hincapié en el servicio a rendir más - que en la ganancia a obtener, como base de la organización y realización de los servicios sociales que delegan en el grupo de profesionales; 7).- un código ético aclarado y debidamente interpretado en aquellos puntos que se prestan a confusión.

Si aceptamos estas características los niveles de selección y de programas educativos deben lograr titular estudiantes que llenen estos requisitos" (5, 9).

El desarrollo del plan de estudios en las profesiones se - facilita mediante el estudio de las necesidades técnicas vigentes, seguido por la planeación de cursos futuros y necesarios, al deducir generalizaciones de las peculiaridades de cada una de las técnicas. Esto ha conducido a poder sentar principios susceptibles de ser aplicados a nuevos problemas.

Se ha reconocido que el diseño curricular cumple el cometido de operar racionalizar los objetivos de aprendizajes que, convenientemente sistematizados, generan la eficiencia y/o deficiencia curricular de los aprendizajes básicos requeridos en el perfil académico-profesional que se pretende lograr.

"Los objetivos de las instituciones de educación superior y las experiencias de aprendizajes deben corresponder y ser consecuentes con las peculiaridades regionales en que se encuentren ubicadas aquéllas" (19, 58).

La determinación de un tipo particular de diseño curricular, y consecuentemente del contenido de este mismo, deben corresponder a:

"... criterios sociales, psicopedagógicos, profesionales, administrativos y de recursos a partir de los requerimientos de la institución, los estudiantes, el personal y la profesión" (14, 121).

Sin embargo, la realidad acusa reconocer que:

"... este modelo tecnocrático está básicamente caracterizado por el formalismo, la neutralidad, el cientificismo, el ahistoricismo y el autoritarismo... estos elementos condicionan - previamente las posibilidades de la estructura curricular y al mismo tiempo son elementos que permiten explicar sus alcances" (13, 26)

Realizar los análisis antes señalados obliga a toda institución educativa, diseñadores de currículas y docentes a enfrentar de manera consciente las posibilidades reales de integración de conocimientos socioprofesionales y disciplinarios que, de manera particular, presentan una vinculación - en sus contenidos a las necesidades sociales, a partir de la definición de un proyecto social específico.

El reto representa:

"... meditar en los aspectos modernizantes de estos currícula cuando se incorporan sin cambiar ni la estructura administrativa, ni las concepciones de aprendizaje y ciencia" (13, 27).

Otro de los momentos en la organización curricular es la selección del modelo curricular o modelo de Plan de Estudios, el cual debe responder necesariamente al análisis de las implicaciones y posibilidades que tiene cada uno de los modelos: tradicional (por asignaturas, lineal o por disciplinas); modular (moderno) y por áreas (mixto).

Durante la última década se han desarrollado dos tendencias en el campo de la educación en enfermería:

"Una se apoya en la multiplicidad de divisiones de la enseñanza. Se logra reuniendo la suma de conocimientos específicos. La otra tendencia se basa en la consideración del paciente como un ser humano. La mayor parte de los intentos de modificaciones de plan de estudios médicos tienden a la comprensión -

de los factores psicosociales que pueden contribuir a la etiología y tratamiento de la enfermedad" (5, 13)

Los centros educativos de nivel técnico y universitario que se han dado a la tarea de formar profesionales en Enfermería e incorporado dentro de su planeación curricular la orientación general de estructurar los planes de estudios de manera inicial bajo la estrategia de "áreas", como una aproximación tendiente a la integración de una estructura conceptual - que posibilite la recuperación, tanto de las categorías primarias (necesidades sociales y prácticas profesionales tradicionales), como las secundarias (innovaciones teórico-metodológicas particulares de la profesión e - incursión de espacios ocupacionales no tradicionales). De tal suerte que, bajo la orientación epistemológica de la interdisciplinariedad se establezcan ejes curriculares congruentes al modelo de plan de estudios. De ahí - que, a partir de la muestra investigada en el presente trabajo se observó que existen graves atrasos metodológicos en la construcción de los planes de estudios principalmente en el nivel técnico, donde persiste la orientación a la utilización del Modelo por asignaturas, mismo que si bien posibilita la confluencia de contenidos disciplinarios diversos, esto mismo ha - generado la dispersión y, en la mayoría de los casos, incongruencias curriculares que impide, tanto al docente integrar contenidos antecedentes y/o simultáneos a su asignatura, como al estudiante vincular de manera integral todos y cada uno de éstos de manera progresiva y fundamentalmente acceder a niveles de análisis y síntesis de mayor complejidad. Este es el caso de los planes de estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yucatán y de la Secretaría de Educación Pública en la D.G.E.T.I.

El Plan de estudios lineal o por asignaturas asume la concepción - del aprendizaje del conductismo, la cual sostiene que:

"... en el conocimiento verdadero es aquél que es empíricamente cierto y experimentalmente verificable... por lo tanto, - la conducta es observable y cuantificable. Desde esta perspectiva, el aprendizaje es la modificación de la conducta observada" (13, 22).

Por lo tanto el aprendizaje es concebido como la información retenida que por fragmentos se acumula. Premisa que se refleja en la estructura-

ción de un plan de estudios por asignaturas con las siguientes características:

- Organización de contenidos por exceso de asignaturas.
- Saturación de información en sus contenidos.
- Las innovaciones curriculares constituyen un reordenamiento entre semestres, añadir o cambiar los nombres de las asignaturas.
- Planteamiento de sobrecarga de objetivos.

En tanto plan de estudios recargado de contenidos y objetivos, la evaluación se asume de manera similar al acto de calificar a partir de la cuantificación de los comportamientos que el proceso de interacción docente-dicente se haya propiciado de manera conductual o ejercitado la memoria. Este modelo curricular se organiza a partir de que

"cada uno de los cursos se refiere a una disciplina, o a una parte de ella; no se pretende que en los cursos el estudiante integre los aprendizajes de las diferentes disciplinas, - pero se facilita dicha integración si se establece la secuencia, intra o intercursos, a partir de las relaciones lógicas intrínsecas a los conocimientos" (3, 34).

A partir de esta perspectiva resulta evidente analizar la carga total de asignaturas, las condiciones de los aprendizajes -participación del docente- y más aún, la incorporación del estudiante a partir de reconocerlo como sujeto coparticipativo y corresponsable de las tareas educativas y del proceso enseñanza-aprendizaje.

Esta posibilidad permite resignificar, no sólo la organización curricular existente, sino la académico-administrativa de la cual se deriva.

Por otra parte, se registró que un número importante de escuelas de enfermería se inscriben dentro del modelo de plan de estudios por "Áreas", principalmente bajo el principio eje de campos de competencia profesional de alta concentración en el Sector Salud; por lo que la lógica interna en la determinación de continuidad, secuencia e integración de los contenidos obedecen al reconocimiento y aprendizajes específicos en dichas áreas profesionales (Médico-Quirúrgico, Pediatría y Materno-Infantil, Sanitaria en-

tre otras).

Bruner señala que existen cuatro implicaciones en el aprendizaje, - llamados por él "alegaciones", que pueden formularse en la estructuración teórica del plan de estudios por áreas de los planes de estudios investigados.

Estas cuatro concepciones justifican su significación, en tanto que se relacionan con los procesos metodológicos que constituyen la definición del diseño del currículo.

"La primera es que la comprensión de los fundamentos hace - una materia más comprensible" (6, 26).

Vinculado con este primer punto, está el que se refiere a la memoria humana en relación al manejo de una teoría que sustente los principios generales del aprendizaje que se desea; o sea,

"Una buena teoría es el vehículo no sólo para entender un fenómeno, sino también para recordarlo mañana" (6, 36).

La segunda alegación constituye la necesidad de vincular el currículo de la carrera a partir de sus formas interdisciplinarias que, tanto sus marcos conceptuales, como metodológicos e instrumentales, le constituyen como disciplina.

En relación a la transferencia de conocimientos aplicativos se sostiene que:

"... una comprensión de sus principios e ideas fundamentales como antes se hizo notar, parece ser el cambio real para una adecuada transferencia de adiestramiento" (6, 39).

Entendiendo que en todo aprendizaje se necesita tener un modelo para entender otras cosas que también tienen cierta elaboración del aprendizaje.

Por último, en cuanto al desarrollo de los diferentes campos del aprendizaje, se trata lo siguiente:

"La cuarta alegación de importancia sobre la estructura y los principios en la enseñanza es que, volviendo a examinar constantemente el material enseñado en las escuelas... por su carácter fundamental, uno es capaz de reducir el intervalo entre el conocimiento superior y el conocimiento elemental" - (6, 40).

A partir de dos niveles de construcción, de las disciplinas, tanto la intradisciplinariedad (construcción interna) como la interdisciplinariedad (vínculo con otras disciplinas) se intenta validar el diseño curricular en la conformación de estructuras (o áreas) cada vez más abiertas.

Lo anterior constituye una de las problemáticas metodológicas más importantes en la construcción y diseño curricular que enfrentan dichos modelos, ha sido su delimitación epistemológica disciplinaria; para lo cual Heckhausen propone el análisis de los siguientes elementos:

- Dominio material de la disciplina, consiste en el objeto de estudio palpable.
- Dominio de estudio de la materia, en el cual se conglomeran problemas comunes para la disciplina.
- Nivel de integración teórica, esto es, la forma en que la disciplina es capaz de articular teorías que den cuenta de una realidad verificable.
- Los métodos propios de la disciplina, una disciplina puede considerarse autónoma y por tanto científica, si ha desarrollado métodos propios que estén íntimamente acordes con el desarrollo de las necesidades de su objeto de estudio.

Existen algunas experiencias y precisiones teóricas que ejemplifican la tarea de organización del currículo por áreas; experiencias que guían el proceso del establecimiento del eje organizador común por área. Al respecto Azucena Rodríguez alude:

"La selección de este eje no es gratuita, va a responder a di

ferentes factores: la inserción del plan de estudios en un modelo de universidad, la situación histórico-social de la disciplina en cuestión y su nivel de interdisciplinariedad que - su desarrollo teórico y metodológico haga posible, así como - la formación de los maestros e investigadores encargados de la elaboración e implementación del plan de estudios, sin dejar de lado su conformación ideológica y las tendencias políticas en juego" (37, 22).

El caso de la estrategia modular ha surgido en el país a raíz de - las numerosas influencias pedagógico-curriculares norteamericanas que han despertado interés entre los planificadores del currículo del país; sin embargo, para el caso particular de la enfermería y en consecuencia con la lógica de construcción de dichos planes de estudios obedecen a asumir la - lógica del proceso Salud-Enfermedad y los procesos evolutivos de la existencia del hombre dentro del primero, de ahí que la configuración de los módulos, pese a las elocuencias de que se quiera hacer gala, han sido blanco permanente de numerosos cuestionamientos por las dificultades de integración teórica y metodológica a una realidad que se constituye bajo la - perspectiva biológica y eminentemente positivista, misma que desconoce toda posibilidad de historizar dichos procesos como prerrequisito disciplinario y científico que requiere el consecuente ejercicio profesional de los haceres de la enfermería actual.

Los Planes de Estudios modulares investigados presentan la siguiente orientación:

- 1.- Integración institución educativa-comunidad.
- 2.- Se conceptualiza al aprendizaje como un proceso continuo y de progresivo acercamiento a la verdad objetiva a partir de la reflexión teórica y del actuar práctico.
- 3.- Un aprendizaje tendiente a la transformación de la realidad a partir de la acción educativa.
- 4.- Transformación de la estructura didáctica a partir de la redefinición de la participación activa de sus actores.
- 5.- Se basa en la práctica profesional real y posible.
- 6.- Impide la fragmentación del conocimiento a partir de una forma-

ción interdisciplinaria.

En cuanto a la determinación de los contenidos habrá de considerar:

"El plan de estudios modular: en cada curso hay una conjunción de contenidos provenientes de diversas disciplinas, como en las áreas, pero organizado fundamentalmente en relación a un problema central para cuya solución se busca habilitar al educando; cada curso, además, es autosuficiente..." (3, 34).

Organización Curricular: Modelos de Planes de Estudio

Nivel: Licenciatura	Modelos de Planes de Estudios		
	Asignaturas	Áreas	Módulos
Institución Educativa			
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.		X	
Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería		X	
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.		X	
Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud			X
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería		X	
Univ. Nac. aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.		X	
Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.		X	
Total = 7	-	6	1

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

Organización Curricular: Modelos de Planes de Estudios

Nivel: Técnico	Modelos de Planes de Estudios			
	Institución Educativa	Asignaturas	Áreas	Módulos
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica			X	
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.			X	
Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería			X	
Univ. Aut. del Edo. de México Esc. de Enf. y Obst.			X	
Univ. Auto. de Nuevo León Facultad de Enfermería			X	
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.			X	
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala				X
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza				X
Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León			X	
Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	X			
Secretaría de Educación Pública D.G.E.T.I.	X			
Total = 11	2	7		2

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

En el caso del nivel de licenciatura, se carece de registro de planes por asignaturas, ello obedece a los procesos de cambios que a últimas fechas se han presentado en la planeación curricular y que han señalado - la inoperatividad del modelo por asignaturas; de ahí que de 7 planes de estudios registrados muestralmente, 6 se constituyen bajo el modelo por "áreas", y sólo 1 por módulos. Dichos planes se encuentran en igualdad de condiciones e insuficiencias de integración y retroalimentación sistemática tanto de las estrategias de aprendizajes como de las metodologías para la enseñanza. Por lo anterior, se ha de reconocer la importancia que representa la determinación del modelo de plan de estudios a partir de poner claro la estructura conceptual de la profesión, de su realidad inmediata y mediata con la sociedad, fundamentalmente de su responsabilidad y objeto de estudio; de tal suerte que la lógica de construcción provea - la congruencia entre los perfiles y, consecuentemente, con el modelo, mapas y organización curriculares; todos ellos, que confluyen en el hacer docente y en el proceso de formación académico-profesional de los futuros recursos humanos en Enfermería, que deberán enfrentar una realidad, por demás problemática, de la salud del conjunto social.

e).- Ejes Curriculares.

Los modelos de planes de estudios antes señalados guardan relación directa en la determinación con los ejes curriculares, ya que son estos - últimos los que deberán responder a los cuestionamientos que de los contenidos en saberes, haceres y deberes establecidos en los "Perfiles Académico-Profesionales", deberán estar señalados de manera precisa en la integración de los contenidos de aprendizaje y la determinación de los niveles cognoscitivos y psicomotrices que guían el quehacer docente de la práctica educativa. En esta incursión de delimitar los ejes conceptuales del currículo en la formación profesional habrá que reconocer que dicho proceso ha enfrentado en los últimos años en nuestro país, cambios significativos, resultado de las modificaciones de orden mundial, no sólo por el avance de la ciencia y la tecnología, sino por los cambios de orden en los sistemas políticos y económicos que en los últimos años se han orientado hacia la conformación de bloques de mercados comerciales (Tratado de Libre Comercio México-Estados Unidos-Canadá).

Lo anterior representa en sí mismo, uno de los fundamentos de la teoría curricular, en tanto que son intentos de análisis empíricos sobre el fenómeno de la planeación educativa y los procesos de enseñanza-aprendizaje. Aproximación que desde la perspectiva de Raquel Glazman implica dar cuenta de la orientación instrumental del currículo y de la profesión:

1.- Currículo e Ideología: supuestos de carácter sociopolítico que pueden inscribirse de dos formas diferentes:

- a).- A partir de la Teoría de Sistemas.
- b).- Como proceso de transformación histórica.

2.- Práctica Profesional: Se entiende como:

"... la especificación de las actividades propias de cada carrera, o la conjunción de las tareas de un solo campo de acción..."

Características más sobresalientes:

- a).- Sintetiza las tareas de un campo de trabajo.
- b).- Abarca las tareas de requerimiento social.
- c).- Mantiene una íntima congruencia entre profesión y problemática social.
- d).- Se evalúa en función de la problemática social.
- e).- Requiere establecer las relaciones históricas con el desarrollo científico y tecnológico.
- f).- Se constituye a partir de indicadores tales como: políticas presidenciales, eventos mundiales, avances científicos e industrialización, desarrollo y masificación de los servicios, instituciones públicas y movimientos polícolaborales.
- g).- Debe contemplar áreas de conocimientos y objetivos particulares.
- h).- Debe apoyarse en procesos técnicos.
- i).- Debe tener un espacio social para cada práctica.
- j).- Debe considerar el número de personas que afecta la actividad" (14, 27-28).

Además de las características antes citadas, y por las problemáticas que el mercado ocupacional enfrenta la profesión en México, como resultado de los cambios político-económicos, tanto nacionales como internacionales, habrá de entender que:

"actualmente la práctica profesional responde a los intere--

ses de la clase dominante y, al ajustarse a las relaciones - de venta de las fuerzas de trabajo, se reduce al valor de - uso que la mercancía pueda tener" (14, 28).

3.- Interdisciplinariedad: Fundamento epistémico del desarrollo me todológico del currículo, donde se intenta la eliminación de todo intento de parcelamiento de la ciencia o más aún, atomización del conocimiento, - lo que repercute en forma directa en los campos disciplinarios.

Los registros investigados han proporcionado información por demás importante, ya que mientras que el nivel técnico se observa que las insti tuciones educativas acusan incorporar de manera fundamental las políticas de salud y las demandas de servicios de enfermería que al sociedad requir e para la atención de su salud, esta última resultado del diagnóstico - sanitario regional y/o nacional; la totalidad de planes de estudios asu-- men el paradigma positivista de la Historia Natural de la Enfermedad, lo que significa que mientras que el "Perfil Académico-Profesional" acusa la formación de un profesional de la enfermería capaz de analizar y asumir una actitud crítica y transformadora de la realidad sanitaria del país a partir del reconocimiento del contexto sociopolítico y económico del proce- so Salud-Enfermedad; todo esto se asume de manera no trascendente en la determinación de las estrategias integradoras del currículo por parte del personal docente y estudiantado; esta situación se agrega a la ya cita- da situación incongruente de los objetivos curriculares y los perfiles de egreso.

Básicamente existe un equilibrio entre las cuatro tendencias prin- cipales de ejes curriculares, independientemente de su relación numérica, ya que mientras que la orientación por Areas de conocimientos y/o estu- dios cubre el mayor número de planes de estudios registrados, ello es re- sultado de estar determinandos por integrar dentro de sus estudios el ba- chillerato. En cuanto al eje curricular por "Niveles de Atención a la Sa- lud" se apegan a lecturas del ejercicio profesional a partir de profesio- gramas y/o perfiles de puestos, e incluso de programas emergentes de carác- ter institucional; esta situación ha conducido a numerosas desviaciones - formativas entre generaciones egresadas de un mismo plan de estudios, si- tuación que invalida el carácter organizador del quehacer docente e insti

tucional en congruencia con lo establecido por las políticas y compromisos sociales de las instituciones educativas.

En cuanto a los ejes curriculares por "Áreas de Concentración y - Etapas Evolutivas y/o Historia Natural del Proceso Salud-Enfermedad" han surgido a últimas fechas como resultado de una de las más recientes tendencias organizativas del currículo, ya que se intenta recuperar la estrategia interdisciplinaria, de tal manera que confluya en el enriquecimiento de contenidos específicos de campos ocupacionales altamente tradicionales y reconocidos en las instituciones del Sector Salud. (Ver Anexo X-15).

El nivel de licenciatura se ubica básicamente a partir de la estrategia de los Niveles de Atención a la Salud, principalmente con el objetivo de incidir en la atención primaria a la salud de la comunidad; situación que las instituciones de salud desconocen como de carácter necesario de atención de profesionales universitarios de enfermería, ya que para dichos espacios despliegan programas masificadores de recursos empíricos y/o habilitados para tareas específicas y de control directo del personal médico; situación que habrá de ser objeto de análisis y cuestionamiento crítico para, de continuar con dicha tendencia formativa habrá de impulsar la apertura institucional al reconocimiento de dichos recursos y del consecuente espacio de ejercicio y reconocimiento profesional, laboral y salarial. (Ver Anexo X-16).

En cuanto a la orientación de "Etapas Evolutivas y/o Historia Natural del Proceso Salud-Enfermedad", es de reconocer que se constituye como una tendencia de mayor alcance por acceder a integrar no sólo contenidos disciplinarios particulares, sino de metodologías diferentes al enfoque experimental, que ha caracterizado de manera importante a la profesión, y que no se ha transformado en el nivel técnico.

f).- Orientación de los Objetivos de Aprendizaje:

Se ha reconocido en todos los modelos de planeación educativa la necesidad de contar con objetivos claros y precisos que guíen las acciones por desarrollar, a fin de garantizar el cumplimiento de las metas tra

zadas. Las instituciones educativas en materia de formación de recursos humanos de nivel profesional han incorporado dicha estrategia en la configuración de las organizaciones curriculares, y en específico de los Planes y Programas de estudios.

En el caso de la Enfermería, las instituciones educativas establecen sus objetivos de aprendizajes a partir de la configuración de los - Perfiles Académico-Profesionales y/o de egreso, así como del tipo de modelo de plan de estudios y ejes curriculares seleccionados.

La importancia que representan dichos objetivos no sólo estriba en la congruencia organizacional de cada uno de los elementos antes señalados, sino, aún más, de la taxonomía empleada en el establecimiento de los niveles, tanto cognoscitivos como psicomotrices que se pretenden alcanzar durante el proceso de formación profesional de los recursos humanos inmersos en dicho proceso.

Cabe señalar que toda taxonomía se sustenta a partir de principios explicativos, como es el caso de Bloom y colaboradores, misma que por la importancia que ha tenido en nuestro país, a partir de ser retomada en la mayoría de los diseños curriculares y planes de estudios se señalarán algunos de sus elementos básicos.

Principios básicos:

"1.- El principio didáctico. La taxonomía debe apoyarse sobre las grandes bases de objetivos perseguidos en los procesos de enseñanza.

2.- El principio psicológico. La taxonomía debe corresponder en todo lo posible a nuestro saber en materia de psicología del aprendizaje; no puede oponerse en ningún caso a sus principios admitidos como válidos.

3.- El principio lógico. Las categorías taxonómicas deben articularse lógicamente.

4.- El principio objetivo. La jerarquía de los objetivos no corresponde a una jerarquía de valores; la importancia de los comportamientos descritos a un nivel determinado no dependen de dicho nivel" (12, 78).

A partir del establecimiento de metas, en términos de conductas observadas -ordenar, clasificar y prescribir- surgen las taxonomías de los objetivos de aprendizaje, como es el caso de la taxonomía de Bloom y colaboradores.

De ahí que definen como objetivos de aprendizaje:

"La descripción y delimitación de la modificación de la conducta -actividad observable y, por tanto, medible- que se desea provocar en el estudiante" (39, 32).

Niveles de dominio:

1.- Dominio Cognoscitivo: Como aquél que incluye objetivos que se refieren a la memoria, evaluación de los conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades técnicas del orden intelectual...

Niveles de dominio: conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis, evaluación.

2.- Dominio Afectivo: Abarca los objetivos que describen cambios en los intereses, valores y actitudes, el desarrollo de apreciaciones y una adaptación adecuada.

Niveles de dominio: receptividad, respuesta, valoración, organización, caracterización.

3.- Dominio Psicomotor: Se ocupa de las conductas con predominio de habilidades físicas o motoras que implican diferentes grados de destreza.

Nivel de dominio: imitación, manipulación, precisión, estructuración de la acción, naturalización.

Se puede decir que los objetivos de la educación se constituyen - como fines específicos y alcanzables, destinados a niveles de estimulación, esto es, de autorrealización en el individuo y para la institución en la que se ubiquen.

"Los objetivos, en general son válidos, sobre todo en cuanto a autorrealización -ya que- subraya la importancia del aprendizaje a través de la experiencia... descubrimiento... así como la importancia normativa de ofrecer opciones en curriculum" (31, 47).

La plataforma de los propósitos educacionales se limita y equilibra a partir de la selección e interpretación de los hechos y las ideas, emanadas de las fuentes ya citadas. Función que cumple el cometido de enunciar los objetivos educacionales con el propósito fundamental de orientar la tarea del proceso de formación profesional a partir de la relación enseñanza-aprendizaje; en este sentido, los objetivos de aprendizaje incorporan en sí mismos contenidos y comportamientos que deberán dominar los estudiantes al término de sus estudios. Por lo tanto, los objetivos de aprendizaje son conceptualizados como la formación explícita y precisa de los cambios que se esperan en el comportamiento académico como resultado de una enseñanza determinada, independientemente del nivel de generalidad en que se enuncian.

Por lo tanto, todo plan de estudios recurre en su estructura general a la determinación de los objetivos de nivel general, ya que éstos:

"... constituyen el principio guía que dará contexto, orientación y justificación al contenido del plan y permitirá su congruencia, articulación y equilibrio internos" (17, 113).

La organización de los objetivos generales consta de dos subetapas:

- Definición de objetivos particulares: desglosamiento de los objetivos generales en la constitución de aprendizajes mínimos de los conocimientos y/o destrezas en un área programática determinada.

- Definición de objetivos específicos: desglose de los objetivos particulares en niveles de habilidad y conocimientos propios de cada unidad temática.

Se reconoce que una de las tareas más difíciles en el diseño curricular es la de seleccionar el nivel adecuado de generalidad de los objeti-

vos; la cual consiste, en primer lugar, en la elaboración de una lista de finalidades y no una lista de tipos de determinados comportamientos de los estudiantes; y en segundo lugar, definir las acciones que en sí mismas constituyan el nivel en el que se espera ubicar a los sujetos en proceso de formación académica profesional.

Por lo anterior y para fines de análisis se abordarán ambos niveles a partir de los planes de estudios muestreados en la presente investigación.

Como ha sido señalado, los diferentes Perfiles de Egreso y su relación inmediata con los Objetivos Curriculares se caracterizan por definir un profesional altamente analítico, crítico y fundamentalmente diestro en actividades técnico-instrumentales para la atención de la salud; sin embargo, los Objetivos Curriculares se orientan básicamente a este último rubro, lo que resulta incongruente en el establecimiento de las metas pretendidas por las instituciones educativas. Esto ha repercutido de manera importante en la configuración de los Objetivos de Aprendizajes dado que si bien existe correlación inmediata entre los ejes curriculares y los modelos de planes de estudios, los objetivos resultantes de dichos ejes poco inciden en señalar cometidos de carácter analítico; ya que si bien se recupera de manera general la taxonomía de Bloom como estrategia metodológica para la construcción de los mismos, independientemente de las insuficiencias teóricas y metodológicas; es a partir de ésta que posibilita observar la clara tendencia a la formación de recursos básicamente operativos en técnicas y procedimientos, que muy poco requieren de niveles de control y/o naturalización de los mismos.

Lo anterior puede observarse de manera directa a partir de los cuadros de concentración, tanto de los Objetivos Particulares por Ejes Curriculares de nivel técnico como el de licenciatura; ya que mientras en primer registro registra objetivos de nivel Cognoscitivo, con mayor insistencia en alcanzar niveles de comprensión y aplicación, mientras que los niveles de síntesis se presentan como de poca importancia y de nula para los niveles de síntesis y evaluación. (Ver Anexo X-17).

Para el caso del nivel de Licenciatura se concentra en los niveles de comprensión, aplicación y análisis; siendo congruentes con el perfil académico profesional y/o de egreso previamente señalado; sin embargo, como se verá más adelante, los niveles de los objetivos específicos se mantienen en niveles de aplicación, situación que invalida los primeros, dado que las actividades de aprendizajes se centran en estos últimos, que poco posibilitan la formación pretendida en el perfil antes señalado. (Ver Anexo X-18).

Los objetivos específicos por asignaturas y/o módulos, en general para ambos niveles académicos, se ubican en el nivel de aplicación, con porcentajes del 42.5% para el nivel técnico y más grave aún, del 53.8% para licenciatura. Esta incongruencia curricular es prueba de la problemática de la planeación educativa y curricular que priva en la mayoría de las instituciones educativas de enfermería, ya que se viene perpetuando el carácter técnico-instrumental y escasamente analítico del ejercicio profesional que se desarrolla en el país. (Ver Anexo X-19 y X-20).

En cuanto al dominio psicomotriz se refiere, mientras que los objetivos particulares por ejes curriculares del nivel técnico acceden al nivel máximo de precisión, el nivel de licenciatura se orienta a tan sólo la manipulación técnica, y en menor medida de precisión. Aún más, los objetivos específicos por asignaturas y/o módulos poco apoyan dichos niveles al centrarse ambos niveles académicos, en la manipulación y colocando en segundo y tercer nivel la precisión y el control. (Ver Anexo X-21 a X-24).

En suma, los niveles cognoscitivos de comprensión y aplicación, los niveles psicomotrices de manipulación y precisión ratifican la orientación tradicional que en los últimos años ha sido objeto de numerosos cuestionamientos en la planeación de los currículos en enfermería, situación que como se pudo observar no ha sido superada y que es menester replantear a fin de recuperar su justo nivel de análisis, tanto la congruencia interna como externa del currículo; situación que requiere de la reconceptualización disciplinaria, con relación al objeto de estudio y el deber social que le mantiene vigente su razón de ser.

g).- Organización de Contenidos de Aprendizajes.

La organización curricular constituye una de las etapas más importantes en la planeación educativa, ya que es en ésta donde se seleccionarán los contenidos de aprendizaje; entendiendo estos últimos como

"todo aquello que puede ser objeto de aprendizaje" (3, 29).

De donde se desprende la necesidad de realizar la selección de elementos constitutivos a partir del análisis de las siguientes esferas de la realidad:

1.- La jerarquización de contenidos, resultado de la determinación de conocimientos y habilidades que se proporcionará al estudiante.

2.- Los contenidos determinan las diferentes posibilidades de ambientes pertinentes para su aprendizaje.

3.- Especificidad de marcos teóricos y metodológicos que dan sustento a cada uno de los contenidos.

Derivar de los objetivos de aprendizaje y de los elementos diagnósticos que configuran el perfil académico profesional, pretende delimitar los ejes -conocimientos y habilidades- que constituyen las áreas generales del currículo.

"Las áreas generales se determinan de acuerdo con el grado de similitud que los elementos tienen entre sí" (14, 116).

Debemos considerar que el nivel de generalidad obedece al nivel de correspondencia para con los objetivos, que jerarquizados, asumen un nivel particular; tal que ambos:

"... permitan organizar todos los contenidos y/u objetivos -particulares en la misma operación, a la vez que... elaborar después las cartas descriptivas" (3, 32).

Es importante tener en cuenta que en el proceso de organización de

contenidos se circunscribe a partir de

"... la capacidad del individuo de aprender y de los recursos docentes de abarcar con la misma eficiencia todo lo correspondiente al plan de estudio" (21, 34).

Ahora bien, dentro de la esfera psicológica en la determinación de contenidos, Peters en su preocupación teórica en torno a la posibilidad funcional de integración curricular de contenidos de aprendizaje alude:

"Nuestra preocupación por la integración debe ser un interés por los procesos integrativos que el hombre lleva a cabo - cuando se esfuerza en organizar congruentemente conocimientos y experiencias que, al principio, no parecen estar muy relacionados entre sí... El conocimiento parece presuponer alguna organización de la experiencia, por cuanto en el empleo mismo de conceptos hay una integración, una estructura, alguna organización" (31, 229).

Es importante, entonces, distinguir los dos elementos que configuran la organización curricular:

1.- La selección y determinación de contenidos, así como de las experiencias de aprendizajes dentro de una unidad, materia o asignatura.

2.- Confección del esquema programático total, a partir del cual se especificarán los contenidos en su nivel básico, pero al mismo tiempo equilibrado a partir de las experiencias de aprendizaje que posibilitan su aprehensión.

Toda vez que se han desglosado y jerarquizado los contenidos:

"... se derivan de las áreas las organizaciones por tópicos. ... reunidos en conocimientos y habilidades afines a cada tópico... de cada tópico se derivan contenidos más específicos, ... convertir los conocimientos y habilidades... en contenidos teóricos y prácticos que serán enseñados al estudiante" (14, 116)

Se procede a establecer la relación entre contenidos que forman el material de estudio, al tiempo de incorporar los recursos disponibles pa-

ra el desarrollo de las actividades de aprendizajes.

Tanto la esfera epistemológica como psicológica deben ser sujetos a cuestionamientos tales como son:

- Cómo y por qué se organiza el conocimiento en una forma determinada en el currículo.

- Quién determina qué conocimiento es o no significativo.

Dichos cuestionamientos obedecen al análisis contextual de nivel social particular en donde se ubican las tareas de aprendizaje, dado que al ser reconocido que:

"La escuela y especialmente en la estructura del currículo - se maneja un contenido manifiesto y un contenido oculto y éste será aquél que determinará los conocimientos válidos socialmente" (15, 25).

Es un develar la real vinculación entre la universidad o instituciones de educación superior para con la sociedad; en tanto que su quehacer se fundamenta a partir del entorno académico, este mismo le determina de manera directa su realidad sociohistórica y político-económica específica.

- El establecimiento de la organización estructural del plan de estudios se constituye a partir del esquema nominal de los conocimientos y contenidos que se estudiarán en cada una de las materias o asignaturas, a partir de la organización por períodos -años, semestres, cuatrimestres o trimestre- que lógicamente y jerárquicamente, responden a la congruencia curricular del plan de estudios: secuencia, integración y continuidad.

Los postulados que Tyler incorporó a la metodología y organización del currículo, bajo la óptica lógico-racional, se han constituido como elementos vigentes dentro de los componentes curriculares de las prácticas cotidianas de la planeación educativa en la enfermería. De ahí la necesidad de puntualizar cada uno de sus elementos:

"Al elaborar un grupo organizado de actividades de aprendizaje es importante satisfacer el criterio principal: continuidad, secuencia e integración. La primera se refiere a la reiteración vertical de los elementos principales del currículo... deben proveerse oportunidades reiteradas y continuas - de practicar esa capacidad, así como de desarrollarla... La continuidad aparece entonces como el principal factor de una organización vertical efectiva.

La secuencia... enfatiza sobre la importancia de que cada experiencia sucesiva se funde sobre la precedente, pero avanza en ancho, y en profundidad de las materias que abarca... La secuencia pone el acento en los niveles superiores de cada actividad de aprendizaje sucesiva, y no en la repetición. La integración se refiere a la relación horizontal de actividades del currículo, la organización de estas actividades debe ser tal que ayude al estudiante a lograr un concepto unificado, así como a unificar su conducta en relación con los elementos que maneja..." (39, 87-88).

Por otra parte, al tratar la organización de las actividades de aprendizaje en tiempos y momentos curriculares, éstos permiten examinar la relación de tiempos verticales y horizontales, evitando, con ello, puentes temporales que impidan la secuencia, continuidad e integración de los aprendizajes adquiridos de manera progresiva.

Los señalamientos anteriores guardan relación inmediata con la organización de los contenidos curriculares del conjunto totalizador del plan de estudios y fundamentalmente de los programas de estudios, dado que éstos son los elementos que determinan en última instancia los aprendizajes teóricos y las experiencias prácticas que los estudiantes adquieren a partir del proceso de formación.

Por otra parte, la organización de dichos elementos se encuentra sujeta al modelo de plan de estudios de que se trate, ya que mientras que para el plan de estudios por asignaturas se asume la orientación epistemológica y curricular de la multidisciplina, así como la multireferencia de contenidos y experiencias de aprendizajes; este mismo adolece de fragmentación acumulativa de las partes.

En cuanto al plan de estudios por áreas y/o mixto; éste se caracteriza por combinaciones interdisciplinarias que confluyen en un objeto de

estudio en común, independientemente de la perspectiva disciplinaria de la que se parta. Una de las críticas más importantes a esta estrategia curricular lo constituyen las deficiencias integradoras y crítico-analíticas que se requiere para la debida integración de los contenidos y experiencias de aprendizaje.

La alternativa modular surge como la integración del quehacer educativo y la realidad social para la que se está formando a los estudiantes, bajo la orientación interdisciplinaria; esta estrategia exige de la consecuente integración de experiencias de aprendizajes, que en la mayoría de los casos no han sido construidos por las instituciones educativas, por lo que se han generado incongruencias entre las disposiciones planificadas y las prácticas académicas concretas.

A partir del análisis de contenidos temáticos establecidos en los programas de estudios, la presente investigación registró serios problemas de integración curricular, dado que en general los planes de estudios investigados parten de un período inicial que pretenden dar un panorama general de la profesión a partir de un marco social, filosófico, metodológico y en algunos casos niveles del quehacer profesional dentro de la sociedad. Esto en general no representaría ningún problema si se contara con marcos teórico-conceptuales y metodológicos privativos de la Enfermería, situación que es inexistente, ya que se retoman básicamente de la ciencia médica, lo que le imprime una dependencia disciplinaria y conceptual que repercute gravemente en el resto del proceso de formación.

Por otra parte, se insiste en los objetivos de reorientar el enfoque de atención de enfermería fundamentalmente al área preventiva y de educación para la salud, a fin de construir un proceso totalizador del proceso salud-enfermedad; sin embargo, ello se ve impedido a partir de la organización y distribución de cargas horarias y contenidos basados en la orientación biomédica, con enfoque positivista y experimental, que paraliza la visión social que el estudiante intente realizar sobre la lectura de su práctica formativa y futuro ejercicio profesional; dando como resultado posturas eminentemente parciales, ahistóricas y centradas en la enfermedad.

Cabe señalar que el nivel licenciatura incluye una etapa final de formación que se constituye como de capacitación especializada, que en apariencia vendría a conformar un profesional con un quehacer específico, más la realidad académica se orienta a necesidades coyunturales, que por de más, las instituciones sanitarias establecen bajo determinaciones de orden médico; esta situación viene a integrarse al no reconocimiento del nivel universitario en enfermería en su concreción del ejercicio profesional.

Si nos remitimos a analizar la distribución de apoyo formativo en las diferentes áreas de conocimiento, los planes de estudios investigados muestran que el nivel técnico persiste la dependencia de contenidos teóricos y metodológicos del área Biomédica (40.0%) seguida del área de Humanidades (10.1%) y en menor medida del área Socio-Histórica (8.3%); lo que muestra la vigencia de la pobreza de desarrollo disciplinario que priva en la enfermería.

Es importante observar que ello es resultado de las características metodológicas que apoyan dicha tarea, sin embargo, dicha área cubre tan sólo el 4.3% del total de asignaturas y/o módulos, que incluso se agudiza con el área educativa que cuenta en general con el 1.3%; ambas áreas son prueba de las dificultades que impiden el desarrollo consecuente de la profesionalización disciplinaria de la enfermería en el país.

Esta situación es similar para el nivel licenciatura, sin embargo cambia al mantener equilibrio porcentual para las áreas metodológicas, educativas, humanidades, físico-matemáticas y económico-administrativas.

Existe otra área importante que constituye el marco disciplinario técnico-instrumental, emanado de las áreas de concentración y/o espacios de ejercicio profesional tradicionales, donde el nivel técnico representa áreas eminentemente hospitalarias y de asistencia curativa, y en menor medida del área sanitaria, sin que se integren áreas innovadoras como la enfermería industrial, la geriatría y gerontología, la enfermería del deporte, entre otras.

Para el caso del nivel licenciatura se registra la tendencia a la asistencia sanitaria, sin que de manera sustancial se desatiendan las áreas hospitalarias, e incluso, lo más importante, se integran áreas de ejercicio innovador, sin que con ello se garantice la incursión consecuente de dichos espacios, por lo que esto deberá ser objeto de análisis en momentos posteriores para ser incorporados entre los elementos de evaluación de los planes y programas de estudios. (Ver Anexo X-25 a X-29).

Se puede afirmar que a partir de los registros investigados, el nivel técnico distribuye sus cargas horarias y de contenidos y experiencias de aprendizajes básicamente en el área de conocimientos interdisciplinarios con un 75.2%, mientras que para el área de concentración técnico-instrumental cuenta con tan sólo el 24.8%, situación que repercute directamente en el carácter técnico operativo en áreas tradicionales y de acuerdo a la organización de las instituciones de la salud en México y a partir de criterios médicos. Esta situación para el caso de licenciatura se distribuye en el 68.1% y el 31.9% respectivamente, por lo que viene a reproducirse la condición cautiva del ejercicio profesional en sus campos, e impidiendo el tan pretendido ejercicio liberal de éstos, como es citado dentro de los perfiles de egreso.

En cuanto a las metodologías empleadas para la enseñanza, llama la atención los progresos registrados en los diferentes planes de estudios - investigados, dado que, si bien es cierto existe cierta coherencia metodológica entre los objetivos y los contenidos de aprendizajes, las metodologías tienden a facilitar el trabajo de planeación didáctica para el docente, que bajo propuestas se delimitan a partir de propiciar el desarrollo de experiencias de aprendizajes que le posibilite, al estudiante, la integración de los mismos. Esta situación en lo formal; esto es, a partir del establecimiento de programas de estudios se formalizan las propuestas didácticas; sin embargo, el problema fundamental ha sido registrado a partir de la falta de preparación pedagógica de la planta docente, básica para realizar la consecuente interpretación didáctica de la estructura programática del currículo, lo cual se ve reflejado en las estrategias, por demás, impersonales y eminentemente expositivas; aún más, se manifiesta de manera evidente la concepción profesional parcializada y alejada de

la realidad sociopedagógica con que intentan justificar dichas metodologías de la enseñanza.

Por otro lado, las oportunidades limitadas que de espacios, físicos y temporales de la gran mayoría de las escuelas de enfermería en acceder a la formación integral de los estudiantes; principalmente a causa del aislamiento de que se hace objeto al estudiante al someterlo a condiciones de estudio única y exclusivamente en cuestiones clínicas, lo que le impide realizar actividades culturales, deportivas y/o de recreación que le posibiliten una actividad integral en su formación profesional.

"... Este panorama hace evidente las limitaciones en las escuelas de enfermería de los organismos y servicios que, sus trae a los estudiantes, al incorporarlos a un mundo adulto, con sus respectivas responsabilidades, en un medio de autoridad con relación vertical en la que debe incrementarse la obediencia acrítica y en el que se conviva la mayor parte del tiempo, con la enfermedad y el sufrimiento, generalmente a partir de los 15 años" (32, 30).

Es fácil comprender dicha situación, dado que el 95% de los docentes entrevistados realizan actividades asistenciales y refirieron calificar como óptima la metodología expositiva para la realización de sus actividades docentes, indistintamente del área, contenidos y/o nivel académico de que se trate; lo cual manifiesta la magnitud de la resistencia a la realización de metodologías distintas a las empleadas en su formación; situación que dificulta de manera importante los procesos de aprendizajes de los estudiantes.

Toda vez que se analizaron los contenidos temáticos y se respetaron los lineamientos de continuidad, secuencia e integración interna de los planes de estudios investigados, se observa falta de correlación vertical en la mayoría de las asignaturas, esto resultado de la atomización de contenidos y distribución de cargas horarias, y consecuencia de la insistencia de la orientación curricular multireferencial de contenidos, de integración simultánea en espacio y tiempo académicos.

En cuanto a la congruencia horizontal carece de lógica integrati-

va en la transferencia temporal antecedente y consecuente, principalmente por puentes semestrales, situación que se intenta subsanar con la incorporación de espacios de experiencias de prácticas formativo-profesionales, en los que impera el enfoque médico en el desarrollo de aprendizajes y metodologías de la enseñanza empleadas para la integración respectiva.

Es importante reconocer que, mientras que los planes de estudios - por áreas se disponen a partir de bloques de concentración de contenidos que difícilmente se integran en su totalidad; los planes por asignaturas presentan serias deficiencias de continuidad y secuencia; por último, en el caso de los modelos modulares, la secuencia, continuidad e integración son presentados de manera lógica, la limitación enfrentada es triba en los puentes temporales iniciales y terminales de los planes, así como el enfoque eminentemente biológico que impide todo intento de perspectiva diferente de asumir los contenidos de aprendizajes y que se manifiestan de manera evidente en las prácticas formativas; ello es en estos momentos objeto de análisis consecuentes de acuerdo a los objetivos institucionales y marcos teóricos y metodológicos con que se construyó la organización curricular en su conjunto.

Esta situación se agrava al registrar que la gran mayoría de los docentes de las instituciones educativas investigadas desconoce la integración e interrelación de sus asignaturas y/o módulos, lo que repercute de manera directa en las posibilidades integrativas concretas de los estudiantes, mismos a los que se les exige haberlo realizado a partir de realizar las actividades aplicativas de dichos conocimientos. Esta condición ha de ser objeto del consecuente análisis con el propósito de reconsiderar las estrategias planeadas. (Ver Anexo X-30 a X-48).

h).- Matrices Curriculares.

Dado que las instituciones educativas resguardan la calificación y el reconocimiento de los aprendizajes poseídos por el estudiante, sus criterios parten de las políticas institucionales y objetivos que se pretenden cumplir; de ahí la gran diversidad de créditos y criterios para la asignación de la organización curricular. Dicho reconocimiento es produc

to del nacimiento de la escuela e institucionalización de los aprendizajes y la posesión de conocimientos, surge la necesidad de establecer los mecanismos de respaldo oficial y social de los mismos.

Por lo anterior, la certificación de conocimientos se sirve de documentos -diplomas, títulos, certificado o boletas de grado académico- que acredite el saber demostrado.

En nuestro país la Ley Federal de Educación fija las bases reglamentarias para la expedición, integración y procedimientos que deben operar en la certificación de conocimientos (art. 660).

Para el caso específico de la organización curricular en la formación de profesionistas, que cursan sus estudios en instituciones de educación superior, cada una de éstas determina los niveles de avance en créditos requeridos para la certificación parcial o total de estudios acreditados.

Los créditos se refieren al valor relativo de cada asignatura dentro del plan de estudios; más aún, son la

"... unidad de evaluación del trabajo efectuado para aprobar una asignatura" (7, 19).

Olac Fuentes Molinar señala que:

"... se denomina crédito al valor que se otorga a una asignatura o actividad de aprendizaje de acuerdo con ciertos elementos como los objetivos educativos que cumple, su complejidad, el tiempo que requiere para ser realizada, los medios que son necesarios, su carácter en la formación de estudiantes, etc." (16, 5).

Hemos de reconocer la complejidad que significa la diversidad de criterios existentes en las diferentes instituciones de educación superior, en sus formas de operar en la designación de los créditos académicos a partir de las diferentes realidades contextuales que las determina. Sin embargo, ante la necesidad de responder en forma adecuada al incesante avance -

científico y tecnológico actual, se hace indispensable la coordinación de recursos y esfuerzos de manera interinstitucional.

"... su colaboración es requisito para que cada una cumpla - con mayor eficiencia su misión..Para ello es conveniente poner el acento en nuevos enfoques interinstitucionales..." - (23, 19).

Olac Fuentes Molinar opina que al analizar el sistema de créditos existente en las diferentes instituciones de educación superior se habrá de considerar los siguientes factores:

- 1.- Duración no uniforme de los estudios profesionales...
- 2.- Inexistencia de salidas alternativas a diferentes niveles académicos...
- 3.- ... aislamiento y autosuficiencia de escuelas y carreras que producen una formación cultural, unilateral y fragmentaria...
- 4.- ... uniformidad de los planes de estudio...
- 5.- ... formalismo reglamentario y sobrevaloración del cumplimiento de requisitos...
- 6.- ... falta de coordinación entre instituciones..." - (16, 3-4).

En suma, el eje común se constituye a partir de la categoría de - equivalencias, entendida ésta como:

"... identidad total -o parcial- de planes de estudio -o programas de estudios- o una similitud de carácter general, global, de los ciclos cursados" (23, 21).

Dentro de la legislación universitaria, la de la UNAM es una de - las más específicas en el establecimiento de créditos, ya que se constituyen a partir del registro de los cursos aprobados en sus propios planteles o en los estudios incorporados a ella.

"Art. 16.- Para los efectos que este reglamento, crédito es la unidad de valor o puntuación de una asignatura, que se - computa en la siguiente forma:

- En actividades que requieren estudio o trabajo adicional -

del alumno como en clases teóricas o seminarios, una hora de clase semana semestre corresponde a dos créditos.

1 hora-semana-semestre = a 2 créditos.

- En actividades que no requieren estudio o trabajo adicional del alumno, como en prácticas, laboratorios, talleres, etc., una hora semana semestre corresponde a un crédito.

1 hora-semana-semestre = a 1 crédito

- El valor de créditos de actividades clínicas y de prácticas para el aprendizaje... se computará globalmente según su importancia en el plan de estudios, y criterio de los consejos técnicos respectivos y del Consejo Universitario, que conocerá previamente la opinión del Consejo de Estudios Superiores" (35, 7-8).

La distribución de créditos se estructura a partir de áreas de conocimientos que reflejan la política académica de la institución o del programa respectivo, mismos que se traducen en el acto de certificación profesional, toda vez que han sido cubiertos sus requisitos.

"Sin embargo, en el sistema de la U.N.A.M. se establece que, para considerar una carrera de nivel licenciatura, la obtención de entre 300 y 450 créditos; por lo que las carreras de nivel técnico no rebasan dicho nivel, e incluso por el carácter técnico-instrumental que caracteriza las cargas de créditos en las asignaturas eminentemente de carácter práctico" (36, 8).

Desde el punto de vista jurídico existen dos tipos diferentes de otorgamiento de valor a los estudios:

1.- El reconocimiento de la validez oficial de estudios: otorgado a los realizados en planteles particulares.

2.- La revalidación o validez oficial de estudios: Tanto la autorización como el reconocimiento de validez oficial de estudios es competencia directa, tanto de la Secretaría de Educación Pública y de los gobiernos de los Estados, como de las universidades e instituciones de educación superior de carácter descentralizado del Estado (art. 35 y 31 de la Ley federal de Educación, respectivamente).

Por lo tanto, al reconocimiento de validez oficial de estudios se

establezca la "incorporación de estudios" de los impartidos en planteles - particulares (art. 19 Ley Federal de Educación).

En tanto que la revalidación de estudios o validez oficial se otorga necesariamente a la persona que los realizó; lo anterior constituye - apegarse a criterios de equivalencias.

"La equivalencia de estudios a nivel licenciatura opera para los correspondientes a una misma carrera, a carreras de la - misma área o incluso de áreas diferentes. Según el caso, se podrá revalidar por grados escolares completos o exclusivamente por materias, prevaleciendo la necesidad en la impartición y su extensión" (33, 38).

El término revalidación constituye el hecho de acreditación de la culminación de una etapa completa de estudios, siempre en función del - período completo. En tanto que el término Certificación es el reconocimiento de diplomas, títulos, grados académicos o certificación de estudios - se encuentran asentados en el capítulo VI de la Ley Federal de Educación - en su artículo 66, mismo que fija las bases para su realización:

"1.- La acreditación de conocimientos debe hacerse por tipo educativo, por grado escolar o por materia, condición similar a la fijada para la revalidación de estudios.

2.- Se requiere comprobar la acreditación del tipo o grado - inmediato anterior al que se desea obtener por certificación de conocimientos; o bien demostrar la acreditación del grado inmediato anterior...

3.- La certificación de conocimientos debe hacerse con base en los planes y programas de estudios vigentes en el momento en que aquélla debe realizarse.

4.- En cada caso será necesario que se cumplan las prácticas y el servicio social correspondiente.

5.- La evaluación de conocimientos debe hacerse con base en los procedimientos que se establezcan, de acuerdo a las experiencias del propio Sistema Educativo Nacional y con base a lo establecido por el artículo 47 de la ley, el cual señala que 'la evaluación educativa será periódica, comprenderá la medición de los conocimientos de los educandos en lo individual y determinará si los planes y programas responden a la evolución histórico-social del país y a las necesidades nacionales y regionales'.

6.- El interesado deberá ajustarse a las demás disposiciones

legales respectivas, esto es, las correspondientes al Reglamento que para el efecto se expida". (28, 25-26)

Las diferentes categorías conceptuales antes señaladas constituyen uno de los marcos analíticos que las profesiones cubren, en tanto que es a partir del espacio educativo y los procedimientos curriculares y legislativos que salvaguarda un espacio ocupacional de entre el resto de las actividades socioprofesionales.

"Todo esto es facilitado por el monopolio que ejercen las profesiones sobre el saber profesional a través del sistema educativo. Este monopolio no sólo impide la socialización de los conocimientos profesionales, sino que otorga legitimidad, a través de la certificación y acreditación, las definiciones que las profesiones van dando de sí mismas" (25, 28-29).

Estas definiciones no son arbitrarias, dado que emanan de una realidad sociohistórica y político-económica determinada; además de constituirse en prácticas profesionales concretas a partir de las instituciones de educación de que se trate.

Para el caso particular de la presente investigación se observa - que tanto el nivel técnico como de licenciatura registran un criterio común para las horas teóricas (1 hr. teórica - 1 crédito) sin embargo, para el caso de las horas prácticas varía de manera significativa (1 hr. práctica = 1 crédito; 2 hrs. prácticas = 1 crédito). Por otra parte, la incorporación de estudios simultáneos y/o paralelos como es el caso del bachillerato, donde se alcanzan totales que rebasan por mucho los requeridos para el nivel de licenciatura y que han sido objeto de críticas tales como el intento por formar licenciados intensivos.

En el caso de la distribución de créditos por horas teoría y/o prácticas que oscilan del 55% y 45% hasta del 81% y 19% respectivamente, lo que da cuenta de la disparidad del número de asignaturas y/o módulos que conforman los diferentes planes de estudios de nivel técnico. (Ver Anexo X-49).

Para el caso del nivel Licenciatura se registró que el número to-

tal de créditos otorgados oscila entre 395 y 454, con una distribución de entre 61% a un 80% de horas teóricas, y un 20% a un 39% de horas prácticas. Estos datos dan cuenta del carácter fundamental que representa el área práctica en la formación de los profesionales de la enfermería. (ver anexo X-50).

En cuanto al reconocimiento que se otorga a dichos niveles, se registran desde títulos profesionales de nivel terminal, hasta de posibilidades de revalidación de estudios para acceder a estudios superiores, esto para el caso del nivel técnico. Mientras que para el caso del nivel licenciatura se expide título de grado universitario y cédula profesional para el ejercicio consecuente de la profesión y la prestación de servicios particulares.

1).- Estrategias de Evaluación Curricular.

Como se determinó en el diseño curricular, la perspectiva que se asume en torno a la conceptualización del conocimiento y del aprendizaje determina los procesos del trabajo docente y de aprendizaje de los estudiantes. Sin embargo, el problema de la evaluación radica en que la mayoría de las aportaciones teóricas y metodológicas inscriben sus fundamentos a partir de la perspectiva positivista, en la cual el trabajo de evaluación se centra en calificar el proceso educativo a partir de conductas observables. Dicha delimitación conceptual y metodológica resulta insuficiente dado que los elementos que confluyen en dicho proceso no se circunscriben a un trabajo técnico de producción de datos carentes de problematización correspondiente; ejemplo concreto de esta perspectiva son las aportaciones de Tyler:

"El proceso de evaluación significa, fundamentalmente, determinar en qué medida el currículo y la enseñanza satisfacen realmente los objetivos de la educación. Puesto que los fines educativos consisten esencialmente en cambios que se operan en los seres humanos, es decir, transformaciones positivas en las formas de conducta del estudiante, la evaluación es el proceso de determinar en qué medida se consiguen tales cambios" (39, 109).

La necesidad de considerar el proceso y los elementos intervinien-

tes en el acto educativo, dentro de las acciones de evaluación curricular requiere replantear los marcos teóricos y metodológicos que habrán de utilizarse.

"Es necesario pensar que esta problemática no se puede abordar sin la construcción de marcos teóricos y sus derivaciones metodológicas, con el fin de construir el objeto de estudio de esta actividad" (13, 30).

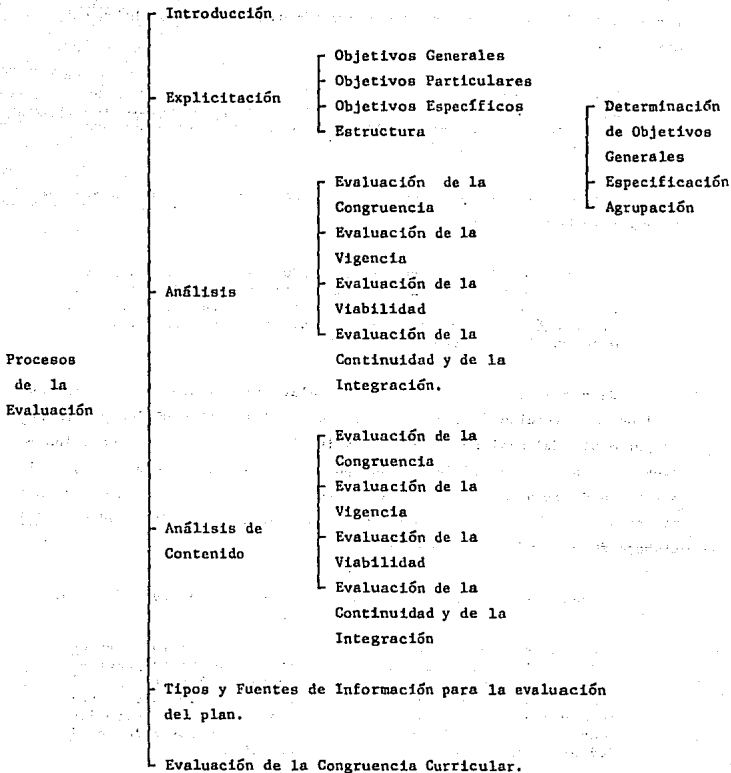
Por otra parte, los aspectos técnicos parecieran desprenderse de la orientación de la evaluación observacional:

"Evaluar, desde el punto de vista educativo, significa percibir un aspecto de la vida de las instituciones educativas en términos de determinados atributos previamente seleccionados, ... además emitir un juicio sobre el grado de aceptabilidad o adecuación del aspecto descrito" (8, 65).

Se considera la evaluación curricular como un proceso en términos amplios, constituido éste como un acto de análisis sistemático y permanente por medio del cual se valoren, cualitativa y cuantitativamente, los medios, recursos y procedimientos que posibilitaron el proceso mismo, y la obtención de resultados; tanto del sistema como de la institución educativa, como del currículo en su conjunto o del plan de estudios, además del trabajo docente y/o del estudiante.

Raquel Glazman y María de Ibarrola definen la evaluación como:

"... un proceso objetivo y continuo, que se desarrolla en espiral y consiste en comparar la realidad (objetivos generales, intermedios, específicos y estructura del plan vigente) con un modelo, de manera que los juicios de valor que se obtengan de esta comparación actúen como información retroalimentadora que permita adecuar el plan de estudios a la realidad o cambiar aspectos de ésta" (21, 315-316).



La información antes descrita ha sido motivo de numerosos cuestionamientos, principalmente producto de procesos de evaluación curricular, sin embargo la mayoría de las estrategias empleadas se inscriben en revisiones y/o actualizaciones de la organización de contenidos, mismos que distan de constituirse como un proceso real de evaluación curricular.

Lo anterior no es privativo de las instituciones educativas en enfermería, ya que es producto de las políticas institucionales que en materia de administración escolar y/o universitaria consideran de manera distinta la función de la planeación educativa, misma que integra de manera simultánea el proceso de evaluación curricular.

Gran número de experiencias registradas en enfermería han logrado incidir en la necesidad de establecer los recursos humanos y técnico-administrativos dispuestos para la evaluación permanente de los currículos, -situación que hasta el momento muy pocas instituciones han logrado consolidar.

Por otra parte, se ha reconocido en todas las instituciones educativas investigadas la importancia de revisar la vigencia, el modelo y la organización curricular existente en las mismas; a partir de lo cual se han desarrollado procesos de evaluación, que en la mayoría de los casos -han generado "Planes de Estudios Coyunturales" y apegados a criterios por demás de índole gubernamental; producto esto último de la injerencia de las instituciones estatales en materia de las políticas de salud y educativas que sujetan a las instituciones formadoras de los recursos humanos en enfermería.

Dichas experiencias, en la actualidad se inscriben dentro de lo que se ha dado en llamar evaluación interna y externa del currículo, donde se incursiona de manera innovadora por los marcos de análisis por los que se perfilan las acciones de evaluación; entre las cuales se encuentran:

- Definición de la Profesión.
- Determinación del Campo Profesional.

- Contexto socio-político de los servicios de enfermería.
- Contexto científico y tecnológico.

Dichos campos dan cuenta de los cambios introducidos en la orientación de la administración educativa y de la planeación curricular particularmente importante para la enfermería como profesión a partir de la necesidad imperiosa de acceder a la profesionalización, no sólo académica, si no del ejercicio institucional en la prestación de los servicios.

Distribución de Escuelas y Facultades de Enfermería
por Entidad Federativa en la República Mexicana: 1987-1990.

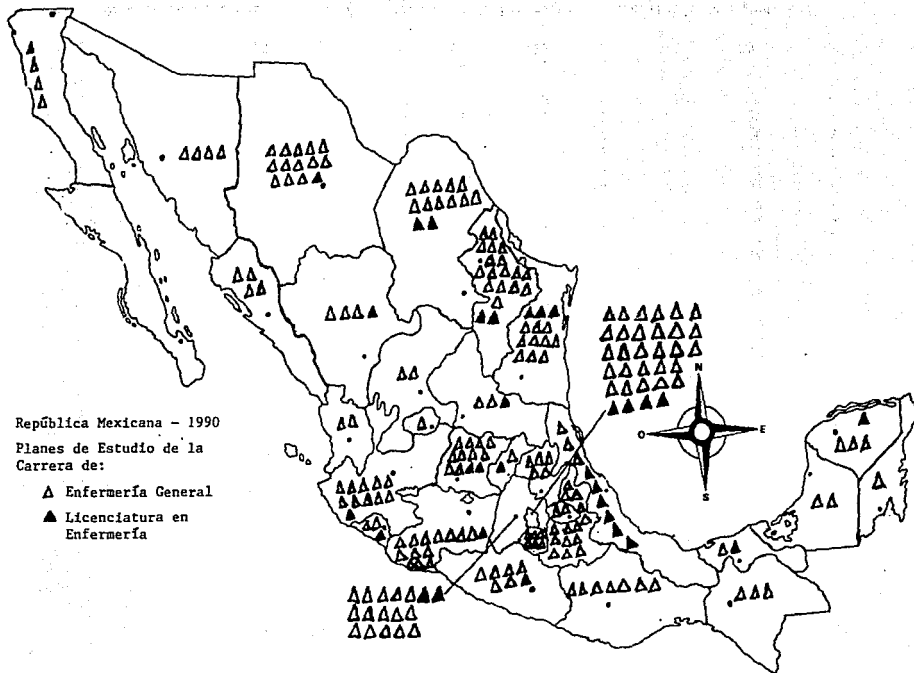
	1987		1990		1987		1990		Nivel Técnico		Nivel Licenciatura	
	1987	1990	1987	1990	1987	1990	1987	1990	1987	1990	1987	1990
Aguascalientes	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-
Baja California Norte	4	4	1	1	3	3	4	4	-	-	-	-
Baja California Sur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campeche	2	2	-	-	2	2	2	2	2	2	-	-
Coahuila	12	12	7	7	5	5	11	11	2	2	-	2
Colima	3	3	-	-	3	3	2	2	1	1	-	1
Chiapas	3	3	-	-	3	3	3	3	-	-	-	-
Chihuahua	14	14	11	11	3	3	13	13	1	1	-	1
Distrito Federal	30	30	15	15	15	15	28	28	3	3	-	4
Durango	3	3	2	2	1	1	3	3	1	1	-	1
Guanajuato	7	7	1	1	6	6	7	7	2	2	-	2
Guerrero	7	7	1	1	6	6	6	6	1	1	-	1
Hidalgo	4	4	2	2	2	2	4	4	-	-	-	-
Jalisco	10	10	6	6	4	4	10	10	1	1	-	1
México	13	16	6	8	7	8	16	15	1	1	-	2
Michoacán	14	14	10	10	4	4	14	14	1	1	-	1
Morelos	6	6	4	4	2	2	6	6	-	-	-	-
Nayarit	2	2	1	1	1	1	2	2	-	-	-	-
Nuevo León	17	17	10	10	7	7	17	17	2	2	-	2
Oaxaca	7	7	-	-	7	7	7	7	-	-	-	-
Puebla	14	14	11	11	3	3	14	14	-	-	-	-
Querétaro	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Quintana Roo	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-
San Luis Potosí	3	3	1	1	2	2	2	2	1	1	-	1
Sinaloa	4	4	-	-	4	4	4	4	-	-	-	-
Sonora	4	4	-	-	4	4	4	4	-	-	-	-
Tabasco	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Tamaulipas	9	9	2	2	7	7	9	9	3	3	-	3
Tlaxcala	2	2	1	1	1	1	2	2	-	-	-	-
Veracruz	10	9	2	1	8	8	10	3	-	-	-	6
Yucatán	3	3	-	-	3	3	2	3	1	1	-	1
Zacatecas	2	2	-	-	2	2	2	2	-	-	-	-
T o t a l	213	215	94	95	119	120	208	201	23	23	-	32

467

Fuente: Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería
Dirección General de Enseñanza en Salud
Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo.

Secretaría de Salud, 1987.
Información Directa, 1990-1991.

(+) 17 Escuelas con programas de nivel técnico y licenciatura.



ANEXO : X - 3

Personal Docente: Escuelas y Facultades de Enfermería 1991.

Institución Educativa	Tiempo Completo		Medio Tiempo		Por Horas		Suma	
Esc. de Enf. de la Univ. del Sureste	-	-	-	-	4	100	4	100
Esc. de Lic. en Enf. Dr. Santiago Valdez Galindo de la Univ. Aut. de Coahuila	11	32.4	3	8.3	20	58.8	34	100
Esc. Sup. de Enf. de la Univ. de Colima	1	2.9	-	-	34	97.1	35	100
Esc. Nac. de Enf. y Obst. de la U.N.A.M.	11	4.6	3	1.3	225	94.1	239	100
Esc. de Enf. y Obst. de la Univ. Juárez del Edo. de Durango	17	32.7	8	15.4	27	51.9	52	100
Esc. de Enf. y Obst. de la Univ. de Guanajuato	27	43.5	15	24.2	20	32.3	62	100
Esc. de Enf. de Celaya de la Universidad de Guanajuato	6	20.0	1	3.3	23	76.7	30	100
Esc. de Enf. No. 1 de la Univ. Aut. de Guerrero	4	40.0	-	-	6	60.0	10	100
Esc. de Enf. de la Univ. Aut. de Guadalajara	2	50.0	-	-	2	50.0	4	100
Esc. de Enf. y Obst. de la U.A.E.H.	41	46.6	-	-	47	53.4	88	100
Esc. de Enf. de la Univ. Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	23	47.9	1	2.1	24	50	48	100
Subtotal	143		31		432		606	

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuario Estadístico: Educación Superior, 1991, México, ANUIES, 1991.

ANEXO : X - 4

Personal Docente: Escuelas y Facultades de Enfermería 1991

Institución Educativa	Tiempo Completo	%	Medio Tiempo	%	Por Horas	%	Suma	%
Esc. de Enf. y Obst. Dr. Joaquín Herrera de la Univ. Aut. de Nayarit	16	23.9	20	29.9	31	46.2	67	100
Fac. de Enf. de la U.A.N.L.	44	64.7	10	14.7	14	20.6	68	100
Esc. de Enf. y Obst. de la Univ. Aut. de Querétaro	13	40.6	-	-	19	59.4	32	100
Esc. de Enf. de la Univ. Aut. de San Luis Potosí	24	34.3	21	30	25	35.7	70	100
Fac. de Enf. de la Univ. Aut. de Tamaulipas	54	18.8	-	-	234	81.2	288	100
Fac. de Enf. y Obst. de la Univ. Aut. de Tamaulipas	23	27.1	-	-	62	72.9	85	100
Depto. de Enf. de la Univ. Aut. de Tlaxcala	3	25	1	8.3	8	66.7	12	100
Esc. de Enf. de la Univ. de Yucatán	12	52.2	3	13.0	8	34.8	23	100
Esc. de Enf. de la Univ. Aut. de Zacatecas	3	18.7	6	37.5	7	43.8	16	100
Subtotal	192	-	61	-	408	-	661	-
T o t a l	335	26.4	92	7.3	840	66.3	1267	100

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior.
Anuario Estadístico: Educación Superior - 1991, México, ANUIES, 1991.

ANEXO : X - 5

Matrícula y Egreso Estudiantil de la Carrera de Enfermería
República Mexicana - 1976-1991.

ÑO	ADMISION	TOTAL	EGRESO
1970	112	227	29
1971	109	306	59
1972	94	326	64
1973	81	313	61
1974	181	371	54
1975	283	580	65
1976	380	840	120
1977	422	943	154
1978	676	1415	191
1979	860	1919	185
1980	975	2685	291
1981	857	2836	376
1982	751	2806	462
1983	1177	3231	462
1984	1345	3482	465
1985	1353	3518	518
1986	1148	3569	578
1987	1127	3977	598
1988	1338	4303	762
1989	1253	4375	821
1990	1266	4356	660
1991	1398	4530	-

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Anuarios Estadísticos - Educación Superior: 1970-1991. México, ANUIES, 1991.

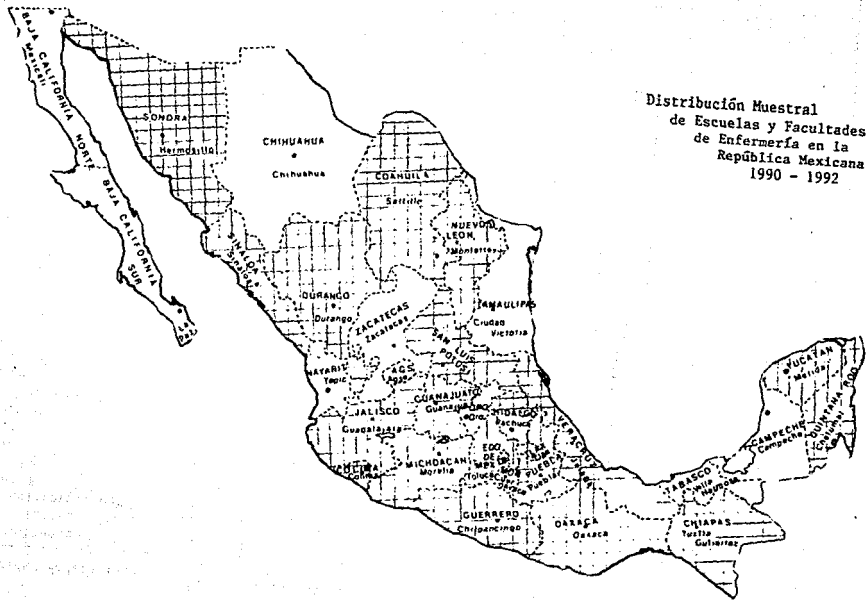
ANEXO : X - 6

Distribución de la Matrícula Estudiantil de la Carrera de Enfermería
Nivel Posgrado; República Mexicana: 1986 - 1991

Año	Especialidad	Primer Ingreso	Hombres	Mujeres	Suma	Egresados
1986		69	-	92	92	114
	- Cuidados Intensivos	22	-	22	22	31
	- Pediatría	23	-	23	23	35
	- Médico-Quirúrgica	24	-	24	24	17
	- Salud Pública	-	-	23	23	31
1987		171	5	166	171	123
	- Cuidados Intensivos	24	-	24	24	22
	- Obstetricia	14	-	14	14	-
	- Pediatría	50	1	49	50	33
	- Médico-Quirúrgica	46	2	44	46	41
- Salud Pública	37	2	35	37	27	
1988		308	17	291	308	135
	- Cuidados Intensivos	30	-	30	30	21
	- Obstetricia	13	-	13	13	10
	- Pediatría	113	11	102	113	53
	- Médico-Quirúrgica	128	6	122	128	51
	- Salud Pública	24	-	24	24	-
1991		211	21	583	584	177
	- Administración de los Servicios de Enfermería	58	3	55	58	18
	- Pediatría	56	6	125	131	41
	- Médico-Quirúrgica	88	8	222	230	38
	- Cuidados Intensivos	-	2	72	74	60
	- Salud Pública	9	-	22	22	20
	- Administración de Servicios de Salud	-	-	16	16	-
	- Enseñanza en Enfermería	-	2	51	53	-

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior - Anuario Estadístico: Nivel Postgrado.
1986 - 1991. México, ANUIES, 1991.

ANEXO : X - 7



Distribución Muestral
de Escuelas y Facultades
de Enfermería en la
República Mexicana
1990 - 1992

Distribución de Escuelas y Facultades de Enfermería por Entidad Federativa
en la República Mexicana: 1990

Entidades Federativas	Escuelas			Tipo de Institución						Planes de Estudio					
				Privadas			Oficiales			Nivel Técnico			Nivel Licenciatura		
	P.T.	P.M.	% M	P.T.	P.M.	% M	P.T.	P.M.	% M	P.T.	P.M.	% M	P.T.	P.M.	% M
Aguascalientes	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Baja California Norte	4	-	-	1	-	-	3	-	-	4	-	-	-	-	-
Baja California Sur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campeche	2	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-
Coahuila	12	5	42	7	3	43	5	2	40	11	5	45	2	1	50
Colima	3	1	33	-	-	-	3	1	33	2	1	50	1	-	-
Chiapas	3	1	33	-	-	-	3	1	33	3	1	33	-	-	-
Chihuahua	14	-	-	11	-	-	3	-	-	13	-	-	1	-	-
Distrito Federal	30	23	77	15	12	80	15	10	67	28	22	79	4	3	75
Durango	3	2	67	2	2	100	1	-	-	3	2	67	1	-	-
Guanajuato	7	6	86	1	1	100	6	5	83	7	6	86	2	-	-
Guerrero	7	3	43	1	1	100	6	2	33	6	3	50	1	-	-
Hidalgo	4	3	75	2	2	100	2	1	50	4	3	75	1	-	-
Jalisco	10	2	20	6	2	33	4	-	-	10	2	20	1	-	-
México	16	14	88	8	7	88	8	6	75	15	13	87	2	2	100
Michoacán	14	7	50	10	4	40	4	3	75	14	7	50	1	-	-
Morelos	6	2	33	4	1	25	2	1	50	6	2	33	-	-	-
Nayarit	2	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
Nuevo León	17	12	71	10	6	60	7	6	86	17	12	71	2	1	50
Oaxaca	7	2	29	-	-	-	7	2	29	7	2	29	-	-	-
Puebla	14	1	21	11	-	-	3	1	33	14	1	7	-	-	-
Querétaro	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Quintana Roo	1	1	100	-	-	-	1	1	100	1	1	100	-	-	-
San Luis Potosí	3	2	67	1	1	100	2	1	50	2	2	100	1	-	-
Sinaloa	4	1	25	0	0	0	4	1	25	4	1	25	-	-	-
Sonora	4	1	25	-	-	-	4	1	25	4	1	25	-	-	-
Tabasco	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Tamaulipas	9	-	-	2	-	-	7	-	-	9	-	-	3	-	-
Tlaxcala	2	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
Veracruz	9	8	89	1	1	100	8	1	13	3	2	67	6	6	100
Yucatán	3	3	100	-	-	-	3	3	100	3	3	100	1	-	-
Zacatecas	2	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-
T o t a l	215	103	48	95	43	45	120	49	41	201	92	46	32	13	41

Fuente: Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería
Dirección General de Enseñanzas en Salud
Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo
Secretaría de Salud, 1937.
Información Directa, 1990-1991.

P.T. = Población Total
P.M. = Población Muestra
% M = Porcentaje Muestral

ANEXO : X - 9

Población Muestral de Escuelas y Facultades de Enfermería
de la República Mexicana (Planes de Estudios) 1990

Institución Educativa	Nivel Técnico		Nivel Licenciatura		Total	
		%		%		%
Univ. Nac. Aut. de México						
Esc. Nac. de Enf. y Obst.	26	28	1	7.7	27	25.7
Colegio Nac. de Est. Prof.	24	26	-	-	27	25.7
Sec. de Educ. Pública						
Dir. Gral. de Est. Téc. y de Servicios	23	25	-	-	23	21.9
Univ. Aut. del Edo. de Méx.						
Esc. de Enf. y Obstetricia	4	4	2	15.4	6	5.7
Universidad Veracruzana						
Esc. de Enf. y Obstetricia	-	-	6	46.1	6	5.7
Universidad de Guanajuato						
Esc. de Enf. y Obst. de León	4	4	-	-	-	3.8
Univ. Aut. de Nuevo León						
Fac. de Enf.	5	5	1	7.7	6	5.7
Universidad de Yucatán						
Esc. de Enf.	2	2	-	-	2	1.9
Inst. Politéc. Nacional						
Esc. Sup. de Enf. y Obst.	1	1.08	1	7.7	2	1.9
Univ. Aut. de Coahuila						
Esc. de Lic. en Enf.						
Dr. Santiago Valdez Galindo	1	1.08	1	7.7	2	1.9
Universidad Autónoma Metropolitana	-	-	1	7.7	1	0.9
Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala						
U.N.A.M.	1	1.08	-	-	1	0.9
Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza						
U.N.A.M.	1	1.08	-	-	1	0.9
SUBTOTAL	92	100.0	13	100.0	105	100.0
%		46.0				45.0
OTRAS	109		19		128	
%		54.0		59.0		55.0
T O T A L	201	86.0	32	14.0	233	100.0

Fuente: Fuente Directa. 1990 - 1991.

ANEXO : X - 10

Universo Muestral de Instituciones Educativas de Enfermería
México 1990 - 1992

Institución Educativa	Nivel		Tipo		Incorporación a
	T	L	O	P	
-Univ. Nac. Aut. de México					
Esc. Nac. de Enf. y Obst. (México, D.F.)	X	X	X		
-Esc. de Enf. de la Sec. Salud (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Inst. Nac. de Cardiología (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. María Elena Haza Brito (I.N.N.S.Z.) (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del I.M.S.S. (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del I.S.S.S.T.F. (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de los Servicios Médicos del D.U.F. (México, D.F.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Isabel la Católica (Torreón, Coah.)	X		X		U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de la Cruz Roja de Manclova (Manclova, Coahuila)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Inst. Marillac (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Guadalupe (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Hosp. Español (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Héroe de Nacozari (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Escandón (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Hosp. Anglo- Americano (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de la Asoc. Mexicana de la Cruz Roja (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Santa Elena, A.C. (México, D.F.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de la Cruz Roja Mexicana Deleg. Naucalpan (Edo. de Méx.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Hosp. San Vicente (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de la Cruz Roja Mexicana de Monterrey (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. y Obst. de la Clínica y Maternidad Conchita, A.C. (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Dr. L.H. COPPEDGE (Morelia, Mich.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. del Hosp. de Nuestra Señora de la Salud (Morelia, Mich.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. Dr. J. Jesús Silva (Uruapan, Mich.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
-Esc. de Enf. de Zamora, A.C. (Zamora, Mich.)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.

Universo Muestral de Instituciones Educativas de Enfermería
México 1990 - 1992

Institución Educativa	Nivel		Tipo		Incorporación a
	T	L	O	P	
- Esc. de Enf. de la Cruz Roja (San Luis Potosí, SLP)	X			X	U.N.A.M. - E.N.E.O.
- CONALEP Cd. Acuña (Acuña, Coah.)	X		X		
- CONALEP Colima (Colima, Col.)	X		X		
- CONALEP. Comitán (Comitán, Chiapas)	X		X		
- CONALEP. Coyocacán (México, D.F.)	X		X		
- CONALEP. Milpa Alta (México, D.F.)	X		X		
- CONALEP Cuautitlán I (Cuautitlán, Edo. Méx.)	X		X		
- CONALEP Nezahualcóyotl (Cd. de Nezahualcóyotl, Edo. Méx.)	X		X		
- CONALEP Iguala (Iguala, Gro.)	X		X		
- CONALEP Tlaxchapa (Tlaxchapa, Gro.)	X		X		
- CONALEP Acámbaro (Acámbaro, Gto.)	X		X		
- CONALEP Saluayo (Saluayo, Mich.)	X		X		
- CONALEP Pátzcuaro (Pátzcuaro, Mich.)	X		X		
- CONALEP Zitácuaro (Zitácuaro, Mich.)	X		X		
- CONALEP Monterrey II (Monterrey, Nuevo León)	X		X		
- CONALEP Dr. Arroyo (Dr. Arroyo, Nuevo León)	X		X		
- CONALEP Oaxaca (Oaxaca, Oax.)	X		X		
- CONALEP Tuxtpec (Tuxtpec, Oax.)	X		X		
- CONALEP Atencingo (Atencingo, Pue.)	X		X		
- CONALEP Chetumal (Chetumal, Q.R.)	X		X		
- CONALEP Culliacán I (Culliacán, Sln.)	X		X		
- CONALEP Caborca (Caborca, Son.)	X		X		
- CONALEP San Andrés Tuxtla (San Andrés Tuxtla, Ver.)	X		X		
- CONALEP Valladolid (Valladolid, Yuc.)	X		X		
- Esc. de Enf. del Hosp. de Jesús (México, D.F.)	X			X	CONALEP
- Centro de Est. Tec. Ind. y de Serv. No. 91. (Tula de Allende, Hgo.)	X		X		
- Centro de Est. Tec. Ind. y de Serv. No. 122 (Alpuécar, Mur.)	X		X		
- Centro de Est. Tec. Ind. y de Serv. No. 125 (San Luis Potosí, SLP)	X		X		

Censo Nacional de Instituciones Educativas de Enfermería
México 1990 - 1992

Institución Educativa	Nivel		Tipo		Incorporación a
	T	L	O	P	
- Inst. Tec. Roosevelt (Torreón, Coah.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Colegio Moderno María (México, D.F.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (México, D.F.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (México, D.F.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. de Enf. Lic. Benito Juárez (Gómez Palacios, Dgo.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. de Enf. Benito Juárez (Gómez, Palacios, Dgo.)	X				S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. Sup. de Enf. Gral. (Tlalampantla, Edo. Méx.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (Toluca, Edo. Méx.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (Nezahualcóyotl, Edo. Méx.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (Ecatepec, Edo. Méx.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. de Enf. Gral. Florence Nightingale (Iguatla, Gro.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Americano (Celaya, Gto.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tiozhuatl (Huejutla, Hgo.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Centro de Est. Comerciales Hidalgo (Tlaxiahuatlpan, Hgo.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (Guadalajara, Jal.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. de Enf. Florence Nightingale (Guadalajara, Jal.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Esc. de Enf. Antonio de Mendoza (Cuernavaca, Mor.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Tec. Roosevelt (Monterrey, Nuevo León)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Inst. Hispánico de Monterrey (Monterrey, Nuevo León)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Cen. de Est. Tec. en Ciencias de la Salud (Veracruz, Ver.)	X			X	S.E.P.-D.G.E.T.I.S.
- Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería (Monterrey, Nuevo León)	X	X		X	
- Esc. de Enf. de la Sec. de Salud (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.A.N.L.-Fac. de Enf.
- Esc. de Enf. del I.M.S.S. (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.A.N.L.-Fac. de Enf.
- Preparatoria Técnica Médica (Monterrey, Nuevo León)	X			X	
- Esc. de Enf. de la Cruz Verde (Monterrey, Nuevo León)	X			X	U.A.N.L.-Fac. de Enf.
- Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst. (Toluca, Edo. Méx.)	X	X		X	
- Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst. Atzacmulco (Atzacmulco, Edo. Méx.)	X			X	

Universo Muestral de Instituciones Educativas de México
 México 1990 - 1992

Institución Educativa	Nivel		Tipo		Incorporación a
	T	L	O	P	
- Centro Universitario de Oriente - Chalco (Chalco, Edo. Méx.)	X			X	U.A.E.M.-E.E. y O.
- Colegio de la Comunidad (Cd. Nezahualcóyotl, Edo. Méx.)	X			X	U.A.E.M.-E.E. y O.
- Univ. de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León (León, Gto.)	X	X	X		
- Univ. de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. (Guanajuato, Gto.)	X		X		
- Univ. de Guanajuato Esc. de Enf. de Celaya (Celaya, Gto.)	X		X		
- Univ. de Guanajuato Esc. de Enf. de Irapuato (Irapuato, Gto.)	X		X		
- Univ. de Yucatán Esc. de Enf. (Mérida, Yucatán)	X	X	X		
- Esc. de Enf. del I.H.S.S. (Mérida, Yucatán)	X		X		U. de Yucatán-E.E.
- Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enf. Dr. Santiago Valdés Galindo (Saltillo, Coah.)	X	X	X		
- Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst. (México, D.F.)	X	X	X		
- Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Istacala (Tlalnepantla, Edo. Méx.)	X		X		
- Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza (México, D.F.)	X		X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. y Obst. Dir. Gral. de Ciencias de la Salud (Jalapa, Ver.)		X	X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. (Coahuacalcos, Ver.)		X	X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. Sec. Minatitlán (Minatitlán, Ver.)		X	X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. y Obst. de Orizaba (Orizaba, Ver.)		X	X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. de Poza Rica (Poza Rica, Ver.)		X	X		
- Univ. Veracruzana Esc. de Enf. y Obst. de Veracruz (Veracruz, Ver.)		X	X		

ANEXO : X - 14
 Universo Muestral de Instituciones Educativas de Enfermería
 México 1990 - 1992

Institución Educativa	Nivel		Tipo		Incorporación
	T	L	O	P	
- Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst. Unidad Académica Zumpango (Zumpango, Edo. Méx.)		X	X		
Univ. Aut. Metropolitana Unidad Xochimilco Programa de Lic. en Enf. (México, D.F.)		X	X		
Fuente: Información Directa 1990 - 1992					

Orientación Curricular de la Profesión de Enfermería
1990 - 1992

Nivel: Técnico	Ejes Curriculares			
Institución Educativa	Niveles de Atención a la Salud	Áreas de Conocimientos y/o Estudios	Áreas de Concentración en Enfermería	Etapas Evolutivas y/o Historia Natural Salud-Enf.
- Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica		X		
- Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Enfermería y Obst.	X			
- Universidad Autónoma de Coahuila Escuela de Licenciatura en Enfermería	X			
- Universidad Autónoma del Estado de México Escuela de Enfermería y Obstetricia		X		
- Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Enfermería	X			
- Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obst.				X
- Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Est. Prof. Iztacala			X	
- Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Est. Prof. Zaragoza				X
- Universidad de Guanajuato Escuela de Enfermería y Obstetricia de León		X		
- Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería			X	
- Secretaría de Educación Pública Dirección General de Educ. Tec. Indust.		X		
Total = 11	3	4	2	2

ANEXO : X - 16

Orientación Curricular de la Profesión de Enfermería
1990 - 1992

Nivel: Licenciatura	Ejes Curriculares			
Institución Educativa	Niveles de Atención a la Salud	Áreas de Conocimientos y/o Estudios	Áreas de Concentración en Enfermería	Etapas Evolutivas y/o Historia Natural Salud-Enf.
- Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia	X			
- Universidad Autónoma de Coahuila Escuela de Licenciatura en Enfermería Dr. Santiago Valdez Galindo	X			
- Universidad Autónoma del Estado de México Escuela de Enfermería y Obstetricia				X
- Universidad Autónoma Metropolitana División de Ciencias Biológicas y de Salud				X
- Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Enfermería	X			
- Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia				X
- Universidad Veracruzana Dirección General de Ciencias para la Salud Escuela de Enfermería y Obstetricia			X	
Total = 7	3	-	1	3

ANEXO : X - 17

Situación Actual de la Organización Curricular de los
Objetivos Particulares por Ejes Curriculares

Nivel: Cognoscitivo	Conocimiento		Comprensión		Aplicación		Análisis		Síntesis		Evaluación		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	1	12.5	4	50	3	37.5	-	-	-	-	-	-	8
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	-	-	2	33.3	3	50	1	16.7	-	-	-	-	6
Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1	16.7	2	33.3	3	50	-	-	-	-	-	-	6
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	1	10	2	20	6	60	1	10	-	-	-	-	10
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	-	-	1	25	2	50	1	25	-	-	-	-	4
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	-	-	1	25	2	50	1	25	0	0	0	0	4
Univ. Nac. Aut. de México Esc. nac. de Est. Prof. Istacala	2	14.3	2	14.3	8	57.1	2	14.3	-	-	-	-	14
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	-	-	1	25	2	50	1	25	0	-	-	-	4
Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	-	-	3	37.5	4	50	1	12.5	-	-	-	-	8
Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-	-	-	3
Secretaría de Educación Pública D.G.E.T.I.	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	-	-	3
T o t a l	6	8.6	19	27.1	37	52.9	8	11.4	-	-	-	-	70

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 18

Situación Actual de la Organización Curricular de los
Objetivos Particulares por Ejes Curriculares

Nivel: Licenciatura

Nivel : Cognoscitivo	Conocimiento		Comprensión		Aplicación		Análisis		Síntesis		Evaluación		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	3
Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1	20	1	20	2	40	1	20	-	-	-	-	5
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	-	-	1	25	2	50	1	25	-	-	-	-	4
Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud	-	-	4	33.3	1	8.4	7	58.3	-	-	-	-	12
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	-	-	1	16.7	3	50	2	33.3	-	-	-	-	6
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	3
Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.	-	-	1	25	2	50	1	25	-	-	-	-	4
T o t a l	1	2.8	10	27	12	32.4	14	37.8	-	-	-	-	37

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 19

Situación Actual de la Organización Curricular de
los Objetivos Específicos por Asignaturas y/o Módulos

Nivel : Técnico

Nivel : Cognoscitivo	Conocimiento		Comprensión		Aplicación		Análisis		Síntesis		Evaluación		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Colegio Nacional de educación Profesional Técnica	3	6.4	13	27.6	21	44.7	8	17	-	-	2	4.3	47
Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	2	7.7	7	26.9	15	57.8	1	3.8	-	-	1	3.8	26
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	4	6.8	27	45.8	19	32.2	6	10.1	-	-	3	5.1	59
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	2	7.2	8	28.6	12	42.8	6	21.4	-	-	-	-	28
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	5	20	7	28	12	48	-	-	-	-	1	4	25
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala	1	7.1	4	28.7	7	50	1	7.1	-	-	1	7.1	14
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	1	4.8	12	57.1	6	28.5	1	4.8	-	-	1	4.8	21
Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	5	7.6	16	24.2	24	36.4	16	24.2	3	4.6	2	3.0	66
Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	2	6.1	7	21.2	19	57.6	4	12.1	-	-	1	3.0	33
Secretaría de Educación Pública D.G.E.T.I.	6	15	9	22.5	16	40	8	20	-	-	1	2.5	40
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	4	11.1	9	25	17	47.2	4	11.1	-	-	2	5.6	36
T o t a l	35	8.9	119	30.1	168	42.5	55	13.9	3	0.8	15	3.8	395

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 20

Situación Actual de la Organización Curricular de los
Objetivos Específicos por Asignaturas y/o Módulos

Nivel : Licenciatura

Nivel : Cognoscitivo	Conocimiento		Comprensión		Aplicación		Análisis		Síntesis		Evaluación		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	-	-	6	25	13	54.2	3	12.5	-	-	2	8.3	24
Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	2	6.3	8	25	19	59.3	1	3.1	-	-	2	6.3	32
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	2	5.3	3	7.9	26	68.4	5	13.1	-	-	2	5.3	38
Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud	-	-	5	41.7	3	25	3	25	-	-	1	8.3	12
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	2	6.3	5	15.6	13	40.6	9	28.1	1	3.1	2	6.3	32
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	1	3.2	7	22.6	13	41.9	7	22.6	2	6.5	1	3.2	31
Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.	-	-	5	12.2	26	63.4	7	17.1	1	2.4	2	4.9	41
T o t a l	7	3.3	39	18.6	113	53.8	35	16.7	4	1.9	12	5.7	210

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 21
Situación Actual de la Organización Curricular de los Objetivos Particulares
por Ejes Curriculares

Nivel : Técnico											
Nivel : Psicomotriz	Imitación		Manipulación		Precisión		Control		Naturalización		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	3
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	3
Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	3
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	1	16.7	1	16.7	3	49.9	1	16.7	-	-	6
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	-	-	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-	2
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Ixtacala	1	12.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5	-	-	8
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	2
Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	-	-	1	25	3	75	-	-	-	-	4
Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	3
Secretaría de Educación Pública D.C.E.T.I.	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1
T o t a l	4	10.8	10	27	18	48.7	5	13.5	-	-	37

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 22

Situación Actual de la Organización Curricular de los
Objetivos Particulares por Ejes Curriculares

Nivel : Licenciatura

Nivel : Psicomotriz	Imitación		Manipulación		Precisión		Control		Naturalización		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Instituto Politécnico nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1
Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	-	-	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	-	-	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	-	-	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	-	3
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1
Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.	-	-	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Total	-	-	6	50	5	41.7	1	8.3	-	-	12

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992

ANEXO : X - 23
Situación Actual de la Organización Curricular de los Objetivos Específicos
por Asignaturas y/o Módulos

Nivel : Técnico

Nivel : Psicomotriz	Imitación		Manipulación		Precisión		Control		Naturalización		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	4	19	8	38.1	6	28.6	3	14.3	-	-	21
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	2	11.8	7	41.2	7	41.2	1	5.8	-	-	17
Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1	6.7	4	26.6	9	60	1	6.7	-	-	15
Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	5	26.3	9	47.4	3	15.8	2	10.5	-	-	19
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	3	25	5	41.7	3	25	1	8.3	-	-	12
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	-	-	8	66.7	3	25	1	8.3	-	-	12
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala	1	14.3	4	57.1	1	14.3	1	14.3	-	-	7
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	-	-	5	83.3	1	16.7	-	-	-	-	6
Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	5	20.8	11	45.8	4	16.7	4	16.7	-	-	24
Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	3	15.8	12	63.2	2	10.5	2	10.5	-	-	19
Secretaría de Educación Pública D.G.E.T.I.	2	10.5	15	79	2	10.5	-	-	-	-	19
T o t a l	26	15.2	88	51.5	41	24	16	9.3	-	-	171

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

ANEXO : X - 24

Situación de la Organización Curricular de los
Objetivos Específicos por Asignatura y/o Módulos

Nivel : Licenciatura

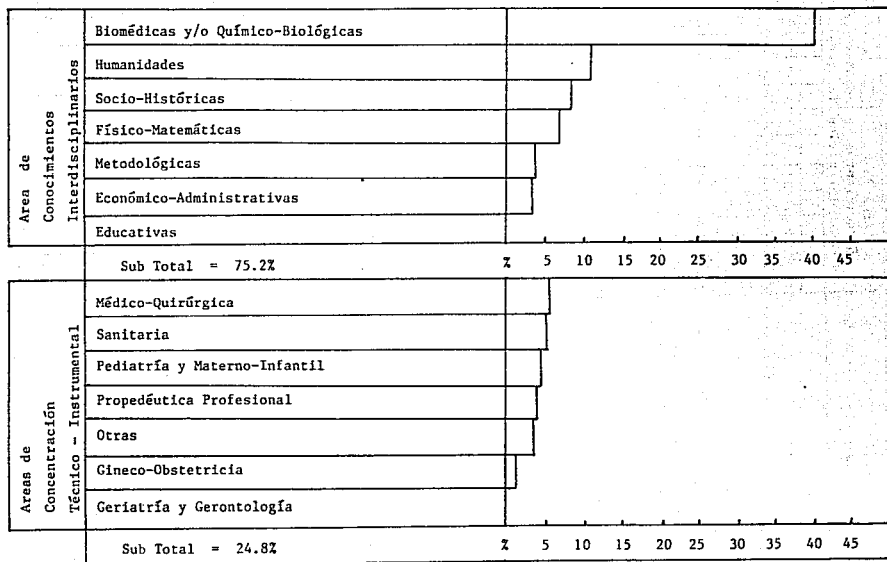
Nivel : Psicomotriz	Imitación		Manipulación		Precisión		Control		Naturalización		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Institución Educativa											
Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	1	7.1	7	50	5	35.8	1	7.1	-	-	14
Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1	5.3	12	63.1	3	15.8	3	15.8	-	-	19
Univ. Aut. del Edo. de México Esc. de Enf. y Obst.	2	7.7	15	57.7	7	26.9	2	7.7	-	-	26
Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud	-	-	2	66.7	1	33.3	-	-	-	-	3
Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	1	7.7	7	53.8	3	23.1	2	15.4	-	-	13
Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	1	7.7	7	53.8	4	30.8	1	7.7	-	-	13
Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.	7	26.9	13	50	4	15.4	2	7.7	-	-	26
T o t a l	13	11.4	63	55.3	27	23.7	11	9.6	-	-	114

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

Nivel Técnico	Area de Conocimientos Interdisciplinarios							Areas de Concentración Técnico-Instrumental					Total Asignaturas	
	Blomédicas y/o Químico-Biológicas	Socio-históricas	Económico-Administrativas	Humanidades	Físico-Matemáticas	Metodológica	Educativa	Propedéutica Profesional	Médico-Quirúrgica	Sanitaria	Gineco-Obstétrica	Pediatría y Materno-Infantil		Geriatría y Gerontología
Organización de Contenidos Curriculares en la Formación de Recursos Humanos en Enfermería														
Institución Educativa														
- Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	19	2	2	5	7	2	1	3	2	2	-	2	-	47
- Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	16	2	3	2	-	2	-	1	2	5	1	1	-	36
- Universidad Autónoma de Coahuila Esc. Lic. Enf.	14	1	3	-	1	1	-	-	1	3	1	1	-	26
- Univ. Aut. del Edo. de México Esc. de Enf. y Obst.	21	9	2	9	6	2	1	2	2	1	-	2	-	59
- Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	13	1	-	2	3	2	1	-	2	1	1	2	-	28
- Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	9	2	3	3	1	1	1	1	2	1	-	1	-	25
- Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala	5	-	-	-	-	2	-	1	2	1	1	1	-	14
- Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	13	-	-	-	-	1	-	1	2	1	-	2	-	21
- Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	19	13	1	13	8	2	-	2	2	1	1	2	-	66
- Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	10	1	-	2	-	2	1	3	2	4	2	2	-	33
- Secretaría de educación Pública D.G.E.T.I.	19	2	2	4	2	-	-	2	4	-	-	2	-	40
TOTAL	851	33	16	49	82	71	5	16	32	22	7	81	-	596
%	07	3.8	1.9	5.8	9.7	8.4	0.6	1.9	3.7	2.9	0.9	6.7	-	100

Distribución Porcentual de la Organización de Contenidos Curriculares
por Areas en la Formación de Recursos Humanos en Enfermería

Nivel Técnico

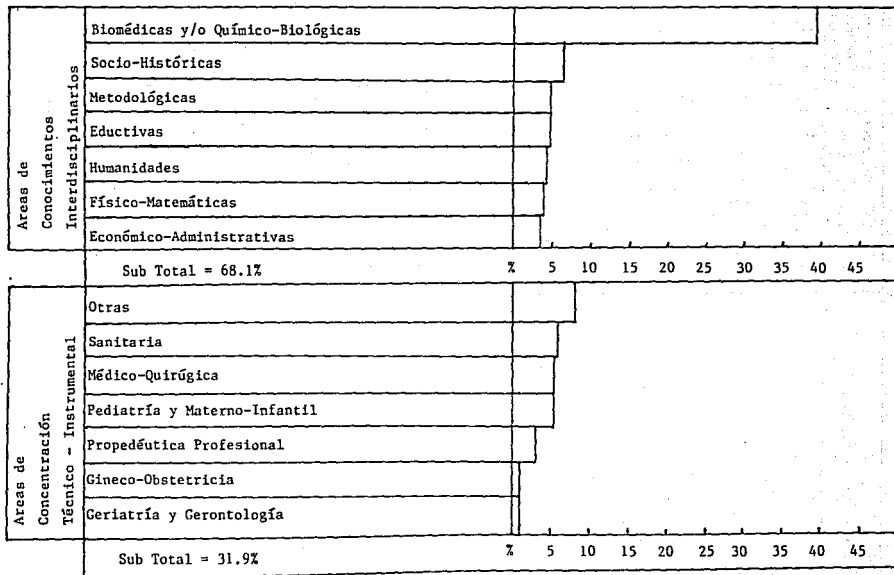


Nivel : Licenciatura	Area de Conocimientos Interdisciplinarios							Areas de Concentración Técnico-Instrumental							#
Organización de Contenidos Curriculares en la Formación de Recursos Humanos en Enfermería	Biomédicas y/o Químico-Biológicas	Socio-históricas	Económico-Administrativas	Humanidades	Físico-Matemáticas	Metodológica	Educativa	Propedéutica Profesional	Médico-Quirúrgica	Sanitaria	Gineco-Obstetricia	Pediatría y Materno-Infantil	Geriatría y Gerontología	Otras	Total Asignaturas
Institución Educativa															
Nivel Licenciatura															
- Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	9	2	-	-	1	2	2	1	2	2	-	1	-	2	24
- Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	15	1	3	-	1	1	2	-	1	3	1	1	2	1	32
- Univ. Aut. del Edo. de México Esc. de Enf. y Obst.	17	3	-	8	1	1	1	1	1	1	-	1	-	3	38
- Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y Salud	2	1	-	-	-	-	-	1	1	2	1	2	-	2	12
- Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	13	3	2	-	2	2	3	-	1	2	-	2	-	2	32
- Univ. Nac. aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	13	3	1	1	-	1	2	1	1	-	1	1	1	5	31
- Universidad Veracruzana Esc. Enf. y Obst.	15	1	-	1	2	4	1	1	5	4	-	4	-	3	41
TOTAL	40	14	6	10	7	11	11	5	12	14	3	12	3	18	210
%	40	6.7	2.9	4.8	3.3	5.2	5.2	2.4	5.7	6.7	1.4	5.7	1.4	8.6	100

Fuente: Planes y Programas de Estudio, 1990 - 1992.

Distribución Porcentual de la Organización de Contenidos Curriculares
por Areas en la Formación de recursos Humanos en Enfermería

Nivel Licenciatura



ANEXO : X - 29

DOCUMENTOS
CURRICULARES

CLAVES PARA EL USO E INTERPRETACION DE
LOS MAPAS CURRICULARES

- ← Antecedente
- Consecuente
- ▲ Todas las materias de Enfermería
- * Todas las materias del Plan de Estudios
- + Todas las materias posteriores a ésta.
- ★ Todas las materias que impliquen prácticas
- Todas las materias que impliquen acciones educativas
- ∞ Prácticas de investigación .

Instituto Politécnico Nacional
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
Plan de Estudios: Enfermería General.

EJES CURRICULARES					
Area I: Enfermería en el Primer Nivel de Atención a la Salud.		Area II: Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud			Area III: Admón. de la Atención de Enfermería Comunitaria
Semestre 1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
Asignatura	Asignatura	Asignatura	Asignatura	Asignatura	Asignatura
Enfermería I	Enfermería II	Enfermería III	Enfermería IV	Enfermería V	Enfermería VI
Anatomía y Fisiología I	Anatomía y Fisiología II	Gineco-Obst. Puerperio y Pediatría	Medicina General y Pediatría	Administración I	Administración II
Salud Pública I	Salud Pública II	Salud Pública III	Salud Pública IV	Salud Pública V	Legislación en Enfermería
Bioquímica I	Bioquímica II	Farmacología I	Farmacología II	Métodos y Técnicas de Inv. I *	Métodos y Técnicas de Inv. II **
Microbiología y Parasitología I	Microbiología y Parasitología II			Didáctica I	Didáctica II
Psicología Social	Salud Mental	Psicología Clínica I	Psicología Clínica II		
Sociología I	Sociología II				
	Nutrición y Dietoterapia I	Nutrición y Dietoterapia II			

Universidad Autónoma de Coahuila
Escuela de Licenciatura en Enfermería Dr. Santiago Valdez Galindo
Plan de Estudios: Enfermería General

EJES CURRICULARES			EJES CURRICULARES		
Bloque I			Bloque II		
Enfermería en el Primer Nivel de Atención a la Salud			Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud-Int. al Terc.		
Atención Primaria y Autocuidado de la Salud	Atención a la Salud Familiar	Atención a la Salud de la Comunidad	Participación en la atención directa a pacientes en diferentes etapas de vida -ambulatorios y hospitalizados-. Áreas: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.		
Semestre 1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
Asignatura			Asignatura		
Enfermería en la Atención Primaria y Autocuidado a la Salud	Enfermería en la Atención Familiar.	Enfermería en la Atención de Grupos Comunitarios	Enfermería Gineco-Obstetricia.	Enfermería Pediátrica	Enfermería Médico-Quirúrgica y Psiquiátrica
Fisiología, Anatomía y Salud Individual	Psicología Aplicada a la Salud Comunitaria	Demografía y Estadística	Fisiopatología Terapéutica Aplicada en Gineco-Obstetricia	Fisiopatología y Terapéutica Pediátrica	Fisiopatología y Terapéutica Médico-Quirúrgica en el Adulto.
Microbiología y Parasitología en la Salud Individual y Colectiva.	Terapéutica Científica Tradicional en el Primer Nivel de Atención	Investigación en Salud	Perinatología	Metodología del Proceso Enseñanza-Aprendizaje en Enfermería	Fisiopatología y Terapéutica Psiquiátrica
Nutrición y Autocuidado a la Salud	Procesos Bioquímicos y Morbilidad más frecuente en el P.N.A.	Epidemiología Social	Dietología Aplicada a los Pacientes Hospitalizados	Administración	Administración de los Servicios de Enfermería
Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud	Comunicación y su importancia en las Relaciones Humanas				

ANEXO : X - 33

EJES CURRICULARES

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Plan de Estudios:
- Enfermería General

		Enfermería en el Primero y Segundo Nivel de Atención a la Salud				Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud		Enf. en el Primero y Segundo Niveles de Atención a la Salud	
		Atención a la Salud Comunitaria		Atención de Enfermería Materno-Infantil -ambulatoria y hospitalaria- embarazo, parto y puerperio; R/N a 15 años. Areas: Gineco-Obstetricia y Pediatría.		Atención de Enfermería a Pacientes de 15 a 65 y más años -hospitalaria y ambulatoria-. Areas: Medicina Interna, Cirugía y Psiquiatría			
Semestre		1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.		
Asignaturas Obligatorias	Promoción de la Salud	Enfermería (Comunitaria)	Enfermería II (Salud Materno Infantil)	Enfermería III (Materno Infantil)	Enfermería IV (Médico-Quirúrgica)	Enfermería V (Medico-Quirúrgica y Psiq.)			
	Desarrollo Integral	Microbiología y Parasitología	Obstetricia	Obstetricia y Pediatría	Patología				
	Introduc. a las Ciencias Exp	Introduc. a las Ciencias Exp.	Psicología I (Evolutiva)	Farmacología I	Farmacología II	Psicología II (Psicopatología)			
	Nutrición	Metodología de las Ciencias	Bioantropología	Química General	Química Orgánica	Sociología			
	Matemáticas I	Matemáticas II	Matemáticas III		Problemas Filosóficos	Problemas Éticos y Morales			
	Taller de Redacción I	Taller de Redacción II	Taller de Redacción III	Taller de Lectura Literaria I	Taller de Lectura Literaria II	Taller de Lectura Literaria III			
Asignaturas Optat.vas	Inglés I	Inglés II	Inglés III	Teoría de la Historia	Probs. Econ. y Soc. del Mundo I	Probs. Econ. y Soc. del Mundo II			

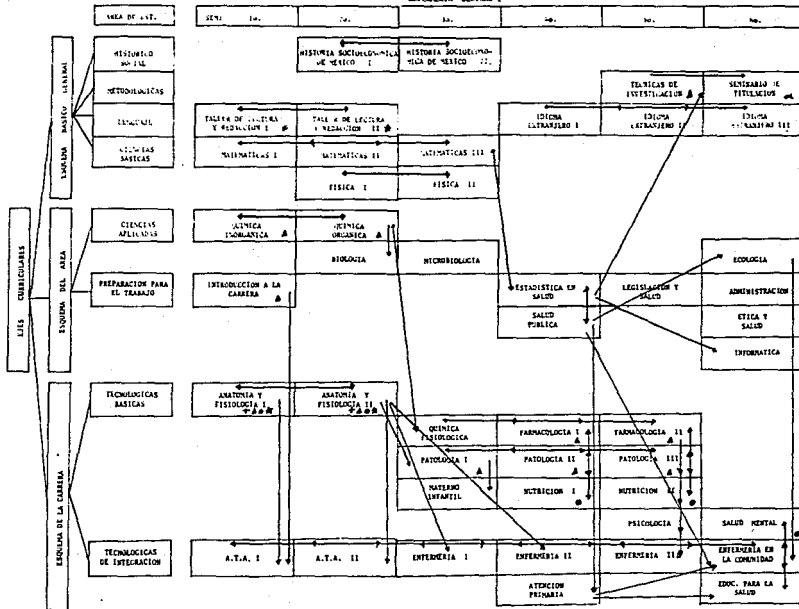
Universidad de Yucatán
Escuela de Enfermería.
Plan de Estudios: Enfermería General.

EJES CURRICULARES					
Area I: Práctica Clínica -hospitalaria y comunitaria- de Enfermería frente al indi- viduo sano y enfermo.		Area II: Práctica Clínica de Enfermería: - Médico-Quirúrgica - Preventiva - Obstétrica		Area III: Prácticas Clínicas de Enfermería: - Pediátrica - Psiquiátrica - Administrativa	
	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
Asignatura					
Fundamentos de Enfermería I	Fundamentos de Enfermería II	Enfermería Médico-Quirúrgica	Enfermería Obstétrica	Enfermería Pediátrica	Enfermería Psiquiátrica
Psicología General	Prácticas de Enfermería II	Prácticas: Enfermería Médico-Quirúrgica	Práctica: Enf. Pediátrica	Pediatría	Psiquiatría
Anatomía	Fisiología	Farmacología y Terapéutica	Obstetricia	Práctica: Enfermería Pediátrica	Práctica: Enfermería Psiquiátrica
Grados. de Microbiología	Enfermería en Salud Pública	Patología	Enfermería Preventiva	Legislación	Admón. de los Servicios de Enfermería
Terminología Médica	Prácticas de Enfermería Salud Púb.	Proceso de Atención de Enfermería	Práctica: Enfermería Preventiva	Relaciones Humanas	Prácticas: Administración de los Serv. Enf.
Ética Profesional	Técnicas y Auxiliares Educativos				Técnicas Básicas de Inv. *

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Plan de Estudios: Enfermería General.

EJES CURRICULARES					
Area I: El Hombre y su ambiente		Area II: Crecimiento y Desarrollo		Area III: Historia Natural de las Enfermedades	
Evolución del Ser Humano, El Hombre y su Ambiente		Promoción de la salud, prevención de la enfermedad en dif. formas vida.		Participación en la Atención directa a pacientes jóvenes y adultos.	
Patología de la Inf. y Salud Mental Comunitaria.					
Semestre 1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
Asignatura					
Anatomía y Fisiología *	Psicología General	Psicología Evolutiva	Patología I	Patología II	Patología III
Ecología y Salud	Nutrición Básica y Aplicada A	Crecimiento y Desarrollo +	Farmacología		Patología IV
Introducción a la Salud Pública	Ética	Técnicas de la Enseñanza	Dietoterapia	Ética Profesional y Legislación	
Mét. Científ. y Proc. Atenc. de Enf. * *	Fundamentos de Enfermería * *			Principios Administrativos	Admón. de Inst. de Salud
Estadística *	Etimologías Técnicas Médicas * *				
Antropología Social	Sociología *	Comunicación *			

ANEXO I - I - 36
 COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA
 PLAN DE ESTUDIOS : ENFERMERIA GENERAL



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza
Plan de Estudios: Enfermería General

EJES CURRICULARES					
Promoción de la Salud y - Atención de Enfermería a la Embarazada.	Atención de Enfermería Materno-Infantil (ambulatoria y hospitalaria) Parto, Puerperio, R/N a 15 años. Area: Ginecobstetricia y Pediatría		Atención de Enfermería al Individuo sano y enfermo: 15 a 65 y más años. Area: Médico-Quirúrgica.		Atención de Enfermería en la Salud Comunitaria y Admón. de Serv.
Semestre lo.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
Asignatura					
Introducción a la Enfermería	Parto, Puerperio y Recién Nacido.	Puericultura	Respiratorio	Digestivo	Salud Mental Comunitaria*
El Hombre y su Ambiente	Alt. del Aparato Reproductor	Pediatría	Cardiovascular	Endócrino	Administración de los Serv. de Enfermería
Embarazo	Infantil I	Infantil II	Renal	Neuro-Músculo-Esquelético	
Clinica Básica de Enfermería	Clinica de Enf. Materno-Infantil I	Clinica de Enf. Materno-Infantil II	Clinica de Enf. Médico-Quirúrg. I	Clinica de Enf. Médico-Quirúrg. II	Clinica de Salud Mental Comunitaria

AÑO No. 1 - 18
 Universidad de Santiago
 Escuela de Enfermería y Obstetricia
 Plan de Estudios: Enfermería General con Especialización en Ciencias Sociales y Humanidades

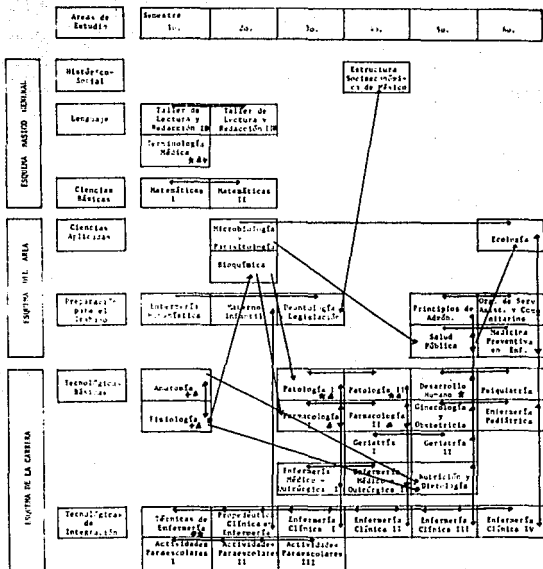
EJES CURRICIALES	Semestre 1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Área de Enfermería	Introducción a Enfermería I Ética en Enfermería	Introducción a Enfermería II	Enfermería Comunitaria Atención de los Servicios de Enf. P. P. B. R. V.	Enfermería Materna - Infantil	Enfermería Clínica - Obstetricia Atención de los Servicios de Enf. P. P. B. R. V.	Enfermería Psiquiátrica	Enfermería Médica - Obstetricia I	Enfermería Médica - Obstetricia II
Área Científica	Salud Pública I Nutrición I Microbiología	Salud Pública II Nutrición II Parasitología	Salud Pública III Introducción a Ginecología	Obstetricia	Clínica - Obstetricia	Psiquiatría	Patología I	Patología II
Área Ciencias Naturales	Biología I	Biología II	Física I	Física II	Química I	Química II		
Área Ciencias Sociales			Historia Universal Ciencias Sociales I	Historia de México I Ciencias Sociales II	Historia de México II	Historia de México III	Seminario de Historia Universal Seminario de Patología Sociología	Seminario de Historia de México I Seminario de Patología II Historia de la Cultura I Historia de Derecho I
Área Matemáticas	Matemáticas I	Matemáticas II	Matemáticas III	Matemáticas IV	Combinatoria y Probabilidad I	Combinatoria y Probabilidad II		
Área Lenguajes	Español I	Español II	Taller de Lectura y Redacción I	Taller de Lectura y Redacción II	Taller de Lectura y Redacción III Inglés I Inglés II	Taller de Lectura y Redacción IV Inglés III Inglés IV	Taller de Lectura y Redacción V	Taller de Comunicación I
Área Idiomas	Introducción de las Ciencias I	Introducción de las Ciencias II			Introducción a la Estadística I	Introducción a la Estadística II		
	Act. 1 - 10 horas por semana	Act. 10 - 20 horas por semana	Act. 20 - 30 horas por semana	Act. 1 - 10 horas por semana	Act. 10 - 20 horas por semana	Act. 10 - 20 horas por semana	Act. 10 - 20 horas por semana	Act. 10 - 20 horas por semana

18. Organizado a partir del Sistema Semestre.

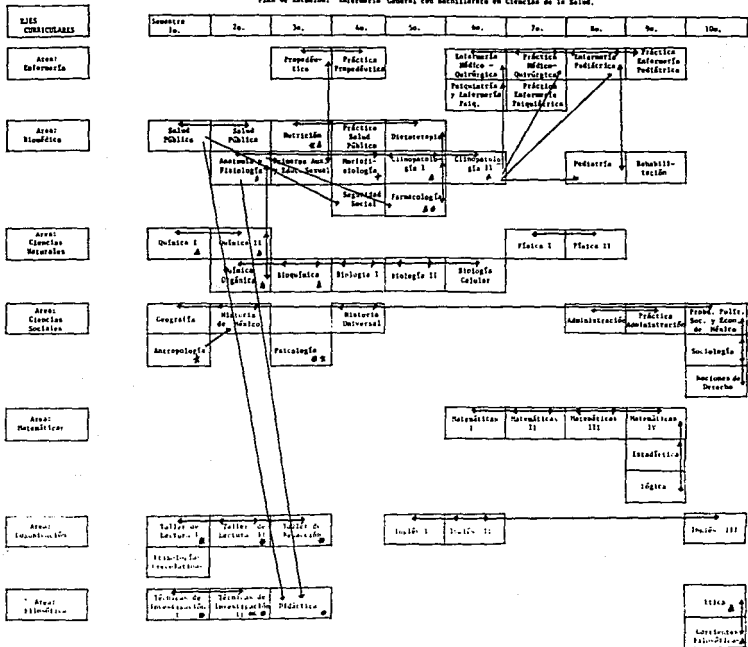
ANEXO 1 - 39

Dirección General de Educación Tecnológica Industrial y de Servicios
Educación Media Superior Tecnológica
Plan de Estudios: Enfermería General.

Ejes
Curriculares



APENDICE No. 1 - 10
 Universidad Autónoma del Estado de México
 Escuela de Enfermería y Obstetricia
 Plan de Estudios: Enfermería General con Especialidad en Cuidados de la Salud.



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Plan de Estudios: Licenciatura en Enfermería

EJES CURRICULARES								
Enfermería y Salud en México			Proceso Salud-Enfermedad en las Diferentes Etapas Evolutivas			Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana		
Semestre	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Asignatura								
Historia de la Enfermería en México	Anatomía y Fisiología Humana I	Anatomía y Fisiología Humana II	Proceso Salud-Enfermedad en el niño	Proc. Salud-Enf. Adol., Adul. Anc. I	Proc. Salud-Enf. Adol., Adul. Anc. II	Obstetricia I	Obstetricia II	
Atención a la Salud en México	Ecología y Salud	Farmacología	Enfermería del niño	Enf. del Adol., Adul., Anc. I	Enf. del Adol., Adul., Anc. II	Seminario Optativo	Seminario Optativo	
Socio-Antropología	Psicología General	Nutrición Básica y Aplicada	Des. de la Personalidad Infantil	Des. Person. Adol., Adulto, Anciano	Admón. de Serv. de Enfermería	Docencia en Enfermería	Seminario Optativo	
Metodología de la Investigación	Fundamentos de Enfermería I	Fundamentos de Enfermería II	Didáctica de la Educ. para Salud	Administración General	Ética Profesional y Legislación	Seminario Optativo		

Seminarios Optativos:

- Problemas Socioeconómicos de México
- Introducción a la Epistemología
- Filosofía
- Elaboración de Tesis
- Investigación en Enfermería

- Genérica Humana
- Curso de Introducción a la Informática.

Instituto Politécnico Nacional
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
Plan de Estudios: Licenciatura en Enfermería

EJES CURRICULARES							
Práctica de Enfermería en el Primer Nivel de Atención a la Salud			Práctica de Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud			Prácticas de Enfermería en Áreas de Concentración : - Comunitaria - Pediatría - Gineco-Obs- - Geront. - tetricia y Geront. - Médico-Quirúrgica.	
Semestre 1o. Asignatura	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Enfermería en el Autocuidado de la Salud	Enfermería en la Atención Primaria y Ambulatoria	Enfermería en la Atención Comunitaria	Enfermería Ginecobsté- trica y Perinatología	Enfermería en la Atención del Niño Hospitalizado	Enfermería en la Atención del Adulto Hospitalizado	Enfermería Avanzada I	Enfermería Avanzada II
Fisiología y Anatomía	Procesos Celulares y Fundamentales	Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud I	Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud II	Patología y Terapéutica Pediátrica	Medicina y Cirugía General	Investigación y Admón. de los Servicios de Enfermería I	Investigación y Admón. de los Servicios de Enfermería II
▲▲		▲*	▲*	▲			▲
Nutrición	Introducción a la Farmacología	Epidemiología y Bioestadística	Farmacología	Psicología Clínica y Pediátrica	Medicina Física y Rehabilitación	Educación en Enfermería I	Educación en Enfermería II
▲*	▲+		▲			●	●

ANEXO : X - 45

Universidad Veracruzana
 Dirección General de Ciencias de la Salud
 Escuela de Enfermería y Obstetricia
 Plan de Estudios: Licenciatura en Enfermería

EJES CURRICULARES							
Area I: Salud Individual y Colectiva		Areas II: Materno-Infantil		Area III: Médico-Quirúrgica		Area IV: Integración de Práctica de Enfermería	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Anatomía y Fisiología I ▲+	Anatomía y Fisiología II ▲+	Obstetricia	Farmacología I ▲*	Farmacología II ▲*			
Microbiología	Parasitología			Patología ▲*●			
Nutrición ▲*★		Pediatría I	Pediatría II			Taller de Planeación Educativa ●	
Desarrollo Personal ▲*	SocioAntropología ▲	Salud Mental Comunitaria	Taller de Lectura y Redacción	Salud Mental I	Salud Mental II	Taller de Desarrollo Profesional	
Epidemiología y Estadística I	Epidemiología y Estadística II	Taller de Investigación Documental	Taller de Metodología de la Investigación		Taller de Metodología de la Invest. II	Taller de Investigación Aplicada	Práctica Científica de Enf. Comunitaria
Enfermería en la Atención de la Salud Individual	Enfermería en la Atención de la Salud Comunitaria	Enfermería en la Atención de la Salud Materno-Infantil	Enfermería en la Atención de la Salud Materno-Infantil II	Enfermería en la Atención de los Problemas de Salud del Adulto I	Enfermería en la Atención de los Problemas de Salud del Adulto II	Enfermería en la Administración de los Recursos para la Salud	Práctica Científica de Enfermería Hospitalaria
Clinica de Enfermería en la Atención a la Salud	Clinica de Enfermería en la Atención de la Salud Comunitaria	Clinica de Enfermería en la Atención de la Salud Materno-Infantil I	Clinica de Enfermería en la Atención de la Salud Materno-Infantil II	Clinica de Enfermería en la Atención de los Problemas de Salud Adulto I	Clinica de Enfermería en la Atención de los Problemas de Salud Adulto II	Clinica de Enfermería en Administración de los Recursos para la Salud.	

EJES CURRICULARES

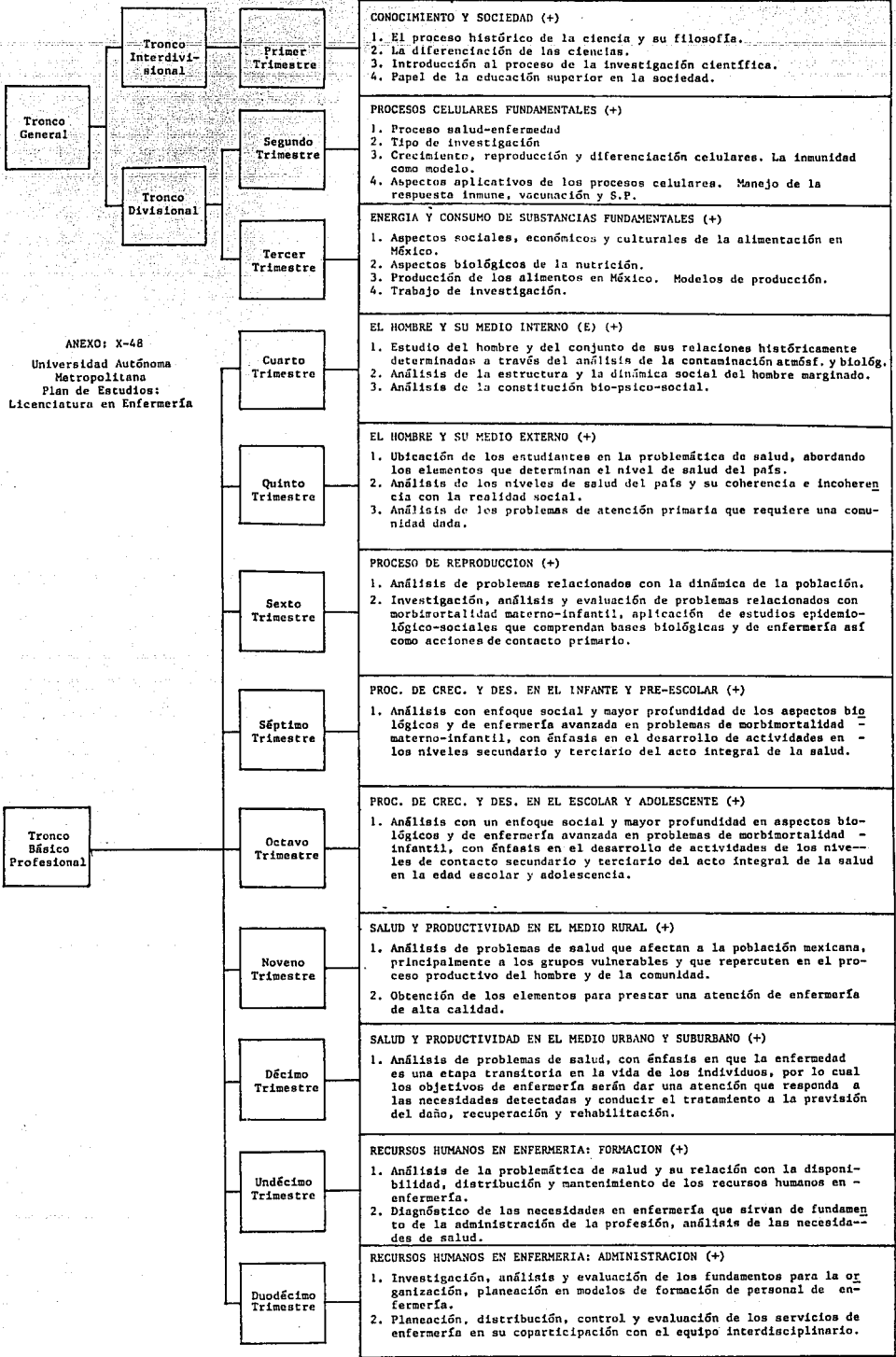
Bloque I : Enfermería en el Primer Nivel de Atención a la Salud			Bloque II: Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud-Int. al Tercer Nivel			Bloque III: Atención Geriátrica y Form. Rec. Hum.	
Atención Primaria y Autocuidado de la Salud.	Atención a la Salud Familiar .	Atención a la Salud de la Comunidad	Participación en la Atención directa a Pacientes en diferentes etapas de vida -ambulatorios y hospitalizados-. Areas: Gineco-Obst., Pediat., Med. Int., Cirugía.			Atención Geriátrica -Hospitalaria y Ambulatoria- y Formación de Rec. Hum. para la Salud.	
Semestre 1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Enfermería en la Atención Primaria y Autocuidado a la Salud	Enfermería en la Atención Familiar	Enfermería en la Atención de Grupos Comunitarios	Enfermería Gineco-Obstétrica	Enfermería Pediátrica	Enfermería Médica Quirúrgica y Psiquiátrica	Enfermería Geriátrica	Enfermería en la Formación de Rec. Hum. para la Atención a la Salud Comunitaria.
Fisiología, Anatomía y Salud Individual	Psicología Aplicada a la Salud Comunitaria	Demografía y Estadística	Fisiopatología Terapéutica Aplicada en Gineco-Obstetricia	Fisiopatología y Terapéutica Pediátrica	Fisiopatología y Terapéutica Médico-Quirúrgica en el Adulto	Fisiopatología Terapéutica Geriátrica	Planificación en Salud
Microbiología y Parasitología en la Salud Individual y Colectiva	Terapéutica Científica y Tradicional en el Primer Nivel de Atención	Investigación en la Salud	Perinatología	Metodología del Proceso de Enseñanza-Aprendizaje en Enfermería	Fisiopatología y Terapéutica Psiquiátrica	Fisioterapia y Rehabilitación en el Segundo Nivel de Atención	Sistematización en la Enseñanza en la Salud
Nutrición y Autocuidado a la Salud	Procesos Bioquímicos y Morbilidad más frecuente en el Primer Nivel de Atención	Epidemiología Social	Dietología Aplicada a los Pacientes Hospitalizados	Administración	Administración de los Servicios de Enfermería		
Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud	Comunicación y su importancia en las Relaciones Humanas						

EJES CURRICULARES

Enfermería en el Primer Nivel de Atención a la Salud	Enfermería en el Primero y Segundo Nivel de Atención a la Salud				Enfermería en el Segundo Nivel de Atención a la Salud	Enfermería en el Primero y Segundo Nivel de Atención a la Salud		
Atención Primaria y Promoción de la Salud	Atención a la Salud Comunitaria	Atención de Enfermería Materno-Infantil -Ambulatoria y Hospitalaria- Embarazo, Parto y Puerperio; R/N a 15 años. Areas: Gineco-Obstetricia y Pediatría.		Atención de Enfermería a pacientes de 15 a 65 y más años -Hospitalaria y Ambulatoria-. Areas: Medicina Interna, Cirugía y Psiquiatría.		Administración de los Servicios de Enfermería	Prácticas Profesionales y Capacitación a niveles inferiores	
Semestre	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.
Nutrición ▲▲*	Epidemiología y Bioestadísticas ▲	Psicología Evolutiva	Pediatría	Pedagogía y Filosofía de la Educ.	Tecnología Educativa ●	Psic. Laboral y Relaciones Humanas ●▲	Programa de Educación en Enf.	
Bioquímica Fisiológica ▲	Microbiología y Parasitología ▲	Bioantropología ▲	Ciencias Sociales II ▲▲	Fisiopatología I ▲*	Fisiopatología y Bioquímica ▲*			
Desarrollo Integral de la Com. ▲	Ciencias Sociales I ▲*	Gineco-Obstetricia I ▲	Gineco-Obstetricia II ▲	Administración		Estadística para la Administración		
Promoción de la Salud ▲	Enfermería Comunitaria ▼	Enfermería Materno-Infantil I ▲	Enfermería Materno-Infantil II ▲	Enfermería Médico-Quirúrgica	Enfermería Especializada	Admón. de Servicios Hosp. y Sanitarios ▲		Enfermería Avanzada (Internado)
		Farmacología I ▲▲*	Técnicas de Investigación ▲▲*	Farmacología II ▲▲*		Técnicas de Investigación II ●*		

Optativas Curriculares: Historia de la Cultura I y II, y/o Inglés I, II, III.

Universidad Autónoma de Nuevo León.
Facultad de Enfermería
Plan de Estudios: Licenciatura en Enfermería.



ANEXO: X-48
 Universidad Autónoma
 Metropolitana
 Plan de Estudios:
 Licenciatura en Enfermería

Tronco
 Básico
 Profesional

Tronco Interdivisivo	Primer Trimestre	CONOCIMIENTO Y SOCIEDAD (+) 1. El proceso histórico de la ciencia y su filosofía. 2. La diferenciación de las ciencias. 3. Introducción al proceso de la investigación científica. 4. Papel de la educación superior en la sociedad.
Tronco Divisivo	Segundo Trimestre	PROCESOS CELULARES FUNDAMENTALES (+) 1. Proceso salud-enfermedad 2. Tipo de investigación 3. Crecimiento, reproducción y diferenciación celulares. La inmunidad como modelo. 4. Aspectos aplicativos de los procesos celulares. Manejo de la respuesta inmune, vacunación y S.P.
	Tercer Trimestre	ENERGIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS FUNDAMENTALES (+) 1. Aspectos sociales, económicos y culturales de la alimentación en México. 2. Aspectos biológicos de la nutrición. 3. Producción de los alimentos en México. Modelos de producción. 4. Trabajo de investigación.
	Cuarto Trimestre	EL HOMBRE Y SU MEDIO INTERNO (E) (+) 1. Estudio del hombre y del conjunto de sus relaciones históricamente determinadas a través del análisis de la contaminación atmosf. y biológ. 2. Análisis de la estructura y la dinámica social del hombre marginado. 3. Análisis de la constitución bio-psico-social.
	Quinto Trimestre	EL HOMBRE Y SU MEDIO EXTERNO (+) 1. Ubicación de los estudiantes en la problemática de salud, abordando los elementos que determinan el nivel de salud del país. 2. Análisis de los niveles de salud del país y su coherencia e incoherencia con la realidad social. 3. Análisis de los problemas de atención primaria que requiere una comunidad.
	Sexto Trimestre	PROCESO DE REPRODUCCION (+) 1. Análisis de problemas relacionados con la dinámica de la población. 2. Investigación, análisis y evaluación de problemas relacionados con morbilidad materno-infantil, aplicación de estudios epidemiológico-sociales que comprendan bases biológicas y de enfermería así como acciones de contacto primario.
	Séptimo Trimestre	PROC. DE CREC. Y DES. EN EL INFANTE Y PRE-ESCOLAR (+) 1. Análisis con enfoque social y mayor profundidad de los aspectos biológicos y de enfermería avanzada en problemas de morbilidad materno-infantil, con énfasis en el desarrollo de actividades en los niveles secundario y terciario del acto integral de la salud.
	Octavo Trimestre	PROC. DE CREC. Y DES. EN EL ESCOLAR Y ADOLESCENTE (+) 1. Análisis con un enfoque social y mayor profundidad en aspectos biológicos y de enfermería avanzada en problemas de morbilidad materno-infantil, con énfasis en el desarrollo de actividades de los niveles de contacto secundario y terciario del acto integral de la salud en la edad escolar y adolescencia.
	Noveno Trimestre	SALUD Y PRODUCTIVIDAD EN EL MEDIO RURAL (+) 1. Análisis de problemas de salud que afectan a la población mexicana, principalmente a los grupos vulnerables y que repercuten en el proceso productivo del hombre y de la comunidad. 2. Obtención de los elementos para prestar una atención de enfermería de alta calidad.
	Décimo Trimestre	SALUD Y PRODUCTIVIDAD EN EL MEDIO URBANO Y SUBURBANO (+) 1. Análisis de problemas de salud, con énfasis en que la enfermedad es una etapa transitoria en la vida de los individuos, por lo cual los objetivos de enfermería serán dar una atención que responda a las necesidades detectadas y conducir el tratamiento a la prevención del daño, recuperación y rehabilitación.
	Undécimo Trimestre	RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERIA: FORMACION (+) 1. Análisis de la problemática de salud y su relación con la disponibilidad, distribución y mantenimiento de los recursos humanos en enfermería. 2. Diagnóstico de las necesidades en enfermería que sirvan de fundamento de la administración de la profesión, análisis de las necesidades de salud.
	Duodécimo Trimestre	RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERIA: ADMINISTRACION (+) 1. Investigación, análisis y evaluación de los fundamentos para la organización, planeación en modelos de formación de personal de enfermería. 2. Planeación, distribución, control y evaluación de los servicios de enfermería en su coparticipación con el equipo interdisciplinario.

ANEXO: X - 49

Orientación Actual de los Mapas Curriculares (Créditos)
en Enfermería 1990 - 1992

Nivel: Técnico

Institución Educativa	MATRICES		H T	%	H P	%	No. Asig.	Total Créd.
	Hrs. Teoría	Hrs. Práctica						
-Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica	1 hr. = 1 créd.	1 hr. = 1 créd.	112	55	92	45	47	202
-Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. Enf. y Obst.	1 hr. = 1 créd.	1 hr. = 1 créd.	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
-Univ. Autónoma de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	122	75	82	25	26	326
-Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	1 hr. = 2 créd.	2 hrs. = 1 créd.	271	86	180	14	59	632
-Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	1 hr. = 2 créd.	2 hrs. = 1 créd.	130	86	86	14	28	303
-Univ. Nacional Autónoma de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	100	63	120	37	25	320
-Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Iztacala	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	62	51	120	49	14	244
-Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Est. Prof. Zaragoza	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	77.5	55	126	45	21	281
-Universidad de Guanajuato Esc. de Enf. y Obst. de León	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	220	72	85	28	66	305
-Universidad de Yucatán Escuela de Enfermería	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	105.5	74	73	26	33	284
-Secretaría de Educación Pública D. G. E. T. I.	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	140	81	65	19	40	345

515

(S/I) : Sin Información Oficial

(HT) : Horas teóricas.

(HP) : Horas prácticas.

FUENTE: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

Orientación Actual de los Mapas Curriculares (Créditos)
en Enfermería 1990 - 1992

Nivel: Licenciatura

Institución Educativa	MATRICES		HT	X	HP	X	No. Asig.	Total Créd.
	Hrs. Teoría	Hrs. Práctica						
-Instituto Politécnico Nacional Esc. Sup. de Enf. y Obst.	1 hr. = 1 créd.	1 hr. = 1 créd.	274	61	178	39	24	452
-Univ. Aut. de Coahuila Esc. de Lic. en Enfermería	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	158	74	110	26	32	426
-Univ. Aut. del Edo. de Méx. Esc. de Enf. y Obst.	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	182	80	90	20	33	454
-Univ. Aut. Metropolitana Div. de Cienc. Biol. y de Salud	1 hr. = 1 créd.	1 hr. = 1 créd.	S/I	-	S/I	-	12	445
-Univ. Aut. de Nuevo León Facultad de Enfermería	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	121	61	153	39	32	395
-Univ. Nac. Aut. de México Esc. Nac. de Enf. y Obst.	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	134	66	139	34	31	407
-Universidad Veracruzana Esc. de Enf. y Obst.	1 hr. = 2 créd.	1 hr. = 1 créd.	138	63	159	37	41	435

516

(S/I) : Sin Información Oficial.

(HT) : Horas Teóricas

(HP) : Horas Prácticas

Fuente: Planes y Programas de Estudios, 1990 - 1992.

C I T A S

- 1.- Adam, Evelyn.
¿Hacia dónde va la Enfermería?
Madrid, Editora Importéncia, S.A.
1982.
- 2.- Arredondo, V.A.
Comisión Temática sobre Desarrollo Curricular
Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Investigación Educativa, México, 1981.
(Mecanograma).
- 3.- Arnaz, José A.
La Planeación Curricular
2a. ed., México, Ed. Trillas - ANUIES.
1990.
- 4.- Aznavirian, Avedis.
La Interdisciplinariedad en la UAM-X en Los Troncos Comunes en la Currícula Universitaria.
México, U.A.M.
Xochimilco, 1990.
- 5.- Brown, Amy Frances.
Curriculum para Escuelas de Enfermería.
México, Ed. Interamericana, S.A.
1978.
- 6.- Bruner, J.S.
El Proceso de la Educación.
México, Ed. UTEHA, 1963.
- 7.- Canudas, Luis Fernando.
El Curriculum de Estudios en la Enseñanza Superior en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. 1, No. 2, Abril-Junio, 1972.
- 8.- Canuda, Luis Fernando.
El Curriculum de Estudios en la Enseñanza Superior en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. 1, No. 2, Abril-Junio 1975.
- 9.- Cardaci, Dora y González de León, Dayanira (Coord.).
Las Profesiones en México No. 3 Medicina.
México, U.A.M.-Xochimilco, 1990.

- 10.- Cleauves, Peter S.
Las Profesiones y el Estado: El Caso de México.
México, Colegio de México, 1985.
(Jornadas No. 107).
- 11.- Contreras Mauricio, Hilda.
El Futuro de la Profesión de Enfermería en Las Profesiones en México No. 9. Enfermería.
México, U.A.M.-Xochimilco, 1991.
- 12.- De Landsheere, Viviana.
Objetivos de la Educación.
2a. ed., Barcelona, Ed. Dickos-Tau, S.A., 1981.
- 13.- Díaz, Barriga Angel.
Once Ensayos Sobre la Problemática Curricular.
2a. ed., México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1986.
- 14.- Díaz Barriga, Frida, et al.
Metodología del Diseño Curricular para Educación Superior.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1990.
- 15.- Esland, Geoffrey.
Enseñanza y Aprendizaje como Organización del Conocimiento en Reflexiones Teóricas en Torno al Currículum por Áreas.
México, ENEP-Aragón, 1985.
- 16.- Fuentes Molinar, Olac.
El Sistema de Créditos como Instrumento de Flexibilidad en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I No. 4 Octubre-Diciembre 1972.
- 17.- Galindo C., Jesús.
La Universidad y la Enseñanza de la Comunicación: El Caso de la Universidad Iberoamericana en Cuadernos del Taller de Investigación en Comunicación Masiva.
México, Universidad Autónoma Metropolitana.
Enero, 1985, No. 37.
- 18.- Galván Giral, Ma. Isabel y Marín Méndez, Dora Elena.
Investigación para Evaluar el Currículo Universitario.
México, Ed. Porrúa, S.A.
U.N.A.M., 1988.
- 19.- García, Fernando y Mercado, Ricardo.
El Currículum en Revista de la Educación Superior.
ANUIES, Trimestral.
México, D.F.
Vol. I, No. 1, Enero-Marzo, 1972.

- 20.- Guevara Niebla, Gilberto.
El Diseño Curricular.
México, U.A.M.-Xochimilco, 1975.
- 21.- Glazman, Raquel y De Ibarrola, María.
Planes de Estudio: Propuestas Institucionales y Realidad Curricular.
México, Ed. Nueva Imagen, 1987.
- 22.- Hernández Tezoquipa, Isabel.
Ideología de la Enfermería en Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed., México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 23.- Knovhenhauer, María de los Angeles.
Mecanismos de Reconocimiento, Revalidación y Acreditación de Estudios en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I. No. 1, Enero-Marzo 1972.
- 24.- Maldonado E., Alicia y Contreras R., Prisca.
Las Necesidades de Enfermería en el País en Ier. Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería.
México, en Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
1985.
- 25.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El Caso de Enfermería.
México, en Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C.
1985.
- 26.- Mendoza Rojas, Javier.
Los Retos Actuales de la Educación Superior en México en Perfiles Educativos.
CISE, UNAM, Trimestral.
México, D.F.
No. 36, Abril-Mayo-Junio 1987.
- 27.- Montes Sánchez, Irma Hilda, et al.
La Evolución de la Educación en Salud en México de los Profesionales de la Salud.
Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia.
México, D.F., Junio 27 de 1988.
(Mecanograma).
- 28.- Nueva Ley Federal de Educación 1990. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Federal de Educación.
Diario Oficial de la Federación.
México, D.F.
Jueves 6 de Diciembre de 1984.

- 29.- Panza González, Margarita.
Las Aportaciones de Jean Piaget al Análisis de las Disciplinas en el Currículo.
 México. Universidad Nacional Autónoma de México.
 Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, 1988.
 Serie: Sobre la Universidad No. 7.
- 30.- Pérez Castaño, Ma. Guadalupe.
Planeación Académica.
 México, Ed. Porrúa, S.A.
 U.N.A.M., 1988.
- 31.- Peters. R.S.
Filosofía de la Educación.
 México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
 1977.
- 32.- Ponce de León, Sara Alicia.
Prospectiva de la Educación de Enfermería en México en Revista de Enfermería del IMSS.
 Cuatrimestral.
 México, D.F.
 No. 1, Vol. 1, Enero-Abril, 1988.
- 33.- Rangel Guerra, Alfonso.
La revalidación de Estudios en Revista de la Educación Superior.
 Trimestral.
 México, D.F.
 Vol. V, No. 4 (20), Octubre-Diciembre 1976.
- 34.- Ramírez I., Celia.
La Formación Profesional en la UNAM en Pensamiento Universitario No. 67.
 Centro de Estudios Sobre la Universidad, UNAM, Coordinación de Humanidades.
 S/P., México, 1986.
- 35.- Sánchez Medina de Rota, Gilda.
Reflexiones sobre las Tendencias de la Educación Continua para las Profesiones en Revista de la educación Superior.
 Trimestral.
 México, D.F.
 Vol. VIII, No. 2 (30), Abril-Junio 1979.
- 36.- -----
Reglamento General de Estudios Superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México en El Sistema de Créditos como Instrumentos de Flexibilidad.
 en Revista de la Educación Superior.
 Trimestral, México, D.F.
 Vol. I, No. 4, Octubre-Diciembre 1972.

- 37.- Rodríguez O., Azucena.
Curriculum y Sistema de Enseñanza Abierta.
Ponencia presentada en Encuentro sobre Diseño Curricular.
E.N.E.P. Aragón, 1982.
(Mecanograma)
- 38.- Tron Sierra, Virginia.
El Futuro de la Profesión de Enfermería en Las Profesiones en México No. 9: Enfermería.
México, U.A.M.-Kochimilco, 1991.
- 39.- Tyler, Ralph W.
Principios Básicos del Currículo.
4a. ed., Buenos Aires.
Ed. Troquel, 1982.
- 40.- Valdez de Reyes, María Elena.
Marco General de la Profesión de Enfermería en Las Profesiones en México No. 9: Enfermería.
México, U.A.M.-Kochimilco, 1991.

X I . C O N C L U S I O N E S

Considerando que el presente estudio tiene establecido como objetivo central elaborar la reconstrucción conceptual de la profesión de enfermería y ante la insuficiencia teórica de fuentes bibliográficas y documentales específicas, se desarrolló mediante la estrategia metodológica de la reconstrucción de categorías, las cuales sirvieron de fundamento a los ejes conceptuales del "quehacer, saber y deber ser" de la disciplina en cuestión; todos éstos, emanados del contexto sociohistórico particular que determina su realidad concreta.

Producto de dichos registros analíticos desarrollados durante el proceso investigativo, se llegó al establecimiento de las siguientes consideraciones:

Las características de la enfermería, al igual que otras profesiones, tiene su origen en la constitución de la Formación Económica-Social - (FES) a que da lugar el nacimiento y desarrollo de las condiciones que determinan la evolución de las fuerzas productivas, así como de la división social del trabajo y estrategias específicas que a partir de la formación social del capitalismo juegan los aparatos de Estado sobre las mismas.

Lo anterior se enmarca en aspectos básicos tales como:

- Control económico a través de la fuerza ideológica y legislativa de sanciones y decretos que contengan cualquier movimiento de insubordinación al sistema político-económico.

- Control corporativista sujeto a lineamientos del proyecto económico-político del Estado.

- Control de las cúpulas dirigentes, lo que facilita la separación de las dirigencias con las bases "representadas".

- Control ideológico a través de símbolos nacionalistas, que mistifiquen al sistema político; repercutiendo en la esfera del "deber ser" de la profesión y su corresponsabilidad con los valores nacionales.

Estos aspectos adquieren una significación particular dentro de las profesiones del área de la salud, donde la medicina, haciendo uso de su calidad de profesión liberal, ha mantenido este carácter ejerciendo una influencia directa sobre campos disciplinarios de otras profesiones; resulta, en última instancia, del poder y vinculación que le une a las disposiciones del grupo político detentador del poder del Estado mexicano; siendo el caso concreto la enfermería, donde a partir de 1906-1907 se suscriben las bases para el establecimiento de la primer escuela de enfermería en México; bases que involucraron tanto quehaceres, como saberes de un ejercicio profesional dependiente; situación que hasta el momento se continúa enfrentando a través de estrategias ideológicas y políticas, que tan sólo perpetúan la sujeción de la práctica y conocimientos profesionales de la misma. Lo anterior guarda relación directa con el Modelo de Atención a la Salud en México, misma que se ha caracterizado por ser: eminentemente clínica, individualista y biológica; asumido éste política y técnicamente, bajo la orientación surgida de las prácticas norteamericanas del momento; esto ha garantizado el control de las acciones de la atención a la salud, y al mismo tiempo, servir de instrumento justificador de políticas y orientaciones ideológicas que fundamentan y reproducen el fortalecimiento del orden económico-político establecido. Esta situación ha generado una seria problemática teórica e interpretativa del proceso Salud-Enfermedad, mismo que demanda redimensionar la condición: social, económica, cultural, psicológica y biológica; todas éstas, presentes en el individuo y en el grupo social al que pertenece.

Frente a esta corriente paradigmática hegemónica surge el movimiento teórico social, el cual como principios metodológico-interpretativos sostiene que:

1.- No se puede estudiar aisladamente el fenómeno de la salud o de la enfermedad sino como una unidad dialéctica indisoluble.

2.- El fenómeno Salud y el de Enfermedad referido a partir del hom-

bre mismo es un fenómeno social, es una unidad constitutiva y constituyente del todo social.

3.- Dado que la sociedad capitalista se organiza a partir de dividirse en clases sociales, en grupos dominantes y grupos dominados, es solamente a través del reconocimiento de estas divisiones como podemos entender la distribución inigualitaria de la salud y la enfermedad.

4.- El Sistema de Atención a la Salud tiene el objetivo fundamental del mantenimiento, restauración y reproducción de la fuerza de trabajo en disposición de la productividad generada.

5.- Las disposiciones políticas dispuestas para la atención a la salud se encuentran determinadas por la política económica y los requerimientos del sistema económico-político.

6.- La fundamentación de los modelos de atención a la salud, así como el discurso y normas de operación garantizan el fortalecimiento ideológico y la legitimación del orden económico establecido.

De ahí que se reconozca a la enfermería como parte del sistema asistencial de la salud en México, la cual juega un papel fundamental en el funcionamiento de los programas y políticas gubernamentales, fundamentalmente en aquéllos dispuestos en el sostenimiento y reproducción de las fuerzas productivas del país; además, colabora en el mantenimiento, restauración y reproducción de las fuerzas productivas, participando en la explotación de la salud de la clase trabajadora y reforzando la ideologización que de la salud hace la clase en el poder y donde la organización de los procesos productivos y de servicios dentro del sistema han alcanzado niveles de especialización que generalmente disponen espacios ocupacionales para la mujer, donde se proyectan ideológicamente como extensivas a las actividades domésticas, al extremo de calificarlas como profesiones o actividades exclusivas de la condición femenina, bajo perfiles ideologizados que garantizan su organicidad reproductora; tal es el caso de la enfermería dentro del campo de la salud, donde se designan prácticas indispensablemente subordinadas, intermedias, complementarias o de carácter secundario.

Lo anterior guarda relación inmediata con las características distintas de la profesión en su inserción orgánica dentro de la formación económica social:

1.- Aceptación y desarrollo de políticas, concepciones y modelos de atención a la salud reproductores de las condiciones diferenciales entre - clases sociales y fuerzas productivas que sostienen al sistema económico.

2.- El carácter orgánico del trabajo auxiliar que responde a la reproducción de la división del trabajo intelectual y el trabajo manual entre la medicina y la enfermería.

3.- La diferenciación del poder y autogestión profesional del trabajo sanitario asistencial entre los profesionales médicos y los profesionales auxiliares en la apropiación de saberes y haceres eminentemente instrumentales y prácticos auxiliares.

4.- La evolución de los medios intelectuales y prácticos monopolizados por el sector médico como garantía de control del resto de profesiones intervinientes en la atención a la salud, lo que determina la diferenciación estratificante del ejercicio y formación académica-profesional a partir del área médica.

El desarrollo histórico de la enfermería da el contexto a las argumentaciones antes señaladas, basta con observar que si bien durante el Modelo Sanitario Ambiental de Beneficencia Pública y Social comprendido entre 1800 y 1917, la enfermería participa en los conflictos armados, por un lado al asistir a los heridos, huérfanos y hombres en pie de lucha; y por el otro, al asumir el cuidado asistencial de los enfermos dentro de las - unidades hospitalarias, teniendo un papel importante en las brigadas sanitarias de prevención y educación higiénica, encaminadas al control de la insalubridad y epidemias que diezaban grandes sectores de la población.

Acciones que si bien le fueron reconocidas por la sociedad, no lo fue por el sector médico, ya que su formación académica nace bajo la tutela y control de saberes, haceres y un deber ser, emanado este último de intereses de crear personal subordinado al médico, basta con observar la orienta

ción curricular de los planes de estudio de la carrera de enfermería de la escuela del Hospital General de México.

Durante el Modelo Corporativo del Estado (1917-1940), la enfermería asume tareas organizativas y directivas exclusivas: educación higiénico-dietéticas y de prevención inmunitaria; como fue el caso de la campaña de vacunación contra la tuberculosis en 1934, campaña que cubrió aspectos sociales y técnicos mediante funciones de visitadoras domiciliarias. Periodo durante el cual se extendieron sus funciones curativas tales como: manejo y control de pacientes infectocontagiosos, anestesia, auxiliares de operaciones, masajistas, laboratoristas, entre otras.

Es durante el periodo de 1940 a la fecha al que se le ha denominado como Modelo Normativo-Institucional de Estado, el cual se caracteriza por la consolidación de la iniciativa privada, resultado de la cual se da origen a políticas de institucionalización política y administrativa en la salvaguarda de la salud de la clase proletaria con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y para el sector de empleados al servicio del Estado con el Instituto de Seguridad Social y de Servicios para Empleados al Servicio del Estado. Producto de este modelo, la enfermería consolidó su orientación eminentemente curativa y asistencial dentro de las grandes unidades hospitalarias, al grado de crearse cursos post-básicos o de especialidad en áreas que, tanto la organización de los servicios hospitalarios como los avances científicos y tecnológicos, exigían su incorporación, tales como son: pediatría, anestesia, psiquiatría, hematología, administración y quirúrgica; así como de educación en enfermería (1944-1956).

Es importante señalar que durante la administración del presidente Avila Camacho, la enfermería queda inscrita dentro de la Ley de Profesionales, estableciendo como requisito para su ejercicio la obtención de título y cédula profesional, así como el cumplimiento de servicio social obligatorio. Situación que contradice las exigencias académicas ya que tales requisitos fueron y continúan siendo privativos para las carreras de nivel universitario, pero que para el caso específico de ésta continuaron en el nivel post-secundaria como prerequisites para su formación académica.

Durante el periodo 1948 a 1957 se consolidó el trabajo de las enfer

meras sanitarias, tanto por su participación en la comunidad como en sus acciones organizativas de educación higiénica y dietética. Este campo de acción de la enfermería enfrentó su declive para mediados de los sesentas, - producto del cierre de las Jefaturas de Enfermería en Salud Pública por la ocupación de personal médico y relegándosele a la enfermería al desarrollo de acciones subordinadas, independientemente de continuar asumiendo acciones y tareas sociales.

Otra área desarrollada por la enfermería fue la de la asistencia de la mujer embarazada, parto y puerperio, teniendo resultados sociales positivos durante el periodo de 1900 a mediados de los años cuarenta del presente siglo, ya que con el surgimiento de las grandes instituciones médico-asistenciales, fue gradualmente desplazada por el personal médico. Fue a mediados de los sesentas, que oficialmente y por decreto de las autoridades sanitarias del Estado quedaron asumidas dichas tareas por el área médica, independientemente de la creación de programas de apoyo comunitario y rural donde se incorporó a parteras empíricas habilitadas en programas de planificación familiar, como fue el caso durante la administración del Lic. Luis Echeverría Alvarez.

En el campo educativo, producto de la crisis social enfrentada durante la década de los sesentas, en 1968 se impulsan los trabajos tendientes a la profesionalización académica de la enfermería mediante la elevación de la carrera a nivel de licenciatura e impulso a numerosos cursos de especialización post-básica, principalmente en áreas tecnológicamente avanzadas y de reconocimiento institucional como funcionalmente prioritarias.

Producto de la existencia del nivel académico post-secundaria básico o técnico-profesional y de licenciatura, se han generado numerosas contradicciones para el reconocimiento de esta última, dado que hasta el momento el mercado empleador -sector salud- no ha dispuesto acciones específicas para la ubicación laboral y asistencial del personal de nivel licenciatura, siendo incorporado al mismo nivel y ejercicio profesional que el personal de nivel básico; situación que se vive hasta el momento en la que muy poco se ha avanzado.

Esta problemática guarda relación inmediata con las políticas econó

micas y de restricción presupuestal en la planeación de los programas de atención a la salud, ya que si bien la Organización Mundial de la Salud durante la Conferencia de Alma Ata, celebrada en 1978, estableció la meta de "Salud para todos en el año 2000", y señaló la importancia de extender el papel de la enfermera hacia la atención directa, la administración, la docencia y la investigación y fue ratificado el compromiso del gobierno de México de encaminar sus acciones en materia de planeación, educación y asistencia social a la salud, las acciones en enfermería se establecieron y continúan vigentes estrategias tendientes a la habilitación de personal comunitario empírico que desplaza al profesional de dichas tareas; lo anterior como resultado de medidas restrictivas en los presupuestos destinados al sector salud, así como la aplicación de programas masificantes de los servicios. Todo esto tendiente a la justificación ideológica de protección al mayor número de mexicanos; sin embargo, la realidad es que ello se ve acompañado de la consecuente liquidación de la calidad de los servicios y que de manera directa le responsabiliza al personal de salud entre los que se encuentra la enfermería, el cometido de mantener, en condiciones adversas, su característica distintiva de calidez y calidad de sus acciones.

Es por ello que las conceptualizaciones de la salud, contenidas en los diferentes Modelos de Atención a la Salud, son un referente de cómo han trascendido en el ejercicio profesional y desarrollo académico-profesional en la enfermería mediante el sustento ideológico, filosófico, ético, del discurso gubernamental. Así, la ideología determina la justificación de creencias normativas de la estratificación sexual entre los profesionales de la salud, donde el gremio médico supedita los quehaceres y saberes del resto de disciplinas intervinientes en la atención de la salud; incluso, mantiene oculta la subordinación y control político entre la enfermería y la medicina mediante la introducción de símbolos y conceptos éticos que enfatizan la descalificación académica-profesional de los avances teóricos y metodológico-disciplinarios de la enfermería, pese a haber accedido al nivel universitario y posgrado. El carácter de servicio y asistencia altruista, viene a sumarse a dicha situación, ya que encubre la entidad de trabajo laboral-profesional que le dan razón de "ser" y desarrollo de marcos académicos que certifican su práctica social. Por lo que, tanto la filoso

ffa y la ideología de la enfermería guardan relación inmediata con los conceptos teóricos y políticos que sustentan la organización técnico-administrativa de la asistencia de la salud en México, donde el pensamiento positivista ha sido una constante dentro de conceptos y marcos teóricos y metodológicos de reflexión del derecho a la salud dentro de la formación y ejerccio profesional de la enfermería mexicana, reduciéndose a interpretaciones eminentemente técnicas-funcionales a un "Deber Ser" estrictamente individual y utilitario. Esta situación ha generado en los profesionales de la enfermería el impulsar el estudio del ejercicio profesional actual y prospectivo con el fin último de acceder a la construcción de marcos teóricos y metodológicos que fundamenten futuros espacios ocupacionales y/o de incursión innovadora, al tiempo de servir de instrumento en la reorientación de la planeación curricular hacia áreas prospectivas, tendientes a la búsqueda de la autogestión disciplinaria particular.

La insistencia caprichosa del pensamiento biomédico ha llevado a la ilusión de concebir la práctica de la enfermería como una entidad neutral, al grado de desvalorizar el compromiso socioprofesional del cuidado de la salud frente a las demandas de asistencia sanitaria de grandes grupos sociales en extrema pobreza; de ahí que la persistencia del paradigma ortodoxo del proceso salud-enfermedad, basado en el esquema de la historia natural de la enfermedad, determine la orientación interpretativa del diagnóstico situacional de la salud del país, el cual desconoce la realidad contextual de los factores socioeconómicos y culturales intervinientes en dicho proceso. Esto obedece básicamente a intereses político-ideológicos que buscan ocultar la realidad de las condiciones estratificantes entre clases sociales y su consecuente inmediato con el acceso a los servicios médico-asistenciales. Sin embargo, basta con observar los siguientes datos que dan cuenta de las condiciones de salud de la sociedad mexicana, misma que fundamenta la distribución y ejercicio profesional de la enfermería dentro de los diferentes espacios ocupacionales.

- Existe unatasa de mortalidad por 1 000 habitantes para 1988 de -
4.5, con una relación de 25.21 de hombres y 20.68 de mujeres de un total de
23.48.

- Las veinte principales causas de mortalidad general para 1986 continúa siendo enfermedades infectocontagiosas y degenerativas, producto de la confluencia de patologías propias del tercer mundo y de los modelos de industrialización que generan altas tasas de mortalidad en el país.

- Las cinco principales causas de mortalidad de menores de 4 años - se centran en enfermedades infectocontagiosas y carenciales-nutricionales.

- Se registra una tasa por 100 trabajadores expuestos del 10.3, con un incremento del 0.2 de 1982 a 1984 a patologías profesionales.

- Más de la mitad de la población en México está subalimentada, en tanto que el 10 a 15% de la población total, fundamentalmente urbana, está sobrealimentada.

- Para 1990 existen 81 249 645 habitantes en el país, población que se duplicó en sólo 25 años a una tasa anual del 2.3, con una densidad de 41.2 habitantes por km².

- El 54% de la población tiene 12 años y más.

- El 87.3% de la población es mayor de 6 años, sabe leer y escribir.

- La esperanza de vida al nacer para 1990 se estimó en más de 70 años.

- 15 millones de personas carecen de protección directa en la atención de su salud - 1988.

- El 53.3% concentra las unidades hospitalarias en el D.F., y el 40.6% carece de servicios hospitalarios de alta especialidad.

- El 60.4% del total de camas censables se encuentran en la Seguridad Social, mientras que el 39.4% lo dispone la Asistencia Social.

- En 1990 había 89 390 médicos, uno por cada 910 habitantes; 44 840 enfermeras y 62 830 auxiliares de enfermería, a una relación de una enfermera profesional por cada tres médicos.

- El 75.5% de las enfermeras trabaja en instituciones de la Seguri-

dad Social, mientras que el 30% se encuentra laborando en la Asistencia Pública.

- El presupuesto destinado al Sector Salud descendió del 2.1% del PIB de 1988 para 1990 con un 1.9%.

- La distribución presupuestal del Sector Salud para la Seguridad Social fue del 75% y para la Asistencia Pública del 25%, lo que da muestra de la calidad y acceso estratificante de los servicios de atención a la salud, dispuestos por las políticas técnico-administrativas del Sector Salud.

A partir de los elementos antes señalados, tanto los directivos de las unidades asistenciales, como de las instituciones educativas en materia de planeación, formación y administración de recursos humanos en enfermería se han visto en la necesidad de profundizar y concretar los estudios sobre la situación específica de los siguientes índices: proporción de personal de enfermería-población por atender, proporción de personal profesional-personal no profesional, así como la utilización y distribución de éste por servicios y turnos. La realidad es que hasta el momento sólo han establecido estrategias parciales que mediatizan la solución de la problemática; sin embargo, existen experiencias aisladas de profesionales que de manera independiente y/o a través de las organizaciones sindicales han propugnado por el reconocimiento del problema en su real magnitud socio-económica y político-disciplinaria, con el fin de asumir de manera cabal el compromiso de la atención de la salud que en última instancia es la razón de ser de la profesión en cuestión.

Frente a esta realidad, por demás crítica, es fácil comprender que el goce de los servicios médicos de calidad y oportunidad mantienen las siguientes condiciones económico-sociales y político-ideológicas:

1.- El acceso, la calidad y oportunidad de los servicios médico-asistenciales dependen de la posición de clase de los individuos.

2.- Las exigencias del Fondo Monetario Internacional y la partida presupuestal para el Sector Salud tiende a la baja, muestra de ello es que en 1984 fue del 2.1% del PIB y para 1988 se redujo a 1.9%.

3.- El perfil epidemiológico de la población mexicana muestra la persistencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que diezman a la población infantil.

4.- La distribución presupuestal entre las instituciones del sector salud continúa siendo monopólica para el IMSS, mientras que para el ISSSTE y la SSA es significativamente menor, lo que repercute en materia de disposiciones políticas en materia de salud.

5.- Es inexistente la participación comunitaria y/o social en la -planeación, organización y puesta en práctica de los programas de atención a la salud, lo que manifiesta la falta de cultura y prácticas democráticas tendientes a la igualdad sanitaria en el país.

6.- La formación académico-profesional, tanto de la enfermería como de la medicina continúan reproduciendo el enfoque biologista que predomina y mantiene vigente el modelo curativo del país.

El problema central en la enfermería es que, ante las crecientes demandas sociales de atención a la salud, el paradigma político-sanitario - eminentemente curativo y biologista determina la delegación de funciones y ampliación de otras, pero manteniendo el carácter subordinado al área médica. Por otra parte, desde el punto de vista teórico, la enfermería ha incurcionado en cuatro grandes orientaciones que agrupan los diferentes modelos y teorías que la fundamentan, tanto a su definición como a las estrategias metodológicas del ejercicio profesional.

1.- Enfermería humanística: enfoque de división del organismo humano-psicológico, físico, social y espiritual de la persona receptora del cuidado de la enfermería; encamina sus acciones a satisfacer las necesidades del individuo, mediante el empleo de la metodología deductiva-inductiva y del análisis de los individuos en situación enferma, así como de su capacidad de adaptación con su ambiente limitante.

2.- Enfermería y el campo de los sistemas: este modelo, al igual - que el anterior emplea la metodología deductiva-inductiva, encaminada en - individuos sanos y enfermos; su limitación estriba en el desconocimiento de

los aspectos sociales e históricos, por lo que asume al individuo de manera descontextualizada de su realidad.

3.- Enfermería y las relaciones interpersonales: surge de las crecientes dificultades en servicio a través de la comprensión de las demandas de los sujetos con relación directa con su momento y modo de enfermar; la limitante central es la falta de sistematización metodológica y la insuficiencia teórica para su generalización en todos los momentos y situaciones del ejercicio y campo de acción de la enfermería, fundamentalmente en su nivel social.

4.- Enfermería y los campos de energía: pretende describir, explicar y establecer predicciones del actuar humano; básicamente inscritas en referentes organizativos, de tal suerte que la enfermera prefija los fundamentos metodológicos y teórico-prácticos de sus haceres, tendientes a la recuperación de la salud de los individuos; sin embargo, queda limitado por la falta de claridad de marcos conceptuales y metodológicos que la diversidad situacional del ejercicio profesional reclama para lo particular en un individuo, familia y/o comunidad.

En el caso particular de México, la definición de la enfermería ha seguido fuertes determinaciones de los modelos norteamericanos, resultando la vigencia hegemónica del paradigma médico que sustenta el modelo y metodología de la Enfermería Humanística como arte y ciencia; el cual se fundamenta en concepciones de clara orientación positivista que viabilizan la persistente orientación biologista del discurso y enfoque de la profesión. Definición y metodología que ha recibido innumerables cuestionamientos a la categoría de arte y ciencia, mismas que son contradictorias por la subjetividad inferencial y experimental de apreciaciones.

Es necesario reconocer la insuficiencia de todo modelo pretendidamente generalizable y único; sin embargo, la profesión necesita aceptar el enérgico debate de su práctica a partir del análisis crítico y permanente de su definición y/o redefinición, a fin de acceder a una forma metodológica y epistemológicamente coherente con su realidad situacional diversificada en permanente transformación.

Por otra parte, la profesionalización se ha constituido como una de las estrategias más importantes que, tanto de manera oficial por parte de las autoridades de las instituciones del Sector Salud, como de las cúpulas representativas de las organizaciones colegiadas y asociaciones, le postulan como la vía idónea para impulsar el cambio permanente para lograr que las metas de la enfermería estén acordes a las necesidades de atención de salud de la sociedad en continua transformación, ello reclama de la construcción de marcos teóricos y modelos metodológicos y técnico-instrumentales privativos de la disciplina, lo que hasta el momento ha sido objeto de numerosas actividades que se han dado a la tarea de construir, tanto de manera empírica y alcances locales y/o regionales; esto ha repercutido de manera directa en las interpretaciones y lecturas que de la práctica profesional se han realizado, dando como resultado conceptualizaciones parciales, por demás alejadas de su especificidad socio-histórica concreta. Dicha estrategia requiere de la unificación de esfuerzos gremiales que confluayan en la construcción de alternativas metodológicas acordes al objeto de estudio disciplinario, lo que redundará en sentar las bases de la tan pretendida autogestión profesional en la enfermería, principalmente con relación a la medicina.

De ahí las limitaciones que se han registrado sobre la unificación profesional, donde se ha caracterizado por un aislamiento permanente, resultado de la carencia de conciencia política y profesional que priva en los sujetos de la profesión; más aún, ello ha sido motivo de pérdida de espacios y/o instancias organizativas, que hasta otros momentos históricos sustentaban un quehacer en permanente organización y transformación, misma que cumplía el cometido de asegurar la concordancia disciplinaria, tanto teórica como de su ejercicio profesional concreto, en sus niveles políticos y sociales. Esta situación ha obligado a los profesionales de la enfermería a reconocer la necesidad de recuperar el Sistema Nacional de Planeación y Aplicación de Enfermería, mismo que durante las décadas de los 50's y 60's cumplió el objetivo de impulsar: la unificación, reconocimiento, concordancia con la realidad social y, por último, la de asegurar los espacios de autonomía en la dirección que de ésta -enfermería- fueron básicas por las necesidades sociales de la población demandante de los servicios de enfermería en el país.

Como ha sido señalado, los organismos colegiados y/o asociaciones - juegan un papel fundamental en la unificación de directrices en enfermería; sin embargo, la realidad es que muy poco han contribuido de manera trascendente en acceder al cumplimiento de dicho cometido, ya que se han caracterizado por dirigir sus esfuerzos hacia cuestiones académicas coyunturales y/o en concordancia a políticas gubernamentales del sector, que muy poco - han trascendido el umbral de la formación instrumental. En cuanto al número de profesionistas que agrupan, es necesario señalar que ha sido una de las preocupaciones centrales en todas las administraciones de éstos; es por esto que sus actividades académicas y la falta de conciencia gremial les ha mantenido prácticamente aislados, ya que sólo acceden al reconocimiento publicitario en momentos de realización de eventos - de magnitudes nacionales, perdiéndose ésta al término del mismo, lo - cual se ve reflejado en las condiciones de aislamiento entre dirigencias y profesionales en ejercicio. El reto se centra en consolidar la organización colegial a nivel nacional a través de la incorporación de los profesionales, a fin de garantizar la participación efectiva bajo principios de democráticos que incida en la vida profesional y/o académica, de tal suerte que impidan la perpetuación de las condiciones actuales de organicidad - funcional al sistema; al mismo tiempo, impulsar políticas educativas y de ejercicio profesional que favorezcan la optimización de los recursos humanos y materiales en y para la asistencia de los sectores más desprotegidos económicamente.

Esta situación se ha visto reflejada en los diferentes conflictos - político-laborales que han enfrentado las enfermeras dentro del Sector Salud, dado que se ha reaccionado con debilidad; lo que ha propiciado su fácil disolución mediante medidas represivas y/o convenios de magnitudes in trascendentes. Esto se explica por la formación tradicional de que son objeto dentro del ámbito educativo, donde existe poco desarrollo de las ideas sobre procesos de socialización del conocimiento y contexto social; impidiéndoles tener una idea de lo que es la situación sanitaria y política del país y su relación inmediata con su práctica profesional que como sujetos sociohistóricos demanda de conocer.

Pese a ello, existen experiencias de organización profesional en en

fermería que se han dado a la tarea de impulsar, en coordinación con otros profesionales y trabajadores en general, la conformación de un proyecto político alternativo al gubernamental y dispuesto para las mayorías deprimidas económicamente, experiencias que en los hechos no han logrado concretar dicho objetivo, pero que continúan realizando tareas de análisis e investigación sobre campos tales como: ejercicio profesional, responsabilidades, condiciones laborales e inserción de la enfermería dentro de los programas gubernamentales y no gubernamentales, vigentes en el país en el momento actual, entre otros.

Estos elementos guardan relación con la planeación curricular en la dirección de la profesión por la inclusión y/o ampliación gradual de sus alcances y funciones, que por costumbre y/o por disposiciones jurídico-laborales determinan una tendencia prospectiva particularmente compleja de su ejercicio. De ahí la justificación por propugnar por la ocupación de niveles de decisión dentro de la estructura directiva -nivel central- del Sector Salud, a fin de que se aboquen a: determinar la estructura, niveles y funciones en enfermería, condiciones generales de trabajo, así como la formación de los recursos humanos.

Los modelos profesionales actuales en los servicios de enfermería -están enfocados a brindar asistencia a la población enferma, lo que viene a reproducir el modelo institucional curativo, situación que coloca en un segundo nivel de importancia la prevención de enfermedades a través de la educación para la salud y donde la orientación curricular de formación profesional en enfermería está centrada en instituciones hospitalarias y en menor proporción en la realización de trabajos comunitarios que es, en última instancia, el mayor desaffo en la reorientación disciplinaria de la enfermería mexicana. Situación que a últimas fechas ha sido reconocida por las instituciones de educación al comprender la importancia del proceso de formación profesional básica y post-básica frente a la adecuación de los recursos humanos, las contingencias y necesidades sociales que el momento sociohistórico demanda de la profesión. Sin embargo, la realidad educativa y particularmente del currículo de enfermería a nivel nacional muestra la existencia de organismos formativos con políticas y objetivos diversos, lo cual ha obstaculizado la cohesión gremial en los rubros de formación y

orientación del ejercicio profesional, repercutiendo en su reconocimiento social y disciplinario -base de la profesionalización social y disciplinaria de la enfermería en el país-. De ahí la vinculación entre el Modelo - Nacional de Atención a la Salud y el Modelo Curricular de la profesión, si tuación que hasta la fecha carece de la lectura correspondiente dada la - fragmentación curricular que priva dentro de las instituciones formadoras de profesionales de la enfermería. En un intento por asumir dicha tarea, la presente investigación ha posibilitado el reconocer la importancia que representan los ejes curriculares y su relación inmediata con la integración y diseño curricular, que en última instancia, reflejan su congruencia funcional a políticas y modelos asistenciales coyunturales, que garantizan su articulación funcional al sistema. Situación que requiere de asumir ac ciones gremiales de gran significación, no sólo para el cumplimiento de las políticas sanitarias, sino por el reto profesional que representan su trans formación sociodisciplinaria, reto que implica:

1.- La enfermería debe participar en los diferentes niveles de la planificación, tanto del ejercicio como de su formación profesional, de tal manera que repercutan directamente en la prestación de los servicios de en fermería en cantidad y calidad; evaluados estos últimos por el propio grupo de profesionales.

2.- Redefinir, de manera autogestiva, las responsabilidades profesionales en la prestación de los servicios de enfermería, así como la capa citación y/o actualización permanente de los profesionales, de tal manera que sus haceres y saberes reflejen la realidad del nivel profesional con - que se realizan.

3.- Reorientar la formación de los profesionales de la enfermería - hacia la toma de conciencia gremial, profesional y social. Para lograr ac ceder a la recuperación de su objetivo disciplinario -cuidado de la salud- y ponerlo a disposición de los sectores de la población más desprotegidos de los servicios de enfermería del país.

Acciones que se han visto obstaculizadas por la falta de un organ ismo central que norme la dirección de la práctica y la educación en enferme ría, esto se ve reflejado en la dificultad que implica definir las funcio-

nes profesionales en sus diferentes niveles de formación académica y su competencia con otros profesionales del área sanitaria.

Consecuencia de la orientación institucional y sociodisciplinaria - de impulsar a la enfermería hacia la profesionalización real, acompañado de la elevación de los estudios básicos a nivel licenciatura, ha generado estrategias académicas complementarias para el personal en servicio; estudios que han permitido capacitar las plantas docentes de numerosos centros formadores, recuperar su experiencia docente e impulsar la reforma académica del grado universitario superior.

Pese a haber logrado la enfermería el grado universitario, las instituciones del Sector Salud no lo han reconocido como tal, dado que son inporados dentro de niveles escalafonarios similares al nivel técnico, e incluso retribuidos sus servicios en igualdad de condiciones. Situación que repercute en los aspirantes al nivel universitario en la elección y terminación de dichos estudios. Basta con observar cómo para 1990 existían 233 planes de estudio en el país, en los cuales se otorgaron más de 9 grados académicos bajo diferentes denominaciones y sujetos a estrategias de planeación y organización curricular diferencial. Aún más, los recursos institucionales en educación para la enfermería -1990- de los 233 Planes de Estudios 201 (86.3%) correspondían al nivel técnico, mientras que en el nivel licenciatura cubrió un total de 32 Planes de Estudios (13.75%), lo cual da referencia de las condiciones en las que se encuentra el nivel académico general de la profesión en cuestión.

Por otra parte, sobre el control de las instituciones, se observó que en 1978 el 42.5% de un total de 127 escuelas correspondía a escuelas de carácter privado, situación que ascendió en 1987 a un 48.8%, pero que afortunadamente para 1990 disminuyó a un 44.2%; la importancia de las cifras antes señaladas radica en la vigilancia de las condiciones y organización del quehacer educativo y niveles académicos que requiere la profesión. En cuanto a su producción anual de recursos humanos es relativamente baja, ya que en el promedio anual oscila alrededor de 2 300 enfermeras profesionales, mientras que el número de personal no profesional es variable por no contar con un organismo central que controle la matrícula de estudian-

tes egresados y realice el seguimiento de éstos. Esta problemática exige la unificación normativa en la formación profesional en enfermería: requisitos de ingreso, duración, contenido de los programas y créditos; con el propósito de mejorar y garantizar los servicios que presta dicho personal frente al compromiso sociodisciplinario particular. Sin embargo, no ha sido asumida de manera concreta por ningún grupo colegiado y/o asociación, desinteresándose por esta situación que les compete tanto jurídica como profesionalmente.

De ahí que la orientación curricular de la profesión carezca de la adecuada planeación de los elementos formales que le componen, dado que los perfiles académico-profesionales y/o de egreso carecen de congruencia con los objetivos curriculares pretendidos dentro de los planes de estudios; - no existiendo diferencias sustantivas entre el nivel técnico y licenciatura, únicamente explicitándose para esta última la posibilidad del ejercicio y campo ocupacional específico.

Los modelos de planes de estudios, la gran mayoría se encuentran configurados por áreas y/o mixtos que, una vez analizados los contenidos y ejes curriculares se puede afirmar la persistencia del control de las políticas educativas y de salud inmersas dentro de la planeación educativa de dichos planes, todo ello sustentado en el modelo asistencial curativo, biológico y eminentemente institucionalizado y con prioridad en áreas clínicas coyunturales y/o de alta tecnología; situación que priva al estudiante del enfoque preventivo y de protección a la salud, que en última instancia es el objeto disciplinario específico.

Los objetivos y metodologías para el aprendizaje se caracterizan por enfocarse hacia áreas y niveles por demás técnico-instrumentales, situación que es poco propicia en la formación integral, nivel reflexivo y análisis de los saberes y haceres socioprofesionales de los futuros recursos humanos en enfermería, mismos que merman la posibilidad real de la realización investigativa sobre la práctica profesional.

La sistematización de los contenidos curriculares se encuentran organizados de manera singular, dado que si bien existen secuencia, continuidad e integración, al mismo tiempo carecen de sistematización temporal que

posibiliten al educando la integración inmediata de los aprendizajes adquiridos, donde se intenta subsanar dichas limitantes mediante la introducción de áreas prácticas integrativas que viabilicen dicha acción cognitiva y motriz; sin embargo, las observaciones realizadas prueban que ello no es logrado de manera total, quedando planteados contenidos por demás insuficientes en su enseñanza y que de manera importante repercuten en su futuro ejercicio profesional.

La situación de credencialización y certificación de estudios se encuentra en ascenso, dado que no existe normatividad uniforme en la determinación de créditos curriculares en las diferentes instituciones educativas del país.

Estos elementos vienen a subrayar las condiciones en las que se desarrollan los procesos de evaluación curricular, ya que si bien existen experiencias que han transformado la orientación y posturas teóricas del proceso enseñanza-aprendizaje e importancia de la vigencia y/o actualización de los Planes de estudios, no se ha generado una real incorporación de los sectores involucrados; ello, resultado directo de las condiciones estatutarias y técnico-administrativas que han impedido la incorporación analítica y propositiva de sectores: estudiantil, docente, investigadores y personal administrativo; aún más, se desconocen en lo general las grandes contribuciones que proporciona el desarrollo de la conceptualización de la profesión como estrategia diagnóstica profesional-disciplinaria dentro del proceso de la planeación-aplicación-evaluación del currículo en enfermería.

Impulsar el estudio del ejercicio profesional actual y prospectivo de la profesión para facilitar la construcción de marcos teóricos y metodológicos que fundamenten futuros espacios ocupacionales sólo será una realidad si se asume el compromiso de manera permanente de:

- Reorientar la planeación curricular hacia áreas prospectivas, tanto metodológicamente como del enfoque interdisciplinario.

- Intensificar la investigación científica en áreas sociales y humanísticas que involucren el campo de la enfermería, a fin de reconstruir espacios de reflexión, hasta ahora no asumidos.

- Insistir en la búsqueda de la estrategia educativa de la interdisciplinariedad en la atención de la salud y particularmente en los servicios de enfermería.

- Reforzar las acciones por el reconocimiento social y laboral del nivel universitario a fin de consolidar la profesionalización académica y disciplinaria de la enfermería.

Frente a este panorama, sólo resta señalar que la condición socio-histórica y disciplinaria de la profesión de enfermería, demandan redoblar las tareas encaminadas a la superación de las limitantes que han impedido el desarrollo socioprofesional de la enfermería; así como continuar de manera permanente y de forma sistematizada la reflexión sobre la conceptualización de la profesión, a fin de dar apoyo a la planeación educativa, coherencia al ejercicio profesional y cabal cumplimiento al compromiso socio-histórico asumido con la salud de los mexicanos, principalmente con las mayorías económica, cultural y socialmente deprimidas del país.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abruch, Linder Miguel.
Metodología de las Ciencias Sociales.
Estado de México, E.N.E.P. Acatlán
U.N.A.M., 1986.
- 2.- Acosta, Mariclaire, et al.
El Aborto en México.
México, Fondo de Cultura Económica.
1976.
- 3.- Adam, Evelyn.
¿Hacia dónde va la Enfermería?
Madrid, Editoria Importécnica, S.A.
1982.
- 4.- Alfaro, Rosalinda.
Aplicación del Proceso de Enfermería.
Barcelona, Ed. Doyma, 1989.
- 5.- Almada, Bay Ignacio (Coord.).
Salud y Crisis en México: Textos para un debate.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V. - Centro de Investi-
gaciones Interdisciplinarias en Humanidad, U.N.A.M.
1990.
- 6.- Apple, Michel.
Analizando la Hegemonía e Ideología y Reproducción Económica y Cul-
tural en Ideología y Curriculum.
London, Ed. Routledge on Kegan, 1979.
- 7.- Antigua Trujillo, Nélida.
Requerimientos Académicos de la Profesión de Enfermería en Situa-
ción Actual y Perspectivas de la Práctica Social de la Enfermería
en México. México, ENEO-UNAM, 1983.
- 8.- Araujo, Bernal Leopoldo y Lloréns Figueroa, José.
La Lucha por la Salud en Cuba.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1985.
Serie: Salud y Sociedad.
- 9.- Arnaz, José A.
La Planeación Curricular.
2a. ed., México, Ed. Trillas - ANUIES.
1990.
- 10.- Arndt, Clara.
Administración de Enfermería: Teoría para la práctica con un enfoque
de Sistemas.
2a. ed., Colombia, Oficina Sanitaria de la WaPanamericana (O.P.S.)
1980.

- 11.- Avila Jiménez, Roselia.
Deontología y Legislación.
México, U.N.A.M. - E.N.E.O.
1987.
- 12.- Aznavurian, Avedis y Reyes, Mir Rosalía (Comp.)
Las Profesiones en México No. 7. Los Troncos Comunes en la Curricula Universitaria.
México, U.A.M., Xochimilco, 1990.
- 13.- Baena, Paz Guillermina.
Instrumentos de Investigación.
12a. ed., México, D.F.
Editores Mexicanos Unidos, S.A.
1984.
- 14.- Basaglia, Franco et. al.
La Salud de los Trabajadores: Apuntes para una Política de Salud.
México, Ed. Nueva Imagen, 1981.
- 15.- Berman, M. Daniel.
Muerte en el Trabajo.
Tr. Graciela de la Rosa.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1983.
Serie: Salud y Sociedad.
- 16.- Bloom, Benjamín, et al.
Manual de evaluación Formativa del Currículo.
México, Instituto Internacional de Planeación de la Educación-
UNESCO, 1976.
- 17.- Bloom, Benjamín.
Taxonomía de los Objetivos de la Educación.
Madrid, Ed. Ateneo, S.A., 1975.
- 18.- Bravo, Peña Federico.
Nociones de Historia de Enfermería.
México, Ed. Impresora San Carlos.
1967.
- 19.- Brown, Amy Frances.
Currículum para Escuelas de Enfermería.
México, Ed. Interamericana, S.A.
1978.
- 20.- Brudon, Pascale.
¿Medicamentos para Todos en el Año 2000?
Tr. Stella Mastrangelo.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1987.
Serie: Salud y Sociedad.
- 21.- Bruner, J.S.
El Proceso de la Educación.
México, Ed. UTEHA, 1963.

- 22.- Bruner, L.S. y Suddarth, D.S.
Manual de Enfermería Quirúrgica.
4a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A.
1984.
- 23.- Cano, Valle Fernando.
Curso de Especialización en Medicina Familiar.
México. Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.
- 24.- Cardaci, Dora y González de León, Dayanira (Coord.)
Las Profesiones en México
No. 3: Medicina.
México, U.A.M.-Xochimilco
1990.
- 25.- Castañeda Núñez, Imelda, et al.
Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed., México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 26.- Centro de Desarrollo Educativo.
Ministerio de Educación - La Habana, Cuba.
4a. ed., México, Ediciones Quinto Sol, S.A.
1988.
- 27.- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social - O.P.S.
Administración de los Servicios de la Salud en Enfermería, México.
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social - O.P.S.
1992.
- 28.- Cleauves, Peter S.
Las Profesiones y el Estado: El Caso de México.
México, Colegio de México, 1985.
(Jornadas No. 107).
- 29.- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
Salarios Mínimos vigentes a partir del 1o. de Enero de 1989.
México, D.F.
1989.
- 30.- Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.
Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México.
México, Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.
Dir. de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia,
1979.
- 31.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Ed. Imprenta Fernández.
México, D.F.
4 de Septiembre de 1990.

- 32.- Craighton, Helen.
Clínicas de Enfermería de Norteamérica.
México, Vol. 9, No. 3,
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
1974.
- 33.- Chávez Maciel, Francisco Javier y Zamora Díaz de León, Teresa (Comp.)
Antología de Evaluación Curricular.
México, Universidad Nacional Autónoma de México,
1989.
- 34.- De Alba, Alicia.
Evaluación de la congruencia interna de los planes de estudio
(análisis de un caso) en Seis Estudios Sobre Educación Superior.
U.N.A.M., México, CESU, 1986,
Serie: Cuadernos del CESU NO. 4.
- 35.- De Alba, Alicia.
¿Teorías Pedagógicas? Lecturas Introductorias.
México, Ed. C.E.S.U. - U.N.A.M., 1987.
(Antología).
- 36.- De Ibarrola, María.
Búsqueda de una alternativa curricular para la formación de profesionales en salud en Planes de Estudio: Propuestas Institucionales y Realidad Curricular.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A.
1987.
- 37.- De la Fuente Rocha, Silvia.
Necesidades de los Servicios de Atención Primaria de la Salud en Cuanto al Desempeño de los Profesionales de Enfermería en los Procesos de la SSA.
En Memorias II Jornadas Conmemorativas del 50. Aniversario de las Instalaciones Físicas de la ENEO, México, ENEO-UNAM.
1984.
- 38.- De la Garza, Toledo Enrique.
Hacia una Metodología de la Reconstrucción. Fundamentos, Crítica y Alternativa a la Metodología y Técnicas de Investigación Social.
México, Ed. Porrúa, S.A. - U.N.A.M.
- 39.- De Landsheere, Viviana y Gilbert.
Objetivos de la Educación.
2a. ed., Barcelona, Ed. Dickos-Tau, S.A.
1981.
- 40.- De la Madrid Hurtado, Miguel.
VI Informe de Gobierno 1988.
Secretaría de la Presidencia Nacional.
México, 1988.

- 41.- Díaz Barriga, Angel.
Didáctica y Currículum.
4a. ed., México, Ediciones Nuevomar, S.A. de C.V.
1988.
- 42.- Díaz Barriga, Angel y Pacheco Méndez, Teresa.
Cinco Aproximaciones al Estudio de las Profesiones.
México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
Serie: Cuadernos del CESU No. 21.
- 43.- Díaz Barriga, Angel y Barrón Tirado, Concepción.
Currículum de Pedagogía.
2a. ed., México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón
U.N.A.M., 1988.
(Col. Apuntes de la ENEP-Aragón, No. 16).
- 44.- Díaz Barriga, Angel.
Once Ensayos Sobre la Problemática Curricular.
2a. ed., México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1986.
- 45.- Díaz Barriga, Angel et.al.
Práctica Docente y Diseño Curricular: Un Estudio Exploratorio en la
UAM-Xochimilco.
México, U.A.M. - U.N.A.M., 1989.
- 46.- Díaz Barriga, Frida, et.al.
Metodología del Diseño Curricular para Educación Superior.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1990.
- 47.- Díaz Gutiérrez, Ma. Antonieta y Alcántara Manchinelí Pio (Comp.).
Antología sobre Alumnos Egresados y Mercado Labgoral.
México, Universidad Nacional Autónoma de México.
1989.
- 48.- Diccionario de Filosofía.
Ferrater Mora, José.
2a. ed. Madrid, Alianza Editorial, S.A.
1980.
- 49.- Diccionario del Lenguaje Filosófico.
Tr. César Armando Gómez,
Madrid, Ed. Labor, S.A., 1972.
- 50.- Domínguez Alcón, C.
La Profesión Enfermera en Cuadernos de la Enfermera.
Barcelona, Ed. Masson, S.A., 1984.
- 51.- Elliott, Philip.
Sociología de las Profesiones.
Madrid, Ed. Tecnos, S.A., 1975.
Col. Ciencias Sociales.
Serie: Sociología.

- 52.- Enciclopedia Salvat Para Todos.
Tomo III, Pamplona,
Ed. Salvat, S.A., 1980.
- 53.- Enciclopedia Salvat para Todos.
Tomo IV, Pamplona.
Ed. Salvat, S.A., 1980.
- 54.- Enciclopedia Salvat para Todos.
Tomo X, Pamplona, Salvat, S.A. de Ediciones,
1980.
- 55.- Encomún.
Secretaría de Programación y Presupuesto Mensual.
México, D.F.
4a. época, noviembre-diciembre 1990, Nos. 13-14.
- 56.- Engels, Federico.
El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y El Estado: El Papel
del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre.
México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- 57.- Esland, Geoffrey.
Enseñanza y Aprendizaje como Organización del Conocimiento.
En Reflexiones Teóricas en Torno al Currículum por Areas.
México, ENEP-Aragón, 1985.
- 58.- Espinoza y Montes, Angel.
Construcción y Elaboración del Proyecto de Tesis: Elementos, Pro-
puestas y Críticas.
México, E.N.E.P. Aragón - U.N.A.M., 1988.
(Cuadernos de la E.N.E.P. Aragón).
- 59.- Espinoza y Montes, Angel et.al.
Reflexiones Teóricas en torno al Currículum por Areas.
México, E.N.E.P. Aragón - U.N.A.M.
1985.
- 60.- Follari A., Roberto y Barruezo C., Jesús.
Criterios e Instrumentos para la Revisión de Estudios en Antolo-
gía de Evaluación Curricular.
México, Universidad Nacional Autónoma de México,
1989.
- 61.- Foucault, Michel.
Historia de la Sexualidad.
12a. ed., México, Ed. Siglo Veintiuno, S.A.
1985.
- 62.- Filop, Tamas y Roemer, Milton I.
Análisis de la Formación de Personal de Salud: Método para Mejorar
los Sistemas de Salud Nacionales.
España, Organización Mundial de la Salud, 1987.

- 63.- Galindo C., Jesús.
La Universidad y la Enseñanza de la Comunicación: El Caso de la Universidad Iberoamericana en Cuadernos del Taller de Investigación en Comunicación Masiva.
México, Universidad Autónoma Metropolitana.
Enero, 1985.
No. 37.
- 64.- Gallegos Hernández, Beatriz Eugenia et al.
Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México.
México, Dir. de Enfermería de la Sec. de Salubridad y Asistencia.
Colegio Nacional de Enfermería, A.C.
1979.
- 65.- Galván Giral, Ma. Isabel y Marín Méndez, Dora Elena.
Investigación para Evaluar el Currículo Universitario.
México, Ed. Porrúa, S.A.
U.N.A.M., 1988.
- 66.- Gardaci, Dora y González de León, Deyanira (Comp.)
Las Profesiones en México.
No. 3: Medicina.
México, U.A.M. Xochimilco, 1990.
- 67.- Glazman, Raquel y De Ibarrola, María.
Planes de Estudio: Propuestas Institucionales y Realidad Curricular.
México, Ed. Nueva Imagen, 1987.
- 68.- Gómez Campos, Víctor Manuel.
Acreditación Educativa y Reproducción Social en Sociología de la Educación.
México, Centro de Estudios Educativos, A.C., 1981.
- 69.- González Carbajal, Eleuterio.
Diagnóstico de la Salud en México.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1988.
- 70.- Gramsci, Antonio.
La Alternativa Pedagógica.
Tr. Carlos Cristos.
México, Ed. Fontamara, S.A., 1981.
- 71.- Gramsci, Antonio.
La Formación de los Intelectuales.
México, Ed. Grijalbo, S.A., 1986.
- 72.- Gran Enciclopedia Larousse.
Tomo III, 3a. ed., Barcelona.
Ed. Planeta, S.A., 1980.
- 73.- Gran Enciclopedia R.I.A.L.P.
Tomo VI, Madrid,
Ediciones RIALP, S.A., 1972.

- 74.- Gran Enciclopedia R.I.A.L.P.
Tomo VII. Madrid.
Ediciones RIALPSA, 1972.
- 75.- Grisaum, Marlene y Spangel, Coral.
Woman power and Health en El Estatus de la Enfermera como Mujer.
Jornadas Conmemorativas del XXV Aniversario del Instituto Nacional
Nutrición, México, Octubre 1983.
(Mecanograma).
- 76.- Guevara Niebla, Gilberto.
El Diseño Curricular.
México, UAM-Xochimilco.
1975.
- 77.- Guzmán, Vanmeeter de Cisneros, Marina.
Ier. Simposio Nacional Sobre Planificación de los Recursos de En-
fermería.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M. 1979.
(Memorias)
- 78.- Guzmán Vanmeeter de Cisneros, Marina.
Jer. Simposio Nacional Sobre Planificación de los Recursos Huma-
nos de Enfermería en América Latina.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1982.
(Memorias).
- 79.- Heidgerken, Loretta E.
Enseñanza en las Escuelas de Enfermería.
5a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A., 1979.
- 80.- Hernández Tezoquipa, Iabel.
Ideología de la Enfermería en Enfermería ¿Cadena o Camino?
3a. ed., México, Ed. Imprenta.
AAPAUNAM, 1988.
- 81.- Hernández Torres, Esther.
Cómo y Qué investigar en Enfermería.
III Jornadas Conmemorativas del Sexto Aniversario de las Instalacio-
nes Físicas.
México, E.N.E.O. - U.N.A.M., 1985.
- 82.- Hidalgo Guzmán, Juan Luis.
Investigación Educativa: Una Estrategia Constructivista.
Estado de México, Ed. C.C.E.C.M.E.M. 1989.
(Cuadernos de Educación Continua).
- 83.- Ibarra Peña, Ma. Guadalupe.
Integración y Organización de los Recursos Humanos de Enfermería.
En Administración de los Servicios de Salud en Enfermería.
México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/P.O.S.
1992.

- 84.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social.
México, INEGI, 1985.
Serie: Cuaderno No. 4.
- 85.- Jamieson, Elizabeth M. et al.
Historia de la Enfermería.
6a. ed., México, Ed. Interamericana, S.A.
1980.
- 86.- J. P. Ricardo y Percovich, Elena.
Formación de la Personalidad del Médico Latinoamericano.
La Habana, Cuba, Editorial de Ciencias Sociales.
La Habana, 1990.
- 87.- Kershon, Barbara y Salvage, Jean.
Modelos de Enfermería.
Barcelona, Ed. Doyma, 1988.
- 88.- King, Imogene.
Enfermería como Profesión: Filosofía, Principios y Objetivos.
México, Ed. Limusa, S.A., 1984.
- 89.- Kohnre, Mary.
Asesoría Profesional en Servicios de Enfermería.
México, Ed. Limusa, S.A., 1981.
- 90.- Kozier, Barbara.
Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica.
Madrid, Ed. Interamericana, S.A.
1989.
- 91.- Kozier, Barbara.
Factores que Influyen en la Práctica de la Enfermería en Enfermería Fundamental.
Madrid, Ed. Interamericana, S.A., 1989.
- 92.- Kozier, Barbara.
Tendencias en la Práctica de la Enfermería.
Madrid, Ed. Interamericana, S.A., 1989.
- 93.- Lechuga Solís, Graciela.
Las Profesiones en México
No. 1, México, U.A.M. Xochimilco, 1989.
- 94.- Lechuga Solís, Graciela.
Las Profesiones en México.
No. 9, Enfermería, U.A.M. Xochimilco, 1991.
- 95.- Lecona Desmot, Rosa y Larios Saldaña, Ma. Antonieta.
Situación Académica y Laboral de Egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
En Memorias II Jornadas Conmemorativas del 5o. Aniversario de las Instituciones Físicas de la ENEO.
México, ENEO-UNAM, 1984.

- 96.- Leff, Enrique.
Ecología y Capital: Hacia una Perspectiva Ambiental del Desarrollo.
México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.
- 97.- Ley de Profesiones.
Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal y Reglamento Correspondiente.
Diario Oficial de la Federación.
México, D.F.
7 de Junio de 1972.
- 98.- Ley General de Salud.
Diario Oficial de la Federación.
México, D.F.
7 de Febrero de 1984.
- 99.- Lewy, Arich.
Manual de evaluación Formativa del Currículo.
Tel Aviv, Voluntad Editores/Editorial de la U.N.E.S.C.O.
1976.
- 100.- López, Acuña Daniel.
La Salud Desigual en México.
8a. ed., México.
Siglo Veintiuno Editores, S.A. DE C.V., 1989.
Serie: Salud y sociedad.
- 101.- Maldonado Escamilla, Alicia.
División del Trabajo en la Práctica de Enfermería. Papel que le compete a Enfermería en los Programas de Atención de la Salud de Primer Nivel en Memoria 4o. Aniversario de las Instalaciones de la ENEO.
México, ENEO-UNAM, 1983.
- 102.- Maldonado E., Alicia y Contreras R., Prisca.
Las Necesidades de Enfermería en el País.
En 1er. Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería.
México, E.N.E.O.-U.N.A.M., 1979.
(Memorias).
- 103.- Manacorda, M. y Suchodolsky, B.
La Crisis de la Educación.
México, Ed. Grijalbo, S.A. de C.V., 1984.
- 104.- Marriner, Ann.
Modelos y Teorías de Enfermería.
Barcelona, Ed. Rol, 1989.
- 105.- Martínez Benítez, Ma. Matilde, et al.
Sociología de una Profesión: El Caso de Enfermería.
México, Ed. Nuevomar, S.A. de C.V. y Centro de Estudios Educativos, A.C., 1985.

- 106.- Martínez De la Roca, Salvador.
Estado, Educación y Hegemonía.
Ed. Línea, México, 1983.
- 107.- Martínez Romo, Sergio y Navarro, Leal Marco A. (Comp.)
Planeación Educativa.
México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
- 108.- Max Weber.
Economía y Sociedad: esbozo de Sociología Comprensiva.
Tr. José Medina Echavarría et al.
2a. ed., 8a. reimp. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1987.
- 109.- Méndez, Eduardo L.
Continuidad y Discontinuidad de Proyecto Sanitarista Mexicano - Crisis y Reorientación Neoconservadora en Salud y Crisis en México: Textos para un debate.
México, Ed. Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, U.N.A.M., 1990.
- 110.- Méndez González, Ricardo Bruno.
Medicina e Historia.
Tr. Martín Soler.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.
1984.
Serie: Salud y Sociedad.
- 111.- M. De Sandoval, Dolores.
El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares.
2a. ed., México, Ed. Villicaña, S.A., 1985.
- 112.- Nueva Ley Federal de Educación 1990. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Federal de Educación.
Diario Oficial de la Federación.
México, D.F.
Jueves 6 de Diciembre de 1984.
- 113.- Nuevo Reglamento y Ley de Profesiones y Disposiciones Conexas.
Editorial Libros Económicos.
México, D.F.
1990.
- 114.- Ochoa de Mendoza, Margarita.
Política de Gastos en el Sector Salud (1977-1986) en Salud y Crisis en México: Textos para un debate.
México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, U.N.A.M., 1990.

- 115.- Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Salud Para Todos en el Año 2000: Estrategias.
Washington, D.C., O.P.S., 1980.
- 116.- Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana.
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
Salud para Todos en el Año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales.
Washington, D.C.
O.P.S. - O.M.S., 1982.
- 117.- Oria Razo, Vicente.
Política Educativa Nacional: Camino a la Modernidad.
2a. ed., México, Imagen Editores, S.A. de C.V.
1990.
- 118.- Ornelas, Carlos.
Educación y Sociedad: ¿Consenso o Conflicto? en Sociología de la Educación.
México, Centro de Estudios Educativos, A.C.
1981.
- 119.- Ortiz Quezada, Federico.
La Medicina está Enferma.
México, Ed. Limusa - INCO
1991.
- 120.- Ortiz Quezada, Federico.
Salud en la Pobreza: El Proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo.
México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1982.
- 121.- Panza González, Margarita.
Las Aportaciones de Jean Piaget al Análisis de las Disciplinas en el Currículo.
México, Universidad Nacional Autónoma de México
Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, 1988.
Serie: Sobre la Universidad No. 7.
- 122.- Palacios, Jesús.
la Cuestión Escolar: Críticas y Alternativas.
6a. ed., México
Ed. Laila, S.A., 1984.
- 123.- Paterson, Josephine y Zderad, Loretta T.
Enfermería Humanística.
México, Ed. Limusa, S.A.
1979.

- 124.- Peláez Casablanca, Manuel.
La Importancia de la Ecología en la Formación de Recursos Humanos - para la Salud.
 Ponencia presentada en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, con motivo del XIII Jornadas de Enfermería.
 9 de Octubre de 1984.
 (Mecanograma).
- 125.- Pérez Castaño, Ma. Guadalupe.
Planeación Académica.
 México, Ed. Porrúa, S.A.
 U.N.A.M., 1988.
- 126.- Pérez Durán, Gabriela.
División del Trabajo en la Práctica de Enfermería, papel que le compete a Enfermería en los Programas de atención de la Salud de Segundo y Tercer Nivel en Memorias 4o. Aniversario de las Instalaciones de la ENEO.
 México, ENEO-UNAM, 1983.
- 127.- Pérez Loredó Díaz, Luz et al.
Historia de la Salud: Reseña Histórica 1982-88.
 México, Secretaría de Salud, 1990.
- 128.- Pérez Saavedra, Ma. del Pilar.
Necesidades de los Servicios de Atención de la Salud en el Segundo - Nivel en los Programas del IMSS en cuanto al desempeño de los Profesionales de Enfermería.
En Memorias II Jornadas Conmemorativas del 5o. Aniversario de las - Instalaciones Físicas de la ENEO.
 México, ENEO-UNAM, 1984.
- 129.- Plan Nacional de Desarrollo: 1989-1994.
 México, D.F.
 Secretaría de Programación y Presupuesto.
 1989.
- 130.- Programa Nacional de Salud: 1984-1988.
 México, Secretaría de Salud.
 Subsecretaría de Planeación, Coordinación de Estudios y Proyectos.
 1984.
- 131.- Reich, Wilhelm.
La Revolución Sexual.
 México, Ediciones Roca, S.A., 1976.
- 132.- Reich, Wilhelm.
Sexualidad: ¿Libertad o Represión?
 México, Ed. Grijalbo, S.A., 1971.
- 133.- Ricchi, Renzo.
La Muerte Obrera: Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo.
 Tr. Amelia Laterza y Aurora Chiaramonte.
 México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1981.
 Serie: Salud e Ideología.

- 134.- Rivadeo F., Ana Ma.
Introducción a la Epistemología.
Estado de México, E.N.E.P. Acatlán.
U.N.A.M., 1987.
(Antología).
- 135.- Rines, Alice.
Evaluación del Aprendizaje en Enfermería.
Tr. Neily Gazcón Alarcón.
México, Ed. Prensa Médica Mexicana,
1973.
- 136.- Robles, Martha.
Educación y Sociedad en la Historia de México.
9a. ed., México, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.
1986.
- 137.- Rojas Soriano, Raúl.
Capitalismo y Enfermedad.
4a. ed., México, Edit. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
1988.
- 138.- Rojas Soriano, Raúl.
Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.
México, Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
1990.
- 139.- Rojas Soriano, Raúl.
Guía para realizar Investigaciones Sociales.
7a. ed., México, U.N.A.M., 1982.
Col. Textos Universitarios.
- 140.- Rojas Soriano, Raúl.
Sociología Médica.
3a. ed., Ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
1988.
- 141.- Rosales Barrera, Susana.
Tendencias del Desarrollo de la Profesión de Enfermería en sus Niveles y Grados Académicos: Situación Actual y Perspectivas de la Práctica Social de la Enfermería en México en las Jornadas Conmemorativas del 4o. Aniversario de las Instalaciones de la ENEO, México, ENEO-UNAM, 1983.
- 142.- Rosales Rodríguez, Lucina.
Perfil Ocupacional del Profesional de Enfermería en los Servicios de Primero y Segundo Nivel de Atención de Salud en Memorias II Jornadas Conmemorativas de las Instalaciones de la ENEO, México, ENEO-UNAM, 1984.
- 143.- Ruiz Amézcua, L. Enrique.
Ética Profesional para la Enfermera.
10a. ed. México, Ed. L. Enrique Ruiz Amézcua, M.A., S.T.L.
1978.

- 144.- San Martín, Hernán.
Salud y Enfermedad.
5a. ed., México.
Ediciones Científicas.
Prensa Médica Mexicana, S.A.
1984.
- 145.- Salinas de Cortari, Carlos.
Programa para la Modernización Educativa 1989-1994: No. 1.
México, Ed. Talleres de Encuadernación Progreso, S.A. de C.V.
1989.
- 146.- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
Lev Federal del Trabajo.
6a. ed., México, S.T. Y P.S., 1990.
- 147.- Seminario sobre la Interdisciplinariedad en las Universidades:
Interdisciplinariedad; Problemas de la Enseñanza y de la Investigación en las Universidades.
Tr. ANUIES, Centro para la Investigación de la Enseñanza (CERI) y el Ministerio Francés de Educación.
Francia, 1970.
- 148.- Shulamith, Fireston.
La dialéctica del sexo.
Barcelona, Ed. Kairos, S.A.
1976.
- 149.- Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
Contrato Colectivo de Trabajo 1989-1991.
México, Ed. Talleres El Diario, 1989.
- 150.- Smith, Adam.
Wealth of Nations en Salud en la Pobreza: El Proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo
México, Ed. Nueva Imagen, 1982.
- 151.- Stufflebeam, D.I.
Educational evaluation: Decision making en Metodología del Diseño Curricular para Educación Superior.
México, Ed. Trillas, S.A. de C.V.
1990.
- 152.- Suchodolski, B.
Teoría Marxista de la Educación.
México, Ed. Grijalbo, S.A.
19
- 153.- Super, Donald E.
Psicología de la Vida Profesional.
Tr. Helena Estelles, Madrid.
Ediciones RIALP, S.A., 1972.

- 154.- Taba, Hilda.
Elaboración del Currículum: Teoría y Práctica.
México, Ed. Troquel, 1988.
- 155.- Timio, Mario.
Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epistemología Diferencial.
5a. ed., México, Ed. Nueva Imagen, S.A.
1986.
Serie: Salud e Ideología.
- 156.- Tinkham, Catherine W. y Voorhies, Eleonor F.
Enfermería Social.
México, Ed. Limusa, S.A.
1981.
- 157.- Tyler, Ralph W.
Principios Básicos del Currículo.
4a. ed., Buenos Aires.
Ed. Troquel, 1982.
- 158.- U.N.A.M.
Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
México, U.N.A.M., 1982.
- 159.- Vandale Toney, Susana et al.
Hacia una Definición Operativa del Proceso Salud-Enfermedad en Curso de Especialización en Medicina Familiar.
México, Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México.
1989.
- 160.- Waitzkin, H.B. y Waterman, B.
La Explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista.
Tr. Marcos Arana.
2a. ed., México, Ed. Nueva Imagen, S.A., 1984.
Serie: Salud e Ideología.
- 161.- Watson, Jeannette E.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
México, Ed. Interamericana, S.A.
1981.
- 162.- Zemelman, M. Hugo.
Conocimiento y Sujetos Sociales: Contribución al Estudio del Presente.
México, Colegio de México, 1987.
(Jornadas No. 111).
- 163.- Zemelman, M. Hugo.
Crítica Epistemológica de los Indicadores.
México, Colegio de México, 1989.
(Jornadas No. 144).

- 164.- Zelman, M. Hugo.
Uso Crítico de la Teoría: En Torno a las Funciones Analíticas de la Totalidad.
México, Colegio de México, 1987.
- 165.- Zorrilla Arenas, Santiago.
Aspectos Socioeconómicos de la Problemática en México.
3a. ed., México, Ed. Limusa, S.A. de C.V.
1990.

H E M E R O G R A F I A

- 1.- Argüello, Gilberto.
Esbozo de la formación histórica de los intelectuales en México
En Socialismo.
Trimestral.
México, D.F.
Año II, No. 5, 1er. Trimestre de 1976.
- 2.- Arredondo, V.A.
Comisión Temática sobre Desarrollo Curricular.
Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Investigación Educativa, México, 1981.
(Mecanograma).
- 3.- Bourdieu, Pierre.
Le Marché des biens symboliques en Tanti Farfán, Emilio.
Profesiones y Formación Profesional.
México,
(Mecanograma).
- 4.- Brow Myrtle, Irene.
Investigación del Desarrollo de la Teoría de Enfermería
En Nursing Research.
Mensual.
Estados Unidos de Norteamérica.
Febrero - 1986.
- 5.- Bryant, John H.
A los Diez Años de Alma-Ata.
Riga - URSS.
Documento base preparatorio para la Reunión de Riga (URSS),
celebrada en Marzo 1988.
(Mecanograma).
- 6.- Canudas, Luis Fernando.
El Currículum de estudios en la enseñanza superior en Revista de
Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I, No. 2, Abril-Junio 1972, pp. 13-26.
- 7.- Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.
Memorias del IX Congreso Nacional de Enfermería.
México, D.F., 27 de Junio al 1 de Julio de 1988.
Archivo - Memorias de Congreso: C.N.E.A.C. - México.
- 8.- Coordinadora Nacional de Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (CONATIMSS).
Enfermeras: Resistencia y Combatividad.
México, D.F., Octubre-Noviembre de 1990.
Año 1, No. 2, pp. 1-2.

- 9.- Gutiérrez, Sara Elizabeth.
Cuestión Social - Revista Mexicana de Seguridad Social - I.M.S.
Bimestral.
México, D.F.
No. 19, Otoño-Invierno 1990.
- 10.- Díaz Barriga, Angel.
Un enfoque metodológico para elaboración de programas escolares
En Revista Perfiles Educativos.
CISE UNAM.
Trimestral.
México, D.F.
No. 10, 1980.
- 11.- Directorio Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería.
Dirección General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Regulación
Sanitaria y Desarrollo de la Secretaría de Salud.
México, Julio de 1987.
(Mecanograma).
- 12.- Eibenschutz, Catalina.
Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-1940): Una Reinter-
pretación de la Historia de la Asistencia.
México, U.A.M.-Xochimilco.
(Mecanograma).
- 13.- El Día:
Anuncian otro mítin empleados del IMSS.
Diario.
México, D.F.
12 de Febrero de 1990, p. 12.
- 14.- El Día:
Hospitalizan de Emergencia a uno de los 10 trabajadores del IMSS
en ayuno. Se suma a la huelga de hambre otro trabajador del IMSS.
Diario.
México, D.F., 29 de enero de 1990, pp. 24-27.
- 15.- -----
El Hoy y el Mañana en la Investigación de Enfermería
En The American Journal of Nursing.
Mensual.
Estados Unidos de Norteamérica.
Mayo 1981.
- 16.- El Nacional:
Atenderá el IMSS a dos millones de mexicanos que laboran en E.U.
y Canadá.

Diario.
México, D.F.
18 de Agosto de 1990, p. 18.

- 17.- El Universal:
 Por la Saturación, se eliminó el período de convalecencia en nosocomios del Estado.
 Mendoza A., Diana.
 Diario,
 México, D.F.
 Martes 6 de Noviembre de 1990.
- 18.- Babb S. Pamela.
Enfermera al Día.
 Mensual.
 México, D.F.
 Marzo 1991.
- 19.- Babb S. Pamela.
Enfermera al Día.
 Mensual,
 México, D.F..
 Julio 1991.
- 20.- ENFERMERAS
Planificación de la Salud a Diferentes Niveles.
 Villegas R. Esther y Langarica S., Raquel.
- 21.- Enfermería Hoy.
 Avila, J. Roselia.
 Semestral.
 México, D.F.
 No. 3, Diciembre 1982.
- 22.- Enfermería Hoy.
 Avila J. Roselia.
 Semestral.
 México, D.F.
 No. 4, Junio 1983.
- 23.- Escuela Superior de Enfermería - U.C.
Memorias del IV Congreso Nacional de Intercambio Académico entre Escuelas y Facultades de Enfermería.
 Colima, Colima, 12 al 14 de Septiembre de 1990.
 Archivo - Memorias de Congreso: E.S.E.-U.C., Colima.
- 24.- Excelsior:
Desertan los Médicos.

 Diario,
 México, D.F.
 15 de Abril de 1991, pp. 1 y 10.
- 25.- Excelsior:
 Presupuesto de Solidaridad, 51 billones; Insuficiente.
 Martínez García, Salvador.
 Diario.
 México, D.F., 6 de Marzo de 1991, pp. 1 y 10.

- 26.- Excelsior:
Salud Pública, en Quiebra.
García, Conrado.
Diario.
México, D.F..
9 de Abril de 1991, pp. 1 y 10.
- 27.- FORO NACIONAL: La Salud del Pueblo Trabajador. Síntesis y Conclusiones.
Coordinadora Nacional de Trabajadores del IMSS (CONATIMSS) y Trabajadores en Lucha del Instituto Nacional de Pediatría.
México, D.F.
24 de noviembre de 1990.
(Mecanograma).
- 28.- Fuentes Molinar, Olac.
El Sistema de Créditos como Instrumento de Flexibilidad en Revista de la educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I, No. 4, Octubre-Diciembre 1972.
- 29.- García, Fernando y Mercado, Ricardo.
El Currículum en Revista de la Educación Superior. ANUIES.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I, No. 1, Enero-Marzo, 1972.
- 30.- García, Juan César.
Corrientes de Pensamiento en el Campo de la Salud en Revista Médico Moderno.
Mensual.
México, D.F.
Vol. XXII, No. 8, Abril 1984.
Pp. 23-30.
- 31.- García, Juan César.
Corrientes de Pensamiento en el Campo de la Salud (tercera y última parte) en Revista Médico Moderno.
Mensual.
México, D.F.
Vol. XXII, No. 10, Junio 1984.
- 32.- García Sáinz, Ricardo.
LXVI Asamblea General Ordinaria.
Instituto Mexicano del Seguro Social.
México, I.M.S.S.
19 de Enero de 1990.
(Mecanograma).

- 33.- Gibbons K., Lillian.
La Investigación en Enfermería: Un Campo Interdisciplinario.
Washington, D.C., O.P.S./O.M.S.
(Mecanograma).
- 34.- Gómez Campos, Víctor Manuel.
Relaciones entre educación y Estructura Económica: Dos Grandes Marcos de Interpretación en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. XI No. 1 (41) Enero-Marzo 1982.
- 35.- Habermas, J.
Técnica y Ciencia Como Ideología en Revista de la División de -
ciencias Sociales y Humanidades.
Vol. II, No. 3, México, U.A.M. Azcapotzalco,
Mayo-Agosto 1981.
- 36.- Hierro, Graciela.
La Mujer y la Autenticidad.
Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativas del -
XXV Aniversario Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
México, D.F., Octubre de 1983.
(Mecanograma).
- 37.- Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
XXV Serie de Mesas Redondas.
La Contaminación Atmosférica en la Cuenca del Valle de México.
21 - 25 Abril de 1986.
México, 1986.
- 38.- Knvhenhauer, María de los Angeles.
El Intercambio Académico y los Mecanismos de Reconocimiento, Revali-
dación y Acreditación de Estudios en Revista de la Educación Superi-
rior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. I, No. 1, Enero-Marzo 1972.
- 39.- La Cuestión Ecológica: La Nación entre el Capitalismo y la Naturaleza.
H. Toledo, Víctor.
Colegio de Ciencias y Humanidades.
U.N.A.M. - Plantel Naucalpan.
México, 1984, pp. 39-48.
- 40.- La Jornada.
Apoyo Oficial a la Educación Superior, anuncia Salinas.
Ureña, José.
Diario,
México, D.F.
9 de Agosto de 1989.
PP. 1 y 6.

- 41.- La Jornada.
Ascendieron a 9 mil los casos de Sida en México en 1990.

Diario,
México, D.F.
15 de Enero de 1991.
P. 19.
- 42.- La Jornada.
Creció 30% la cobertura del IMSS informó García Sáinz.
Yáñez, Carlos.
Diario,
México, D.F.
17 de Agosto de 1988.
P. 4.
- 43.- La Jornada.
40 Casos de Sida durante 1988 en Michoacán.
Gurza, Teresa.
Diario,
México, D.F.
24 de Diciembre de 1988.
P. 11.
- 44.- La Jornada.
Derechos Humanos.
Stavenhagen, Rodolfo.
Diario,
México, D.F.
11 de Diciembre de 1988.
Pp. 15-18: Perfil de la Jornada.
- 45.- La Jornada.
Dignidad.
Peña, Rodolfo F.
Diario,
México, D.F.
24 de Noviembre de 1988.
P. 3.
- 46.- La Jornada.
Emplea la industria 100 mil sustancias prohibidas: CTM.
Becerril, Andrea.
Diario,
México, D.F.
27 de Agosto de 1989.
Pp. 1 y 6.
- 47.- La Jornada.
En 45 días, detectados en México 253 casos de cólera.
Saldierna, Georgina.
Diario,
México, D.F.
28 de Julio de 1991.
Pp. 1 y 12.

- 48.- La Jornada.
En 3 años más habrá un encamado por Sida de cada 20 hospitalizados.
Garay, Enrique.
Diario,
México, D.F.
28 de Julio de 1988.
P. 3.
- 49.- La Jornada.
En Un Año podrían Duplicarse los casos de Sida: Sepúlveda.
Diario,
México, D.F.
17 de Agosto de 1989.
Pp. 1 y 3.
- 50.- La Jornada.
García Sáinz: 9 millones 378 mil Derechohabientes más en 6 años.

Diario.
México, D.F.
20 de Octubre de 1988.
P. 19.
- 51.- La Jornada.
La Contaminación.
Aridjis, Homero.
Diario,
México, D.F.
6 de Diciembre de 1991.
P. 41.
- 52.- La Jornada Laboral.
La Modernización del Trabajo.
Peña, Rodolfo F.
Diario,
México, D.F.
10. de Marzo de 1991.
Pp. 1-8.
- 53.- La Jornada.
México, el undécimo país más poblado del mundo.
Elizalde, Triunfo.
Diario,
México, D.F.
28 de Julio de 1990.
Pp. 1 y 18.
- 54.- La Jornada.
Modernización Alimentaria.
Restrepo, Iván.
Diario,
México, D.F.
28 de Julio de 1988.
P. 3.

- 55.- La Jornada.
99% de los menores infractores fueron maltratados o abandonados.
García, Clara Guadalupe.
Diario,
México, D.F.
5 de Febrero de 1991.
P. 14.
- 56.- La Jornada.
Para 1990 habrá más de cien millones de afectados por Sida.

Diario,
México, D.F.
20 de Octubre de 1989.
P. 14.
- 57.- La Jornada.
Piden maternidad libre apoyada en una política de salud y educación sexual.
González, Ana María.
Diario,
México, D.F.
2 de Enero de 1991.
P. 20.
- 58.- La Jornada.
Privatizar paraestatales estimuló la inversión: CSG.
Guerrero Chiprés, Salvador.
Diario,
México, D.F.
15 de Marzo de 1990.
Pp. 1 y 24.
- 59.- La Jornada.
Profesores en la Modernización Educativa.
Gayol, Yolanda.
Diario,
México, D.F.
10. de Febrero de 1989.
P. 11.
- 60.- La Jornada.
Reporta la SSA 131 casos más de cólera y tres muertes durante la -
presenta semana.
Rodríguez, Luis Alberto.
Diario,
México, D.F.
24 de Agosto de 1991.
P. 21.
- 61.- La Jornada.
3er. Informe de Gobierno: Salinas de Gortari, Carlos.
Diario.
México, D.F., 2 de Noviembre de 1991.
P. 7 - XXIII.

- 62.- La Nación:
 Sarampión - Un problema que se escapa de las manos.
 Martínez Alcántara, Luis (Dir.)
 Mensual.
 México, D.F.
 Año XLVIII - 1o. de Marzo de 1990.
 No. 1798.
- 63.- Laurell Asa, Cristina.
La Salud-Enfermedad como Proceso Social en Revista Latinoamericana de Salud.
 México, Ed. Nueva Imagen, 1982,
 Pp. 7 - 25.
- 64.- López Latorre, Eduardo.
Referencia Metodológica para el Estudio del Ejercicio Profesional en Revista de la Educación Superior.
 Trimestral.
 México, D.F.
 Vol. VIII, No. 2 (30) Abril-Junio 1979.
- 65.- Loya García, Roberto.
Análisis de Campo de los Objetivos de Aprendizaje.
 México, -----
 (Mecanograma).
- 66.- McDermit, Marie Therese.
Análisis Conceptual de la Enfermería.
 -----, 1971.
 (Mecanograma).
- 67.- McDermit, Marie Therese.
El Status de la Enfermera como Mujer.
 Ponencia presentada en Jornadas de Enfermería Conmemorativa del XXV Aniversario, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
 México, D.F., Octubre de 1983.
 (Mecanograma).
- 68.- McDermit, Marie Therese.
Aspectos Deontológicos de Enfermería.
 Ponencia presentada en III Taller Nacional de Reglamentación en Enfermería.
 México, Colegio Nacional de Enfermeras, A.C., 1990.
 (Mecanograma).
- 69.- Mendoza Rojas, Javier.
Los Retos Actuales de la Educación Superior en México.
 En Perfiles Educativos, CISE, UNAM.
 Trimestral.
 México, D.F.
 No. 36, Abril-Mayo-Junio 1987.
 Pp. 35-54.

- 70.- Molina Mendoza, José.
El IMSS inicia Nueva Era en el Servicio Social.
En El Pulso de México.
México, D.F.
No. 127, Febrero 1991.
- 71.- Movimientos Feministas - Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas.
Universidad Nacional Autónoma de México.

México, D.F.
29 de Septiembre de 1986.
- 72.- Organización Panamericana de la Salud.
Metas en Materia de Enfermería. Resolución del XXVII Reunión del Consejo Ejecutivo.
México, O.M.S./O.P.S., 1980.
(Mecanograma).
- 73.- Panorama de la Capital:
Dos Millones de niños callejeros en el D.F.
González, Tayde.
Quincenal.
México, DF..
Mayo 1991.
P. 1.
- 74.- Ponce de León, Sara Alicia.
Prospectiva de la Educación de Enfermería en México en Revista de Enfermería: IMSS.
Cuatrimestral.
México, D.F.
No. 1, Vol. I, Enero-Abril, 1988.
Pp. 29-32.
- 75.- Ramírez L., Celia.
La Formación Profesional en la UNAM en Pensamiento Universitario No. 67. Centro de Estudios Sobre la Universidad.
UNAM - Coordinación de Humanidades.

México, 1986.
- 76.- Rangel Guerra, Alfonso.
La Revalidación de Estudios en Revista de la Educación Superior.
Trimestral.
México, D.F.
Vol. V, No. 4 (20) Octubre-Diciembre 1976.
- 77.- Revista de Tecnología Educativa.
Clayton S. John. Departamento de Asuntos Educativos.
Organización de los Estados Americanos (OEA).
Venezuela.
No. 4, Vol. 1, 1975.

- 78.- Rodríguez O., Azucena.
El Programa como Instrumento de Trabajo.
 México, UNAM-SUAFL.
 1978.
 (Mecanograma).
- 79.- Rodríguez O., Azucena.
Currículum y Sistema de Enseñanza Abierta.
 Ponencia presentada en Encuentro sobre Diseño Curricular.
 E.N.E.P.- Aragón, 1982.
 (Mecanograma).
- 80.- Rodríguez Ortiz, Imelda et al.
Los Modelos de Atención a la Salud en Revista de Psicología y Ciencias Sociales Neumatihuani.
 E.N.E.P.-Zaragoza-U.N.A.M.
 Cuatrimestral.
 México, D.F.
 No. 5, Septiembre 1989.
- 81.- Sánchez Medina de Rota, Gilda.
Reflexiones sobre las Tendencias de la Educación Continua para las Profesiones en Revista de la Educación Superior.
 Trimestral.
 México, DF..
 Vol. VIII No. 2 (30) Abril-Junio 1979.
- 82.- Seguridad Social:
Órgano de Difusión del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).
 Día de la Enfermera.
 Mensual.
 Enero de 1990.
 Epoca XIII, Vol. I, No. 14.
 Pp. 1 y 12.
- 83.- Seguridad Social:
Órgano de Difusión del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).
 Propuestas del SNTSS para la Reestructuración y Retabulación de la Rama de Enfermería.
 Mensual.
 Agosto de 1990, Epoca XIII, Vol. I, No. 23.
 Pp. 1-8.
- 84.- Solidaridad.
 Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Mensual.
 México, DF..
 No. 78, Enero de 1990.

- 85.- Uno más Uno:
Aumentará la población del IMSS 6% este año.
Muro Del, Ricardo.
Diario.
México, D.F.
24 de Octubre de 1987.
P. 14.
- 86.- Uno más Uno.
Burocratismo en los servicios de salud.

Diario.
México, D.F.
17 de Febrero de 1989.
P. 13.
- 87.- Uno más Uno.
Despenalizar el Aborto.
Vázquez, Angeles.
Diario.
México, D.F.
16 de Abril de 1989.
P. 2.
- 88.- Uno más Uno.
El Enfermo como Persona.
Ortiz Quezada, Federico.
Diario.
México, D.F.
23 de Mayo de 1983.
P. 19.
- 89.- Uno más Uno.
Elevar la calidad educativa, Obra inacabada.
Llínas Zárate, Isabel.
Diario.
México, D.F.
18 de Diciembre de 1988.
P. 2.
- 90.- Uno más Uno.
En el Sector Salud existe una regresión de casi 20 años.
Llínas Zárate, Isabel.
Diario.
México, D.F.
MIÉrcoles 8 de Agosto de 1990.
P. 14.
- 91.- Uno más Uno.
Del Hombre Máquina al Hombre Sistema.
Martínez Cortés, Fernando.
Diario.
México, D.F., 18 de Septiembre de 1987.
P. 18.

- 92.- Uno más Uno.
Hay cerca de 19 mil casos de Sida en México; urgen mayores medidas preventivas.
Ramírez Rivera, Alberto.
Diario.
México, D.F.
28 de Diciembre de 1991.
Pp. 3 y 5.
- 93.- Uno más Uno.
No se requieren inversiones privadas en el Sector Salud.
Vázquez Pérez, Rubén.
Diario.
México, D.F.
Martes 6 de Noviembre de 1990.
P. 15.
- 94.- Vázquez Córdoba, Sergio et al.
Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el Sector Salud, 1980-1987 en Salud Problema 15; U.A.M.

México, D.F.
Otoño 88, pp. 37-46.
- 95.- Velazco M.L., Ma. del Pilar.
Las Políticas Sanitarias y las Políticas de Población en México durante el Siglo XIX.
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - U.N.A.M.
México, D.F.
Col. Aportes de Investigación / 16.
- 96.- Wald, Florence S. y Leonard, Robert C.
"Hacia el Desarrollo de la Teoría de la Práctica de Enfermería"
En Nursing Research.
Vol. 13, No. 4, 1984.