

41061



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGÓN

“PROPUESTA DE FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL
NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA, CON OPCIÓN DE SALIDA INTERMEDIA DE
NIVEL TÉCNICO PROFESIONAL. ENEP IZTACALA, UNAM”

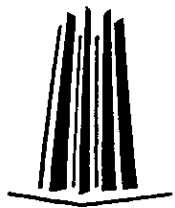
TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

PRESENTA
SOLEDAD SILVIA NICOLÁS CISNEROS

277100

MÉXICO ENERO 2000





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 esta 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.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

AGRADECIMIENTOS

A mis alumnas, por darme el más grande motivo de búsqueda constante por ser mejor.

A mis colegas enfermeras con quienes convivo en espacios por mejorar la enfermería.

A mis amigos de la MES: Vicky, Toño, Alicia y Víctor, por abrir este magnífico horizonte.

A mis grandes amigas Ángeles y Rosa Amarilis con quienes comparto las ilusiones, las experiencias, los conocimientos y los libros.

A mi Jurado de Examen de Grado por su experiencia vertida en sugerencias y correcciones para mejorar este texto.

Especialmente a mi director de tesis, Maestro Jesús Escamilla Salazar, por el ejemplo de congruencia en el hacer, pensar y decir; agradezco tu tiempo, conocimientos, confianza y amistad.

DEDICO ESTE TRABAJO

A mi profesión, la Enfermería

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
especialmente al Campus IZTACALA*

*A las grandes mujeres-sabias-madres-maestras, de mi
historia:*

Florencia, Bertha, Sabelia y Siria María

A mis hijos:

Jorge Israel

Siria María

Irak Francisco

A tí...

SOÑAR LO IMPOSIBLE LOGRAR....

Y TODO A PULMÓN...

TESIS

*Propuesta de Fundamentos Teóricos del
Nuevo Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería,
con Opción de Salida Intermedia de Nivel
Técnico Profesional. ENEP Iztacala, UNAM.*

ELABORÓ
SOLEDA SILVIA NICOLÁS CISNEROS

DIRECTOR DE TESIS
MAESTRO JESÚS ESCAMILLA SALAZAR

OCTUBRE DE 1999

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

- 1.1. LA ENFERMERÍA COMO CARRERA UNIVERSITARIA 2
- 1.2. LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL E INSTITUCIONAL UNIVERSITARIO..... 9
- 1.3. NECESIDADES SOCIALES, PLANES Y PROGRAMAS DE DESARROLLO NACIONALES E INSTITUCIONALES DE SALUD Y EDUCACIÓN..... 25

CAPÍTULO II. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CURRÍCULUM DE ENFERMERÍA EN LA ENEP-IZTACALA-UNAM

- 2.1. LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA ENEP IZTACALA UNAM 62
- 2.2. LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN EL PLAN DE ESTUDIOS VIGENTE..... 66
- 2.3. LA PROPUESTA CURRICULAR A DESARROLLAR..... 76

CAPÍTULO III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEP IZTACALA UNAM

- 3.1. NIVEL EPISTEMOLÓGICO..... 84
- 3.2. NIVEL PSICOLÓGICO..... 108
- 3.3. NIVEL SOCIOLÓGICO..... 122
- 3.4. NIVEL PEDAGÓGICO..... 137
- 3.5. NIVEL JURÍDICO..... 158
- 3.6. NIVEL DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA..... 170

CAPÍTULO IV. UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN DOCENTE PARA EL CAMBIO CURRICULAR

- 4.1. EL DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA ENEP IZTACALA UNAM..... 192
- 4.2. LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN..... 196
- 4.3. LA PROPUESTA DE FORMACIÓN DOCENTE: DIPLOMADO EN EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA..... 201

CONCLUSIONES213

REFERENCIAS219

INTRODUCCIÓN

El campo de interés de la presente tesis es el nivel superior de los estudios de Enfermería, en especial lo correspondiente a la fundamentación teórica de un plan de estudios, entendiéndolo a éste como la expresión formal de la organización curricular y a los fundamentos como el marco teórico en donde se señala y concretiza el compromiso conceptual que permea el proyecto del currículum¹ y demarca la direccionalidad de las diferentes prácticas que se propone vivan los participantes del acto educativo.

La elaboración del problema, parte de la experiencia como enfermera y como docente universitaria en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI), ante la coyuntura de cambio, del plan de estudios vigente de nivel técnico a uno de Licenciatura, -cambio que es buscado y asumido desde la perspectiva de la profesionalización de la disciplina y con el fin de cumplir con la normatividad universitaria-.

La enfermería como actividad práctica y como disciplina científica, con gran experiencia asimilada, tiende a elevar el nivel de estudios, en donde, reconsiderando conceptos y reconceptualizando su objeto de estudio -el cuidado de enfermería- y mediante el replanteamiento de escenarios diversos, se desarrolle un cuidado humanizado, ético y científico mediante la formación de profesionales con conocimientos, habilidades, actitudes y valores propios del ser enfermera.

¹ « Por currículum se entiende a la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta político-educativa, pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales, cuyos intereses son diversos y contradictorios aunque algunos tiendan a ser dominantes o hegemónicos y otros tiendan a oponerse y resistirse a tal hegemonía. Síntesis a la cual se arriba a través de diversos mecanismos de negociación e imposición social. Propuesta conformada por aspectos estructurales-formales y procesales-prácticos, así como por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de los currícula en las instituciones sociales educativas. Devenir curricular cuyo carácter es profundamente histórico y no mecánico y lineal. Estructura y devenir que se conforman y expresan a través de distintos niveles de significación.» (De Alba, 1991:38-39)

La Carrera de Enfermería en la ENEPI, después de 24 años de haber iniciado su funcionamiento, continúa recibiendo a estudiantes egresadas de secundaria, contraviniendo con esto la normatividad universitaria, específicamente lo señalado en el Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales, Art. 1º: «Se consideran estudios técnicos y estudios profesionales en la UNAM, los que se realizan después del bachillerato, de acuerdo con las normas que se establecen en este reglamento».

En un primer acercamiento a las concepciones teóricas que orientan los planes de estudio de diez Escuelas y Facultades de Enfermería en el país, se detectó que si bien, en los últimos años presentan transformaciones e innovaciones relevantes (actualización de contenidos, cambio de modelo educativo, cambio de nivel técnico a licenciatura), estos no se fundamentan teóricamente, o al menos no lo hacen en forma explícita, dejando sin bases teóricas, de entendimiento expreso, la propuesta. Considero, dentro del problema de la tesis, que la técnica de formación del sujeto, "...desarticulada de su dimensión teórica, posibilita la realización de prácticas ideológicas, en cuanto genera una falsa conciencia de la problemática curricular..." (Díaz B., 1984:6).

Es relevante que lo anterior se da en un campo disciplinar problematizado donde se desarrolla la educación y práctica de la Enfermería mexicana, que a más de 90 años de haberse incluido como carrera universitaria, continúa con una imagen social de dependencia de la profesión médica, con mínimas posibilidades de ejercicio libre profesional y laboralmente validada por contrato institucional. Además de que al interior de las profesiones está señalada por su indefinición conceptual.

Contextualizado todo lo anterior en una compleja dinámica de perfiles demográficos y epidemiológicos de la población, que convergen con políticas de salud, educativas, y laborales, sometidas con mayor intensidad que en épocas anteriores, a los grandes diseños de política económica -con orientación hacia la diversificación y coparticipación social en el financiamiento, fomento al aseguramiento y estímulos a los seguros privados. Contexto marcado por presiones internacionales, demandas sociales y severas crisis de ajuste, con impacto en la prestación de los servicios y el mercado de trabajo. Crisis que viven las instituciones educativas y de salud, quienes tratan de asumir los imperativos de la globalización y el cambio tecnológico para sobrevivir en un entorno competitivo.

También como parte del problema, se definió que un cambio de plan de estudios o su modificación, impacta a la institución en su conjunto, especialmente a las prácticas docentes. Así que, aún cuando un equipo de planeación curricular haya identificado, definido y expresado la propuesta teórica que subyace su elaboración, al momento de ser llevado a la práctica, el plan de estudios en su totalidad y los programas en lo

particular, si persiste la escasa o nula actualización y formación del personal docente, al operativizarlo tomándolo como un instrumento indicativo que omite lo conceptual, se genera que un plan de estudios orientado en un sentido, sea aplicado en otro, presentándose la dicotomía expresada por A. Foulán (1979), entre el currículum pensado y el currículum vivido.

Esta situación se vislumbra más peligrosa cuando se genera un nuevo plan de estudios por el cambio de nivel educativo en una misma profesión, como es el caso particular de la Carrera de Enfermería-Iztacala. La ausencia o aplicación en forma dogmática de programas de formación docente para el nuevo nivel, potencializa los riesgos de presentarse casos de simulación y resistencia al cambio por los profesores, quienes, al ser tomados como meros reproductores del discurso de otros, pueden dar una orientación al proyecto de licenciatura, en el menos perjudicial de los casos, como una simple refuncionalización del nivel técnico de enfermería.

La problemática anterior define el problema de la investigación sin dejar de reconocer que dentro del ámbito institucional se presenta una coyuntura para el desarrollo del proyecto de un nuevo plan de estudios para la Carrera de Enfermería, oportunidad que se destaca desde el Plan de Desarrollo Académico Institucional de la ENEP Iztacala UNAM, 1995-2005 que señala: «lo importante es que cada escuela genere y desarrolle sus prototipos, que tenga carreras profesionales con sus propios enfoques y programas de investigación, orientados a los servicios profesionales que se ofrecen, es importante también que la institución se desarrolle de manera armónica con sus peculiaridades y a partir de las condiciones reales que tiene fundamentadas en los intereses y formación académica de sus integrantes. Es primordial ir definiendo el perfil de la escuela que queremos ser».

Dentro de los antecedentes del tema de la tesis, Fundamentos Teóricos del plan de estudios, resalto el modelo Tyleriano. Este modelo, aplicado en los 70s, orientó la metodología para la elaboración de planes de estudio y dentro de ella, estableció la diferencia entre los fundamentos de su elaboración y la forma instrumental de llevarla a cabo. La fundamentación se encuentra señalada en el esquema desde el establecimiento de objetivos, tomando como fuentes: al alumno, los especialistas y la sociedad; y a dos filtros: el filosófico y el psicológico. Tyler señaló que la «exploración sobre los «fines que desea alcanzar la escuela» (Tyler, 1973:9), se acotan al abordar el problema metodológico, mediante las preguntas: ¿Cómo seleccionar actividades con mayores probabilidades para alcanzar estos fines?, ¿Cómo organizar las actividades para un aprendizaje efectivo? y ¿Cómo evaluar la eficacia de las actividades?».

Díaz Barriga aborda la problemática de la fundamentación teórica en la estructuración de planes de estudios, señala tres niveles de análisis: epistemológico, psicológico e institucional. Enfatiza el aspecto de contenido al cual dimensiona en dos niveles: «epistemológico objetivo, que se desprende de las categorías a partir de las cuales una disciplina se desarrolla... y lo epistemológico subjetivo, que expresa la manera como el estudiante construye un objeto de estudio en el proceso de aprender» (Díaz B., 1990:57). Critica este autor, la ausencia de análisis en la estructuración de planes de estudio, enfatizando que la ausencia del nivel analítico, no implica la asepsia conceptual, sino que refleja las concepciones teóricas dominantes. En otro momento de su producción, señala «Será imprescindible formar sujetos que puedan explicar la educación en su sentido amplio, que puedan vincular los sucesos educativos con teorías económicas, sociológicas, psicológicas, pedagógicas.» (Díaz B., 1989:64)

Sin mencionar en forma explícita la fundamentación teórica, algunos autores como Porfirio Morán, señalan la importancia, complejidad y magnitud de la tarea de diseñar e instrumentar un plan de estudios, en ausencia de una fundamentación y su efecto en la segunda tarea. Este autor, critica la adopción de cambios por el solo deseo de «modernizarse e innovar curricularmente», enfatiza que los planes de estudio además de ser abstracciones teóricas y técnicas, «encierran concepciones de aprendizaje, hombre, ciencia, relación universidad-sociedad, etc., las cuales orientan tanto el modelo curricular que se adopte, como las condiciones de su instrumentación.» (Morán O., 1996:143)

En la Fundamentación teórica, Margarita Panza al resaltar el carácter interdisciplinario del trabajo curricular y del currículo, resalta la necesaria perspectiva de cuando menos «cuatro grupos disciplinarios, cuya intervención es indispensable en relación a un plan de estudios: la epistemología, la sociología, la psicología y la pedagogía, entre las cuales se establecen nexos interdisciplinarios... Además de estos cuatro grupos disciplinarios, hay la concurrencia de las disciplinas particulares propias del currículo que se diseña...» (Panza M., 1997:18).

Todos los trabajos consultados, realizados en el campo del currículum, enriquecen la presente tesis, sin embargo al seleccionar la orientación se eligió la propuesta de Margarita Panza, la cual se toma desde la elaboración del proyecto de tesis, en éste se propone que la interacción de elementos teóricos, dados por otras disciplinas, al interactuar en forma racional e integrativa en el proceso de educación de enfermería, obtienen y generan significados propios, que dan como resultado un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario a los procesos de conocimiento, interpretación y valoración de los diferentes componentes que intervienen en la realidad educativa y en la formación del sujeto educativo en enfermería.

Además de considerar, que el equipo de planeación curricular, al contar con los niveles indispensables de conducta heurística, se encuentran dirigidos hacia la generación de códigos básicos significativos en el proceso de creación; dando como resultado que los diferentes niveles de actuación se den con criterios de racionalidad metódica y práctica y no de mera racionalidad creencial².

En el ánimo de superar el modelo tayleriano y a otros modelos surgidos de él y aún vigentes, que tienden a separar los fundamentos de un plan de estudios de su elaboración y la forma de llevarlo a cabo, en el presente trabajo se propone la orientación de un plan de estudios desde sus fundamentos teóricos: su posición epistémica, psicológica, sociológica, pedagógica, jurídica y disciplinar, que sirva de guía a la tarea de la planeación, transformándola desde lo meramente técnico o instrumental, hacia la realización de un trabajo de planeación curricular.

El propósito es que la presente tesis sirva para apoyar el proceso de creación o de modificación de planes de estudio de una disciplina particular -la enfermería-, que se desarrolla en un espacio físico temporal caracterizado como una época de crisis educativa e institucional en lo general y de la formación y práctica de enfermería en lo particular. Sin dejar de contemplarse como un espacio que potencializa posibilidades de crecimiento y expansión, oportunidades coyunturales para grupos con una larga y tenaz preparación, como es el de enfermería .

La metodología del proyecto fue preparada a partir de revisar bibliografía sobre diseño curricular, para integrar las ideas básicas y su aplicación en el desarrollo de la tarea de fundamentar el nuevo plan de estudios.

Durante la aplicación del proyecto de investigación, se utilizaron diferentes metodologías, retomando a Mardones y Ursúa (1987), quienes señalan: «la explicación científica no es solo causalista, ni sólo teleológica o hermenéutica», el postulado de la complementariedad va ganando terreno, por lo que se allegaron recursos metodológicos que se adaptaron a las características del problema estudiado, dando apertura a enfoques y métodos de investigación flexible que ayudaron a captar los matices y aspectos cualitativos de la experiencia social de los sujetos. Se usó el recurso y adaptación de la entrevista profunda, distintas variables del análisis del discurso y análisis de documentos. Esta apertura teórica ya ha sido aplicada en amplios sectores de la investigación social donde se ha desarrollado y cuenta con un prestigio bien establecido, en particular los enfoques y métodos interpretativos.

² «La necesidad de la teoría, como construcción que trata de ordenar, explicar e interpretar lo real, es aceptada actualmente por diversas tendencias de las Ciencias Sociales, entre las que destaca el neopositivismo de Popper y la Escuela Analítica de Frankfurt (Adorno, Habermas)» (Díaz Barriga, 1984:8).

El desarrollo del presente trabajo inició con la elaboración del proyecto de tesis, que respondió a la primera etapa del círculo hermenéutico³, como un saber precientífico sobre el objeto que investigamos, lo conocemos pero superficialmente, como referente empírico; Carlos Ángel Hoyos (1997), señala que “-entramos por la puerta regia de la experiencia-”, lo intuimos, adivinamos su posibilidad, es decir, partimos de comprender el problema, colocándose en el lugar de escucha, que así parte de la intuición subjetiva.

Dentro del inicio del desarrollo de la tesis, se retomaron experiencias de los profesores, de instancias académico administrativas y el punto de vista de alumnos y personal de las instituciones del sector salud, así como de otras instituciones de educación superior en Enfermería en nuestro país.

Un segundo momento consistió en reconocer que todo sistema de enseñanza formal, contiene en su concreto -el plan de estudios- los sustentos teóricos de la propuesta, aunque no siempre en forma explícita; por lo que hay que buscarla entre los pliegues del discurso. Por lo cual se realizó una revisión a diez planes de estudio de las principales y prestigiadas escuelas de enfermería de nuestro país, así como al plan de estudios vigente, de nivel técnico, de la Carrera de Enfermería de la ENEP Iztacala UNAM.

Fue necesario historizar y contextualizar al objeto, intentando no agotarse en la literalidad -característica del enfoque funcionalista-. Conocer el pasado e identificar el presente de la formación y práctica de esta disciplina en los ámbitos de las Instituciones de Educación Superior y en los programas nacionales e internacionales. También se realizó la revisión y análisis de los programas institucionales de atención a la salud, que marcan la práctica profesional del egresado.

Más adelante, teorizar con los diferentes autores, desde la posición hermenéutica, que fue la posición epistémica que se adoptó para leer la realidad, donde toda investigación habla de historicidad, reconociendo que el sujeto cambia en un proceso de transición de una conciencia real detectada se llega a una conciencia posible; a la cual se intentó arribar en la definición y escritura de los fundamentos, en la aplicación de la teoría a una situación particular de la realidad educativa.

³ «Con la hermenéutica se ha hecho ya famoso el círculo hermenéutico...siempre partimos de un saber precientífico sobre el objeto que investigamos. Lo que quiero saber he de saberlo ya, antes de comenzar a reflexionar e investigar. Esta inteligencia previa se articula lingüísticamente. Pero al analizar el lenguaje me encuentro que lo hago utilizando el habla. Estamos, parece, encerrados inevitablemente en un círculo, no hay comienzo absoluto.» (Mardones y Ursúa, 1982:35)

La búsqueda de la racionalidad en que se sustentará el quehacer educativo en un nuevo plan de estudios me llevó como docente a preguntar, “¿quién hablará por mí en los discursos y práctica de mi actividad?” (Jesús Farfán, 1997). Así, el reconocimiento de -quién habla por mí- en la práctica educativa, mediante la elección de la concepciones teóricas, -señalando a la teoría como una herramienta para interpretar la realidad- que guíen la construcción del plan de estudios y que subyacen en la propuesta teórica planteada; considero abre la posibilidad de un mayor conocimiento y acercamiento a lo teórico metodológico del plan de estudios y con esto también se amplía la posibilidad de operar con sentido crítico y en acción transformadora y no como reproductores de los discursos de otros⁴.

Finalmente señalo, que el diseño de los fundamentos teóricos del nuevo plan de estudios me permitió operacionalizar el nivel teórico metodológico de la formación en la Maestría en Enseñanza Superior, recuperando estas bases en la construcción específica de la propuesta.

La tesis que sustento, desde la elaboración del proyecto a partir de los resultados que se presentan en el trabajo, se puede concluir que ha sido lograda. Los logros alcanzados en la elaboración de la propuesta de los fundamentos teóricos, se podrán conocer durante la lectura del presente informe.

El aporte racional y crítico en el proceso de creación de la tesis, orienta a reconocer que si bien se está ofreciendo un modelo a la realidad educativa de la enfermería, se ve a éste como un conjunto de propuestas para obtener los fines que se persiguen, por determinados medios, y de acuerdo a la información con que se dispone en el momento actual. Las afirmaciones se presentan como hipótesis, así como los conceptos utilizados se plantean para que sean sometidos a revisión constante, en el ánimo de lograr sistemas conceptuales con mayor precisión, claridad y adecuación. Existe la apertura a la constante revisión, al enriquecimiento o al cambio de hipótesis o conceptos, en cuanto «nuevos hechos del mundo o la consideración de nuevas relaciones así lo aconsejen.» (Mosterín, 1987:26)

Como en todo trabajo de construcción teórica, se vivieron experiencias de avances, estancamientos y retrocesos que dieron lugar a nuevos avances, propios del círculo

⁴ «En primer lugar apunta al papel que profesores y administración pueden desempeñar como intelectuales transformativos, que desarrollan pedagogías contrahegemónicas, las cuales no solo potencian a los estudiantes, proporcionándoles el conocimiento y las habilidades sociales que necesitarán para actuar en el conjunto de la sociedad con sentido crítico, sino que, además, los educan para la acción transformadora.» (Giroux, 1990:25)

hermenéutico, haciendo inicialmente una interpretación del sentido de los elementos del problema, para arribar a la comprensión del mismo. Partir de lo dado, buscar lo no manifiesto, interpretarlo y comprenderlo para contribuir al cambio.

Dentro de las limitantes señalo que en esta fase no se puede valorar su éxito, por ser el inicio de un trabajo de elaboración curricular. Considero que el primer momento de ponerla a prueba será al darla a conocer a un equipo de planeación curricular, de la discusión que genere la propuesta y de cómo los integrantes lo hagan suyo dependerá su éxito inicial. Un segundo momento será al operacionalizarla, de cómo se aplique un plan de estudios con fundamentos previstos. También se conocerá su logro al revisarse a lo largo de los cuatro años de la formación del profesional de enfermería el impacto de la orientación de los seis niveles teóricos mediante la evaluación curricular continua. Finalmente mediante un programa de seguimiento de egresados, al conocer el impacto que estos seis niveles han dejado en un profesional de enfermería y cómo ese profesional impacta al desarrollar su práctica profesional y a la misma disciplina. Tal vez, entonces, se estará en posibilidad de conocer el logro total de la presente tesis.

El propósito buscado y logrado, que fue un proceso de creación de los fundamentos teóricos, se presenta en este informe, el cual ha sido organizado en cuatro capítulos:

El Primer capítulo. Marco referencial, da a conocer desde qué referente se construye la propuesta, habla de la historia de la enfermería universitaria, su situación actual en contextos internacionales, nacionales e institucionales universitarios y finaliza con la presentación de aspectos de corte epidemiológico y planes nacionales e institucionales que impactan a la formación y práctica de la enfermería profesional.

El Segundo capítulo. La situación actual del currículum de enfermería en la ENEP Iztacala UNAM, presenta un análisis del plan de estudios vigente -Técnico en Enfermería-, señalando los aspectos didácticos que lo atraviesan, así como la problemática que se intenta superar con la creación de un nuevo plan de estudios y especialmente con los fundamentos teóricos propuestos en esta tesis.

El Tercer capítulo. Fundamentación Teórica del nuevo plan de estudios de la Licenciatura en enfermería. ENEP Iztacala UNAM, es el fundamental del informe, en él se da a conocer la propuesta teórica desde los niveles: epistemológico, psicológico, sociológico, pedagógico, jurídico y disciplinar.

El Cuarto capítulo. Una propuesta de formación docente para el cambio curricular, da a conocer el aspecto teórico sugerido para un programa de formación docente, en

formato de diplomado, necesario para implementar el nuevo plan de estudios, resaltando algunas de las características de la planta docente actual, que ha operado el plan de estudios vigente -de nivel técnico-, y que por sus características contractuales habrá de iniciar el nuevo plan de estudios para el que se construyó la propuesta de fundamentos teóricos.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

La enseñanza y la práctica de la disciplina han de ser vistas como hechos de la cultura, prácticas realizadas por sujetos que se mueven bajo el impacto de las presiones, de las contradicciones y de las luchas del contexto histórico-social en que se desenvuelven; por lo que no se puede ver a la enseñanza de la Enfermería como independiente o resultado neutro de una época.

Se verá a la Enfermería como estructurada desde su enseñanza y su práctica profesional por relaciones internas y externas que la incluyen al proceso de producción humana, teórica y material, en donde habrá de interpretarse su unidad y significación.

La situación actual de la enseñanza de la enfermería ha de buscarse en la totalidad objetiva de cada momento histórico vivido, a través de la formulación de sus problemas y la elaboración de las respuestas y programas, ellos son el referente real, la mediación que permite la organización del aparente caos de su desarrollo y el resultado de su estado actual, para mirar su estructura, sus conflictos y sus líneas de desenvolvimiento.

La educación y práctica de la enfermería no existe independiente a la totalidad de lo real y ésto la hace objetiva y objeto de la historia. La reseña histórica de la Enfermería, vista de esta manera, será ubicada dentro del marco de condiciones reales en cuyo interior se produce.

A continuación se presenta a la profesión de enfermería como un proyecto universitario, con una historia de más de 90 años.

1.1. LA ENFERMERÍA COMO CARRERA UNIVERSITARIA

La enseñanza formal a las parteras (mujeres laicas), se inicia «desde 1792, cuando se ordena que el cirujano mayor del Hospital Real de Guadalajara les dé instrucción» (Alatorre, 1984:79), por las necesidades de atender a las mujeres de clase media. La obstetricia es considerada poco importante para el médico español, que solo atiende a las mujeres españolas, las curanderas(os) quedan como resabio prehispánico para la atención de los desprotegidos.

La época colonial se caracteriza por la necesidad de destruir los valores prehispánicos y sustituirlos mediante la imposición de la religión católica. A las órdenes religiosas se les asigna la catequización mediante el control de la educación y el otorgamiento de los servicios médicos en hospitales. Esta multiplicidad de funciones asumidas por individuos con formación teológica y figura caritativa dan la orientación empírica, hospitalaria y de caridad cristiana a la atención a las enfermedades.

La educación a las mujeres exalta el ideal femenino: creyente, abnegada, sumisa y hacendosa; además de coartar las iniciativas intelectuales y rasgos de autonomía tomados como rebeldía femenina. Es de esperar que esta actitud disciplinadora, y moralizadora, que se basa en una cosmovisión antagónica de la correspondiente a las comunidades indígenas quienes tenían en la partera a una mujer sabia, consejera familiar, socialmente respetada por sus conocimientos de la herbolaria y por su experiencia no solo del trabajo obstétrico sino del ser mujer-madre, no encontró los resultados esperados por los conquistadores hispanos.

En los inicios del Siglo XIX, se producen diversas leyes, reglamentos, circulares y decretos que intentan regular la profesión de partera. Los exámenes realizados por el catedrático de obstetricia, incluyen clases de español, administración del bautismo y enseñanza de la lectura y escritura del castellano, si son aprobados se extendería un certificado de aptitud para el ejercicio. Con la consecuente falta de éxito para instruir a las parteras sobre esta nueva forma de verse como oficio, lo único que se logró fue que la práctica se reglamentara. «Aparte de las dos parteras aprobadas por el Protomedicato antes de 1830, no se sabe cuantas mujeres presentaron exámenes ante las Juntas de Sanidad o los médicos municipales. Sería Doña Carlota Romero la primera mujer en obtener título de partera en la Escuela Nacional de Medicina en 1841... Lo que es indudable es que el título de partera, junto con el de maestra, fueron los únicos títulos profesionales accesibles a las mujeres durante la primera mitad del siglo» (Staples, 1982: 108).

En 1860 se consolida la función de las parteras «con la expedición del Reglamento de la Casa de Maternidad y Hospital de Niños» (Alatorre,1984:104). En esta época la partera ocupa un sitio jerárquico superior a los alumnos de medicina, a la enfermera (quien ocupa una categoría de servidumbre dentro del hospital) y al personal de servicio. En el México Independiente, las causas de morbimortalidad que existían en la Colonia, se suman a la desnutrición, falta de saneamiento ambiental y las muertes en las luchas armadas, con los movimientos de las tropas se movilizan las epidemias incrementándose la mortalidad. Continúa dándose únicamente atención a los enfermos en hospitales dirigidos por religiosas, con mayor participación de médicos europeos o mexicanos con estudios en Europa.

Con la expedición de las Leyes de Reforma (1859-1860), el Estado Mexicano se hace cargo de los hospitales que habían estado bajo las órdenes del clero, con la consigna de «cambiar el concepto de caridad en la atención médica, por el de beneficencia, más coherente con la ideología liberal...» (Eibenschutz,1985:20). Los hospitales son ocupados por vez primera por personal empírico, quienes quedan bajo la tutela del médico. En el aspecto científico, en el extranjero se manifiesta el desarrollo de la microbiología con repercusión directa en el desarrollo de la medicina científica.

A partir de 1900, se crean múltiples hospitales, entre ellos, el Hospital General (1905), cuya apertura requiere de personal de enfermería que sustituya a las religiosas de las órdenes monásticas. El personal reclutado requiere a su vez de instrucción formal, la ampliación de espacios laborales para las mujeres, las hace participar en la esfera extradoméstica de la instrucción mediada por la autoridad masculina y entrar en un sistema de trabajo al servicio del médico.

Alatorre (1984:123) señala: «con la inauguración del Hospital General de la Ciudad de México, el 5 de febrero de 1905, se clausura la Casa de Maternidad y se inicia la educación formal de enfermeras», con los cursos organizados por el Dr. Eduardo Liceaga en el Hospital General de la Ciudad de México, con una perspectiva de subordinación a las actividades profesionales del médico y al sometimiento a su autoridad científica y administrativa tanto en lo escolar como en lo hospitalario. Posteriormente el Dr. Eduardo Liceaga viaja a Europa para realizar estudios sobre construcción de hospitales y funcionamiento de Escuelas de Enfermería.

La situación que se vive en la época de 1900, corresponde a una gran expansión y desarrollo de la profesión médica, a partir de la desaparición en 1833 del Protomedicato⁵.

⁵«Surgido en 1628, fue el máximo aparato del poder colonial en materia de salud, órgano con función consultativa y de ejecución, tenía facultades de juzgar la capacidad de los médicos y cirujanos, así como la vigilancia de la calidad de los productos medicinales.» (Alatorre,1984:48)

La Medicina se organiza, actualiza y dirige su formación y práctica fuera del empirismo religioso. La atención médica se expande a cotos anteriormente, exclusivos del clero. Se fortalece el perfil sexista y clasista de la profesión médica, clase dominante de la atención a los enfermos, que se desarrolla en hospitales que se encontraban en condiciones deplorables. «A partir de entonces el médico diagnostica, prescribe, no pierde su talento en los detalles del paciente hospitalizado; para estas actividades necesitaba solo una obediente ayudante, una enfermera.» (Gomezjara y cols., 1982:92)

“En 1907, por iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga” (UNAM, 1992:32), se establece la Escuela de Enfermería del Hospital General, primera en su género, dependiente de la Beneficencia Pública bajo el ordenamiento de la Secretaría de Gobernación. Se crea un curso de dos años, con requisito previo de primaria. “Las materias fueron: Anatomía, Higiene, Fisiología, Farmacia, Curación y Cuidado de todo tipo de enfermos” (Alatorre, 1984:115). El requisito es ser mujer. Con este hecho se inicia la enseñanza formal de la Enfermería en México, que surge paralela a la importación de organización, técnicas y tecnología de la formación y práctica de enfermería y medicina europeas.

La educación práctica de las primeras enfermeras mexicanas, estuvo en manos de enfermeras extranjeras o nacionales educadas en el extranjero. Las principales corrientes fueron la inglesa y la norteamericana, que a su vez coinciden en formación, dado que la escuela americana fue alimentada directamente por la escuela formada por Florencia Nightingale.

“En 1911 la Escuela de Enfermería del Hospital General, se incorpora a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México” (idem:50), aunque siguió instalada en el Hospital General, el director de la Facultad de medicina es también director de la Escuela de Enfermería.

La Escuela de Medicina elabora el plan de estudios de Enfermería y Obstetricia en 1912. En este año surge oficialmente la enfermería profesional, formalizando su práctica y delimitando su formación. En el documento se establece como requisito que para ser partera, se debería ser primero enfermera, se señalan dos años para Enfermería y dos años más para partos. En una maniobra siniestra, los médicos de la época, acotan y tamizan la formación y práctica futura de la única profesión universitaria femenina, con un logrado reconocimiento social e identidad gremial -la partería- anteponiéndole una nueva profesión -la enfermería- que se había creado para la atención de las necesidades del médico, quienes la irían dibujando, dominada y sometida, de acuerdo con sus intereses.

Así, la profesión de enfermera y partera se dirige exclusivamente a mujeres, los argumentos para aceptar solo aspirantes del sexo femenino se centran básicamente en que el cuidado de enfermería es una extensión del cuidado materno en el hogar, que requería de «valores femeninos: dulzura, comprensión, abnegación, obediencia, sacrificio, etc.» (idem:48). Los docentes eran en su totalidad médicos que orientaban y vigilaban la formación de los nuevos elementos auxiliares de su práctica.

Las épocas revolucionarias y postrevolucionarias, están caracterizadas por crisis económicas, productivas, monetarias y políticas; esto generó la desconfianza de capitales extranjeros y nacionales, que fueron retirados, disminuyendo más los ya bajos índices de bienestar de la población con lo que se propició nuevamente la aparición de brotes epidémicos y aumento en el número de muertes.

En 1927 se amplían los requisitos académicos a las aspirantes a la carrera de Enfermería, quienes han de cursar un año preparatorio, “llevando las materias de: Castellano, Física, Química y Ciencias Biológicas. En 1935, se exige la educación secundaria como requisito de ingreso a la Escuela de Enfermería del Hospital General.” (idem:130)

El Estado adquiere mayor control a través de las políticas de salud y del trabajo. “En 1931 se promulga la Ley Federal del Trabajo, a la que en 1934 se le complementa con el Reglamento de medidas preventivas de accidentes de trabajo y el Reglamento de higiene del trabajo.” (idem:147)

Durante el Gobierno de Lázaro Cárdenas se incrementó la atención al Sector Salud, por el empobrecimiento de la población, las elevadas tasas de mortalidad y la política encaminada a la protección a los obreros, la Beneficencia pública es cambiada a Asistencia pública en 1938, y en el año de 1943 se fusiona con el Departamento de Salubridad pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La medicina ha sido cargada de un enfoque científicista, biológico e individual, en el que el organismo es analogado a la máquina, el trabajador adquiere mayor importancia para el desarrollo capitalista, a quien se ha de mantener sano para el máximo aprovechamiento de su fuerza de trabajo. Las tendencias francesas higienistas favorecen el desarrollo de campañas destinadas al campesinado. Con la Segunda Guerra Mundial se perfila nuevamente México como exportador, pero cambian los productos, dándose auge a la industrialización.

Para facilitar el proyecto de industrialización capitalista, el Estado necesitaba elevar los niveles de salud de la población económicamente activa. El proceso de industrialización aumentó el crecimiento urbano y el crecimiento demográfico.

Este proceso de manutención de la maquinaria humana requirió de recursos para el tratamiento y la investigación, así como la construcción de hospitales e institutos de alta tecnología. “Con marcada injerencia estadounidense, la puesta en marcha del Informe Flexner, financiado por la Fundación Carnegie” (Eibenschutz, 1985:31), sentó las bases del desarrollo científico orientada a los países capitalistas; modelo que en México se da en forma dependiente. Así se inician los proyectos científicos para el estudio y control de las epidemias; además se ordena la unificación de la enseñanza hospitalaria, la creación de laboratorios y la enseñanza formal a las enfermeras.

«La política de reivindicación de las demandas de salud del naciente proletariado genera la aparición de la Salubridad Industrial, y la Salubridad Portuaria, también en esta época se amplía la existencia de hospitales privados, ej.: Hospital Americano, Hospital Francés y Hospital de la Beneficencia Española» (Alatorre, 1984:145), creados para la clase dominante.

El Estado divulga la teoría microbiana, aumenta el número de hospitales y promueve campañas sanitarias, sin cuestionar las relaciones de explotación que configuraban la patología existente. Hay que hacer notar que la formación y la prestación de los servicios corresponden a la época en que la salud del país está encomendada al modelo médico y que los servicios están encaminados a preservar esta hegemonía.

El modelo médico hegemónico de la época, con una determinante influencia de los EE. UU., se forma con una visión ajena a la problemática nacional, formación académica importada, concepción parcial del Proceso Salud Enfermedad y ausencia de conciencia de clase.

Por ser el profesional médico quien forma al profesional de enfermería y quien dirige su práctica, éste último se ve impactado orientándose hacia una especialización, parcelando la atención del individuo y afianzando en su práctica la hegemonía del Estado. Resalto que la Enfermería al igual que otras profesiones, creció protegida por el Estado benefactor, con las políticas de bienestar del Estado mexicano, conformándose como parte de la burocracia estatal.

«En 1943, con el auge de la industrialización, se da la creación del Seguro Social, en condiciones de ausencia de instalaciones y de personal contratado” (idem: 149), sumadas al descontento de la clase empresarial. Su consolidación incrementa el abandono de la clase rural y urbana no asalariada, marcan la terminación de la corriente higienista francesa y consolidan la Escuela Flexneriana Estadounidense, así como la dependencia de México a la infraestructura y tecnología norteamericana. “Hasta 1943 existían en el grupo de enfermería un 80% de parteras.» (Arroyo de Cordero, 1998:1)

En 1945 la Escuela de Enfermería se independiza de la Facultad de Medicina, “su ubicación transita de las calles de Guatemala (Pasaje Catedral), trasladándose a Lerma 76 en la Col. Cuahutémoc y posteriormente a Brasil 35 (Antiguo Palacio de la Inquisición), en donde permanece hasta 1978, año en que cambia a sus actuales instalaciones de camino viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan” (UNAM, 1992:32). Se le denomina Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

La especialización en Enfermería “inicia con Trabajo Social, continúa la Obstetricia, la Enfermería pediátrica (1952) y la Anestesia. La Enfermería Sanitaria se realiza como especialidad sin instrucción formal, la necesidad de enfermeras visitadoras preparadas en Eugenesia, Higiene Infantil y Economía Doméstica; favoreció la creación de un curso en la Escuela de Salubridad en 1935, dirigido a enfermeras parteras o enfermeras. A partir de 1959 se denominarán enfermeras en Salud Pública” (ob.cit.: 157-158).

En 1952 se inaugura el curso para Instructoras de Enfermería, a quienes se pide como requisito de ingreso ser enfermera titulada, tener experiencia profesional y presentar cartas que demostraran su interés por enfermería. El mismo año, se inicia el curso de Enfermería Pediátrica en la ENEO. En 1964 se organiza el curso de Enfermería Cardiológica y el de Enfermería Psiquiátrica, en 1967 el de Administración y Supervisión de los Servicios de Enfermería. Todos los cursos de especialización son aprobados por el H. Consejo Universitario en 1967.

«En 1960 la situación de las parteras había cambiado, en esta época solo quedan un 30% de especialistas en esta área» (Arroyo, 1998:1). La enfermería hospitalaria recibe un impulso extraordinario por la proliferación de centros hospitalarios, generación de la medicina institucional y concentración de la población en las zonas urbanas. Esta época está caracterizada por la tendencia a la curación, y especialización de carácter biológica.

Simultánea a esta expansión de especialidades, la educación básica se diversifica con la creación de un gran número de Escuelas de enfermería, la mayoría generadas al interior de diversos sectores hospitalarios, quienes tienen como característica el enfoque de generar su propia mano de obra.

La ENEO obtuvo su autonomía en 1945 y en 1953 aprueba el Consejo Universitario dar la calidad de egresadas universitarias a los profesionales de enfermería. En 1965 por primera vez la dirección de la ENEO la asume una enfermera, hasta esta fecha desde su nacimiento, la enfermería universitaria ha sido el resultado de un proceso

social con dominio de la medicina, creada en función de las necesidades médicas, y por realizarse en el ámbito hospitalario. Durante 68 años la formación de la enfermera en la UNAM, fue dirigida por médicos, quienes desde el modelo monocausal, curativo, individualista, hospitalario, científico, tecnológico, dependiente del extranjero y con una visión propia del positivismo dirigieron la formación y práctica de la profesión de enfermería.

En la ENEO, en 1967 se suprime la carrera de partos (que aún con sus número limitado de egresados, era la única opción para el ejercicio independiente de la profesión), y en 1968 se inicia la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, sin embargo poco después en las instituciones sanitario asistenciales se suprimieron las plazas de parteras, lo que significó el principal apoyo institucional al gran número de médicos que egresaban, sustituyendo a la enfermera en la atención de los partos.

De acuerdo a números de Escuelas y Facultades de Enfermería: en 1955 había 83 Escuelas, en 1966 -110, en 1980-132, en 1987- 213, en 1993 495 y en 1997 314; de las cuales 54 Escuelas y Facultades de 28 estados del país ofrecen el nivel licenciatura. «La Dirección General de Profesiones reporta hasta mayo de 1998 la expedición de 10,000 títulos a nivel licenciatura». (Idem:9).

Estos cambios ocurrían, simultáneos a una sofisticación tecnológica hospitalaria cada vez mayor, observándose un proceso de despersonalización de los profesionales formados y de los que se encuentran en proceso de formación. La preparación, fundamentalmente hospitalaria de los egresados, el gran número de escuelas de enfermería -principalmente privadas- que no han estado sujetas a una regulación ni al escrutinio de la calidad de los estudios que ofertan y la tendencia descapitalizadora del sector salud ha puesto en crisis a los egresados al no encontrar mercado de trabajo; por otra parte a 32 años de creada la Licenciatura en Enfermería en México, no hay una diferenciación precisa entre la competencia profesional del egresado de nivel técnico y del nivel licenciatura -por tradición los planes de estudios «nuevos», para la licenciatura, solo agregaban contenidos a abarcarse en el 4o. año de la carrera, pero los tres primeros años compartía el mismo plan del nivel técnico-. Además de que no ha habido en el sector laboral institucional, la creación de plazas para este nivel, lo que rompe con las expectativas ante la licenciatura.

Las características del mercado de trabajo del egresado de enfermería, ha cambiado de una visión donde la educación, las ciencia y la atención médica, se conformaron al amparo de la acción estatal y el presidencialismo; para este momento, con los profundos cambios que experimenta el país, resultado entre otros, de la crisis económica y de la

dinámica social, desatadas en buena medida por la acción gubernamental, ha cambiado la función del Estado hacia una figura facilitadora de la iniciativa privada y garante de la actividad económica general, que hace una invitación a la sociedad a corresponsabilizarse de su cuidado. Lo anterior está plasmado en la tesis presidencial del liberalismo social.

Los resultados son una restrictiva política económica acorde con las tendencias de privatización, desmonopolización, desregulación y descentralización administrativa; expresadas en la disminución del financiamiento en los gastos para la educación de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad.

La repercusión en la profesión de enfermería se dirige hacia la existencia de egresados sin fuente de trabajo o con contratos temporales, con poca preparación hacia niveles preventivos y poco familiarizados con las estrategias de atención prehospitolaria, corta estancia hospitalaria y atención posthospitalaria.

Lo señalado en este inciso permite conocer el desarrollo de la enfermería como proyecto universitario, con más de 90 años de existencia. La situación actual, de la educación formal en la UNAM, en México y en el mundo -principalmente en los países socios que mayor impacto tienen en nuestra profesión: Estados Unidos y Canadá- serán revisados en el inciso siguiente.

1.2. LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL E INSTITUCIONAL UNIVERSITARIO

La práctica del cuidado a la salud y a la enfermedad, a nivel mundial, se da en variados contextos y formas: El cuidado de tipo instintivo-doméstico característico de la vida familiar; la de tipo ocupacional-no profesional, proporcionado en gran parte de instituciones sanitario-hospitalarias sobre todo de tipo privado, en donde las actividades de tipo instrumental de la auxiliar de enfermería abarcan el aseo, los alimentos y los cuidados al individuo enfermo delegados por el médico y la práctica ocupacional-profesional, que se refiere a la ejercida por una enfermera de nivel técnico, técnico-profesional o de nivel licenciatura.

A la práctica profesional se refiere el siguiente apartado, especificando las principales características sobre la formación, la práctica profesional y su normatividad vigente, así como la orientación de esta formación y práctica además de su normatividad, sugeridas por organismos internacionales para ser aplicadas en las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) mexicanas, con énfasis en las universitarias.

1.2.1. LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En el futuro próximo, se avizora la existencia de un conjunto de relaciones económicas globales, marcadas por una disminución notable de la producción estandarizada, que se moverá del gran volumen de manufacturas a un mayor valor agregado en cada producto, donde ya no habrá bienes y servicio ni tampoco tecnologías o industrias que se puedan denominar «nacionales».

En vastas regiones del mundo, principalmente en Norteamérica, la cuenca del Pacífico y Europa Occidental se observa cómo la división del trabajo cambia aceleradamente y el sector secundario ya no es el principal generador de empleos y riqueza, el sector de los servicios cobra mayor importancia, sobre todo en los segmentos profesionales que laboran principalmente con símbolos, lenguajes abstractos y especializados.

El contexto de globalización de los mercados y la direccionalidad del neoliberalismo económico internacional; orientan a modernizar o refuncionalizar la educación, sin embargo como lo señala Pablo Latapí: «...dichas tendencias, por una parte implican riesgos y, por otra, pueden también dejar saldos positivos bajo ciertas condiciones. De ello se sigue que, ante estas tendencias, cada país tiene que elaborar su propia agenda con el fin de distinguir críticamente los efectos indeseables para prevenirlos y los posibles beneficios para aprovecharlos.» (Latapí:63)

En el primer tratado comercial internacional, que dio como resultado la Comunidad Europea se incluyeron los aspectos de educación y cultura rebasando los límites comerciales. En el Tratado de Libre comercio (TLC) de América del Norte, no se contempla esta dimensión, pero el hecho de establecer lazos económicos más estrechos tendrá inevitablemente implicaciones culturales y educativas, para los países participantes.

Existe en los países implicados en el TLC de América del Norte una diferencia y desigualdad del poder educativo cultural y tecnológico, en términos de su sistema de

educación superior, su gasto en investigación y desarrollo y su infraestructura tecnológica.

Por ser la Enfermería una disciplina de atención a la salud, en el desarrollo de la tesis, el análisis comparativo del campo de la salud en los tres países resulta necesario. Los sistemas de salud de Canadá, Estados Unidos y México presentan características divergentes en su cobertura, organización y financiamiento; diferencias originadas en los distintos niveles de ingreso de la población y concepción con que se crearon.

En Canadá los servicios se integran en un seguro de salud de cobertura universal, caracterizado por un considerable nivel de equidad en el acceso y la calidad de los servicios, financiado con cargo al presupuesto y con una administración y un ejercicio descentralizado. El eje que articula los servicios de salud es el criterio ciudadano. (ITPE,1994:2)

Estados Unidos no cuenta con un sistema de salud propiamente dicho, predominan los servicios privados, la participación del Estado se limita a determinados grupos. El sistema permite el acceso a los servicios fundamentalmente a la población con capacidad de pago o que tiene una relación formal de trabajo, el mecanismo predominante es el seguro médico privado. (Idem,2)

En México la protección a la salud es un derecho constitucional, pero no es un hecho, el sistema Nacional de salud está integrado por tres grupos: la asistencia pública, la seguridad social y la medicina privada, hay marcadas diferencias en cobertura y acceso así como en calidad de prestación.

Fuera del TLC, en América Latina existen diferencias en la formación y práctica de la enfermería, sin embargo se comparten lineamientos comunes en la aplicación de políticas que impactan al sector salud, como son la: desregulación del sector, tendencia a la privatización, orientación de los servicios por las reglas del mercado, disminución de las políticas de atención integral a la salud y un decaimiento en la importancia a la estrategia de Atención Primaria a la Salud. (OPS,1994:13)

En América Latina, “la enfermería como recurso humano de la salud, sufre el impacto de ese nuevo orden social, articulándose y acomodándose de manera acrítica al modelo instituido, adoptando un lugar de dependencia y una tenue postura.” (Idem:13)

Desde el panorama mundial, durante la inauguración del XIII Congreso Internacional de Enfermería, la Dra. Kirsten Stallknecht, presidenta del Consejo Internacional de

Enfermeras (CIE), resalta la preocupación de este organismo por el desarrollo profesional, condiciones laborales, bajos salarios y prestaciones del profesional de enfermería, que no corresponde «...con la preparación, valores y responsabilidades que le son requeridas; aspectos abordados coordinadamente con otros organismos internacionales como la OMS, ONU, OIT y Cruz Roja Internacional» (Stallknecht,1998:1).

Dadas las condiciones señaladas anteriormente, en especial en el caso de la educación y práctica de Enfermería en el Continente Americano, a continuación se revisarán algunos aspectos, que se consideran fundamentales para la presente tesis y que fueron emitidos por organismos oficiales como son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud de la OMS, los textos básicos consultados son:

- El Ejercicio de la Enfermería: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. 1995.
- OPS/OMS, Análisis de la Educación de Enfermería, en La educación en enfermería y los libros de texto.1994.

El tema de la revisión de la enseñanza, práctica y normatividad de la enfermería desde el TLC de América del Norte, se revisó desde:

La monografía “Una evaluación de la Enfermería en Norteamérica”. en La Iniciativa Trilateral para la Enfermería en Norteamérica. (ITPE)1996.

a) LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

«La OMS es un organismo especializado de las Naciones Unidas, que se ocupa fundamentalmente de asuntos sanitarios internacionales y de salud pública. La OMS, creada en 1948 afilia profesionales de la salud de 190 países, que intercambian conocimientos y experiencias para lograr el objetivo de Salud para todos en el Año 2000. Mediante la cooperación técnica directa la OMS, promueve el establecimiento de servicios completos de salud, de prevención y lucha contra las enfermedades, el mejoramiento de condiciones ambientales, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la coordinación y el desarrollo de las investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud y la planificación y ejecución de programas de salud.» (OMS,1995:1)

En la inauguración de la Reunión del Comité de Expertos, el subdirector general de la OMS señaló: «La enfermería tiene que afrontar las exigencias impuestas por el perfil

cambiante de la salud mundial. El papel del personal de enfermería, el contingente más grande de la fuerza laboral dedicada a la atención a la salud, ha ido evolucionando» (Idem, HU:3). La escasez, mala distribución y deficiente aprovechamiento del recurso disponible, es una constante de la prestación de servicios profesionales de enfermería a nivel mundial; los resultados son que los cuidados solicitados por la población sean proporcionados por personal auxiliar, con la consiguiente deficiencia de resultados.

En investigación reportada por la OMS, se calculó la cantidad de enfermeras por cada millón de habitantes, encontrándolas distribuidas en forma desigual. «Los índices más elevados se encuentran en Europa, América septentrional y los más bajos en Asia meridional y América Latina. Además esta cifra incluye a enfermeras profesionales, técnicas, auxiliares y comadronas. En la Región de las Américas los índices más elevados se encuentran en América del Norte, Caribe no latino y finalmente Latinoamérica aparece con los datos más bajos presentado a la fecha de la investigación.» (Alba y Cols, 1990:395)

El Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, en el año de 1992 señaló: «En muchos países la enfermería se halla en crisis, de lo que resulta una falta de interés entre los jóvenes por esa profesión. Mientras la sociedad no valore en su justa medida la tarea asistencial y el trabajo de la mujer, no se remuneren ambos en consecuencia, todo cuanto se haga por atraer nuevos aspirantes será inoperante; las mujeres bien instruidas y motivadas seguirán sintiéndose atraídas por las carreras que confieren mayor prestigio social y están mejor remuneradas. Las consecuencias de ello serán desastrosas desde el punto de vista de la salud y el bienestar de la población. En los países desarrollados como en desarrollo, se necesitan servicios excelentes de enfermería y partería».

«Aún así las prospectivas concuerdan que para el año 2000, las enfermeras deberán desempeñar un papel significativo en Atención Primaria a la Salud (APS).» (Idem:399)

Para la OMS, la educación es la clave para el desarrollo de la excelencia en el ejercicio de enfermería, «Para mantenerse a la par de los acelerados cambios que se producen en el ejercicio de la profesión la educación se enfrenta con tremendos desafíos, especialmente en los países en los cuales los recursos financieros para la educación son limitados, los materiales didácticos escasos y existe una subinversión crónica en la capacitación de profesores... Algunos de los sistemas de Enseñanza Básica de enfermería de los países en desarrollo son un legado de la dominación colonial... o de estructuras políticas que ya no existen...» (OMS, 1995:23).

Recomienda el Comité que los programas de enseñanza de enfermería:

- estén basados en las últimas evaluaciones y pronósticos de las necesidades del país en materia de salud y de los servicios de enfermería requeridos para satisfacerlas;
- estén orientados hacia la resolución de problemas a fin de promover las aptitudes para el pensamiento crítico y la resolución de problemas;
- estén arraigados en el concepto de APS;
- estén fundados en las investigaciones actuales sobre el ejercicio de la enfermería;
- sean culturalmente apropiados;
- sean multidisciplinarios, donde proceda, para fomentar el aprendizaje compartido y un mayor entendimiento entre las profesiones (Idem:30-31).

Señalan en el informe, que los requisitos para el ingreso a la formación profesional se consideren al examinar los programas de enseñanza. «Esta es una profesión que exige consagración, madurez y capacidad para evaluar y sintetizar rápida y correctamente un gran volumen de información» (Idem:24). Es importante que los candidatos posean una buena educación general, se ofrecerán mejores oportunidades a los candidatos maduros..., se buscarán candidatos de zonas rurales y culturas minoritarias..., reconocer la importancia de la educación continua, para mantener la alta calidad del ejercicio profesional.

Se reconoce en el informe que cada vez mas las enfermeras tratan de recibir educación superior, varios estudios muestran que las enfermeras con más educación prestan atención más eficaz en función de los costos. Sin embargo no siempre es fácil que permanezcan en la enfermería clínica o de salud pública, donde sus mayores conocimientos teóricos y prácticos pueden contribuir mucho a elevar las pautas de atención. Dentro de las razones probables señaladas por los Expertos de la OMS corresponde a «otra razón más importante es que no suele haber cargos de alto nivel disponibles dentro del sistema, de modo que las enfermeras con educación superior no llegan al cargo que les posibilitaría introducir cambios y no reciben la remuneración ni los ascensos que les correspondería por su preparación adicional» (idem:25).

Dentro del rubro de cooperación y coordinación, el Comité de expertos reconoce que el ejercicio de la enfermería se halla en diferentes etapas de desarrollo en las diversas partes del mundo. Si bien hay problemas comunes y las soluciones son particulares a cada país; se puede dar el uso compartido de recursos y conocimientos especializados, «pero la teoría y la práctica deben ser culturalmente apropiadas» (idem:28). Resaltan el hecho de que los métodos de Enfermería hasta ahora han sido desarrollados en

Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental, además de que las enfermeras líderes recibieron educación en los mismos países, por lo que proponen la necesidad urgente de elaborar teorías y modelos de enfermería que influyan en la enseñanza y el ejercicio de la profesión desde el punto de vista de «una gama de sistemas de creencias, culturas, valores y contextos sociales» (Idem:28).

Una propuesta concreta es el hermanamiento de universidades, ciudades o países. Es el caso específico de los Centros Colaboradores de la OMS para el Desarrollo de la Enfermería y la partería, en el cual participa la Carrera de Enfermería de Iztacala como Centro Asociado de la ENEO UNAM, a partir del mes de junio de 1998.

En conclusión, hay una serie de recomendaciones que la OMS da a los Estados miembros (Idem:32-33), dentro de las cuales destacan la estimación minuciosa de la necesidad de servicio de enfermería y su distribución., diagnosticar lo que se tiene y lo que falta de acuerdo con las necesidades actuales, la necesidad de formular políticas y planes nacionales para el desarrollo de la enfermería y la partería, incluir una estrategia que permita que el personal de enfermería proporcione atención primaria, secundaria y terciaria completa e integrada. mediante la superación de los desequilibrios existentes enfermera-médico, enfermera-habitantes, enfermera-instituciones. Crear los puestos que se necesiten y garantizar las condiciones de trabajo adecuadas y equitativas.

Propone se establezca la legislación necesaria y el marco reglamentario para el ejercicio y la enseñanza de la enfermería. Organizar sistemas de información sobre enfermería, sistemas para monitorear la calidad de asistencia de enfermería, organizar un sistema de enseñanza de enfermería básica y especializada que incorpore toda la capacitación. Que el sistema de enseñanza sea sensible a las necesidades cambiantes de la atención a la salud y del desarrollo de recursos.

Referente a la enseñanza (Idem:33-34) el Comité de Expertos recomienda:

- Los estados miembros deberán garantizar que los estudiantes que ingresan a los programas de enfermería y partería posean una buena educación básica y hayan alcanzado un grado de madurez a tono con sus responsabilidades laborales.
- Al decidir acerca de la conveniencia de impartir enseñanza básica y postbásica a nivel universitario, los estados miembros deben considerar: las futuras necesidades de atención de salud y las funciones de enfermeras y parteras, el nivel de enseñanza general del país y el sistema educativo de otras profesiones en el campo de la atención de la salud.

- De considerarlo apropiado los estados miembros deberán llevar la enseñanza básica de enfermería al nivel universitario.
- Deben preparar y adaptar material de enseñanza y aprendizaje apropiado .
- Estimular la investigación sobre el ejercicio de la enfermería como parte integral sobre sus sistemas de salud.
- Promover el ascenso de las enfermeras a puestos de liderazgo en todos los niveles del sistema de atención de salud.

b) LA INICIATIVA TRILATERAL DE PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE NORTEAMÉRICA

La Iniciativa Trilateral en Norteamérica, es resultado del TLC de América del Norte (NAFTA) y se está llevando a cabo para por lo menos diez profesiones. La Iniciativa Trilateral de Profesionales de la Enfermería (ITPE), «...es una acción sin precedentes...Es un proyecto de evaluación de base amplia con el objetivo a corto plazo de obtener un entendimiento en común sobre la enfermería en los tres países y la meta a largo plazo de desarrollar normas mutuamente aceptables para la enfermería con el fin de mejorar los cuidados de la salud en Canadá, México y Estados Unidos» (ITPE,1996). La presidenta de la Comisión de Graduados de Facultades Extranjeras de Enfermería, organización copatrocinadora de la Reunión de la ITPE, resalta que el desarrollar normas educativas comunes a través de las fronteras...sirva para que en algún momento futuro, existan oportunidades para el intercambio profesional» (Hart:1994:1).

En la Reunión inicial de trabajo Fase I (1994), se señala:

En los tres países existe diversidad en la formación del profesional de enfermería. En Canadá y Estados Unidos se requieren doce años de formación básica, para ingresar a la carrera, a nivel de diploma o de licenciatura, en México se requieren nueve años para el Técnico y 12 para licenciatura.

La duración de los programas de formación profesional es similar en los tres países: tres años el de diploma, que en México corresponde a técnico, cuatro en el de licenciatura.

Los requisitos de egreso en Canadá y Estados Unidos se basan en un examen de licenciamiento, mientras que en México cada institución educativa establece el tipo, en nuestro país el servicio social es general por ley.

Respecto a la aprobación y acreditación de programas académicos, como mecanismo de garantía de calidad, Estados Unidos y Canadá cuentan con organismos que los realizan a las instituciones que lo solicitan de manera voluntaria, está dirigida principalmente a los programas, a su pertinencia y a su congruencia así como a su profesorado, permitiendo definir un estatus de acreditación (ITPE, 1996:67,95).

En México los inicios de los mecanismos de regulación y control se han dado por el Comité Interinstitucional y la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería A.C. (FEMAFEE), así como por el Colegio Nacional de Enfermeras (CNE); el trabajo tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica, brindar reconocimiento a universidades que cumplan con estándares mínimos, dictaminar sobre planes y programas de estudio y brindar asesoría sobre diseño curricular.

«La acreditación en enfermería no es un tema nuevo específicamente para los países del norte como son Canadá y Estados Unidos, que iniciaron estos procesos desde principios de siglo.

Las experiencias latinoamericanas son más recientes y muchas de ellas se limitaron al establecimiento de criterios mínimos para la apertura de escuelas de enfermería. Criterios estos que muchas veces no se hacen cumplir por las autoridades pertinentes. Algunos países como Colombia iniciaron estos procesos hace dos décadas, ...La Sociedad Científica de Educación en Enfermería de Chile inició hace cinco años el desarrollo de criterios para apertura y evaluación de sus escuelas de enfermería.

Con la Iniciativa Trilateral México-USA y Canadá...En el futuro el proyecto plantea: El establecimiento de un sistema comparativo de base de datos sobre estándares de aprobación del proceso educacional y de acreditación entre los tres países» (Manfredi, 1998:8-10).

En cuanto a la práctica profesional la mayoría de las enfermeras en los tres países se ubican en hospitales aunque se anticipa el cambio hacia el primer nivel como prioritario.

Entre las grandes diferencias destacan: el índice enfermera-habitantes en México es de 4.6 por cada 10,000; mientras que Canadá y Estados Unidos reportan 70 enfermeras por cada 10,000 habitantes. Además de que en Estados Unidos del personal de enfermería solo un 10% está sindicalizado, en Canadá hay un 50% a 90% sindicalizados variando entre provincias y en México el personal contratado en instituciones públicas forma parte del sindicato (ITPE, 1996: 12).

En el informe de la ITPE, se identificaron similitudes y diferencias de la profesión en los tres países:

LAS SIMILITUDES SON...

En los tres países, la enfermería es dirigida hacia la promoción de la salud para sus ciudadanos y está formada por un código de ética.

En Canadá y los Estados Unidos, las provincias y los estados (y no el gobierno nacional), son responsables por el licenciamiento/ registro de las enfermeras.

Las fuentes históricas de fondos para el cuidado de la salud en cada país, los honorarios por los servicios recibidos del apoyo gubernamental, han afectado al desarrollo de la profesión de la enfermería.

La mayoría de las enfermeras en los tres países todavía trabajan en los hospitales, aunque se anticipa que es muy posible que esto empezará a cambiar.

La acreditación de Facultades de enfermería en los tres países es realizada en gran medida por agencias no gubernamentales, aunque hay algún contacto con ministerios y departamentos oficiales de gobierno» (ITPE,1996:57,131,197).

LAS DIFERENCIAS SON...

En la actualidad en México, la preponderancia de la educación de las enfermeras ocurre a nivel de la escuela secundaria, a pesar de que se está preparando legislación para proporcionar más educación de enfermería a nivel universitario.

En Canadá, la práctica de la enfermería especializada existe como un tema más amplio de práctica para todas las enfermeras, mientras que en los Estados Unidos ha existido una proliferación de las especialidades de la enfermería como subgrupos de la práctica de la enfermería. La práctica de especialidades ha sido organizada por el desarrollo de organizaciones de especialidades de la enfermería y con una amplia variedad de certificaciones disponibles en la actualidad.

En México, cursos especializados (generalmente de diez meses de duración) están a disposición para ampliar la educación de las enfermeras técnicas. También, la educación

técnica y profesional de las enfermeras incluye un componente de asistencia social (Servicio Social) de seis a doce meses de duración. En Canadá las medidas para contener los costos del cuidado de la salud, han llevado a un mercado más competitivo, lo cual ha motivado la búsqueda de oportunidades de empleo en el extranjero, se ha dado también la búsqueda para mejorar las normas educativas y está en proceso de adoptar el título de licenciatura como requisito mínimo de ingreso al ejercicio de la profesión, existen trabajos para definir un sistema único de especialidades en enfermería.

En México, existen programas limitados de aprobación y acreditación y licenciamiento y/o registro. Aunque el 95% recibió educación profesional teniendo como requisito de ingreso la educación secundaria, hay una búsqueda por adoptar normas para proporcionar educación posterior al bachillerato. Hay inquietud de las autoridades por la variedad de normas entre los diferentes programas educativos. Hay interés por fortalecer tanto su programa de acreditación como su sistema regulador para el personal de enfermería.

conforme Estados Unidos aumenta la entrega del cuidado de la salud en hogares para ancianos, domicilios de los pacientes, clínicas de consulta externa, y otros lugares de la comunidad, más personal de enfermería requerirá tener preparación fuera de la hospitalaria. Continúan la reuniones para discutir si se requiere el título de licenciatura para el ingreso al ejercicio de la profesión (Idem:57,131,197).

La Fase I tuvo una duración de dos años y el resultado del proyecto de investigación y redacción se presenta en la monografía "Una evaluación de la Enfermería en Norteamérica". en La Iniciativa Trilateral para la Enfermería en Norteamérica, de donde, reitero, se obtuvieron los datos presentados.

De lo anterior se desprende la siguiente reflexión, el TLC, está influyendo en la visión del cuidado para la salud y la enfermedad individual y de grupo de la población en lo general, y de la profesión de Enfermería en particular, de manera solapada por la escasa información que los profesionales poseen de sus efectos.

La realidad nos presenta la formación de corporativos con alta tecnología destinada a la curación y al diagnóstico de las enfermedades, ubicados en ciudades clave de nuestro país, la venta de seguros de atención a la salud y la transformación tanto en la preparación de servicios profesionales dirigidos a la prestación de la medicina particular, así como las normatividades de servicios y profesionales, son los resultados de la política económica y social que permea la vida nacional.

La deteriorada atención de salud que tenían las clases desprotegidas por la seguridad social se verá acentuada dramáticamente en una población que presenta cambios en su estilo de vida por los nuevos patrones de consumo, por la orientación política hacia la desregularización del mercado privado de la salud y la educación, y lo que anteriormente se formulaba como política de expandir la seguridad social a toda la población, con un sistema de atención privada, bien delimitado y marginal; ahora se dirigen al recorte de gasto social, al deterioro de la imagen de la seguridad social y la asistencia pública y al engrandecimiento del sector privado.

La orientación de la profesión se dirige hacia el intercambio en materia de servicios, demanda de atención y prestadores profesionales, cierto es que con la normatividad se mejorará la atención prestada, sin embargo se visualiza el riesgo de que ésta estará dirigida solo a quienes puedan pagarla.

1.2.2. LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO NACIONAL

El experimentar el surgimiento de un nuevo orden económico global, afecta no solo a la economía, también a la política y al desarrollo social. En este último punto genera una preocupación sobre las forma de comprender las relaciones entre los cambios económicos globales, el ajuste estructural y la educación, y para el presente trabajo, ver cómo los cambios macroeconómicos, afectan el presente y el futuro demográfico, económico y legal del sistema de educación superior, en lo específico para la educación superior en enfermería.

La situación de crisis económica contemporánea y las políticas de estabilización y ajuste estructural de las organizaciones financieras internacionales han influido en las IES, hay una llamada de las organizaciones internacionales para reducir el gasto público, incrementar su eficiencia y mejorar los sistemas de control por parte del gobierno.

La privatización de la educación está estrechamente ligada a la privatización de la economía, conceptos usados en negocios y asuntos económicos como son eficiencia, transparencia, lógica del mercado y ganancia, está siendo ampliamente utilizados en el marco de la educación superior, lo cual es notable a partir de la injerencia de las organizaciones financieras internacionales en los terrenos educativos de los países deudores, que implica el cambio del estado benefactor, hacia el mercado libre, la libre competencia, es decir... el neoliberalismo.

La característica principal de la nueva economía es la transición de la manufactura estandarizada a una producción flexible, adaptada a los requerimientos de la demanda, y en el cambio de grandes complejos productivos organizados jerárquicamente a redes de producción conectadas horizontalmente.

Esta economía se apoya cada vez más en el conocimiento científico y las nuevas tecnologías de la información. Lo cual demanda de profesionales, científicos, intelectuales y artistas y en general trabajadores calificados posean o sean capaces de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas para actuar y competir en las nuevas relaciones de producción. Además de que se puedan adaptar con facilidad a los cambios acelerados en la división del trabajo y a la evolución constante de la información.

«En la división del trabajo contemporánea la clasificación de los puestos en sectores primario, secundario y terciario resulta obsoleta. En el sector terciario lo mismo se encuentran quienes prestan servicios domésticos o personales, así como los más prestigiados abogados, consultores industriales, artistas e intelectuales. Para los primeros tipos de empleo se demandan pocas calificaciones; en tanto que los segundos incorporan una cantidad considerable de capital cultural. En los primeros, los rasgos de obediencia, disciplina, dependencia de terceros, y lealtad personal son los más apreciados; pero en los segundos, los atributos más estimados en el mercado de trabajo son los contrarios: iniciativa, independencia de criterio, curiosidad y motivación interna para el trabajo» (Ornelas: 1995:5).

Sobre la enseñanza de la enfermería a nivel nacional se destaca lo siguiente:

Se encuentra problematizada por la diversidad de los niveles de formación en enfermería y apertura indiscriminada de escuelas. Según la FENAFEE entre 1984 a 1994 hubo un incremento del 60%. Al mes de enero del 2000, la Dirección General de Profesiones/ SEP, reporta 313 escuelas que imparten el nivel técnico y 37 que imparten el nivel licenciatura a nivel nacional. Existen dos grupos de escuelas, las privadas creadas, en su mayoría, por las instituciones de salud y las universitarias, sin embargo en forma subterránea se han estado formando una serie de escuelas particulares incorporadas a la SEP o sin reconocimiento oficial.

Hasta la fecha continúa una gran limitante para el crecimiento vertical de la profesional de enfermería, pese al gran número de enfermeras que cursan estudios posttécnicos (crecimiento horizontal), hay poca posibilidad y condiciones adecuadas para la investigación y producción editorial, no se planea la formación y diversidad de recursos humanos en enfermería que demanda el país, se desconoce la dinámica del mercado ocupacional de los egresados, así como el grado de participación en el desarrollo social y económico.

Los procesos de educación formal se han diversificado por la escasa reglamentación, sin embargo todos califican al egresado para ejercer la práctica en un colectivo, encontramos niveles de enfermeras profesionales; enfermeras técnico medio superior (con bachillerato) y enfermeras técnico medio (con secundaria).

En gran parte de las escuelas existe incremento en la matrícula sobre todo a partir de los años 70s, sin haber planificado los recursos humanos ni materiales para dar atención a los ingresos. Los planes de estudio revisados no contemplan nuevas actividades de la enfermera, que den respuesta a las necesidades de salud. Hay una inclusión de teorías y métodos científicos en el proceso de formación profesional de la enfermera aunque el peso sea eminentemente de la visión positivista de la ciencia.

En informe de la Dirección General de Profesiones al mes de enero del 2000, el total de títulos registrados de Nivel técnico desde 1945 al 2000 son 169960, siendo el Distrito Federal la entidad federativa que ha aportado 60495. El nivel licenciatura ha registrado un total de 12705 títulos, ocupando el primer lugar la entidad federativa del Distrito Federal, con 3553, siguiendo Tamaulipas con 1498 y Nuevo León con 1319.

Una de las ideas centrales generadas al final del presente inciso es la siguiente: es necesario reconocer que si bien los cambios apuntan al fortalecimiento del ejercicio privado o corporativo, deben plantearse algunas particularidades de acuerdo con el papel social de la profesión. Continuará el Estado con un papel preponderante como empleador, sin embargo, no puede seguir siendo únicamente hacia el cual se canalice la formación de la enfermera, se ha de formar hacia una combinación de modos de ejercicio profesional (ejercicio público, privado y de consultorio empresarial); es decir, se ha de mejorar la calidad y la eficacia del ejercicio profesional de acuerdo con los requerimientos sociales y económicos regionales, pero además incorporar contenidos y habilidades que le permitan movilidad laboral en un contexto de mercado global.

Un gran pendiente consiste en reconocer que la enfermería ante la sociedad no ha terminado de definir su rol. La educación de esta profesional se planea en la división social y sexual del trabajo, a la enfermera no le corresponde el trabajo intelectual, es una trabajadora manual. Las diferentes funciones no han tenido lugar de manera sistemática o planificada y el alcance y naturaleza del ejercicio profesional es poco diferenciado.

Finalmente, señalo que existe una marcada escasez de producción editorial y de productos de investigación, la limitación para realizar investigaciones entre otros motivos, se debe a la escasa formación en el área y a la visión sexista de la ciencia y

por lo tanto de la investigación. La participación de organismos nacionales e internacionales en coadyuvancia o tutelaje de investigaciones a nivel de asesoría, coordinación, financiamiento o promoción de investigación en enfermería es escasa.

1.2.3. LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN EL ACTUAL CONTEXTO INSTITUCIONAL DE LA UNAM

Nunca antes como ahora, el campo de la formación profesional se encuentra en crisis, como consecuencia de la situación política, económica y social de nuestros días. La Universidad sometida a análisis y debates, requiere de una profunda transformación que le permita adentrarse con flexibilidad y dinamismo a los nuevos requerimientos científicos, tecnológicos y sociales. Son transformaciones necesarias, que las busquemos o no, las aceptemos o las rechacemos o aún hagamos de ellas una espera pasiva; habrán de llegar.

En este escenario dinámico de cambios institucionales y sociales, es prioritario para las escuelas y facultades de Enfermería analizar y fundamentar su propio proyecto de formación profesional.

Las tres funciones sustantivas de la UNAM, son la docencia, la investigación y la extensión de la cultura. La docencia universitaria está representada en la mayoría de las áreas del conocimiento que se trabajan en el país, un porcentaje sustantivo de la producción científica se genera en nuestra institución, la UNAM cuenta con la mayor infraestructura física para el desarrollo científico y tecnológico y el mayor número de recursos humanos en una amplia gama de disciplinas.

En el Plan de Desarrollo de la UNAM 1997-2000, el rector, Dr. Francisco Barnés de Castro, señala que «las nuevas generaciones universitarias deben adaptarse a un proceso de transformación continuo y acelerado, en todos los ámbitos del quehacer humano, del que ningún individuo ni ninguna sociedad pueden sustraerse. Deben ser capaces de aprender, no solo durante los años que asisten a la escuela, sino a lo largo de toda su vida activa...»

Respecto a la práctica educativa señala: «En este proceso de transformación las universidades desempeñan un papel determinante, ya que deben formar los recursos humanos que la sociedad requiere, contribuir al desarrollo de nuevas habilidades en la práctica profesional, generar los conocimientos y la información necesarias para tomar decisiones y contribuir a preservar y enriquecer los valores sociales y culturales.»

En el documento se explicita la Misión de la UNAM, sintetizándola en los siguientes propósitos:

- «- Formar recursos humanos de calidad, preparados para enfrentar los complejos problemas de la sociedad mexicana, así como los retos de una competencia internacional basada en la ciencia y la tecnología, capaces de actuar de manera solidaria en una sociedad que aún sufre carencias e injusticias y con una formación humanista que le permita encontrar sentido y razón a su vida y a su proyecto profesional.
- Investigar para ampliar las fronteras del conocimiento, buscando el máximo beneficio para la sociedad mexicana, en término de formación de recursos humanos, creación de una cultura propia y solución de los problemas nacionales.
- Preservar y difundir la cultura nacional, así como los grandes valores de la cultura universal, en beneficio de la sociedad mexicana.»

Presenta el Dr. Barnés once programas prioritarios, estimados como necesarios para que la UNAM mantenga su liderazgo educativo, científico y cultural, así como su vinculación con los distintos sectores sociales y refuerce su compromiso con el desarrollo nacional.

De esta breve presentación de los discursos oficiales, podemos concluir que ante esta sociedad globalizada, contrastante, fracturada; la UNAM debe cumplir con las demandas que le formula y adecuarse continuamente a sus necesidades. Estudiando a la sociedad, la propia UNAM, debe crear la líneas programáticas de su trabajo, adelantándose a las necesidades para proponer e instrumentar los medios adecuados para satisfacerlas, en lo que es propio a las Instituciones de Educación Superior, el cultivo del conocimiento científico y de las humanidades.

En la UNAM existen a la fecha 83 dependencias, entre facultades, escuelas e institutos, en ellas se observan diferentes grados de complejidad al abordar el conocimiento, diferencias en el tamaño de la matrícula, variadas tareas sustantivas y que atienden a variadas comunidades en espacios físicos diversos.

En el mensaje de bienvenida del Rector a la generación 1998, señaló: «...la Universidad ha ido creando nuevas carreras y adecuando sus planes y programas de estudio. De 111 planes de estudio que se imparten en 68 carreras; 55 han sido renovados en los últimos cinco años y 35 más están en revisión».

Respecto a la Carrera de Enfermería, la UNAM oferta tanto el nivel técnico como el nivel licenciatura. En 1968 la ENEO, inicia la primera generación de licenciatura en Enfermería y en 1977 recibió la última generación de nivel técnico en el sistema escolarizado. En la actualidad oferta el nivel licenciatura escolarizado y en el Sistema de Universidad Abierta, tanto el nivel técnico como el nivel licenciatura. El nombre de la ENEO así como las prioridades nacionales de atención obstétrica han mantenido en el plan de estudios este enfoque disciplinar.

En 1975 inicia en el Área Metropolitana el funcionamiento de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, la Carrera de Enfermería a nivel técnico se incluye dentro de la ENEP Zaragoza y en la ENEP Iztacala.

A partir del presente año escolar de 1997, la ahora FES Zaragoza, ofrece el nivel licenciatura y el nivel técnico, ambos en sistema escolarizado..

Con 24 años de existencia la ENEP Iztacala recibió en agosto de 1999 a la generación 2000. 572 estudiantes de nuevo ingreso a enfermería de Nivel técnico, continuamos y ahora ya como única escuela universitaria ingresando alumnas solo para este nivel.

1.3. NECESIDADES SOCIALES Y PLANES DE DESARROLLO NACIONALES E INSTITUCIONALES DE SALUD Y EDUCACIÓN

En nuestro país, los indicadores económicos vinculados al ingreso de las personas y de las familias presentaron con la crisis de 1982 una depresión, a partir de 1989 a 1994, se elevaron del estancamiento sin alcanzar los niveles anteriores al 84 y a partir de la crisis de 1995 se vive una retracción severa de los niveles de vida de la población. «...el comportamiento histórico del PIB per capita, el ingreso por habitante, el salario mínimo, el salario promedio de la industria, el salario de la maquila, entre otros, muestran una terrible realidad de deterioro y aparente imposibilidad de mejoría en las condiciones de vida de la población» (Rojas, 1999:22).

Los rubros referentes a educación, salud, seguridad social, laboral desarrollo regional, desarrollo urbano, ecología, agua potable y abasto, de acuerdo a Rojas (Idem), constituyen el salario social y son indicadores del nivel de desarrollo social de la población. El gobierno destina en este año un monto total anual superior al año anterior,

sin embargo al aplicar el gasto social por persona se encuentra prácticamente estancado en el deterioro señalado en el párrafo anterior. Este nivel de depresión al combinarse con la caída del salario individual son manifestaciones de una política de privatización de la obra pública, con debilitamiento de responsabilidades del gobierno hacia los servicios del desarrollo social.

Quienes planean y operativizan las políticas mencionadas de salud y educación son los sistemas nacionales, de los que se desprenden directamente la planeación y ejecución de programas, la manera de llevarlos en forma eficiente y la definición del personal profesional que los aplique habrán de tomarse en cuenta en la formación de enfermería.

Los programas institucionales tienden a formar cultura, visiones, actitudes. Son los profesionales de la salud y entre ellos la enfermera quienes pueden impulsar culturas saludables. Es indudable que los programas que una institución alienta, tienen mucho que ver en su origen, planeación, financiamiento y continuación; con la ubicación institucional, el nivel de dirección y autonomía de los profesionales que los aplicarán.

Hacer una revisión de los programas existentes: centralistas, que no toman en cuenta las necesidades o la reacción y aceptación de otras sociedades nacionales, en donde en todos los Estados de la República y el DF cuentan con programas de salud y educación, parece indicar, por sus resultados que el cumplimiento de dichos programas y la realización de acciones eficaces depende de la voluntad política de quienes toman las decisiones operativas.

En materia de sistemas existen polarizados: un modelo eminentemente privado, totalmente descentralizado, que como en Estados Unidos presenta una gran calidad y tecnología de punta, pero que genera una gran inequidad de la prestación de los servicios y un sistema organizado y financiado desde el gobierno central, es decir público centralizado, que como en el Reino Unido, presenta cobertura universal y calidad aceptable, pero origina también largos tiempos de espera en la atención y la no posibilidad de elección del servicio.

Pese a los avances sorprendentes de la ciencia y la tecnología aplicada a la atención a la salud, existe una creciente preocupación por la calidad del ejercicio de los profesionales de la salud: su formación y práctica son señalados como deteriorados. Haciendo una relación de esta paradoja con los modelos expuestos en el párrafo anterior la explicación se da como resultado de la existencia de los dos modelos:

- La masificación de la práctica con la medicina socializada, los sistemas gubernamentales han convertido a los profesionales de la salud en empleados

de un engranaje dirigido por administradores y burócratas, que restringen su práctica desde lo laboral y lo técnico, destruyendo el elemento curativo de relación profesional-paciente.

- La comercialización de la medicina privada, se ha dirigido a la creación de centros hospitalarios como empresas lucrativas. Para este sistema el objetivo de prevenir y curar la enfermedad es el medio mediante el cual el capital invertido rinda las ganancias esperadas. El profesional es un empleado del consorcio.

Ambos modelos han estado centrados en la enfermedad; orientados a dar tratamiento a individuos con problemas; el formato de atención es clínico, individualizado; desarrollado en una demanda de servicio de tipo estancia receptiva-pasiva; incapaz de desarrollar acciones de salud en niveles organizacionales, comunitarios o sociales. Impulsa y sostiene el modelo individualista, biologicista, curativo, medicalizado. Excluye a población de riesgo y a lo ambiental y social. Se trata al problema del individuo, no se contemplan los estilos y modos de vida y factores de riesgo genéticos, sistémicos, organizacionales y contextuales, se da la ideología de la no participación del usuario.

A semejanza de la práctica profesional las instituciones formadoras enfrentan el mismo problema de deterioro, unas por la sobrepoblación, masificación, y poco controlado crecimiento de su número y otras por su carácter comercial, en éstas últimas, se carece de infraestructura óptima, profesores de tiempo completo que impulsen la investigación y al asistir a centros hospitalarios que usan las universidades, aumentan y comparten el problema de la saturación.

Existe la tendencia de ir hacia un modelo que no esté en ninguno de los extremos, Seleccionar lo que en economía se presenta como la tercera vía. En materia de prevención de enfermedades, la utilización de los recursos públicos es de justicia social, dependiendo del tipo de enfermedad de que se trate, si es de carácter prioritario, crónica, transmisible, emergente, endémica.

En la formación de los profesionales, la complejidad de la aplicación de programas se incrementa por el número excesivo de instituciones formadoras. Una situación rebasada por nuestro más cercano e influyente vecino del norte a principios de Siglo, está presente en nuestro país. En Estados Unidos, desde 1910, en el Informe Flexner, se recomendó solo permitir la existencia de escuelas de medicina solo cuando estas garantizaran una sólida formación, con profesores y laboratorios adecuados, acceso a hospitales universitarios y una estricta selección de alumnos, de 160 escuelas existentes,

después de aplicada la recomendación solo quedaron 76, se cerraron 84 escuelas que no cumplían los requisitos.

En México carecemos de criterios precisos y de mecanismos legales para regular la calidad de la enseñanza.

Existe en las políticas sociales una pobre integralidad: La aplicación sucesiva de estrategias distintas ha contribuido a friccionar las políticas. Cuando los recursos se acabaron los servicios sectorizados se descentralizaron, se intentó la coordinación programática de distintas instituciones y en la actualidad la aplicación de paquetes integrales de salud trata de paliar, entre los más pobres, los ajustes y recortes.

El profesional de enfermería mediante la lectura crítica de los planes y programas institucionales, que sería una mirada crítica al estilo de desarrollo vigente, aportaría modificaciones o demostraría la necesidad de sustituirlo, generando un proyecto sustentable, que sea justo en lo social, democrático en lo político, productivo en lo económico y previsor en su relación con las posibilidades reales del país.

Habrà que analizar en estos tiempos de crisis e incertidumbre, los desafíos que la sociedad le presenta a la profesional de enfermería, para comprometerse con los grandes problemas de su tiempo. compartir con la persona la forma de mirarse a sí misma, también de tomar una distancia para desde la profesión mirar los problemas, preguntarse por el sentido de las luchas que ocurren en los grupos y participar de la dimensión de sus anhelos. No en el contemplamiento burocrático del cumplimiento de programas, auxiliares de otros o espectadores pasivos del devenir.

1.3.1. NECESIDADES SOCIALES

En la nación y específicamente en la Zona Metropolitana se presenta el siguiente panorama al que las IES han de dar respuesta: vivimos en una época de globalización e interdependencia, hay una crisis de los Estados Nacionales y surgimiento de Bloques internacionales (México en las últimas cuatro décadas pasó de ser un país agroexportador a país capitalista moderno, crecientemente urbanizado e integrado en forma subordinada a la economía mundial). Es una época de internet y grandes adelantos en la ciencia y la tecnología, con marcados tintes instrumentales. De coexistencia de la universidad virtual y grandes masas de analfabetismo.

Se viven cambios abruptos, complejos, simultáneos y en ocasiones contradictorios. En un ambiente deteriorado, la población vive situaciones de pobreza y desempleo, las

clases sociales se observan con un corrimiento acentuado hacia los extremos. Es una población moderna, concentrada en centros urbanos mal planificados.

Conforme a los resultados dados a conocer el Día Mundial de la Población 1999, la población total del país es de 98.1 millones de habitantes; de los cuales el 50.9% son mujeres y el 49.1% son hombres, y crecemos a un ritmo de 1.8%. La industrialización del país produjo un proceso de urbanización y en esta época, de acuerdo al último censo el 70% del total de la población se localiza en ciudades y el 30% restante se ubica en más de 110,000 localidades con menos de 2500 habitantes cada una. La pirámide de población presenta una reducción en el número de menores de quince años y un aumento en el de mayores de 65 años.

El año de 1998, el INEGI calculó que 6.5% de la población mexicana era mayor de 60 años, concentrada principalmente en el D.F. y el Estado de México y que es posible que en el año 2000, lleguemos al 7%, cifra que según la ONU nos clasifica como país de ancianos⁶. De la población actual mayor de 60 años solo el 20% cuenta con pensión para la vejez y la mayoría son hombres. (Montes de Oca, 1999). Sin embargo, pese a que el proceso ha sido paulatino aún no tenemos o no hemos recuperado un acercamiento de cultura saludable, al proceso de envejecimiento además existe escasez en las políticas sociales.

En la educación hay una lejanía del sistema educativo con la realidad local, nacional y mundial. La educación es estática, con etapas ya superadas, es una educación fracturada que carece de continuidad. En México uno de los problemas más graves es el rezago educativo. El gobierno reconoce que 32% de la población mayor de 15 años no ha concluido o nunca asistió a la primaria y 28% no completó los estudios de secundaria. Cerca de 35 millones de adultos carecen de escolaridad básica completa (Programa de Desarrollo educativo 1995-2000).

El rezago educativo se relaciona directamente a la pobreza, mientras en Baja California Sur y Nuevo León, los índices de analfabetismo para 1992 se acercan al 5%; en Chiapas, Oaxaca y Guerrero, la población analfabeta rebasa el 24%.

Uno de cada cuatro analfabetas es indígena, 41% de los adultos de las etnias no sabe leer ni escribir y la escolaridad femenina entre los grupos marginados es la más afectada.

⁶ «Para la evaluación del número relativo de personas de 65 años y más, se ha construido por los demógrafos de la ONU una escala de tres niveles: hasta el 4%, población joven; del 4% al 7%, población en el umbral de la vejez y el 7% y más, población vieja.» (Aldereguía H., 1991:11)

En el discurso gubernamental se habla de un proceso educativo permanente, pero la realidad opera con una discontinuidad que impide mejorías en la educación. Se señala que ésta debe contribuir al cambio económico y social, abrir oportunidades y transformar mentalidades, estas buenas ideas se topan con la recesión y el desempleo. Hay una educación para adaptarse al cambio tecnológico, no para conducirlo.

La falta de presupuesto castiga principalmente al desarrollo social. Las librerías y bibliotecas virtuales que permiten al estudiante la información dada en conferencias dictadas en las mejores universidades del mundo, están limitadas por el acceso.

El panorama de salud en México se ha complejizado y por lo mismo su demanda y atención. Existen simultaneadas varias transiciones: demográficas, epidemiológicas sociales, políticas; que van de lo rural a lo urbano, de la niñez a la vejez, de las enfermedades de la pobreza a las enfermedades de la abundancia, de la mortalidad desacelerada a la natalidad desacelerada, de la agudeza a la cronicidad, de la política del paternalismo gubernamental al liberalismo económico, entre las más importantes para la salud.

A partir de los 70s, la salud en México se ha caracterizado por un descenso sostenido de la mortalidad general, sobre todo de la mortalidad infantil, un incremento en la esperanza de vida que se encuentra de 70 años en hombres y 72 años en mujeres y una disminución en la tasa de fecundidad que alcanza un nivel de 3.4 hijos por mujer.

Con lo anterior se ha presentado un desplazamiento de las principales causas de muerte, de las enfermedades transmisibles y relacionadas con la reproducción, hacia las enfermedades no transmisibles y los accidentes y violencias. Lo anterior modifica el perfil epidemiológico que va de las enfermedades infecciosas a las de tipo crónico-degenerativo. La diarrea y las infecciones han sido desplazadas por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, los accidentes y lesiones y la Diabetes Mellitus, ocupan las cuatro primeras causas de muerte.

Sin embargo, dentro de la República existen grupos diferenciados por regiones, sexos y grupos socioeconómicos, lo que genera un perfil epidemiológico mixto, en nuestro país conviven las enfermedades de la pobreza con las del progreso. Porque en el mismo tiempo, según la región (existe por un lado alta concentración y por el otro alta dispersión), existen zonas poco desarrolladas, con problemas graves de vivienda, hacinamiento, carencias alimentarias, falta de servicios básicos y acceso limitado a los servicios de salud.

Los estados de Hidalgo, Guerrero, Puebla, Veracruz, Chiapas y Oaxaca, registran tasas de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y carenciales por encima de la media nacional; mientras que Baja California, Nuevo León y Distrito Federal presentan elevadas tasas de mortalidad por enfermedades del corazón, neoplasias y diabetes.

La política social ha privilegiado la atención en las zonas urbanas, descuidando las rurales, los indicadores básicos de mortalidad infantil y preescolar, esperanza de vida, mortalidad por infecciones y enfermedades prevenibles por vacunación, y prevalencia de desnutrición infantil, han mejorado en el promedio nacional, a expensas de la disminución en el medio urbano, sin haber mejora sustancial en el medio rural. La persistencia de rezago en las zonas indígenas respecto al acceso a los servicios sanitarios impacta directamente las tasas de mortalidad general e infantil, que llega a ser hasta tres veces más elevadas que la media nacional.

Lo anterior habla de un proceso complejizado que sumado al proceso de transición expresa la imbricación de una polarización epidemiológica y una regresión sanitaria. La polarización se da en el aumento de los diferenciales de morbimortalidad por regiones y grupos poblacionales específicos donde se concentran en forma creciente los problemas de enfermedad y muerte y la regresión de problemas erradicados o controlados que regresan convirtiéndose nuevamente en problemas de salud (cólera, paludismo y tuberculosis).

También existen zonas urbanas contaminadas, con acceso a tecnología médica avanzada, acelerada urbanización, hábitos y estilos de vida nocivos para la salud. Son ciudades que no tienen un drenaje pluvial o con descarga de aguas negras a las playas y ríos, tiraderos de desechos tóxicos sin control, industrias contaminantes por emisiones y descargas, endemias regionales, pobre calidad en prestación de servicios periurbanos, entre varios. Lo anterior motiva a que en las zonas metropolitanas se presente también el fenómeno de polarización de los indicadores de salud.

En esta sociedad en constante cambio surgen problemas emergentes que se combinan a los problemas no resueltos y plantean nuevos escenarios. En este momento los emergentes son: la atención a las zonas marginadas urbanas y rurales, los brotes de cólera, SIDA, problemas de salud mental, las adicciones, y el deterioro ambiental, además de los problemas generados en las zonas fronterizas y por el proceso de envejecimiento de la población.

Cada modificación epidemiológica, demográfica y social, demanda un cambio en la forma que están configurados y son ofertados los servicios de salud, un cambio que involucra al recurso humano, capacidad instalada, tecnología y recursos financieros. Por ejemplo, los cambios demográficos han producido una demanda de atención especializada, dirigida a enfermedades crónico degenerativas, uso de tecnología sofisticada, altos costos y estancias hospitalarias prolongadas.

El gasto en salud se distribuye en forma desigual, el gasto público per capita es cuatro veces mayor para los asegurados que para los no asegurados, también impacta a la distribución la zona geográfica, los costos también son diferentes: dos consultas en la Secretaría de Salud, cubrirían una consulta en el IMSS o en el ISSSTE.

El proceso inflacionario ha significado un impacto negativo mayor en los servicios de salud. En la década de los 80s el índice general de precios al consumidor aumentó 172 veces, pero los precios de los servicios de salud incrementaron un 215 veces, con lo que se genera que la asistencia al tipo de medicina predominante: de tipo curativo, individualizado y hospitalario, se aleje cada vez más de las posibilidades de disponibilidad y acceso de los mexicanos.

La distribución geográfica de la población impacta la oferta de los servicios de salud, generando la persistencia de necesidades básicas de salud y demandas sociales insatisfechas. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud (1999), solo 13% de personas mayores de 18 años opina que el actual sistema de salud funciona bien, 24% considera que funciona tan mal que debiera rehacerse por completo y el 59% opina que tiene aspectos positivos pero que necesita cambios fundamentales.

Por razones históricas, existe un sistema segmentado, donde cada institución realiza todas las funciones (regulación, financiamiento y prestación de los servicios) para un grupo particular de población. Además de las desigualdades y duplicación que ocasiona un sistema de este tipo genera traslapes de demanda así como cotizaciones múltiples por parte de las familias y empresas.

Hasta 1982 la política del Sector salud estaba enfocada a ampliar en forma creciente el acceso a la atención. A partir de la crisis económica las políticas de ajuste estructural, impactan el financiamiento y la organización de las instituciones, «... frenan la tendencia expansiva de los servicios de salud pública, limitan su lógica redistributiva, debilitan su capacidad de respuesta y posibilitan la modificación de sus tendencias universalistas, solidarias e integrales, claramente incompatibles con las propuestas de modernización neoliberal de la política social» (López y Blanco, 1997:193).

Dentro de las condiciones actuales hay también logros, mediante el Programa de Vacunación Universal se ha cubierto al 90% de los menores de cinco años con esquemas completos; se erradicó la poliomielitis y disminuyó el número de casos de sarampión, difteria, tosferina y tétanos; en menores de cinco años se disminuyó en un 50% la morbimortalidad por diarrea; disminuyó la incidencia del paludismo; la promoción de la lactancia materna y la desparasitación masiva de escolares se han mantenido durante los últimos diez años. El Sistema Nacional de Información en Salud, que permite el diagnóstico oportuno de los problemas de salud y la adopción de medidas preventivas, aumenta la confiabilidad y oportunidad de su información.

El número de unidades médicas disponibles se incrementó a nivel nacional y en los últimos diez años ha aumentado la población cubierta por los servicios de salud. A pesar de que los avances en el crecimiento de la infraestructura se manifiestan, persisten realidades regionales que denotan inconsistencia, incoordinación, descuido u olvido, desfase de programas; mientras que en otras hay concentración de recursos y duplicación de coberturas; además se encuentra bajo aprovechamiento de la infraestructura y uso inadecuado de los servicios. Agregándose un incumplimiento de la normatividad oficial, deficiencias en la planeación y dirección, inaccesibilidad geográfica, económica y cultural; barreras por los horarios de prestación de servicios y largos tiempos de espera, así como insuficiencia de recursos humanos y físicos, medicamentos y otros insumos.

«Respecto a los recursos humanos para la salud, el recurso humano es el elemento más importante del que dispone toda organización de salud y determina la calidad y eficiencia de los servicios» (De la Fuente: 1994. p-54). De la situación actual de este recurso se puede señalar que está concentrado en las ciudades y es precario o ausente en las zonas rurales y marginadas; su inserción en la medicina institucional no genera satisfacciones profesionales o económicas y sí lo desmotiva, con repercusión en la calidad del servicio que presta. En 1990 existen dos médicos por cada mil habitantes, Las entidades federativas con mayor tasa de profesionistas médicos son: DF., Nuevo León y Jalisco; los estados con menor tasa fueron Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En México existen 60 escuelas de medicina, 59 de odontología y 314 de enfermería.

«En México se han juntado una serie de cambios que apuntan hacia un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud. Entre estos destacan: el rápido envejecimiento de la población y el cambio en el perfil de las enfermedades, con una carga cada vez mayor de padecimientos crónicos, los cuales coexisten con un importante rezago epidemiológico» (Idem,1994:46).

1.3.2. PLANES DE DESARROLLO NACIONALES E INSTITUCIONALES

a) PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000

El Plan Nacional de Desarrollo (PND), propone un conjunto de estrategias y acciones para lograr una educación básica de nueve años y de calidad para todos los mexicanos. Entre estas resaltan las orientadas a reducir, de manera eficaz, las disparidades regionales tanto en calidad como en cobertura; fortalecer la capacidad de autogestión educativa de las comunidades y entidades federativas; y articular el quehacer educativo con otros programas sociales, particularmente con aquellos que buscan apuntalar la productividad de las familias y comunidades, así como su bienestar y desarrollo integral.

En cuanto a la Educación Media Superior y Superior (EMSyS), el PND propone consolidar un auténtico sistema, con una mejor distribución geográfica, más diversificado en cuanto a la distribución de los flujos estudiantiles, más eficaz en sus resultados, con mayor calidad en el servicio que presta a través de sus diversas instituciones, relevante en lo social, con mayor capacidad de anticipación y de adaptación ante los requerimientos de la sociedad y, sobre todo, que aspire permanentemente a la excelencia. De acuerdo con el PND, la oferta de EMSyS deberá ampliarse sobre la base de las aptitudes y vocaciones de los estudiantes, con el objeto de preparar hombres y mujeres críticos y participativos, que estén altamente calificados para colaborar en una sociedad cada vez más compleja y demandante.

EL PND se propone apoyar el desarrollo de planes académicos pertinentes y flexibles, contenidos relevantes para la vida profesional y técnica, métodos de enseñanza eficaces, mejores servicios de apoyo al aprendizaje, y una infraestructura tecnológica que permita la operación de redes interinstitucionales de colaboración y de excelencia académica, así como sistemas de educación semiescolarizada y a distancia.

El PND plantea además desarrollar una mayor y mejor capacidad de investigación y desarrollo tecnológico, mediante la ampliación de la base científica nacional, tanto en el número de investigadores calificados como de proyectos de calidad. Propone, asimismo, mejorar la infraestructura de investigación, perfeccionar la evaluación colegiada de esta función y apoyar la reestructuración académica de las instituciones, con el fin de integrar más eficazmente dichas tareas con las de docencia y extensión.

b) PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1994-2000

Propuesta formulada en el año de 1995, por el Grupo Asesor en Salud que se constituye por representantes de la Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social y por la Fundación Mexicana para la Salud. Tiene como origen el cumplimiento del Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el compromiso internacional «Salud para Todos para el Año 2000».

Parte de contextualizar la reforma del sector salud en el mundo, en donde la salud se ubica como centro de discusión sobre políticas públicas, sus características y sus avances. Señala al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), como otro acontecimiento de carácter internacional que influirá en la configuración futura del Sistema de Salud en México, enumera las posibilidades y efectos benéficos que en materia de salud vislumbra el programa por la entrada del TLC, señala al final algunos riesgos finalizando que la apertura comercial hace más urgente la reforma del sector salud.

Enmarca los elementos centrales del nuevo paradigma para la organización de los sistemas de salud:

1. Separar el financiamiento de la prestación de servicios como medida básica para estimular la competencia.
2. Instituir mecanismos permanentes para evaluar el costo y la efectividad de las intervenciones en salud, con el fin de diseñar paquetes de servicios que le den significado concreto a la universalidad.
3. Hacer un uso más racional de la tecnología.
4. Desarrollar programas para mejorar en forma continua la calidad de la atención.
5. Fomentar la participación de los ciudadanos en su propia atención y en la implantación de las nuevas políticas de salud.

Señala los cinco principios que sustentan el compromiso básico e ineludible del Estado para garantizar el derecho a la protección a la salud.

1. Universalidad: el acceso de toda la población a los servicios de salud, basado en el Artículo 4o Constitucional y lograr la cobertura universal.
2. Equidad: la igualdad de oportunidades para satisfacer necesidades, que implica la asignación y distribución de recursos privilegiando a los menos favorecidos.

3. **Solidaridad:** la responsabilidad compartida. Ayuda recíproca y beneficios comunes garantizados por el Estado. Todos los individuos deben contribuir a la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades y cualquiera debe recibir atención cuando lo necesite.
4. **Calidad con eficiencia:** la obtención de los mejores resultados. Los servicios de salud deben ofrecer los mayores beneficios de la tecnología, abatiendo la discapacidad y la muerte.
5. **El principio de pluralismo, diversidad y libertad.** El individuo podrá elegir libremente la asistencia al sector público o privado.

Dentro de los objetivos de la Reforma del Sector Salud se encuentran:

1. Mejorar el nivel de salud de la población.
2. Distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios.
3. Satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios.
4. Controlar los costos de atención.
5. Coadyuvar a la política de población.

La orientación de la política de salud estará enfocada a dar respuesta a lo urgente: la salud en el combate a la pobreza, y a lo emergente: anticiparse a las demandas futuras.

Los objetivos específicos y estrategias para la Reforma del Sector Salud en México, 1994-2000, son:

1. Alcanzar la cobertura universal, mediante la extensión de los servicios de salud pública y atención médica que abatan el rezago epidemiológico y encaren los problemas emergentes de toda la población, bajo un esquema orientado por los principios de equidad, calidad y eficiencia. Las estrategias serán el Paquete Básico de Servicios de Salud; la afiliación universal (credencial de salud); integración interinstitucional para la provisión universal de los servicios del paquete básico.
2. Mejorar la calidad de atención que consiste en elevar la calidad del desempeño de los proveedores de servicios de salud mediante una política que incluya la evaluación de la satisfacción del usuario, la capacitación continua, la certificación periódica de profesionales, la acreditación de unidades médicas y de las instituciones de enseñanza, la aplicación de la tecnología con calidad, adecuación y eficiencia, y el mejoramiento de la oportunidad y suficiencia del abasto de medicamentos y equipo.

Se propone lograr lo anterior mediante las siguientes estrategias: elevación de la calidad técnica, mejoramiento de las relaciones interpersonales,

acreditación de las unidades de atención, certificación de los prestadores de servicios, provisión oportuna de insumos de calidad.

3. Elevar la eficiencia que consiste en cerrar la brecha entre capacidad instalada y aprovechamiento de los recursos, incrementando la productividad y utilización en torno a las metas del paquete de servicios básicos. Las estrategias serán: mayor eficiencia de asignación mediante la definición explícita de prioridades, mayor eficiencia técnica mediante el control de desperdicio de recursos, diversificación de los lugares de atención, con acento en alternativas integradas, ambulatorias y comunitarias, fortalecimiento de la capacidad gerencial, uso de sistemas de información para la toma de decisiones.
4. Reordenar la estructura institucional, que consiste en reorientar la estructura institucional del sector salud para la provisión del paquete básico y su ampliación gradual hasta el paquete integral, normar cuidadosamente este proceso, consolidar esfuerzos en cada etapa y buscar siempre el mayor bienestar posible para la comunidad y los trabajadores. Las estrategias serán la coordinación interinstitucional, la descentralización y federalización, la regionalización, separación de pensiones y de atención a la salud, libertad de elección por parte del usuario del prestador primario de servicios y la regulación y normatividad.
5. Diversificar y orientar el financiamiento, mediante el establecimiento de los mecanismos para la asignación de fondos fiscales de fondos de seguros públicos y privados y de aportes de otras fuentes en la cantidad y con la orientación requeridas para alcanzar los propósitos del sistema. Las estrategias serán: reorientación y ampliación del gasto, fomento del aseguramiento contra riesgos a la salud, estímulo a los seguros privados eficientes, coparticipación social en el financiamiento, impuestos al consumo de alcohol, tabaco y productos nocivos para la salud.
6. Adecuar los esquemas de remuneración, mejorar la productividad, ingresos y satisfacción laboral y profesional del personal con base en ingresos justos y en incentivos específicos. Las estrategias: recuperación salarial, incentivos proporcionales al desempeño, nuevas fórmulas de remuneración.
7. Coordinar la formación y el desarrollo de los recursos humanos. Coordinar la relación entre formadores de recursos humanos y empleadores, a fin de garantizar su adecuación a las necesidades del país, su pleno empleo y su actuación permanente. Las estrategias:
 - Apoyar a las asociaciones que agrupan a las escuelas y facultades de medicina, salud pública y carreras afines para que inicien y consoliden sus actividades de regulación de miembros.

- Consolidar la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud.
 - Promover la formación de técnicos en atención primaria a la salud vinculados a la comunidad.
 - Fomentar la formación de profesionales en carreras afines a la salud.
 - Apoyar los programas que paguen por la excelencia de la enseñanza y la acreditación de instituciones.
8. Fomentar la investigación científica y la innovación tecnológica. Hacer de la investigación científica y la innovación tecnológica las herramientas centrales en la toma de decisiones para la implantación y extensión efectiva del paquete de servicios básicos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Estrategias: priorizar líneas de investigación científica básica, aplicada, epidemiológica y en sistemas de salud, financiar la investigación para el desarrollo de tecnologías que propicie la aplicación del paquete básico y del paquete integral, fortalecer la formación de investigadores en salud pública, establecer unidades de Investigación y Desarrollo como parte de la Comisión Nacional de Salud.
9. Fortalecer la participación social. Vincular al sector social en su conjunto en la provisión del paquete básico de servicios de salud.
10. Desarrollar la concertación multisectorial. Obtener apoyo multisectorial y legislativo para la provisión del paquete básico como fórmula para coordinar acciones e integrar servicios a los que pueda sumarse la participación y el apoyo de la comunidad.

c) PROGRAMA DE SALUD 1997

El Programa de la Secretaría de Salud 1997, se enmarca en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

a) Objetivos Específicos:

- Consolidar el proceso de descentralización.
- Avanzar en la extensión de la cobertura de servicios básicos.
- Fortalecer los programas preventivos y de vigilancia epidemiológica.
- Extender y reforzar las acciones de saneamiento ambiental.
- Profundizar en la desregulación e impulsar el mercado de insumos para la salud.
- Mejorar la calidad de los servicios médicos.

Para lograr el objetivo de descentralizar los servicios desde el mes de agosto de 1996, se llevó a cabo la firma de convenios que dieron origen a 32 Organismos Públicos Descentralizados Estatales, cuyos órganos de gobierno, asumen funciones de programación, presupuestación y ejecución del gasto en el marco de las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Salud.

Originadas con el objetivo de hacer más ágil la procuración de servicios a la población abierta, hacerla más eficiente y evitar la duplicación de funciones entre los diferentes niveles de atención el proceso concluyó en 1998.

A finales de 1999, se puede evaluar que si bien existe por decreto una obligación por la que los Secretarios Estatales tienen la obligación de atender, destinar recursos y dar seguimiento a los programas prioritarios de salud local e informar y ser vigilado por el Consejo Nacional de salud en el cumplimiento de los acuerdos. La descentralización trajo a los estados retos ineludibles.

Sin embargo, en el documento *Avances en la Definición de Metas Estatales para el bienio 1999-2000*, se reconocen grandes deficiencias: en la organización de los estados, los responsables de los programas carecen de apoyo real y de nivel de toma de decisiones, el presupuesto no siempre es asignado de acuerdo a las prioridades sino a las urgencias, los informes así como los programas de trabajo no están a tiempo, entre varias, lo que origina que se desconozca la realidad del problema su magnitud y el comportamiento de los padecimientos.

Para el logro del objetivo -ampliar la extensión de cobertura de los servicios básicos, se ha utilizado la estrategia de participación comunitaria y municipal, dentro de la que se inscriben los programas de Municipios Saludables, que se incrementaron de 1995-110 a 1997-850 inscritos; además de los Comités de Salud, que en 1997 se habían acumulado a la cifra de 20,100. Otra estrategia corresponde a la extensión de cobertura de los servicios mediante la inserción del Paquete Básico de Salud en poblaciones específicas, abarcando el incremento estados, municipios y población; mediante la aplicación Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa de Educación, Salud y Educación (PASE); además del Programa de apoyo a zonas indígenas.

El objetivo de -fortalecer los programas preventivos y de vigilancia epidemiológica- para su cumplimiento se reforza el Programa de prevención y control del cólera con actividades de: localidades estudiadas, casas visitadas, personas censadas, hisopos rectales obtenidos, muestras ambientales y depósitos de agua clorados. El Programa

Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y el Programa de prevención y control del SIDA.

El objetivo -que consiste en extender y reforzar las acciones de saneamiento ambiental- se logra mediante el Programa de Vigilancia Ambiental con acciones dirigidas a viviendas, personas, contingencias y estudios de efectos crónicos a la población; y el Programa de Control Sanitario del Agua, que se dirige principalmente a determinaciones de agua con cloro residual.

El penúltimo objetivo -de profundizar en la desregulación e impulsar el mercado de insumos para la salud- con su correspondiente Programa, se dirige a simplificar y reducir trámites de registro, ampliar la transparencia de procedimientos, eliminar barreras de entrada al mercado nacional, promover la apertura comercial, fomentar el uso de genéricos, dar certidumbre jurídica a los agentes del mercado y aumentar la capacidad de compra al mayoreo y menudeo; se han realizado acciones oficiales como son la presentación el 5 de noviembre de 1996 en el Diario Oficial del nuevo cuadro básico y catálogo de medicamentos del Sector Público y en los primeros meses de 1997 del Reglamento de Control de Insumos para la Salud.

El último Objetivo se refiere a mejorar la calidad de los servicios; los mecanismos para lograrlo se dan principalmente a través del Programa de Estímulos para la Superación Profesional, se reportan en 1997 5,500 enfermeras trabajadoras beneficiadas. El Programa de Enseñanza e Investigación se dirige a los Institutos Nacionales de Salud (Cardiología, Nutrición, Hospital Infantil, Cancerología, Neurología, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Psiquiatría y Salud Pública), en estudio las consultas otorgadas, egresos hospitalarios, protocolos de investigación, formación de especialistas, maestrías y doctorados y miembros del SNI.

Mediante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como mecanismo para mejorar la calidad de los servicios se busca: consolidar su operación, mejorar su eficiencia, emitir recomendaciones de carácter general a instituciones públicas y privadas, adecuar y actualizar documentos normativos de la actividad médica y suscribir bases para la colaboración con Procuradurías, Academias, Consejos y Asociaciones Médicas.

Una lectura crítica de la política social que guía estos programas, en el sentido de ser un referente para la tesis, permite ver que: enfatizan la cobertura total y obligatoria para todos, pero no contra todo; dista de corresponder a los complejos perfiles epidemiológicos de los diversos grupos y regiones; la descentralización con la no disposición de los recursos; la restricción de estado como proveedor por la reducción

de la asignación de recursos con propagandización del principio de responsabilidad del individuo a quien se deja la libertad de acceder a los servicios que elija, de cuidar su salud y de responsabilizarse del pago de sus enfermedades. Por su inscripción a la lógica neoliberal, presenta una grave regresión ante la integralidad de la propuesta de Atención Primaria a la salud, a la cual las políticas oficiales solo quieren atender por técnicos.

Existen características de la atención a la salud por las que no pueden ser aplicadas a estos servicios las reglas del mercado, donde por la competencia se mejoran los servicios y bajan los precios, dentro de ellas se encuentran: En condiciones de adversidad no se pueden hacer selecciones, la salud condiciona el consumo de otros bienes y servicios, el consumidor no es soberano, se encuentra necesitado de profesionales que lo interpreten en sus necesidades, la información se encuentra en desequilibrio, siendo el beneficiario el proveedor; los beneficios que se alcanzan con un buen servicio van más allá de lo individual.

d) ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

En 1978, 157 países, entre ellos México, se fijaron la política de salud «Salud para todos en el año 2000». Entre las características de salud que establece este propósito se incluyen: que la cobertura de los servicios sea universal; que éstos sean adecuados a las necesidades de la población; que la atención a la salud sea integral, es decir, que comprenda las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; que las medidas que se apliquen sean económicamente factibles y socialmente aceptables y que la atención a la salud sea una responsabilidad compartida por el Estado, la sociedad en general y los individuos que la integran (Alma Ata, 1978).

Para el cumplimiento de la política de salud quedó establecida la necesidad de contar con una estrategia específica. en este sentido se adoptó la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), estrategia diferente a las utilizadas hasta entonces. Definida en el documento como: «La Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación» (Declaración de Alma Ata, 1978).

La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Las acciones para alcanzar las metas son integrales, desde lo preventivo y no solo lo curativo. Se denominan acciones de prevención primaria (promoción y protección a la salud), secundaria (curación) y terciaria (rehabilitación).

La readecuación y reorganización de los servicios de salud en sus recursos físicos, humanos y materiales, con una connotación funcional que toma en cuenta la perspectiva de la comunidad. La noción de niveles se identifica con las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud. En conjunto conforman la oferta integral de servicios, diseñados para garantizar la accesibilidad y la continuidad de la atención en salud.

Hay que señalar que si bien la APS se aborda en los tres niveles de atención, el personal médico accede poco al primer nivel de atención, y por historia este grupo profesional ha presentado poca presencia en el primero y tercer nivel de prevención. y cada vez mas el tratamiento se aleja del enfermo, «el cure y el care se separan», en el médico se ha privilegiado el «cure». Como ejemplo dos citas del Dr. Kumate: «Los médicos surgieron y justifican la existencia de su profesión en tanto que resuelvan problemas clínicos, ya sea como diagnóstico o idealmente al conseguir la curación del enfermo a su cuidado» y «...los médicos son llamados o se acude a ellos para que resuelvan un problema clínico. El quehacer cotidiano es el enfrentamiento con la enfermedad y la lucha por prolongar o preservar la vida» (Kumate, 1990:80 y 77).

En el desplazamiento de una práctica de atención a la enfermedad hacia una práctica de atención al individuo integral, enfocándonos hacia su salud como un continuo, la enfermera como sujeto, producto y productor de una práctica social, mediante la APS, puede viabilizar parte de las expectativas que la sociedad ha puesto en esta profesión, y coyunturalmente aprovechar ese espacio vacío para ser de acuerdo con la Declaración de Alma-Ata de 1978, la zona de primer contacto del paciente con la medicina.

Mediante la comprensión de los procesos sociales, económicos y culturales que permean la vida de los individuos y comunidades y que en el continuo de la salud definen hacia qué polo se encuentra el individuo, direccionar sus acciones de salud pública hacia la profilaxis de las enfermedades.

La participación del profesional de enfermería es necesaria en los tres niveles de atención afrontando acciones de primero, segundo y tercer nivel de atención.

La estrategia de APS, permite integrar formas diferentes de ver la salud, desde su concepción como continuo, por su carácter preventivo aplicar el marco conceptual de factores de riesgo en las investigaciones epidemiológicas, especialmente los factores genéticos que predisponen o determinan la presencia de enfermedades, por su carácter predictivo identificar transformaciones en los estilos de vida y modos de vida significativos para el mejoramiento de la salud, por su carácter integral y comunitario identificar la influencia del ambiente y sus contaminantes en la salud y además participar de la generación de políticas, de programas y toma de decisiones sobre la organización de la salud pública.

e) PROGRAMA DE DESARROLLO EDUCATIVO 1995-2000 (PDE)

IDEAS PRINCIPALES

Se considera da pleno cumplimiento a los principios emanados del Artículo 3o. Constitucional, a las disposiciones de la Ley General de Educación (1993) y que se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

Parte de la aseveración que «la verdadera riqueza de los países radica en las cualidades de las personas que los integran» (PDE, 1995:9).

«Considera a la educación factor estratégico del desarrollo, que hace posible asumir modos de vida superiores y permite el aprovechamiento de las oportunidades que han abierto la ciencia, la tecnología y la cultura de nuestra época». (Idem), idea que se repite en el siguiente párrafo.

«Desde que surgimos como Nación independiente, los mexicanos hemos visto a la educación como el camino viable para superar la pobreza, combatir la ignorancia y la desigualdad» (Idem: 10).

Se enmarca dentro del concepto de *desarrollo humano*: pretende lograr equidad en el acceso a las oportunidades educativas y establecer condiciones que permitan su aprovechamiento pleno; trata de asegurar que la educación permanezca abierta también para las generaciones futuras, conforme a una visión de desarrollo sostenible; se dirige a alentar la participación y responsabilidad de los principales agentes que intervienen

en los procesos educativos y a formar seres humanos que participen responsablemente en todos los ámbitos de la vida social; además se orienta a estimular la productividad y creatividad en el desempeño de todas las actividades humanas.

«La responsabilidad compartida de los distintos órdenes de gobiernos y la suma de voluntades en torno a objetivos comunes, permitirán una participación cada vez mas amplia no solo de las autoridades estatales y municipales, sino también de los padres de familia y de las organizaciones sociales en el diseño y ejecución de proyectos educativos» (Idem: 11):

El acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología provoca la obsolescencia rápida de gran parte del conocimiento y de la preparación adquirida. Por lo tanto se propone que la educación tenderá a disminuir la cantidad de información, a cambio de reforzar valores y actitudes que permitan a los educandos su mejor desarrollo y desempeño, así como concentrarse en los métodos y prácticas que les facilitan aprender por sí mismos. La educación para toda la vida, la educación permanente.

Los propósitos fundamentales son la equidad, la calidad y la pertinencia de la educación.

EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR

El programa establece la diferenciación entre las dos formaciones, apelando a la Ley General de Educación.

«La Educación Media Superior comprende el nivel de bachillerato, los demás niveles equivalentes a éste, así como la educación profesional que no requiere bachillerato o sus equivalentes». Se da posterior a la secundaria (Idem:129).

En el bachillerato se atiende al 83% del total de la matrícula, el 17% restante corresponde a los matriculados en educación técnica.

«La educación Superior es la que se imparte después del bachillerato o sus equivalentes. Está compuesta por la licenciatura, la especialidad, la maestría y el doctorado, así como por opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura.» (Idem: 135)

«De las instituciones de educación superior existentes en el país, las particulares representan el 52% y atienden al 22% de la matrícula; el 78% restante se encuentra inscrito en alguna institución pública» (Idem).

La Coordinación gubernamental de las IES se da por la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica.

Con el fin de propiciar un crecimiento racional de la educación superior se genera el Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior, Proides, SEP, ANUIES, 1985. Gran parte de sus propuestas son retomadas en el Programa de Modernización Educativa 1989-1994. Enfatizando en la calidad de la docencia, prevé un incremento de la matrícula a nivel licenciatura, por lo que se sugiere un racionamiento en la matrícula de carreras por costumbre saturadas así como estímulo al crecimiento de la IES en los Estados.

Elevar el desempeño académico, principal objetivo de los programas de estímulos del Programa Nacional de Superación del Personal Académico (SUPERA).

Considera como factor para elevar la calidad a la evaluación de los distintos aspectos que concurren en la educación, creación de la Comisión Nacional de Evaluación de la Educación Superior en 1990. Adicionalmente se constituye el Fondo para modernizar la Educación (COMPES); los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES); el Padrón de Excelencia del Posgrado del CONACyT; La Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior (FIMPES); y el Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior (CENEVAL).

Existen dos áreas cuyo crecimiento es consistente, en términos generales, con las políticas de planeación y coordinación; el área de ingeniería y tecnología y el área de ciencias de la salud, la segunda, atiende al 9% de la matrícula. «El crecimiento ordenado de esta última es producto de la coordinación intersectorial» entre la Secretaría de Salud, la SEP y las IES (Idem: 142).

Resalta la coordinación interinstitucional generada a través de las relaciones ANUIES, CONACyT, COSNET y FIMPES.

Las políticas generales del Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000 son: Formación y actualización de maestros, participación multisectorial, comunicación, concertación, consenso y corresponsabilidad de todas las instancias públicas y privadas, institucionales y sociales en la planeación, realización y evaluación de programas y acciones; impulsar la apertura de oportunidades de educación basándose en: hacerlo con calidad, considerando el flujo consistente en la demanda, en entidades donde los flujos de absorción estén por debajo de la media nacional, desalentar donde haya capacidad para absorber la demanda, desarrollo equilibrado de la oferta educativa y considerar a los mercados laborales.

«Se apoyarán las acciones de las instituciones que tengan como fin la creación de nuevas modalidades educativas así como la reforma de planes y programas de estudios que considere como criterios fundamentales: el mejoramiento de la calidad de educación, los avances más recientes en el conocimiento, la pertinencia de los programas y la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos.» (Idem: 145)

Se estimulará la autoevaluación y la evaluación externa de las instituciones, programas, aprovechamiento escolar y calidad docente; se alentará la formación integral humanista y responsable ante las necesidades nacionales.

«En los próximos años, la educación media y superior deberá desarrollar nuevos modelos de organización académica y pedagógica orientados al aprendizaje como un proceso a lo largo de la vida, enfocados al análisis, interpretación y buen uso de la información, más que a su acumulación».

CRITERIOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA EDUCACIÓN

En 1994 el gasto público anual promedio por alumno de primaria general fue de 1700 pesos, en secundaria 3100 pesos, en bachillerato 5000 pesos y en educación superior 9600 pesos, en este último rubro hay variación entre especialidades.

«Toda vez que siempre existirá un límite de los recursos públicos que se puedan destinar a la educación, resulta indispensable que el gobierno federal promueva el desarrollo de nuevas fórmulas y la puesta en marcha de procedimientos que faciliten una contribución creciente y equitativa de la sociedad en el esfuerzo educativo». (Idem: 169)

f) PROGRAMA SECTORIAL DE EDUCACIÓN 1995-2000 (PSE)

CAPÍTULO EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR (EMSyS)

Señalado como «la instrumentación concreta de las propuestas» que en materia de educación contiene el PND...

Resalta la aportación, en diferentes épocas, de estos niveles educativos al avance del país; las metas sociales del presente, así como que el país promueve «...la generación de mayores ingresos en el mercado nacional e internacional mediante bienes y servicios

competitivos y de mayor valor agregado» (PSE,1995:2), de ahí su valor estratégico para el país.

El programa postula en éste capítulo que los niveles Medio Superior y Superior «se orientarán a lograr una mejor correspondencia de su organización, objetivos, programas académicos y métodos de enseñanza, con respecto al propósito fundamental de lograr la formación integral, de calidad y con un claro perfil humanista» de sus alumnos y egresados.

«De ahí que no se defina a la educación solo como un instrumento de la economía o un insumo en la producción de bienes y servicios. Los criterios de su progreso se sustentan también en el interés de propiciar la humanización de la vida social, formando mujeres y hombres innovadores, capaces de avanzar en un ambiente que requerirá de su continua adaptación; capaces además, de mejorarse a sí mismos y a su entorno, aptos para participar productivamente en la actividad económica, pero también y sobre todo habilitados en el ejercicio de la libertad, la justicia, en el respeto a la vida y a los derechos de los demás, en el reconocimiento de los valores de nuestra nacionalidad, en el amor a México y a la responsabilidad de participar en su desarrollo».

«En este sentido, en los próximos años, la EMSyS, deberá desarrollar nuevos modelos de organización académica y pedagógica, más orientados al aprendizaje que a la enseñanza; más a la formación de la capacidad para desarrollarse en un contexto de cambios continuos, que a la memorización de contenidos educativos predeterminados; más enfocados al análisis, interpretación y empleo correcto y oportuno de la información, que a su acumulación; más abiertos, flexibles y vinculados a la investigación y la práctica como fuentes fundamentales del aprendizaje, y menos rígidos y lineales».

A continuación se tratará el aspecto de Educación Superior únicamente, dado que la Educación Media Superior fue revisada tanto en el PND como en el Programa Nacional de Desarrollo Educativo.

EDUCACIÓN SUPERIOR

En este nivel encontramos cinco subsistemas: el universitario, con un 68% de la matrícula total, el tecnológico, con el 17.2; el universitario tecnológico, con 0.32%; el de educación normal con el 9% y el mixto, compuesto por múltiples colegios, escuelas militares, así como centros de investigación y estudios especializados, 5.5%.

El subsistema universitario se compone de 39 universidades públicas (UNAM; UAM, UPN y 36 universidades estatales) y 49 universidades particulares. En este grupo sólo se incorporan aquellas instituciones particulares de mayor grado de consolidación académica que ofrecen estudios profesionales en tres o más áreas del conocimiento.

La Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica (SESIC), con las universidades públicas se relaciona mediante la normatividad, la planeación coordinada, la evaluación y la aplicación de mecanismos de inducción y apoyo financiero, mantiene la definición y cumplimiento de políticas acordes con las metas nacionales del sector. Con las universidades privadas la SESIC se relaciona mediante la normatividad, la evaluación, el reconocimiento oficial de estudios y la simplificación administrativa, busca que los servicios educativos autorizados mantengan niveles altos de calidad.

El subsistema tecnológico está conformado por el IPN, su centro de investigaciones Avanzadas (CINVESTAV) y por 110 institutos tecnológicos. La Subsecretaría de educación e investigación tecnológicas (SEIT), es la responsable de regular los planes y programas de desarrollo institucional y académicos, así como de coordinar su operación y administración general.

El Subsistema de universidades tecnológicas, creado en 1991, las instituciones operan como organismos públicos descentralizados de los gobiernos estatales y son coordinadas por la SESIC, ofrecen una opción de educación superior tecnológica de dos años que permite a los egresados incorporarse en corto plazo al sector productivo.

El subsistema de educación normal, está conformado por 326 escuelas normales, 215 públicas y 111 particulares.

El subsistema mixto está conformado por 260 escuelas, centros universitarios, colegios estatales, centros de investigación del sistema SEP-CONACyT e instituciones de estudios especializados. Del total 217 son particulares, la SESIO, les da el reconocimiento de validez oficial de estudios o los gobiernos estatales o están incorporadas a universidades.

Con excepción de algunas instituciones que han mostrado avances importantes en la flexibilización de sus programas y estructuras, buena parte de los estudios superiores está caracterizada por su rigidez académica. Los estudiantes son sometidos a programas con un alto porcentaje de cursos obligatorios y con secuencias preestablecidas que limitan la movilidad estudiantil, las actividades formativas en la biblioteca y en las situaciones reales de trabajo, así como la formación multi o interdisciplinaria y la integración del aprendizaje con la investigación o la extensión.

La flexibilización de estructuras académicas debe considerar la necesidad de asegurar en el estudiante el logro de objetivos, habilidades, valores y actitudes esenciales para el ejercicio profesional. Esto significa que los nuevos planes de estudio deben enfatizar lo primordial, más que pretender el perfil ideal del egresado. Para algunas profesiones lo esencial y básico deberá considerar también estándares internacionales de conocimientos y habilidades.

Sobre la pertinencia social de la educación superior, debe reconocerse que en el desarrollo de la oferta educativa no se ha considerado plenamente el comportamiento dinámico del mercado de trabajo profesional y en concreto las perspectivas reales de empleo. El fomento de habilidades, conocimientos, y actitudes emprendedoras no ha recibido la importancia que impone una situación en donde el autoempleo es fundamental.

Simultáneo al discurso sobre el impulso a la educación superior que da el Estado, donde se concibe a este nivel como uno de los ejes fundamentales del progreso y el desarrollo nacional, se observa un incremento del dominio de la iniciativa privada, con un 68% de los planteles, en donde se presenta una gran variedad, desde grandes centros educativos de élite, que persiguen ser generadoras de dirigentes en el país hasta pequeños institutos; la iniciativa privada presenta lógicas diversas, que responden a intereses económicos o políticos locales y específicos o con privilegio de intereses de tipo mercantil. Las universidades privadas están sujetas a escasos mecanismos de control y supervisión. Su apertura, los programas, su organización el profesorado y dirigentes están al libre arbitrio de los inversionistas.

Otro de los aspectos a resaltar es el interés que se tiene en la fundación de institutos o universidades tecnológicas. En el programa de Educación 1998, se presenta como eje para apoyar la ampliación de oportunidades de los jóvenes mexicanos para cursar estudios de nivel medio superior y superior, en función de las aspiraciones de los estudiantes y de las necesidades del país. Se señala que la educación profesional técnica, por su cercanía con el sector productivo debe fortalecer más la participación de comunidades y empresas. Mediante la apertura de 11 Institutos Tecnológicos y 12 Universidades Tecnológicas, la vinculación con el entorno, se señala que en el año de 1998, esta modalidad será cada vez más pertinente.

g) PROGRAMA DE EDUCACIÓN SALUD Y ALIMENTACIÓN (PROGRESA)

El presidente Zedillo lo inicia el mes de agosto de 1997, «para intensificar el combate a la pobreza , atacando sus causas de manera integral».

Conjuntando la participación de instituciones federales y estatales, se coordinarán acciones que serán dirigidas a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema, favorecerá en estos grupos la educación, la salud y la alimentación « y buscará complementarse con otros programas sociales, como los de mejoramiento de vivienda, agua potable y capacitación para el trabajo».

En el PROGRESA, el componente educación se abordará proporcionando becas educativas y apoyos para la adquisición de útiles para alentar la asistencia escolar de los niños y jóvenes. Asimismo, se buscará mejorar la cobertura y la calidad de la enseñanza mediante capacitación a los maestros y reforzamiento del equipamiento de las escuelas.

El componente Salud se abordará mediante la ampliación de la cobertura de servicios de salud y se mejorará su calidad mediante equipamiento a las unidades y capacitación al personal. Se proporcionará sin costo un paquete básico de servicios de salud y se otorgará un suplemento nutricional a todas las madres embarazadas o en lactancia y a los niños menores de dos años para prevenir y atender la desnutrición. Se fomentará el autocuidado de la salud de las familias a través de educación y capacitación en salud, nutrición e higiene.

El componente alimentación del PROGRESA se abordará mediante medidas que proporcionen a la madre de familia un apoyo monetario para complementar los ingresos familiares. Mediante educación e información se propiciarán los usos más provechosos de este apoyo para mejorar la alimentación y bienestar del hogar, principalmente de los niños y jóvenes.

Dentro del PROGRESA se encuentran elementos de corresponsabilidad social y familiar, participación y compromiso de las familias y de la comunidad para su funcionamiento, vigilancia y control de las acciones. Se refiere que hay un enfoque de mejora para la mujer, valorando su papel familiar y comunitario, mediante acciones para satisfacer sus necesidades de salud y nutrición y favorecer su desarrollo personal. «Al atender de manera integral y sostenida la educación, la salud y la alimentación, se fortalecerá la capacidad de las familias más pobres del país, para que sus integrantes desarrollen cabalmente su potencial humano y puedan así ampliar y aprovechar sus oportunidades sociales, económicas y culturales».

Al mes de julio de 1999, el Consejo Nacional de Población y el INEGI publican que más del 50% de los mexicanos son pobres, sin acceso a los mínimos indispensables para el desarrollo humano, y 33 millones de personas sobreviven por abajo del límite oficial de la pobreza, es decir en la extrema miseria.

La representación de la ONU en México, publicó en el mismo mes, el Informe sobre el Desarrollo Humano 1999, el desarrollo vital del mexicano es calificado como medio por los expertos de la ONU. México es colocado en el lugar 50 de una lista de 174 países. Comparado con otros países latinoamericanos, México está en el nivel 34. Se vive mejor, o el desarrollo humano es superior en Uruguay, Costa Rica, Venezuela y Panamá. Según la ONU unos 15 millones de mexicanos viven con menos de un dólar al día.

h) PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL NUEVO MILENIO

El patrón de dispersión municipal de los habitantes de la República mexicana origina un encarecimiento de la dotación de servicios básicos y apoyos institucionales de las localidades más pequeñas.

Dentro de los programas que forman parte del Programa de Desarrollo Social y Combate a la Pobreza 1999-2000, siguiendo la política de promover el enfoque territorial, se ubica el Programa Nuevo Milenio, orientado a definir una estrategia para el desarrollo y la integración de la población rural dispersa.

Es la pieza clave de la política social del gobierno zedillista para la atención de los más pobres del país. Inició en febrero de 1998, se propone «desarrollar un modelo de reordenamiento territorial en regiones prioritarias para contrarrestar la dispersión poblacional y generar polos de crecimiento microregional» (SEDES, 1998).

Es un programa creado con la lógica de que como no es costeable llevar servicios y apoyos para proyectos productivos a las comunidades dispersas, entonces hay que llevar a esas comunidades a centros de población mediante el reordenamiento territorial del país.

Las dos líneas básicas del programa: « Fortalecer centros de atracción de población, mejorando la infraestructura en servicios en lugares estratégicos y seleccionar y fortalecer esos polos de atracción productiva». Los fondos se originarán del Gobierno Federal, Estatal y Municipal; así como de otras dependencias federales involucradas: SEDES, SAGAR, SMA, SEMARNAP, SECOFI, SCT y SRA. Además, habrá inversiones de la SEP, SS y del Sector Empresarial de la entidad.

Desde la puesta en marcha, el plan piloto se enfrenta con problemas ya que la propuesta que presentán fue elaborada para el campo con una visión urbana, el rechazo de la población al abandono de sus parcelas en busca de poblar lugares que desde antes son puntos de encuentro de las comunidades más alejadas, pero a nivel de comercio y no de vivienda, orientaría más a mejorar las vías de comunicación que a la reubicación. Las autoridades locales cuestionan la no visibilidad de los recursos ofrecidos y el hecho que no sean recursos nuevos, sino la concentración de recursos de distintas dependencias, que en el mejor de los casos tendría una mejor coordinación.

Haciendo una interpretación del Convenio 169 de la OIT vigente en nuestro país, considero también que la forma de operar el Programa Nuevo Milenio, violenta una forma del patrimonio cultural de los pueblos indígenas, sus viviendas, sus formas de vida son elementos de su cultura. En el Artículo 4o. Fracción Uno: «Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados», y solo la cultura dominante con una visión integracionista y asimilacionista no permitiría descubrir que está afectando sobre todo el Artículo 5o. que señala» Deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales propias de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto individual como colectivamente».

1.3.3. PLANES DE DESARROLLO UNIVERSITARIOS (UNAM)

a) PLAN DE DESARROLLO 1997-2000

El plan de desarrollo 1997-2000, presentado por el Dr. Francisco Barnés de Castro, rector de la UNAM, en la Gaceta Universitaria del 11 de mayo de 1998, es concebido como «...Un instrumento eficaz para alcanzar los consensos que permitan a la comunidad universitaria avanzar hacia la construcción de la Universidad del nuevo milenio».

Dentro del Plan el Dr. Barnés señala: «Vivimos tiempos de profundos cambios, tanto en el contexto nacional como en el internacional, cuya duración y alcance apenas se vislumbran. La transformación del país en todos sus órdenes, requiere de una Universidad Nacional siempre propositiva, más dinámica, que promueva activamente el cambio, que genere y rija el saber y el quehacer científico, humanístico y cultural, y forme a las mujeres y a los hombres que se necesitan. La Universidad Nacional tiene que transformarse para mantener su liderazgo y responder a las expectativas de la sociedad».

«Los modelos educativos y los planes de estudio habrán de experimentar profundas transformaciones ante esa dinámica, con el consecuente cambio en el perfil del egresado; a su vez, los modelos de organización de las instituciones de educación superior habrán de reformarse. Las nuevas condiciones requieren de planes mucho más flexibles, que permitan adaptarse a la rápida generación de innovaciones y conocimientos en lo que, a partir de una base bien definida los alumnos tengan la posibilidad de complementar su formación en otros espacios de la universidad, estableciendo así puentes naturales de comunicación con otras disciplinas».

«La educación del futuro será cada vez más activa y participativa y el alumno recibirá un menor número de lecciones tradicionales. La nueva pedagogía propiciará el desarrollo de capacidades y destrezas creativas, la selección adecuada de información y la habilidad para formular preguntas más pertinentes y encontrar respuestas más apropiadas».

«La labor del docente universitario se tendrá que orientar hacia la formación de habilidades de razonamiento y de valores, dejando a un lado el aprendizaje memorístico. La enseñanza tutorial será cada vez más relevante. Asimismo, será necesario cambiar los criterios de evaluación del aprendizaje. De esta manera al profesor le preocupará más valorar los aspectos formativos que los meramente informativos».

«Para que la Universidad sea una institución que transforme a la sociedad y no solo transmita los conocimientos, métodos y procedimientos, que pronto serán rebasados por los avances científicos y tecnológicos, la investigación debe constituirse en una actividad central del proceso educativo».

Dentro de los principios que guían el Plan de Desarrollo y que se desprenden de los principios universitarios se encuentran:

- La preservación de la tradición del liderazgo en educación superior mediante la presentación de nuevos paradigmas.
- Su existencia como institución pública que se ha de regir por reglas de equidad, calidad y transparencia.
- El carácter nacional, está orientado por la descentralización en diferentes niveles como son el de docencia y de investigación, generando en estas líneas planes y programas paradigmáticos y la formulación de esquemas de vinculación con la sociedad.
- La preservación de la autonomía universitaria como derecho que se ejerce con el compromiso y la responsabilidad de todos los universitarios, en lo individual y en lo comunitario.

- El compromiso social contraído como universitarios ante la comunidad nacional e institucional, especialmente con los grupos desprotegidos, en la búsqueda de conformar un desarrollo más equilibrado y justo.

En especial, para el tema de esta tesis la siguiente propuesta del Plan de Desarrollo Institucional es relevante: «Una universidad en la que los estudios de licenciatura sean un puente efectivo hacia la vida profesional, en donde se formen los profesionales que efectivamente necesita el país; con planes y programas de estudio que sean un paradigma nacional por la alta calidad de sus contenidos y la capacidad de sus egresados. Un sistema de licenciatura en el que exista una participación activa de los institutos y centros de investigación en la enseñanza; que facilite la movilización horizontal de académicos y alumnos; que cuente con planes y programas de estudios flexibles, capaces de responder oportunamente al rápido surgimiento de innovaciones metodológicas y conocimientos, los cuales den mayor libertad al alumno para orientar sus estudios de acuerdo con sus intereses. Una licenciatura con esquemas de acción diferenciados y de apoyo tutorial, y con procedimientos ágiles de titulación que, sin demérito de la calidad académica faciliten la titulación de un mayor número de alumnos».

Dentro de los once Programas Estratégicos, resaltaré algunos de los aspectos que considero corresponden al presente trabajo de tesis:

PROGRAMA I. La atención a la comunidad universitaria

Para los alumnos, destinatarios de la función docente, la Universidad tiene como propósito:

- «- Fomentar una formación integral de alta calidad que les permita realizarse de manera plena, insertarse productivamente en la sociedad y proceder con éxito en un mercado laboral altamente competitivo;
- ampliar los espacios de participación de los alumnos en el proceso de enseñanza aprendizaje;
- proporcionar una atención equitativa y más individualizada a través de programas de apoyo tanto económicos como tutorales, de remediación y de alto desempeño y;
- asegurar la buena calidad de los servicios básicos y la seguridad de los lugares de trabajo académicos».

PROGRAMA II. La renovación de los procesos educativos

La docencia como actividad sustantiva de la UNAM, revisada en este programa, contempla a los alumnos, docentes y planes y programas de estudio; señala la gran diversidad y multiplicación de planes y programas de estudio, reconoce la riqueza de la diversidad y la dificultad derivada de la ausencia de validación sistemática de los mismos; propone «...a corto plazo revisar estas experiencias y estructurarlas integralmente a partir de nuevos criterios pedagógicos».

La educación de nuestros días -y la del futuro- requiere incorporar a los procesos formativos las competencias y las herramientas que permitan a los egresados responder, de manera creativa y con capacidad prospectiva a los retos profesionales, académicos y sociales.

«La pedagogía necesita orientarse hacia la promoción de habilidades de razonamiento y cuestionamiento; al desarrollo de competencias para seleccionar, organizar y procesar sistemas diversos de información, generar síntesis novedosas y solucionar problemas; sin descuidar la formación en valores que caracteriza el *ethos* universitario...»

Para cumplir con la misión de educar en forma creativa, sólida y rigurosa a los miles de mexicanos que año con año se integran a la comunidad universitaria, es necesario llevar a cabo un cambio pedagógico en los modelos, planes y programas...»

En el rubro que toca la Licenciatura se menciona su propósito: «formar a mujeres y hombres preparados para enfrentar los complejos problemas de la sociedad mexicana y de una competencia internacional; capaces de actuar de manera solidaria con la población que aún sufre carencias e injusticias; con una formación humanista que les permita encontrar sentido y razón a su vida y a su práctica profesional.»

Apoya la formación integral del alumno; reitera la necesidad de revisar los modelos educativos en la búsqueda de modelos flexibles que propicien la movilidad horizontal de docentes y alumnos y respondan oportunamente a los nuevos conocimientos; con impulso a nuevos esquemas pedagógicos; atención diferenciada a la población de nuevo ingreso y con procesos de titulación ágiles.

Dentro de las metas programadas se encuentran relacionadas con la licenciatura: Definir en 1998, los cambios en planes y programas de estudios con el fin de hacerlos más pertinentes y flexibles, la expectativa es para el 2000, que el 50% estén actualizados.

Incrementar en 10% el egreso anual y la titulación en 25%, mediante la mejora de las condiciones de aprendizaje y el seguimiento del desempeño del alumno.

Consolidar la aplicación del examen diagnóstico a los alumnos de nuevo ingreso, que sirva para retroalimentar los programas de bachillerato.

Apoyo a la producción de material docente, publicando mínimo 50 nuevos libros de texto.

Dentro del programa de trabajo 1998, el Programa de renovación de los procesos educativos, tiene como objetivo general:

«Cuidar la calidad integral de la docencia, incorporando en ella las habilidades de razonamiento, cuestionamiento, la competencia para seleccionar, organizar, procesar información y la capacidad para generar enfoques novedosos derivados de las tareas de investigación; así como la sensibilidad y la percepción propias de la cultura humanística y artística, a fin de que los alumnos y los egresados cuenten con herramientas adecuadas para responder a las cambiantes condiciones del mundo contemporáneo, contribuyendo así a la solución de los problemas nacionales»

Los Objetivos Específicos, contextualizados en el Plan Nacional 1997-2000, retoman los términos de flexibilidad, apertura y actualización para los estudios de licenciatura, en lo profesional y disciplinario.

Los rubros del programa son: Renovación de planes y programas de estudio. Resalta en este apartado lo referente al apoyo que se le dará a las entidades que realicen este proceso. Equilibrio de contenidos científicos y humanísticos. Promoción de experiencias de investigación y de vinculación con sus áreas profesionales, en este apartado hay una actividad relevante para la fundamentación del plan de estudios en construcción, que se refiere a la realización de «estudios para identificar las competencias genéricas y específicas que demanda el medio laboral, con base en la información captada de las ofertas de bolsa de trabajo y de los programas de servicio social»; flexibilización de estructuras curriculares y condiciones operativas de facultades y escuelas; Articulación de la docencia e investigación; Aplicación de las ventajas de la informática y telecomunicaciones y mejoramiento de la eficiencia y la calidad.

b) PLAN DE DESARROLLO ACADÉMICO INSTITUCIONAL 1995-2005 ENEP IZTACALA UNAM

Utilizando la metodología de la planeación prospectiva, el Consejo de Planeación de la ENEP IZTACALA, asesorado por la Coordinación de Programación de Descentralización y Desarrollo Académico Institucional de la UNAM, elaboró el Plan de Desarrollo Académico Institucional dirigido a una comunidad de aproximadamente 10,000 alumnos, 1900 académicos, 1000 trabajadores administrativos, seis carreras profesionales, siete posgrados, 68 programas de investigación, seis unidades de apoyo, siete clínicas periféricas y un Centro de Formación Ambiental.

El PDAI, menciona como misión de la UNAM *Campus* IZTACALA: «constituir un polo de desarrollo académico de excelencia para formar recursos humanos en las áreas de salud, el ambiente y la educación, capaces de generar y aplicar conocimientos a través de procesos educativos integrales de docencia, investigación, servicio y cultura, con una actitud emprendedora, innovadora y de alta calidad humana, enfocados a satisfacer las necesidades para el desarrollo del bienestar social del país, con prioridad en los problemas de su entorno de influencia.»

Referente al tema de la presente tesis señala desde la presentación, que «lo importante es que cada escuela genere y desarrolle sus prototipos, que tengan carreras profesionales con sus propios enfoques y programas de investigación, orientados a los servicios profesionales que se ofrecen, es importante también que la institución se desarrolle de manera armónica con sus peculiaridades y a partir de las condiciones reales que tienen fundamentadas en los intereses y formación académica de sus integrantes. Es primordial ir definiendo el perfil de la escuela que queremos ser.»

Dentro de los riesgos que se visualizaron en el análisis externo general ocasionados en el marco de los cambios y la turbulencia social, atañe al presente trabajo: «Desvinculación de la escuela con el aparato productivo y Desactualización de los planes de estudio que ocasionan desfase entre la formación de profesionales y la demanda del mercado de trabajo.»

Dentro de las oportunidades. «Desarrollo de planes y programas congruentes con los cambios sociales basados en la autonomía conferida por la federalización de la educación y Contribuir en la resolución de los principales problemas del país mediante la participación en las políticas prioritarias del Plan de Desarrollo Institucional: ambiente, educación y salud.»

Dentro de las áreas sólidas: «Es la única escuela en la zona noroeste que imparte seis carreras con gran demanda en ciencias de la salud, educación y ambiente. La estructura de gobierno otorga a las Jefaturas de Carrera suficientes facultades para atender de manera inmediata y directa los diferentes problemas académico-administrativos y revisa de manera constante los programas y planes de estudio para vincular a los estudiantes con la realidad».

La definición y control integral de las acciones de la Dependencia se operacionalizan a través de ocho programas interrelacionados. Para el presente tema el que tiene mayor importancia corresponde al Programa II. Desarrollo Académico (PRODEA) «...constituye un plan estratégico para la creación, desarrollo, evaluación y fortalecimiento de la academia, de tal manera que permita construir paulatinamente un marco de excelencia, mediante la superación académica de estudiantes, docentes e investigadores».

Específicamente se aborda el tema de la tesis en el Subprograma II.3 Aprovechamiento escolar, cuyo objetivo señala: «Formar profesionales de alta calidad académica y humana en todas las carreras del *campus* Iztacala» y en la estrategia 1. «Llevar a cabo la evaluación curricular en sus distintos niveles de trabajo, conceptual y metodológico, considerando los fundamentos de la disciplina correspondiente, el planteamiento y la estructura del *currículum*. Asimismo, establecer un proceso permanente de actualización, el cual esté fundamentado en la formación académica y la investigación educativa, contrastando los perfiles profesionales con sus respectivas prácticas profesionales».

Las acciones propuestas relacionadas con el presente trabajo son: «Analizar la vigencia, relevancia y coherencia de los contenidos actividades y destrezas contemplados en los planes y programas de estudio, de tal manera que estén a la vanguardia en Latinoamérica, así como con las necesidades de trabajo, salud, educación y ambiente de la población mexicana; Establecer en los *currícula* de todas las carreras, desde el primer semestre, la incorporación de los alumnos a los campos de acción profesional para disminuir la deserción; Extender y diversificar el servicio social relacionado con las disciplinas existentes en el *campus* a todos los escenarios contenidos; Generar un documento con nuevas propuestas de titulación y presentarlo al H. Consejo Técnico».

Es de hacer notar que dentro del Plan Institucional los puntos tratados atañen a todas las carreras de la Escuela sin especificar la modificación para la única carrera de nivel técnico, sin embargo existe un programa único para la creación de la séptima carrera en el *campus*.

Del análisis de los planes y programas anteriores, resulta la necesidad de la disciplina de enfermería de crear una agenda común, consensuada y nacional, para actuar en el futuro, la propuesta es crear un Programa Nacional de Enfermería, lo cual se tratará en el punto siguiente.

1.3.4. PROPUESTA DE CONFORMACIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería actual no se visualiza como ejemplo de activismo para lograr políticas de cambio, sin embargo desde Nightingale (1859), tenemos ejemplo de capacidad para influir en las políticas que mejoren las prácticas de atención a la salud y funciones profesionales del cuidado de enfermería. Nightingale imprime su visión como líder en el Sistema Sanitario de las Fuerzas Armadas, en la organización de los servicios y programas de salud, en las políticas de formación de enfermería; con lo que sienta la potencialidad de las enfermeras para participar en la formulación de políticas y en el ejercicio de liderazgo hacia el cambio y la innovación de la práctica para enriquecer la disciplina y beneficiar a la persona.

En un contexto diferente por espacio y tiempo, complejizado por el desarrollo que la enfermería ha presentado en nuestro país y las crisis por las que atraviesa nuestra sociedad, pretender lo anterior es un reto político y metodológico que desde las organizaciones gremiales ha sido vislumbrado, se encuentra en construcción, pero que hasta nuestros días no se ha realizado.

El trabajo se avizora de construcción participativa, con aplicabilidad para los diferentes grupos que conforman el escenario actual, para ser aplicado en las diferentes regiones, con involucramiento de los interesados y no solo «expertos» o especialistas, pero sin negar su necesaria participación; este proyecto lograría expresar los anhelos, demandas plurales, consensuadas y condensadas creativamente.

Es importante tener elementos de enfermería en los lugares clave, que presenten una propuesta con fuerza política; con características proactivas y no solo reactivas señalando cómo la enfermería participaría en la modificación del perfil epidemiológico de la población mexicana, señalando caminos precisos. Las propuestas han de ser viables, a corto plazo, con sustento técnico y político para su realización, dentro de la actual correlación de fuerzas.

3 Previa a su presentación pasarlas a debate público, para lograr el consenso y efecto político. Presentadas las prioridades en forma sintética, con inclusión de todas las instancias gremiales. Lo anterior asegura que las elaboraciones sean pertinentes y convocantes, de acuerdo a cómo responden a necesidades de la mayoría y le da el sentido democrático, incluyente, equitativo y de justicia para los profesionales y la población a la que atienden.

La precisión se basará en la presencia de indicadores puntuales con la mayor claridad posibles.

Un programa de enfermería nacional que abandere desde lo político y metodológico, como eje vertebral la pluralidad y participación de enfermería en los planes de salud, que condense los esfuerzos que durante años han venido realizando los profesionales de la enfermería, pero que no se han verbalizado. Lo anterior es una forma de definir nuestra identidad ante el gobierno y la sociedad civil dirigidas a recuperar la palabra.

Cierro con esta propuesta el Capítulo I del Marco Referencial de la Formación y Práctica de Enfermería. La revisión histórica, su situación actual en el contexto universitario, nacional e internacional así como la lectura de los planes y programas oficiales han servido de marco a la formación y práctica de esta profesión, en un intento por explicar cuáles han sido y son las fuerzas sociales, económicas y políticas que la delínean y también que la impelen al cambio.

La situación actual de la Carrera de Enfermería de la UNAM *Campus* IZTACALA, será revisada en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO II

LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CURRÍCULUM DE ENFERMERÍA EN LA ENEP IZTACALA UNAM

Ante el cuestionamiento que se hace a la escuela como institución en decadencia o que debe desaparecer por no haber cumplido con los fines de progreso, libertad, democracia e igualdad, que sustentan el discurso oficial; diversos autores hacen un señalamiento respecto a que la escuela es solo uno más de los aparatos creados por el sistema social y cómo éste se manifiesta en sus crisis en sus instituciones. «La escuela y las estructuras escolares, además de ser solo uno de los elementos educadores de la sociedad, son reflejo y consecuencia de las estructuras sociales» (Suárez, 1986:38), por lo que están en recíproca concordancia.

Es notable la contradicción que se vive al interior del sistema social, son estas contradicciones las que permiten visualizar la potencialidad que presenta la crisis como coyuntura para el cambio.

Fuera de la educación como domesticadora, se propone el cuestionamiento de nuestras certezas, las que siempre estamos defendiendo, que no reflexionamos si en realidad son nuestras o solo hemos hecho propio el discurso de otros.

Entre más depende el docente de los proyectos elaborados por otros, más despersonalizado estará y cumplirá aparentemente con un proyecto ajeno, pero con el que no se ha comprometido porque no es su proyecto.

¿Cómo iniciar dentro de la crisis esta vuelta a la personalización del docente?, sólo mirando su trabajo cotidiano, develando los discursos, decantando los mitos y las referencias creadas para que él las instrumente y al vivenciarse como intelectual, crear su propio proyecto... Sólo así podemos ver a la crisis como una oportunidad, con este enfoque se propone esta mirada crítica del actual plan de estudios de la Carrera de Enfermería de Nivel Técnico.

2.1. LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA ENEP IZTACALA UNAM

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI) se inauguró el 19 de marzo de 1975, con el enfoque de la política de desconcentración de los espacios dedicados a la educación superior; de la modernización de la estructura administrativa de los nuevos *Campus* y de la innovación en las estructuras académicas.

Localizada en la Zona Noroeste del área Metropolitana, en el Municipio de Tlalnepantla del Estado de México, se construyó sobre una superficie de 420,000 m cuadrados.

Esta unidad multidisciplinaria enfocada al área de la salud, inició con cinco carreras. Cuatro licenciaturas: biología, psicología, medicina y odontología, y enfermería a nivel técnico.

La carrera de enfermería por acuerdo del H. Consejo universitario, inició por aspectos legales de la UNAM con el plan de estudios vigente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), primera y hasta esa fecha única entidad universitaria que impartía la carrera de enfermería, tanto a nivel técnico como a nivel licenciatura.

El plan de estudios retomado fue el de nivel técnico que incluía 30 asignaturas que sumaban 265 créditos, las que se impartían en seis semestres. El requisito de ingreso para los aspirantes era el certificado de secundaria con promedio mínimo de siete y aprobar el examen de ingreso.

Desde el inicio de su aplicación en la ENEPI, al plan de estudios de la ENEO, denominado tradicional, se le realizaron revisiones y modificaciones, se explicitaron objetivos, desglosaron contenidos y se determinó la metodología de enseñanza.

La época de los 70, está permeada por la introducción de la Tecnología Educativa que fue la corriente didáctica que guió la sistematización de la enseñanza en la carrera, manifestándose de manera objetiva mediante la elaboración de las cartas descriptivas.

En los planes de enseñanza clínica, se planteó la vinculación teoría-práctica, que en las materias clínicas permitió la instrumentación de la materia teórica y la clínica por la docente enfermera, se aplicaron modelos vigentes como fue el paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad y Niveles de Prevención, el Proceso Atención de Enfermería, el Plan de Atención de Enfermería, la realización de prácticas análogas en los laboratorios de la escuela y se formalizó que una semana previa a la práctica clínica se introduzca al alumno al manejo de contenidos.

También se dio la formación y actualización de los docentes en el área pedagógica y disciplinar, los cursos intra ENEPI, se ampliaron con la asistencia a instituciones como el CISE y CEUTES.

En los módulos clínicos, la cultura de la evaluación se enfocó desde el inicio al docente, al programa, a los campos clínicos y al alumno; trabajando con los resultados en los periodos interanuales e intersemestrales para retroalimentar el proceso de planeación del siguiente semestre.

La primera generación contó con 550 alumnos, se formaron 10 grupos de 50 a 60 alumnos. Al finalizar el año escolar 1977 egresó la primera generación, 440 alumnos, un 20% de rezago o deserción escolar a lo largo de tres años.

Se inició el Servicio Social en 1978, en áreas foráneas con asesoría de la institución solicitante. El examen de titulación, de tipo oral, de un tema seleccionado al azar, tomado de una relación de patologías principalmente, listado que el alumno conocía previamente.

La última generación del sistema tradicional se inscribió en el año de 1979, finalizando en 1982. En este año la plantilla de jurados de examen profesional se cambia para ser solamente profesoras enfermeras. Lo anterior surge por la observación del nivel de amplitud y profundidad con que se maneja el profesional médico en el examen al sustentante.

Simultánea a la evaluación curricular del plan tradicional, se da la planeación del nuevo plan de estudios dentro del sistema modular, que permitió la elaboración de la propuesta innovadora asignada a Iztacala. Alfredo Fourlán (1979), integrante fundamental del cambio señala: «Modificar un plan de estudios, es una tarea que va más allá de la realización de una tecnología. Se trata de un proceso de transformación social en el seno de una institución en la que estallan múltiples conflictos, más o menos explícitos; en el que se confrontan posiciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas, donde las nuevas estructuras diseñadas modifican relaciones de poder entre los grupos que actúan en la institución. En general, todo este proceso está dominado por el conflicto entre lo viejo y lo nuevo y su resolución no se decreta administrativamente.»

La plantilla docente se diversificó más al paso del sistema tradicional al sistema modular. Específicamente la profesora enfermera, desde su ingreso a la ENEPI se le requirió contar con experiencia laboral clínica, administrativa o docente y con especialidad (es) en el área asignada.

En 1980 ingresó la primera generación que se formó con el sistema modular, hasta la fecha, continúa la carrera a nivel técnico, con requisito previo de secundaria. Vigente hasta el momento actual, el plan de estudios cuenta con 14 módulos, 244 créditos que se distribuyen en seis semestres.

Las materias, el número de horas asignadas por semana, el tipo de módulo y el número de créditos correspondiente se señala en el siguiente cuadro.

PLAN DE ESTUDIOS, CARRERA DE ENFERMERÍA ENEP IZTACALA UNAM

MÓDULO	H/SEM	ACTIVIDAD	CRÉDITOS
Introducción	4	teórica	8
Generalidades	8	teórica	16
Reproducción	6	teórica	12
Laboratorio I	4	teoría-práctica	4
Práct. Enfermería I	12	teoría-práctica	12
Relación y control	6	teórica	12
Transporte defensa y eliminación	6	teórica	12
Nutrición	6	teórica	12
Laboratorio II	4	teoría-práctica	4
Práct. Enfermería II	12	teoría-práctica	12
Práct. Enf. Gineco-Obstétrica	30	teoría-práctica	30
Práct. Enfermería pediátrica	30	teoría-práctica	30
Práct. Enf. Médico Quirúrgica I	30	teoría-práctica	30
Práct. Enf. Médico Quirúrgica II	30	teoría-práctica	30
TOTAL	188		244

Se determinan tres tipos de módulos:

Teóricos, que están dirigidos al aprendizaje de los contenidos científicos básicos, partiendo de un enfoque interdisciplinario y llevando como característica el nombre y los contenidos de sistemas funcionales ej.: Reproducción, Transporte defensa y eliminación, Nutrición, con excepción de los módulos base llamados Introducción y Generalidades.

Metodológicos, tienen la función de aprendizaje de los principios y operaciones del método científico, se denominan Laboratorio I y II.

Clínicos, están basados en las áreas fundamentales de la enfermería, por consiguiente de las especialidades médicas: Gineco-Obstétrica, Medico quirúrgica y Pediatría, con excepción de prácticas I y II, módulos propedéuticos. Están orientados a enseñar las funciones de enfermería en los diferentes campos de trabajo, hogar y comunidades y los principios científicos del hacer de enfermería, capacitación para la resolución de problemas de salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación. En estos módulos la alumna relaciona e integra los elementos teórico, prácticos y metodológicos.

Se considera el plan de estudios modular inscrito en la Corriente Didáctica Crítica. El documento (Plan de Estudios: 1993) señala:

Los principios directrices, la influencia de la comunidad como fuerza social con capacidad de cambiar los determinantes de salud en su beneficio; la formación de un profesional capaz de insertarse en servicios preventivos, curativos y de rehabilitación; la apropiación del conocimiento de menor a mayor complejidad y profundidad y partir de lo sano a lo enfermo y del nacimiento a la muerte.

Al aprendizaje, como proceso activo que implica acciones de transformación dentro de una estructura múltiple, en donde la autonomía y la creatividad ejercen un papel de importancia creciente.

La enseñanza, como un proceso organizado cuyo propósito fundamental es el de conferir sistematicidad al proceso de aprendizaje, en donde los docentes son sujetos creativos, abiertos al análisis de innovaciones y perfeccionamiento; su base pedagógica parte de la Psicología Social, retoma a Bleger en su concepción de conducta molar, entendida como una experiencia que favorece el desarrollo de aptitudes y la modificación de actitudes.

La evaluación, como un proceso sistemático y continuo. La relación entre programas y plan de estudio tiene como función principal la obtención y análisis de la información, para la reformulación de los momentos de planeación, realización y evaluación.

El perfil del egresado se plantea como «un profesional en el área de la salud con capacidad para 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».

Señala el documento que el egresado será capaz de incidir con su participación en la solución de los problemas de salud de su competencia en los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con base en conocimientos coherentes con el perfil epidemiológico del país.

Responde el egresado a las demandas sociales del momento actual y del futuro inmediato, mediante su inserción multidisciplinaria a través de una práctica crítica, analítica y humanística manteniendo y fomentando su identidad profesional y espíritu universitario.

El *módulo* es «una unidad instruccional autosuficiente en su contenido y con relaciones sincrónicas y diacrónicas... que sirven para dotar al alumno de aspectos científicos, metodológicos y teórico-prácticos que le permitan un aprendizaje gradual y fundamentado en acciones profesionales.» Al interior del plan de estudios se plantea que existen relaciones horizontales y verticales con carácter integrador y totalizador.

Existe una seriación entre el módulo de Generalidades y el segundo semestre así como de los dos primeros semestres con los semestres restantes. No hay equivalencias entre las materias del plan tradicional con los módulos del plan vigente.

El Servicio social se efectúa en el Sector Salud o en el Programa Multidisciplinario de la UNAM en seis o doce meses, presenta el pasante al final un informe escrito. La titulación se realiza por medio del Examen Profesional Objetivo, que contiene 160 reactivos de opción múltiple, que exploran los conocimientos de los catorce módulos de la carrera, principalmente a través de casos clínicos.

Paralela a la implementación del Sistema Modular se efectuó durante ocho años el Taller de Evaluación Curricular, se continuó con el programa de actualización y superación docente, con énfasis en el crecimiento profesional horizontal.

2.2. LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN EL PLAN DE ESTUDIOS VIGENTE

Todo sistema de enseñanza formal, contiene en su concreto -el plan de estudios-, los sustentos teóricos de su propuesta didáctica, aunque no siempre en forma explícita; así, hay que buscarla entre los pliegues del discurso.

Esta propuesta también evoluciona conforme cambia la institución y en ocasiones bizarras se podrán encontrar organizaciones curriculares «innovadoras» con propuestas metodológicas «tradicionales».

Sistematizar es innegablemente una respuesta al problema de la calidad de la enseñanza, no vista la sistematización solo como un método de organizar el conocimiento, sino fundamentalmente «como un patrón de criterio para demostrar qué es lo que en verdad sabemos, antes de que nos dediquemos a enseñarlo. La existencia de un patrón de

criterio rebasa la forma para entrar a la esencia, es pasar por un velo axiológico y epistemológico nuestros saberes» (Farfán, 1996).

El proceso de sistematización no es un quehacer neutro, de recursos teóricos de la educación; el proceso surge en momentos históricos concretos y los docentes, inmersos en una sociedad determinada no realizan una tarea aséptica, ni individual, ni aislada. Para el análisis de la sistematización de la enseñanza en el presente plan de estudios se parte de la existencia de tres modelos:

ENFOQUE TRADICIONAL

Originalmente su móvil principal consiste en que la labor docente imite los principios de la creación de la naturaleza, su fin es elevar al hombre para contactarlo con Dios, fuente de felicidad.

En la actualidad el modelo tradicional pervive y convive con otros modelos, continúa la enseñanza verbalista, libresco, direccional (memorística). Hay una relación docente-discente (binomio humano) y de contenidos métodos (binomio cultural) y objetivos. Relación mecánica sujeto-objeto. Contenidos exhaustivos y fragmentados.

Los soportes teóricos de la sistematización de la enseñanza en el modelo tradicional son: fundamento epistemológico-empirismo, fundamento psicológico -disciplina mental, fundamento técnico didáctica tradicional, modelo bancario- (Farfán, 1996).

ENFOQUE DE LA TECNOLOGÍA EDUCATIVA

La desacralización abarcó el plano de los métodos que cambian de la imitación de la obra divina a la derivación de técnicas de enseñanza a partir de teorías científicas del aprendizaje.

Con la especialización se involucra en la educación la administración, las ingenierías y las tecnologías. Se transitó del misticismo a la ideología. El concepto de tecnología educacional se refiere a un conjunto de técnicas sistemáticas y de los conocimientos y prácticas adjuntas para diseñar y hacer funcionar las escuelas como sistemas educacionales. Corresponde a un enfoque funcionalista.

La aplicación del enfoque de sistemas más el conjunto de conocimientos científicos respecto al ordenamiento del ámbito educativo, da como resultado el surgimiento de la tecnología educativa, resaltando a la escuela como sistema y el uso de herramientas, procedimientos y métodos para el diseño y operación de sistemas educativos. Presenta un enfoque pragmático.

Los soportes teóricos de la enseñanza en el modelo de la Tecnología educativa son: fundamento epistémico-teoría general de sistemas, fundamento psicológico-conductismo o asociacionista, fundamento técnico-tecnología educativa (Idem).

PROPUESTAS DE LA RACIONALIDAD CRÍTICA

En términos generales se ve al aprendizaje como un proceso de adquisición y transformación del conocimiento. Un conocimiento específico, conocido o reconocido como conocimiento científico, que formaliza la realidad; a la que representa. Un conocimiento desde lo unívoco (conocimientos semánticos o físicos) y polisémico (conceptos complejos de ciencias sociales).

Corresponde a una concepción constructivista, que permite establecer que el estudiante aprenda, generando un discurso lógico-conceptual-polisémico, en un complejo proceso en el que es sujeto activo, expuesto a la oferta del conocimiento disponible, en un marco procesal de contradicción y superación de los mismos, dentro de un contexto social que se vive en las aulas.

Desde el aspecto teórico metodológico, el abordaje que presenta el aprendizaje cognoscitivo se basa en conceptos de significación, entendido como «la posibilidad de establecer vínculos sustantivos y no arbitrarios entre lo que hay que aprender y lo que ya se sabe, que se encuentra en la estructura cognitiva del sujeto que aprende» (Coll, 1990) y la utilización de mapas o esquemas conceptuales que promueven aprendizajes que implican operaciones superiores del pensamiento como son: análisis y síntesis, así como capacidades críticas y creativas. Pese a que algunos teóricos no contemplan el aspecto social ambiental en esta concepción se hace más énfasis en el proceso que en los resultados.

Soporte teórico del aprendizaje constructivista: fundamento epistémico-constructivismo la teoría epistémica conceptual empirista, fundamento psicológico-Teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, cognoscitivismo, Psicoanálisis y Psicogenética, fundamento técnico-Didáctica-crítica (Ob.cit).

Como se ha mencionado, el primer plan de estudios aplicado en Enfermería Iztacala, por aspectos legales de la UNAM, fue el plan de estudios vigente en la ENEO, que corresponde al modelo tradicional, organizado por materias en las que el programa correspondía a un listado de contenidos. Las críticas realizadas al modelo tradicional por asignaturas fueron:

- Fragmentación y atomización del conocimiento, derivado de la desvinculación entre materias.
- Exceso de materias y contenidos, en afán abarcador del conocimiento.
- Tendencia al enciclopedismo, desvinculación teórico-práctica, fragmentación de la realidad por el distanciamiento entre los contenidos la práctica del alumno y la problemática social existente.
- El aprendizaje pasivo, receptivo y memorístico.
- La idea de conocimiento acabado.
- Uso excesivo rutinario y poco efectivo de la cátedra.
- Énfasis en el enfoque hospitalario y de especialidad.

La iniciativa que da origen en lo académico a las ENEPs, la intención de poner en práctica alternativas pedagógicas, fue trabajada desde el inicio por el denominado «Grupo de diseño curricular». Para el desarrollo del Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería, este grupo fue conformado por la Coordinadora de la carrera y un grupo de funcionarios y especialistas; quienes establecieron el perfil del egresado, explicitaron los fundamentos pedagógicos introduciendo en el lenguaje del plan de estudios conceptos como: estructura didáctica, horizontalidad, verticalidad y módulos, elaboraron los objetivos generales y el desglose de los programas de los catorce módulos.

En los talleres de formación docente para el Sistema Modular, los profesores elaboramos las estructuras conceptuales y las cartas descriptivas por unidad y por módulo.

Los textos básicos en esta etapa fueron Tayler, Taba, Lafourcade, otros elaborados por el Centro de Didáctica, CLATES, Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza y los elaborados por el Departamento de Pedagogía de la ENEPI. «Aportaciones a la didáctica de la Educación Superior» elaborados por el Jefe del Departamento y los pedagogos psicólogos y sociólogos que daban apoyo a las diferentes carreras. Las instituciones que dieron apoyo a la formación docente: CEUTES, CISE, Sector Salud, Sector Laboral y fundamentalmente el Departamento de Pedagogía de la escuela, dirigido por Alfredo Furlán Malamud.

En el año de 1980 iniciamos la instrumentación del sistema de enseñanza modular en la carrera de enfermería.

El proceso de evaluación curricular se inicia en 1982 y en 1984 toma como eje el correspondiente al currículum-programas. En la primera etapa realizamos un diagnóstico situacional de cada módulo respecto a objetivos, contenidos, metodología, evaluación, problemas de: docentes, alumnos y recursos académico-administrativos.

Desde el Taller de Evaluación Curricular un grupo de profesores representantes de cada módulo y algunos alumnos con apoyo del departamento de pedagogía revisamos el nuevo currículum, quien por su adscripción a la tecnología educativa se encontró caracterizado por:

- Carácter conductista de los programas.
- Subyace un concepto fragmentado y mecanicista del aprendizaje en los programas.
- Objetivos con enfoque taxonómico conductual que fragmenta la conducta humana.
- Desvinculación teórico-práctica del área escolar y la práctica clínica.
- Exceso de contenidos.
- Repetición o ausencia de algunos contenidos y procedimientos.
- Deidificación del método científico, sus técnicas e instrumentos.
- Falta de unificación en cuanto a procesos metodológicos.
- Los campos clínicos elegidos no posibilitan la instrumentación de estrategias propias del sistema modular.

En etapas posteriores se realizan modificaciones al plan de estudios ahora con un enfoque constructivista, con fundamento epistémico en la teoría conceptual empirista. Dentro de las modificaciones realizadas, se pueden identificar al revisar el plan de estudios:

Hay un fundamento psicológico desde la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, característico del cognocitivismo, también se introducen aspectos con base psicoanalítica que se plasman en los conceptos de Bleger y Pichón Riviere respecto a conducta molar y aprendizaje. con fundamento técnico de la didáctica crítica y de grupos operativos, lo que se puede constatar a través de la lectura del siguiente párrafo del plan de estudios.

«La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, como formadora de recursos humanos para la salud, considera necesario instrumentar su currículo de Enfermería, de tal manera que proporcione al alumno elementos metodológicos, teóricos y prácticos para integrar los aspectos de docencia, servicio e investigación. Propósito que pretende lograr a través de la metodología del sistema modular, que conceptualiza al aprendizaje

como un proceso activo que implica acciones de transformación dentro de una estructura múltiple y en el que la autonomía y la creatividad desempeñan un papel de importancia creciente. Se considera a la enseñanza como un proceso organizado cuyo propósito fundamental es el de conferir sistematicidad al proceso de aprendizaje y donde los docentes son sujetos creativos y por lo mismo abiertos al análisis de innovaciones y perfeccionamiento.»

La base pedagógica de esta propuesta se encuentra en la concepción planteada por la psicología social, que explica al aprendizaje como conducta molar, entendiendo esta como una experiencia que favorece el desarrollo de aptitudes y la modificación de actitudes.

La instrumentación de un plan de estudios que aplica el sistema de enseñanza modular facilita al alumno un acercamiento integral al objeto de estudio.

La dinámica grupal permite a través del proceso enseñanza aprendizaje, establecer vínculos entre los futuros profesionales de la carrera de Enfermería; fomentar el trabajo en equipo; el desarrollo del liderazgo y el incremento de valores vinculados con la práctica de la enfermería, tales como: pertenencia al grupo, responsabilidad y capacidad para la toma de decisiones.

«Durante su instrumentación, el sistema de enseñanza modular propicia que el egresado desarrolle una conciencia crítica y analítica, abierta a los cambios que se presenten en la población, en las instituciones y en el estado mexicano, que lo posibilite a ejercer su práctica integrándose a los diferentes sectores para promover la salud, prevenir, tratar las enfermedades y rehabilitar al individuo.»

Este es el discurso del modelo vigente, plasmado sobre todo en la fundamentación curricular y al que habrían de corresponder los catorce módulos. A partir de la descripción anterior y su conexión con el resto de los elementos del plan de estudios, se concluye respecto a los soportes teóricos de la sistematización de la enseñanza:

FUNDAMENTO EPISTÉMICO. De las reflexiones epistemológicas se derivan importantes criterios como son el concepto de ciencia, de conocimiento, de las disciplinas y sus límites, de las relaciones internas de éstas, del papel de la práctica, el problema de la investigación y sus métodos y de los criterios para la sistematización de la enseñanza.

En el plan de estudios se identifica que continúa manejando un concepto positivista de las ciencias, se reconoce éste a través de la presencia de ciertos paradigmas como son

la Historia Natural de la Enfermedad, en donde se forza a la realidad para entrar en un modelo que privilegia a la enfermedad, lo curativo, lo biológico, lo individual y lo especializado. Todo el Módulo de Generalidades, es manejado a través de esta forma de conocer, conocimiento y ciencia. Respecto a la disciplina y sus límites se observa en el módulo de Introducción que no hay una definición disciplinar de la Enfermería. Su estudio es de tipo retrospectivo, sin análisis del poco impacto de la profesión en el perfil epidemiológico del país, como tampoco se aborda la problemática actual de la enfermería en la formación y práctica y no se vislumbra el futuro en el que los egresados se insertarán en un mercado laboral.

La integración teoría-práctica, desde el plan de estudios es solventada en la asistencia a campos clínicos específicos de cada programa, sin embargo en la realidad existe una gran dificultad para desarrollar el modelo educativo modular en instituciones de 1o, 2o y 3er nivel de atención.

Respecto a la investigación y sus métodos, este es un eje que atraviesa los seis semestres de la carrera, la concepción y deidificación hecha al método científico, iniciada en los módulos metodológicos desde el primer semestre, dificultan que la investigación sea vista como un proceso creativo y recreativo de los aprendizajes.

Los criterios para la sistematización de la enseñanza en el discurso de los fundamentos curriculares se encuentran acercamientos en donde se asocian más al constructivismo en el manejo de las estructuras conceptuales por módulo y por unidad y por la significatividad de los aprendizajes. Por el enfoque explícito de la psicología social de Bleger, hay acercamiento con el enfoque psicoanalítico.

FUNDAMENTO PSICOLÓGICO. Explican desde la perspectiva del sujeto el proceso enseñanza aprendizaje y las relaciones que los sujetos establecen entre sí (lo manifiesto y lo latente). Cuando se hace referencia a un hombre como es el caso de la educación, ésta lleva implícita su concepción.

En la sistematización del plan de estudios analizado se encuentran elementos de la psicología social, que presenta un acercamiento con el psicoanálisis de ahí que sea necesario señalar cómo entiende Bleger al ser humano «... un sujeto dialéctico, ser social, perteneciente a la raza humana, ser concreto histórico (como individuo y como sociedad), que es capaz de pensarse a sí mismo, que está en posibilidad de producir su propios medios de subsistencia y que en esta producción crea la matriz fundamental de todas las relaciones humanas». Para Bleger el aprendizaje intelectual, «aún con su importancia es solo una parte del aprendizaje total que permanentemente realiza el ser

humano» (Bleger, 1973:214). Toda vez que se da la conducta en pautas, estas se manifiestan en el aprendizaje, el cambio puede darse en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo; o en todos con predominio en alguna. Se ha de ver entonces el aprendizaje como conducta molar y no molecular.

Sin embargo tal planteamiento se recoge poco en el desarrollo de los programas, hay una incongruencia originada en la forma de organizar tanto las actividades de aprendizaje como en la forma de los contenidos que se hacen relevantes a enseñar a un profesional que va a tratar con seres humanos. Todo lo anterior se incrementa en la desarticulación al asistir a la práctica clínica, dadas las cargas de trabajo es frecuente codificar o sólo numerar a los usuarios, lo que el alumno capta y en poco tiempo se hace mayor la diferencia entre el discurso del plan de estudios y la realidad vivida.

FUNDAMENTO METODOLÓGICO. Corresponde a las reflexiones técnicas, se refiere a la metodología de la enseñanza, incluye a los conceptos de estructura metodológica y estrategia para la enseñanza. Implica y privilegia según las diferentes corrientes: objetivos de aprendizaje, procedimientos de enseñanza, métodos individuales o principios generales de metodología educativa, naturaleza de las relaciones docente-alumno, contenidos, objetivos, instrumentos, evaluación entre otras. Las metodologías educativas principales son: didáctica tradicional, tecnología educativa y la didáctica crítica.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, la última revisión y los cambios realizados fueron resultado de una perspectiva desde la didáctica crítica. Los fundamentos curriculares así lo explicitan, sin embargo la metodología manejada en los módulos designados como teóricos metodológicos y clínicos son en parte conductistas o con elementos de esta corriente, aunque también se pueden encontrar elementos propios de la didáctica tradicional.

Respecto a la creatividad, entendida por Tudor Powell J. como «combinación de flexibilidad, originalidad y sensibilidad, orientada hacia ideas que permitan a la persona creativa desprenderse de las secuencias comunes de pensamiento y producir otras secuencias diferentes y productivas, cuyo resultado ocasione satisfacción a ella y tal vez a otros». No solo es cuestión de las vivencias escolares, el alumno básicamente se forma en la clínica y es ahí donde los procesos conductistas (modelamiento) aprendizajes repetitivos y de simple imitación se dan en forma cotidiana. En ocasiones la creatividad, que altera el orden establecido y pone en peligro cotos de poder, se sanciona diariamente y en forma tan repetida que se va conformando la repetición mecánica una pauta de conducta.

Las reformas educativas en los diferentes niveles abordados se han centrado en efectuar cambios a los planes y programas, generalmente sin una reflexión acerca de los principios epistemológicos, sociales, psicológicos y disciplinares.

Desde el origen de la enfermería profesional la identidad de la enfermera se da mediatizada por los valores de lo femenino.

Existe un discurso profesoral en las aulas y campos clínicos que refuerzan la subordinación ante los adultos, docentes y médicos. La delegación de las ordenes médicas han de ser cumplidas por el deber ser asumido-sumiso y no como saber consentido, por las enfermeras y alumnas.

Existe un gran número de actividades por realizar, rutinizadas, desglosadas hasta la minucia, que han de ser asimiladas-absorbidas por los alumnos. Por transmisión-repetición el conocimiento ahistórico, acrítico y asocial es predeterminado por el docente, quien a su vez sólo reproduce los programas elaborados por otros.

Los sistemas de evaluación, la disciplina y normas aplicadas sin explicación permean las relaciones docente-alumno, enfermera-alumno, médico-enfermera, enfermera-médico-paciente; introyectando en el futuro profesional las relaciones de dominación que a su vez reproducirá en su práctica profesional. el modelo autoritario reafirma los valores, inseguridades, solapamientos y baja autoestima que se iniciaron a partir de la familia.

En el caso específico del *currículum* de la ENEP IZTACALA, con diferentes intensidades, se presenta un panorama similar, desde un análisis pedagógico, se puede observar un planteamiento metodológico y conceptual que implica la existencia de un eclecticismo ingenuo o intencionado pero no explicitado en la argumentación curricular. Se encontraron elementos de los tres modelos y aunque de facto esta circunstancia podría justificarse por el tipo de actividad realizada, el que los docentes y alumnos no estén conscientes de qué está ocurriendo, eleva la posibilidad del fracaso de los modelos que conviven en un mismo plan de estudios.

El planteamiento dado en la fundamentación curricular se adscribe más a la teoría crítica o alternativa y los encontrados en los programas corresponden a la tecnología educativa o didáctica tradicional.

Los conceptos centrales explicitados en las estructuras conceptuales de los diferente módulos, enfocan al modelo de sistematización denominado Proceso de Atención de

Enfermería, el modelo de Historia Natural de la Enfermedad y los sistemas de atención médica.

Una gran ventaja que no se debe perder, que se presenta en escasos planes de estudios de enfermería y que en la currícula de Iztacala se encuentra, es esa tendencia a pesar por igual la importancia de la salud y la enfermedad, lo comunitario y lo hospitalario, así como el enfoque de la atención de enfermería hacia la salud industrial, escolar, senescente y gineco-obstétrica; llevada a la práctica en escenarios del primer nivel de atención.

A continuación se presentan algunos datos del mes de septiembre de 1997 al mes de septiembre de 1998, de la población estudiantil en la Carrera de Enfermería del Nivel Técnico que, conjuntamente con lo anterior señalan las principales características críticas que se viven en el desarrollo del plan de estudios vigente.

Es un hecho general de la UNAM el bajo índice de eficiencia terminal, de acuerdo con los datos presentados por la FCPyS, 45% de los alumnos inscritos no terminan la licenciatura y solo 10% se titula (Puga:1997). En el caso de Enfermería Iztacala, existe un alto porcentaje de trámites de baja definitiva, en comparación con años anteriores y con relación a las otras cinco carreras de nivel licenciatura de la escuela.

Del análisis realizado en los motivos de la solicitud de baja definitiva, se encuentra que una considerable proporción de alumnos abandona los estudios por haber llegado a la carrera con una idea confusa de lo que es, de lo que exige, con preferencias débiles u orillados por las bajas calificaciones obtenidas en el Examen General de Ingreso.

Existen marcadas preferencias de los alumnos hacia las cinco carreras restantes que se imparten en Iztacala (medicina, psicología, biología, odontología y optometría), por lo que consideran a la carrera de enfermería como un escalón para acceder a ellas mediante el cambio de carrera. Tanto los padres de familia como los alumnos inscritos desconocen la diferencia entre el nivel técnico y el nivel licenciatura, o consideran que al igual que otras instancias en que se da simultáneamente con el bachillerato, el nivel técnico de enfermería, podrán acceder una vez inscritos a ésta hacia las licenciaturas.

Un factor significativo para la deserción, corresponde al turno asignado, si se considera que son jóvenes que egresan de la secundaria (promedio de 15 a 16 años) y son enviados a una zona lejana a su domicilio, la salida para los alumnos del turno vespertino, entre las 21:00 y las 22:00 más la duración del trayecto da como resultado que los mismos

padres de familia soliciten su baja. El total se redondea con los problemas de jóvenes que aspiran a ingresar al bachillerato pero que son enviados a la última opción anotada en su selección de carrera y que una vez que inician la primera semana del semestre, reconocen que han cometido un error.

A los casos anteriores se suma en el transcurso de los siguientes semestres problemas de cambio de domicilio y de tipo económico. Es de reconocer que la diversidad de los sectores sociales de la población de nuevo ingreso, se inclina hacia la selectividad, de acuerdo con Bordieu y Passerón, y que a pesar del imaginario colectivo respecto al origen de los alumnos de enfermería de bajos recursos económicos, en la actualidad la situación de crisis prolongada del país, disminuye la oportunidad de completar los cuatro años de la carrera, incluyendo el servicio social y redimensiona el problema de la deserción escolar, el cual no puede seguir siendo visto como responsabilidad de un alumno que «no quiso o no se esforzó por llegar al éxito».

A pesar de que los anteriores casos son indicados como rechazo y deserción; solo es posible echar a andar programas remediales, dado que en el origen son razones fuera de las posibilidades de darle solución por la Carrera, sobre todo con el enfoque social de neutralidad que se lee en el plan de estudios vigente.

A partir del análisis anterior, si bien se reconoce que hubo progresos e innovaciones al interior de la Carrera en Iztacala, sin embargo los cambios sociales, educativos, normativos y la necesidad de profesionalización de la disciplina han hecho del modelo curricular vigente, un estudio obsolecente. Valorar los progresos, sin omitir criticar los estancamientos es una manera racional de impulsarse en esta riqueza acumulada para despegar hacia la construcción de imaginarios, deseos, utopías y arribar en el futuro a nuevos y mejores horizontes para la Enfermería profesional.

2.3. LA PROPUESTA CURRICULAR A DESARROLLAR

La profesión de Enfermería a más de 90 años de su inclusión como carrera universitaria, mantiene una imagen social de dependencia, subordinada del médico, sin posibilidades del ejercicio libre de la profesión, laboralmente validada por contrato institucional, profesión eminentemente femenina. Al interior de las profesiones está señalada por su indefinición conceptual.

La propuesta es romper ese paradigma de la Enfermería desde la formación profesional, en donde la estudiante debe encontrar y contar con elementos que le permitan, en un mercado ocupacional de condiciones adversas, formarse, recrear y transformar su realidad profesional.

Con 24 años de existencia y un intento en 1994, por formalizar el nivel licenciatura, la ENEP Iztacala, reinicia el trabajo de elaboración del plan de estudios de la carrera de Enfermería con la modalidad de salida intermedia de nivel técnico profesional y salida terminal de nivel licenciatura.

La modalidad propuesta, referente a la salida intermedia de nivel técnico profesional, está fundamentada en los siguientes razonamientos: Desde el ingreso los estudiantes se encuentran en una rama profesional, cursando una carrera, una sola vía para obtener la licenciatura. Existen pocos planes de estudio que le den a quien ingresa, la posibilidad de salida con un diploma intermedio, si hay deserción en el transcurso, lo hacen sin ninguna calificación reconocida o posibilidad de revalidación comparable. La licenciatura oficialmente tiene una duración de cuatro a cinco años, en la realidad hay una duración de 10 a 12 años.

Desde el punto de vista de la Sociología de las profesiones, las universidades producen el «efecto estacionamiento», en la medida que mantienen alejados del mercado laboral a un gran contingente de población económicamente activa, que de otra manera estaría demandando ante las puertas de los mercados de trabajo. La profesionalización de la enfermería así como la diferenciación de los niveles, ha de estar sustentada en competencias profesionales, personales y transversales (responsabilidad, comunicación, trabajo en equipo, razonamiento) tanto en conocimientos, habilidades y actitudes propios de la profesión como de los sectores de actividad profesional.

De acuerdo con el Dr. Barnés, «la licenciatura es y debe seguir siendo un sólido puente para tener acceso a la vida profesional» para lo cual propone, «...establecer programas flexibles, que respondan al siglo venidero». y en un contexto caracterizado por un acelerado crecimiento del conocimiento científico y tecnológico, enfatiza «...no podemos quedarnos rezagados en un mundo globalizado que se torna cada vez mas competitivo».

Ante la invitación al cambio y con los señalamientos anteriores:

- La primera tarea es fijar un punto de partida para empezar a construir, desde dónde analizar el pasado, descifrar el presente y preparar el futuro.
- Lo social y por lo tanto lo educativo en sus cambios de gran rapidez, pueden

ocultar, pero siempre hay que tener presente que el futuro no se adivina, ni se predice; el futuro se inventa y se construye.

- Es indudable que se está viviendo una época de crisis institucional y por lo tanto de lo educativo, sin embargo las crisis permiten vislumbrar tiempos mejores; vista así a la crisis, como una oportunidad de pasar a un estado superior de desarrollo.
- Se ha de concebir el futuro como vacío, en donde el individuo como constructor es capaz de construirse a sí mismo, construir su futuro y el de las instituciones de las que forma parte.

Es un compromiso de la Carrera de Enfermería de la ENEP Iztacala, como todas las IES, de responder a los señalamientos anteriores, mediante el establecimiento de compromisos, algunos de los cuales son:

- Diagnosticar factores coyunturales para aprovechar los cambios, optimando el impulso de los factores positivos a la profesión y haciendo frente común ante los negativos.
- Presentar a la profesión, vía sus egresados, cuadros altamente calificados que posibiliten el arribo a estadios de calidad.
- Construir diferentes escenarios y elegir de acuerdo con la visión que se tenga de la carrera, el que se desea a mediano y largo plazo.
- Orientar la construcción de un currículo flexible, que dé una respuesta a la sociedad y a la comunidad universitaria en forma innovadora, ágil e integradora.
- Un currículo que permita que mediante el trabajo individual y grupal, en organismos colegiados, que alumnas, docentes, investigadores y sociedad realicen esfuerzos dirigidos a elevar la salud y la educación en forma permanente.
- Invitar al sector público y privado a participar en la formación del profesional, a participar sus expectativas y apoyar con insumos, en un sentido de inversión a largo plazo, que retornará con egresados capaces de participar en la conformación de servicios competitivos con industrias homólogas extranjeras.
- Vincular a la Universidad con la sociedad a través de los programas de extensión universitaria que operen como puente, con instancias gubernamentales, empresas e industrias.
- Generar un plan de estudios que privilegie valores, reconocimiento y respeto a sí mismo y al otro, y fortalecimiento de la identidad como ser humano, como universitario y como profesional de la enfermería.
- Mantener una relación permanente con sus egresados mediante la formación de asociaciones y efectuar una acción directa y constante en las instituciones laborales receptoras.

- Dentro de las diversas estrategias que se establecerán: Uso de métodos de educación escolarizada, abierta y a distancia; uso alterno a la infraestructura existente, educación relacionada con actividades urbanas, educación con adaptación para el futuro basada en la continuidad y permanencia.
- Orientarse hacia el modelo de Atención Primaria a la salud.
- Reconocer a la educación continua como un proyecto de vida permanente en donde los sujetos desde que nacen hasta que mueren son susceptibles de incluirse en el proceso enseñanza aprendizaje, es decir, la educación del ser humano no cesa, solo cambia de forma.
- Educación vivencial con base a la vida cotidiana.
- Uso de un segundo idioma por la mundialización, capacidad de compartir las experiencias de autores de otros países, sin esperar las traducciones y para la superación del monoliguismo.
- Formar una cultura sobre calidad, competitividad y hábitos de previsión, habilidad para anticipar posibilidades y aprovechar posibilidades, etc.
- Reconocer que renunciar a la investigación en Enfermería es continuar permitiendo la hegemonía de otras disciplinas a través del conocimiento. Una de las vías para detener este dominio, es impulsar un desarrollo científico y tecnológico propio, suficiente y de avanzada, lo que depende en principio de la formación de un grupo crítico de investigadores con condiciones adecuadas para desarrollar su trabajo y que participe en la docencia e investigación.
- Una investigación que inicie a nivel licenciatura y culmine en el posgrado, una investigación en la búsqueda de conocimiento nuevo y la validación del existente, con significado e impacto social.

La Universidad ha de ser concebida como un claustro, donde se comparten conocimientos, emociones colectivas en torno a grandes proyectos y donde se da la comunicación de valores para el conocimiento profundo de la profesión.

La Carrera de Enfermería de la ENEPI inicia un proceso de análisis y creatividad de su proyecto educativo. La propuesta es emprender la tarea de actualizarlo con una actitud de vanguardia, en el sentido de garantizar en el futuro una alta calidad en el proceso académico, presentando ante las diferentes situaciones políticas, económicas y de salud; la propia interpretación, con una alternativa de modificación del plan de estudios.

En la planeación del proyecto presentar una actitud de previsión ante el futuro, para hacer realidad el mañana que se desea y que se necesita hacer posible. Se ha de

construir con rigor y seriedad, operando posiciones racionales, constructivas y consensuadas, con una visión holística, teleológica y trascendental; ver nuestro futuro como ámbito de la propia voluntad, de deseos por mejores mañanas y largos horizontes para Enfermería.

Se reconoce que el discurso oficial de planeación curricular está atravesado por tres conceptos fundamentales: calidad, equidad y pertinencia.

Desde la interpretación del presente trabajo, se habla de calidad no solo desde el enfoque gerencial, habrá que referirse además a la relevancia y científicidad de los saberes, como desafío permanente de la tarea universitaria. De esa calidad que alejada del utilitarismo, troquele la formación y actualización de profesores y que permita afrontar el problema sobre cómo mejorar el proceso enseñanza aprendizaje.

La equidad corresponde a ampliar la cobertura, desde las oportunidades de inscripción, permanencia, acceso al conocimiento y egreso del alumno. Referente a la pertinencia, se señala como una necesidad que el Sistema Educativo tenga una relación adecuada con las demandas de la sociedad, de la economía y en general con el desarrollo del país, es decir, vincular la educación con el mundo del trabajo y las necesidades sociales.

Se plantea una vez instrumentado el plan de estudios, realizar un seguimiento, entendiéndolo como el proceso de indagación sistemática de los hechos significativos ocurridos en el desarrollo de cada uno de los eventos particulares y de la Carrera en lo general, superando actitudes o posiciones pasivas o simplemente reactivas, sustituyéndolas por otras dinámicas o proactivas.

La evaluación, presente desde el momento de la planeación, el seguimiento y el cierre de cada ciclo; se enfocará a todos los actores del acto educativo, alumnos, docentes, autoridades; así como a los instrumentos involucrados: programas, medios, apoyos; como ese proceso contínuo y permanente que permita detectar logros, avances, retrocesos, estancamientos etc., todo lo que corresponde a la enseñanza.

Las diferentes etapas: planeación, implementación y evaluación estarán a cargo del grupo, formado por la plantilla docente, en donde cada uno y todos en conjunto construirá y se construirá en ese proyecto educativo, sin considerarlo un producto acabado, hecho y terminado. La fuerza del grupo, su cohesión y su diversidad serán la fuerza de ese proyecto ilimitado.

Pensar en la Enfermería, es reflexionar en la concepción que tenemos de ella y la que queremos tener, hacer un esfuerzo colectivo para transformarla, sin esperar pasivos o fatalistas la enfermería que nos quieran imponer.

Se vivirá el proceso de reforma en forma polémica, no es posible imaginarlo diferente, las características sociales y la esencia universitaria lo facilitan.

Para vivirse el docente como objeto y sujeto de reflexión y lograr transformar su realidad, ha de iniciar por conocerla, recorriendo el velo de la ideología hegemónica, reflexionar su cotidianidad, comprender qué o quién habla por él, trascender a la repetición y la reproducción de los conocimientos de otros.

Cambiar significa textualmente « tomar o hacer tomar », en vez de lo que se tiene algo que lo sustituya, por lo tanto, el cambio en la Enfermería Universitaria ha de ser una toma consciente y colectiva de la construcción de su quehacer profesional, de su realidad y de su futuro inmediato y mediato.

Con la propuesta anterior concluyo el segundo capítulo, después de haber realizado un ejercicio de reconocimiento a los esfuerzos realizados por autoridades, docentes y alumnos; esfuerzos encaminados a mirar posibilidades de cambio para la enseñanza y la práctica de la enfermería profesional universitaria, que en este momento histórico han de concretarse en la elaboración y presentación de un nuevo plan de estudios.

El siguiente capítulo aborda el tema central de la tesis. La propuesta de seis niveles teóricos para el nuevo plan de estudios de Licenciatura en Enfermería, que lo fundamenten desde lo epistemológico, psicológico, sociológico, pedagógico, jurídico y disciplinar de la profesión.

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEP IZTACALA UNAM

Para el Plan propuesto y como parte de la Planeación curricular se trabaja el presente proyecto de fundamentación teórica.

El análisis epistemológico, sociológico, psicológico, pedagógico, disciplinar y jurídico del nuevo plan de estudios, como elemento organizador del currículum y como integrador de la totalidad de los procesos que se vivencian en la formación.

La fundamentación teórica, considero, favorecerá una articulación racional del proyecto en sus diferentes etapas así como que permitirá dar inicio a la construcción o identificación de la definición conceptual de la disciplina de la Enfermería en su formación y práctica.

«Hay cuando menos cuatro núcleos disciplinarios cuya intervención es indispensable en relación a un plan de estudios: la epistemología, la sociología, la psicología y la pedagogía, entre las cuales se establecen nexos interdisciplinarios, que permiten abordar el objeto de estudio en forma más integral.

Además de estos cuatro grupos disciplinarios, hay la concurrencia de las disciplinas particulares propias del currículo que se diseña y de las cuales se obtienen los contenidos específicos.» (Pansza, 1997:18)

La propuesta es hacer converger elementos teóricos que propicien los cambios que son requeridos para formar a una enfermera profesional que se caracterice por su autonomía, su compromiso social, su capacidad crítica, su postura transformadora, su respeto por el otro, su compromiso con su desarrollo y educación para y durante la vida y con el

desarrollo y fortalecimiento de su profesión. Un profesional competente para asumir con flexibilidad los retos profesionales de hoy, y los del mañana.

Plantear desde el fundamento del *curriculum* formal, la posibilidad de concebir al profesional de la Enfermería como un generador de respuestas alternativas, desde un dominio de los conocimientos que integran su campo; facilitará desde la planeación, orientar las fases de instrumentación y evaluación curricular y a los diferentes actores del acto educativo hacia formas que superen la racionalidad tecnoburocrática, el pragmatismo y la visión determinista de la Enfermería.

«Mi propuesta sería entonces, enfatizar el papel de la definición de los conocimientos del plan de estudios, de cada plan de estudios, como una cuestión de importancia vital. Esta preocupación apunta a indicar que los grupos responsables de las formulaciones curriculares, destinen una parte significativa de sus recursos, al estudio de los componentes epistemológicos, psicológicos, pedagógicos y disciplinares relativos a lo que debe enseñarse en una carrera» (Glazman, 1992).

3.1. NIVEL EPISTEMOLÓGICO

La atención al enfermo, mediada por la ideología de la visión religiosa, que anunciaba la igualdad en la muerte, (se mueren igual ricos o pobres, indios, negros, criollos o españoles), no explicó el porqué estar enfermo o recibir atención era la imagen de la sociedad, de las castas y de las clases sociales.

La llegada a nuestro país del positivismo, marca la enseñanza y la práctica de la Enfermería, con una moral laica y empírica, como una religión científicista, que no dejó de estar mediada por la visión ideológica de la clase en el poder.

Desde entonces hasta nuestros días, la atención a la salud, así como la educación para la atención a la salud, son vistas como instrumentos políticos, para reproducir las condiciones beneficiarias al sistema dominante. La ciencia como tal, es creencia en la razón del saber médico, enfermeras y pacientes son sometidos a la ciencia, mucho más que en épocas anteriores fueron sometidos a la creencia religiosa.

La educación tradicional de enfermería ofrece, hasta hoy, una imagen donde la ciencia se caracteriza por tener un desarrollo progresivo, acumulativo y lineal. Los conocimientos son hechos acabados y verdaderos, no hay una idea clara sobre la producción del conocimiento y de los errores a que se enfrenta quien los produce, el

estudiante no ubica a la ciencia como actividad social ni reconoce la responsabilidad social que el trabajo de los productores de conocimiento han jugado en la historia. El conocimiento es transmitido como receta y la forma de llegar a él, solo son fórmulas que ha de aprender y repetir.

Sin embargo, para Enfermería, la preocupación por consolidarse como disciplina y profesión, la búsqueda de reconceptualizarse, la necesidad de definir su objeto de estudio, por el camino de formar modelos teóricos que expliquen su particular naturaleza, tiene que ver con el tema de la ciencia. Por lo que direccionar la formación de enfermeras universitarias hacia el desarrollo autónomo de la disciplina y de los saberes disciplinarios -sus modelos y procedimientos con los cuales se construye el conocimiento en esta disciplina- es un problema que atañe al nivel epistemológico de la misma disciplina.

La Carrera de Enfermería experimenta la necesidad de formular una plataforma explícita, si se ha de teorizar sobre la formación y práctica de esta disciplina en construcción, se necesita generar un espacio en donde modelos y referentes epistémicos se vuelvan términos y conceptos, que no sean mecánicamente copiados, mas bien sirvan funcionando como paradigmas para entender la esencia de los fenómenos y hechos del mundo, que permean la formación y práctica de la enfermería.

La situación actual de la Enfermería y la prospectiva de su formación y práctica, nos encamina a adoptar posiciones respecto a la identificación de núcleos de análisis, que permitan enseñar, producir y aplicar modelos epistémicos que empaten con lo real, mediante la crítica constante de los conflictos planteados en la aceptación transmisión y producción de conocimientos en este lugar y tiempo, con la mira a una transformación en beneficio de la profesión y de la sociedad histórica actual.

La necesaria ambición de científicidad de la Enfermería es inmanente a las condiciones reflexivas de su producción actual. Partimos del hecho de que Enfermería es más que un saber, pero que éste la constituye, y que todo saber tiene reglas de funcionamiento propias y referencias específicas que intervienen en la constitución y producción de ese saber.

La relación Epistemología-Enfermería, remite a recordar que la primera está por naturaleza en constante cambio y a declarar que la segunda es una disciplina en construcción, de ahí la pregunta ¿hay posibilidad de someter a la Enfermería a un examen de su identidad epistémica, considerada en sus orígenes, sus fundamentos y sus finalidades?

El presente nivel aborda las preguntas sobre: ¿qué marcos axiológicos y de conceptualización propios de enfermería se propondrán dentro de la propuesta curricular?, ¿cómo será concebido el problema de la formación del conocimiento en Enfermería? y ¿de qué manera la vinculación del desarrollo de la Educación superior de enfermería y el mejoramiento de los servicios profesionales de enfermería, dentro del concepto de las ciencias, fomentará la actividad investigativa para el desarrollo de la profesión, incidir en la solución de los grandes problemas de la salud y colaborar a aumentar el nivel de calidad de vida de la población mexicana?. «De la Epistemología o de la Teoría de la construcción del conocimiento científico, se toman elementos muy importantes para la ordenación y secuenciación de los conocimientos en función a criterios válidos. Estos criterios, se desprenden de la adecuada delimitación del objeto de estudio de la disciplina y sus modos de construcción, es decir, sus métodos, así como los límites y relaciones con otras disciplinas en el campo curricular, y para clarificar las relaciones entre investigación, conocimiento y aprendizaje...» (Pansza,1997:18).

La Epistemología, como Teoría del Conocimiento, es una explicación o interpretación filosófica⁷ del conocimiento humano. Trata de estudiar la significación objetiva del pensamiento y la referencia de éste a sus objetos. La ciencia y el conocimiento son el objeto de estudio de la epistemología.⁸

En la realidad contemporánea la Epistemología estudia las condiciones de producción y validación del conocimiento. Sin embargo, la Epistemología por su carácter filosófico se encuentra dialécticamente produciendo y siendo producida, influye y es influida por la totalidad de la producción humana y su devenir. Las múltiples tareas del conocimiento y sus problemas, propuestas y programas son el referente real que signan a la Epistemología como «producción perpetua», que en el momento actual se ha de abocar a reflexionar y transformar sobre el desarrollo científico y sus rupturas con la visión tradicional del conocimiento en expansión, ideológicamente reificado y alienante para el desarrollo de las sociedades en donde se produce y se aplica.

⁷ «La Filosofía es un pensar que inaugura caminos y perspectivas de un saber que establece criterios y prioridades ... Aquel saber que enciende, conmina y constriñe todo preguntar y conjeturar «. La Filosofía « nunca facilita más las cosas sino que las dificulta ... la agravación de la dificultad, constituye una de las condiciones esenciales y fundamentales para el surgimiento de lo grandioso» (Heidegger:,1993:3).

⁸ Es importante recordar que la epistemología como Teoría de conocimiento, entendida como validadora de la ciencia positivista, objetiva, pragmática, que reifica el monismo metodológico del método científico; ha sido fuertemente cuestionada. En la situación actual del conocimiento y sus problemáticas, la Epistemología abarca «...el ámbito íntegro de la producción teórica, concebida a partir del hacer científico» (Rivadeo,1983:7).

El conocimiento como hecho sociohistórico, que se encamina a aclarar cómo comprender vida y sociedad, con carácter azaroso y probabilístico, aproximativo y transformador, como praxis en su potencia de apropiación-transformación; cuya falta de imagen sensible no le limita en su objetividad, son algunas características que señalan una nueva propuesta de científicidad.

En un primer momento, iremos en la búsqueda sobre las reglas, las referencias y su funcionamiento para esbozar la identidad epistémica de la Enfermería, que se propone referencie la postura del discurso de nuestra profesión, en particular de la Carrera de Enfermería en la ENEP Iztacala.

Reconociendo que la enfermera es un participante y pertenece a un grupo social, al proveer cuidados, educar, investigar y administrar; se establece un relación entre su pensamiento y su acción en la vida social e histórica. Así, la profesional, parte de su conciencia individual y colectiva, particulares de su historia personal, su formación y práctica para trabajar con los «otros». Mediado por el juego de intersubjetividades, lo exteriorizable es el cuidado enfermero y cómo éste se construye en la disciplina.

En un segundo momento se expresará la manera como apoyar al estudiante en la construcción del objeto de estudio en el proceso de aprender durante la Licenciatura de Enfermería.

Por lo se propone que en la formación de enfermería, la enseñanza no debe estar enfocada sólo al conocimiento disciplinario que debe manejar el alumno, el plan de estudios necesita ofrecer elementos que capaciten al alumno para aprender, construir y manejar el conocimiento. En este sentido la comprensión del proceso histórico de producción del conocimiento, la construcción teórico conceptual relacionada con la disciplina y las estrategias metodológicas empleadas en ello, son básicas para la formación integral profesional.

A continuación se presenta la forma en que se concibe en la presente tesis cómo abordar lo epistemológico en la disciplina de enfermería, desde esos dos momentos.

3.1.1. DE LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO DE LA DISCIPLINA

A continuación se plantearán las bases teóricas disciplinares que se propone sean las que guén los procesos formativos en la Carrera de Enfermería en Iztacala. En primer

lugar se anotan los conceptos nodales en enfermería y además se incluyen otros conceptos que complementan la postura teórica de esta propuesta.

Será considerado a lo largo del tema que existe una falta de precisión de los conceptos que maneja la disciplina de enfermería, lo que ha generado grandes pérdidas e históricas confusiones y discusiones intradisciplinarias. Es necesario entonces, partir hacia la clarificación y precisión de conceptos -que originariamente surgieron del lenguaje cotidiano, imprecisos y poco fecundos para el desarrollo de la disciplina-, hacia conceptos definidos que nos hablen de manera puntual del objeto de estudio y del objeto de atención de la enfermera. La precisión de los conceptos, viabiliza la construcción de teorías científicas del campo, tan necesarias en esta disciplina en construcción.

a) MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

En nuestro país, la crisis de la enfermería contemporánea, desde la propuesta que se presenta en esta tesis, se puede abordar privilegiando un marco conceptual que centrado en la corresponsabilidad de la docencia, el servicio y la investigación; defina cuáles son las posturas de ciencia y conocimiento que subyacen en la construcción del cuidado como objeto de estudio de la enfermería.

El proceso creativo se hará basándose en modelos explicativos de la naturaleza del cuidado, que si bien, surge de actividades emanadas desde el saber humano no profesional, el cuidado enfermero ha de direccionarse hacia la formulación de saberes profesionales de observación sistemática, detallada y comprensiva de la salud humana, creadas por las propias profesionales de la enfermería, sin perder el marco interdisciplinario necesarios, sin el temor de indiferenciarse en este enfoque, antes bien considero, esto permitirá consolidar la identidad, particularizar la práctica y autonomizarse en la autorregulación de la disciplina.

Dentro de las especialistas en Enfermería se señala con insistencia el necesario basamento del plan de estudios en un modelo o teoría de la enfermería «lo que permitirá entre otras cosas la profesionalización de nuestra disciplina y el despliegue hacia la creación de ciencia en nuestro campo profesional» (Espino V., 1997:2).

Dentro de la disciplina de enfermería, desde diferentes países, principalmente de Europa y Norteamérica, las enfermeras han intentado definir su área de investigación y de práctica. A este grupo de profesionales que han generado la discusión acerca del

desarrollo del pensamiento enfermero, en la búsqueda de conceptos que definan a la profesión con una identidad propia, se les denomina teóricas y a sus productos modelos teóricos.

El estudio de los paradigmas, las concepciones y los principios que han guiado a la profesión desde Florencia Nightingale (1859), han sido descritos desde diferentes concepciones, las que se han agrupado en seis escuelas de pensamiento, cada escuela presenta un tratamiento especial a los cuatro elementos del metaparadigma de enfermería. A través de la identificación de los elementos esenciales de cada concepción se reconoce el momento evolutivo de la enfermería en que fue propuesto, por lo que se encuentran diferencias sustanciales en los conceptos centrales entre un modelo conceptual y otro.

Las primeras concepciones estaban centradas en la satisfacción de las necesidades, considerando principalmente los conceptos de persona y salud.

Las siguientes concepciones han puesto, mas bien, el acento en el concepto cuidado, describiendo el proceso interaccional requerido, casi siempre, para satisfacer las necesidades de las personas en relación con la salud.

Las dos escuelas de concepciones que han seguido, la de los efectos deseables y la de la promoción de la salud, han puesto el acento sobre el concepto salud. La salud se conoce como un ideal que se ha de conseguir mediante el cuidado a la persona en interacción con su entorno.

Más recientemente el principal concepto que sobresale en los escritos es el concepto de cuidado «caring», frente a la persona en cambio mutuo y en interacción continua con su entorno. El concepto «caring», está unido al concepto salud, que se mezcla en el proceso de desarrollo y de vida. Estas últimas escuelas presentan un cambio profundo que va de la integración a la transformación.

A través de las disertaciones teóricas, sobre la delimitación del campo disciplinar de la enfermería, se ha definido como objeto de estudio EL CUIDADO y como objeto de atención a LA PERSONA.

b) METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

Con el fin de precisar las características de la disciplina de enfermería, Fawcett (1984), en un examen de los escritos de varias teorizadoras ha reconocido como Flaskerud y Hallorand (1980), que los conceptos: persona, salud, entorno y cuidado están presentes en estos escritos.

El metaparadigma es el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento. La disciplina resume en el metaparadigma su misión intelectual y social acotando sus límites para distinguirse de las otras. La práctica de enfermería se desarrolla a través de los 4 elementos del metaparadigma, estos conceptos son altamente abstractos, guían la identificación del fenómeno que interesa a la disciplina, y las proposiciones generales que describe las relaciones entre los fenómenos; los conceptos son globales y proporcionan el marco de trabajo disciplinar.

Desde los documentos elaborados por Florencia Nightingale (1859), hasta las teorizadoras contemporáneas, han manejado en forma implícita o explícita estos conceptos; la caracterización que de ellos se da al interior de las teorías, la manera particular en que cada teórica ha abordado cada uno de los conceptos, su priorización y sus relaciones, es lo que le da el sentido, orientación y diferenciación al modelo y permite ubicarlos en paradigmas, entendidos como maneras de ver el mundo. «Para ser aceptada como paradigma una teoría debe parecer mejor que sus competidoras; pero no necesita explicar y, en efecto nunca lo hace, todos los hechos que se puedan confrontar en ella» (Kuhn, 1971:44).

Al interior de la Enfermería, parafraseando a Kuhn, la generación de estos paradigmas han afectado, como corrientes de pensamiento, la estructura del grupo y la manera de ver el campo de enfermería.

Estos conceptos son: **Persona, salud, entorno y cuidado**. Ahora denominados como conceptos del metaparadigma de enfermería, se presentarán a continuación.

LA PERSONA COMO ELEMENTO DEL METAPARADIGMA Y COMO OBJETO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Conceptualizada como un ente bio-psico-social y espiritual, visto por enfermería bajo una concepción holística como un ser integral e histórico, con potencialidades y debilidades que lo identifican como un ser unitario, finito y vulnerable. Puede ser

considerado como individuo, familia o comunidad, es decir, definida como uno o más seres humanos.

El concepto persona, representa un todo único y complejo, en él interactúan y se relacionan aspectos biológicos, físico, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

La interacción armónica con su entorno propicia su bienestar o determina su salud o enfermedad. La atención de las respuestas de la persona a problemas reales o potenciales de salud constituye el objeto de la enfermería, el cuidado.

El ser humano unitario de Martha Rogers, que se encuentra en estrecha unión con la naturaleza, es el objeto de atención de la enfermería. a través de hacer posible que la persona exprese su potencialidad de estar sano.

«El ser humano unitario es más grande que la suma de sus partes, y diferente de éstas, es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar... se caracteriza por patrones diferentes de los de las otras personas» (Rogers, 1997).

Para Parse (1981), además el ser humano es responsable de su manera de estar presente en el mundo, seleccionando y practicando los valores que modelan sus actitudes y comportamientos.

Así el ser humano es un todo unificado, que es íntegro y abierto al entorno cambiante en el cual se adapta, crece, se desarrolla en las diferentes etapas del ciclo vital, cada una de ellas tiene en el ser humano características propias, pero interrelacionadas en variadas dimensiones.

Con tendencia a ser independiente, es autónomo, inteligente con derechos y responsabilidades. Responde generalmente a un estímulo con variadas respuestas, da respuesta a sus necesidades de singular manera y estas se manifiestan igual; siendo también modificadas en el mismo sujeto, por el tiempo y el entorno.

El ser humano le encuentra sentido a la vida, se fija metas y desea cumplirlas, es capaz de verse a sí en el pasado, presente y futuro.

La persona es el objeto de atención del cuidado enfermero en caso de mantener la salud o cuando una alteración real o potencial en su patrón de funcionamiento comprometa su salud.

EL ENTORNO

Se define como «el mundo único de cada persona, incorpora al medio ambiente, físico, socioeconómico, y psicológico en el cual la persona se desenvuelve» (Grinspun, 1992:5). Incorpora los factores físicos, socioculturales, económicos y políticos que están presentes en el entorno de la persona e influyen en el mantenimiento del bienestar y determinan el proceso salud enfermedad.

El entorno para Rogers, es un campo de energía en cambio continuo y un sistema abierto. Los campos de energía de la persona y el entorno están en continua interacción. Interacción de sociedad, acontecimientos, condiciones y recursos.

El cuidado de enfermería se da a personas dentro de un entorno, el que ha de ser considerado en su existencia e influencia en la persona, entendiendo estas fuerzas o energías, la enfermera podrá hacerlas hacia el favor de la salud de la persona, estableciendo así un vínculo interactivo (persona = cuidado = entorno) para lograr su salud.

La atención a la salud mediante programas que respeten las creencias culturales, y la práctica de la atención a prioridades de salud de las comunidades. Desde este enfoque se posibilita ver al individuo como ser cultural, que pertenece a un tiempo y un espacio concretos, en un proceso continuo con sus creencias, valores y formas de actuar bajo un contexto político económico, social y epidemiológico.

La cultura como un conjunto de prácticas y productos que la persona ha ido construyendo, se convierte en el espacio en donde se manifiestan los fenómenos sociales. Desde el entorno cultural la enfermera se enfocará más al estudio y la atención del fenómeno social que se presenta.

Es importante que la profesional de enfermería advierta el carácter dinámico, procesal del entorno, con potencialidades hacia la persona y su salud que también son dinámicas y que interactúan en esa realidad. Presentándose lo dado-dándose.

LA SALUD COMO ELEMENTO DEL METAPARADIGMA Y COMO UN CONTINUO

El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, señala «Es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad».

Este concepto presenta entre otras las siguientes características: no se da a la salud una categoría como fenómeno social e histórico y queda en la subjetividad. Basado en el paradigma de la simplicidad, mediante una lógica lineal parte de la premisa básica de la exclusión.

Sin embargo al ser una definición que busca consensuar naciones, se reconoce por diferentes autores, quienes la señalan «.. es nuestra principal guía programática... El concepto nos llama a procurar la salud con todos los recursos disponibles y los beneficios de una sociedad moderna, con el fin de desarrollar las potencialidades individuales y colectivas. Abogamos por un bienestar mínimo necesario, que puede conseguirse protegiendo el medio ambiente y dando acceso universal a los servicios básicos, entre los que deben contarse los de salud y de educación» (Sotelo, 1994: 18).

La orientación del elemento salud dentro del metaparadigma, en primera instancia depende del modelo teórico de enfermería que se esté aplicando; sin embargo para fines de definición en esta tesis se tomará el criterio que lo presenta con una connotación de *continuo*. «Es el estado de bienestar de la persona, que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal» (Fawcett, 1995).

Partimos al análisis señalando que no hay completitud de salud o enfermedad, que como elementos dialécticamente complementarios, son dinámicos, complejos; incluyen daño y recuperación, vida y muerte. El principio dialógico lleva a pensar que los antagonicos también son complementarios, no existe lo uno sin lo otro y cada uno lleva dentro su antagonico. Lo que se piensa contrapuesto en lo lineal, visto desde lo dialógico es complementario. La aplicación del principio dialógico en la configuración del continuo salud aparece cuando las explicaciones lineales no explican más aquello que se pensaba cierto.

El continuo es una noción de naturaleza eminentemente matemática, los filósofos contribuyeron a elaborarla y la utilizan. Con un sentido matemático en las diferentes definiciones, lo continuo surge de lo discontinuo, o sea como un conjunto de instantes, puntos o posiciones.

Dewey presenta la noción de continuidad negativamente y por imágenes, « su sentido excluye por un lado la ruptura completa y por otro la mera repetición de identidades; excluye la reducibilidad de lo superior a lo inferior no menos que la existencia de hiatos completos. El crecimiento y desarrollo de cualquier organismo vivo desde su estado germinal hasta la madurez nos puede ilustrar el sentido de continuidad» (Abbagnano, 1974: 236). El organismo viviente sería la imagen; la división y la unidad de sus partes la continuidad.

En general se habla de continuidad entre dos cosas, Salud-Enfermedad, cada vez que es posible reconocer entre estas dos cosas, una relación cualquiera, de causalidad o condicionamiento, de contigüedad o de semejanza; pueden ser tomados como signos, pruebas o manifestaciones de continuidad, como también relaciones de oposición, de contradicción, de contraste o de lucha; que hablan también de que no hay un corte o ruptura entre las cosas que se oponen.

En la continuidad se encuentra que subyace la potencia, que de acuerdo a la noción aristotélica, implica la preexistencia, preformación y predeterminación. Aristóteles clasifica la potencia en términos de activa (capacidad de efectuar una mutación en otro o en sí mismo); pasiva (capacidad de sufrir una mutación, a través de otro o de sí mismo); capacidad de cambiar o ser cambiado para bien antes que para mal y la capacidad de resistir cualquier cambio (Abbagnano, 1974:938).

También por la utilización de la noción del continuo, se reconoce que en la salud se manifiesta la dualidad complementaria y no contrapuesta de la naturaleza humana: la unidad-diversidad, sin exclusión mutua. La uniformidad se da, ya que independiente de su origen, en toda persona hay una constitución biológica y psicológica, iguales necesidades fisiológicas y respuestas a estímulos; no obstante existen procesos manifestados en necesidades y enfermedades que difieren en función del hábitat de las personas, instituciones sociales y estilos de vida.

Así el concepto mismo de salud, comprende la idea de una cultura y un estilo de vida distintos e independientes, también basados en antiguos conocimientos y tradiciones vinculados con un territorio específico.

El fomento y el cuidado a la salud depende también de la interacción de factores: de origen general y con sustrato colectivo los factores biológicos, sociales, económicos, demográficos y culturales y los que responden en primera instancia al individuo y grupo familiar que son los hábitos, pautas, creencias y estilos de vida.

«Desde la salud, el hombre es en general más producto de su ambiente que de su dotación genética» (Dubos, 1973).

Desde lo social se reconoce que el desarrollo de la sociedad está en estrecha relación con las condiciones de vida prevalcientes, que hacen que la salud, actúe como causa y efecto del desarrollo. Con este enfoque se presenta la siguiente definición, por considerarla de las más completas en la actualidad: «La salud y la enfermedad constituyen los polos de un mismo fenómeno, que ejercen lucha de contrarios en forma dinámica, prevaleciendo el uno sobre el otro, dependiendo de un conjunto de

situaciones determinantes, configuradas por elementos no solo individuales (herencia, experiencias anteriores, etc.) sino también sociales tales como patrones culturales, condiciones de trabajo y de vida, que predeterminan ciertos niveles de salud-enfermedad en el individuo, familia y comunidad. En la relación entre dichos elementos se visualiza la enfermedad como fenómeno social por esencia y biológico por su forma (Eibenzchultz, 1990:43).

Señalamos con Frenk (1993), que la salud es un punto de encuentro, donde confluyen lo biológico y lo social, lo individual y colectivo, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Como inserta en lo social, la salud es dinámica .

La salud se expresa en los cuerpos de individuos concretos insertos en una matriz social económica política y cultural, la salud depende de sistemas: orgánico-biológicos, estilos de vida, patrones de consumo, ambiente y servicios de salud.

El cuidado de la salud va más allá de la aplicación de tecnologías médicas, no puede verse como un ámbito únicamente técnico, si bien la organización por la sociedad de los sistemas de salud es una alternativa de la modernidad, considero que la participación de la enfermera en la generación de nuevos campos de aplicación del cuidado, presentarán a la profesión con esa concepción de mayor orientación a la salud que sin negar a la enfermedad, no enfatiza en ella, la toma como parte del continuo.

El individuo enfermo, continúa en estado indivisible y en potencia de salud, con derecho a participar en su atención y de dirimir sus problemas y necesidades dentro de un grupo familiar y social.

EL CUIDADO COMO ELEMENTO DEL METAPARADIGMA Y COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Se entiende por objeto de estudio sobre lo que se quiere indagar, conocer, lo que se quiere saber. El objeto de estudio se construye desde diferentes perspectivas epistemológicas y teóricas, las que le van a conceder determinado sentido y significado, con direccionalidad, lo que le va a dar su especificidad. Va a estar delimitado, definido y determinado por la disciplina en estudio, por un marco multidisciplinario y por la propia práctica disciplinar.

El asumir como objeto de estudio al CUIDADO, permite deslindar y distinguir prácticas en las cuales el cuidado se encuentra sobredeterminado, en un marco multideterminado de la atención a la salud-enfermedad, multideterminado a su vez, por la compleja realidad social y del fenómeno en sí; sin implicaciones de disolución de la imagen ni la pérdida de la especificidad de la enfermería.

Reconocer al CUIDADO como objeto de estudio de la enfermería implica asumir cinco planos para comprender la forma en que como proceso y práctica se ha realizado

- plano histórico- la historia el cuidado humano;
- plano epistemológico- ¿se ejerce como práctica, como proceso...?, relacionarlos;
- disciplinar- ubicar desde cuándo surge como disciplina;
- profesional- ¿es por sus características profesión?, para, con, a quién, dónde...;
- ontológico- el ser del cuidado, de la enfermera.

Enfermería es una profesión y una disciplina. Como disciplina, su objeto de estudio es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales -el cuidado enfermero-. Como profesión contribuye a la restauración de la salud de las personas, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como método para el desarrollo de su práctica dirigida al cuidado de la persona.

Contribuye con otras disciplinas a promover, conservar y restaurar la salud del individuo, familia, grupos comunitarios formales y no formales. Aplica medidas diagnósticas, educativas, terapéuticas, administrativas y de investigación mediante la realización de los roles de: proveedor de cuidado, educador, gestor e investigador.

Su campo de aplicación es potencialmente diverso aunque generalmente se trata de ubicar en instituciones y sobre todo hospitalarias; paradigma que hay que romper desde el currículum. Realiza funciones delegadas, interdependientes e independientes.

Desde la atención prestada por Florencia Nightingale y señalada en sus Notas de Enfermería. (1859), «el cuidado deberá centrarse en el enfermo no en la enfermedad» hasta llegar a la escuela de pensamiento enfocada al «caring», donde Leiniger (1988), señala al cuidado como la esencia de enfermería y el enfoque central que unifica la práctica; en ambos conceptos existe ya la definición de CUIDADO, «to care» para diferenciar de otras profesiones destinadas a curar «to cure».

La diferencia estribaría desde el Diagnóstico y tratamiento, en donde se detecta y se trata una enfermedad o el diagnóstico y el plan de cuidados de enfermería en donde «Enfermería es la disciplina enfocada en entender el significado de esa enfermedad en el contexto del mundo personal del Sr. Sánchez.» (Grinspun, 1992:4), asistirlo para entender el significado de esta nueva experiencia, orientar su colaboración hacia la recuperación de su salud o asistirlo en una vida limitada con calidad o una muerte digna si éste fuera el caso. Asumir al Sr. Sánchez como ser humano unitario, integral, que comprende, aprende, cambia y está lleno de potencialidades para su bienestar y a quien la profesional de enfermería otorga un cuidado integral y comprensivo para la y con la persona.

Desarrollar la ciencia del cuidado, con enfoque a la salud como continuo, destinada a la atención de una persona en sentido holístico, un individuo, familia o comunidad que se desarrolla, afecta y es afectada por su entorno; desataría el divorcio de la modernidad de ciencia y humanismo, que nos ha llevado a «El conocimiento científico de la enfermedad humana como poderío (intelectual y técnico) y perplejidad (intelectual técnica y ética) de advertir que ese saber, tan inmenso y eficaz no es suficiente para entender y diagnosticar la real integridad de muchas enfermedades» y su tratamiento. (Laín, 1978:611)

Conocimiento científico que se ha negado a reconocer las ricas y variadas expresiones de la identidad específica de cada comunidad que se esfuerza por conservar, recuperar, desarrollar y transmitir los conocimientos heredados. Esos conocimientos tradicionales que están enraizados en el arte, la literatura, el folklore y en el cuidado. Un cuidado que escucharía a la persona que quiere ser más partícipe en la decisión sobre su tratamiento. Tendría como eje el bienestar del afectado y como objeto de sus efectos a la persona como concepto global.

c) EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera profesional sistematiza su intervención mediante la aplicación de los cinco componentes del Proceso de Atención de Enfermería: la valoración, el análisis diagnóstico, la planeación, la implementación y la evaluación.

La sistematización del trabajo profesional de la enfermera se vio apoyada con la difusión del método científico en el ejercicio de diferentes disciplinas. En nuestro país a principios de los años 70s, las primeras escuelas incursionaron en la utilización de esta denominación haciendo con una visión positivista de la época una semejanza obligatoria

de las etapas del proceso atención de enfermería con las etapas del método científico. A casi treinta años de su adopción por la enfermería profesional, el discurso ha sido matizado por otras corrientes de pensamiento y se le ve no como la panacea, sino como un herramienta lógica y por lo mismo, necesaria para la sistematización del trabajo profesional, asegurando la continuidad y la calidad del cuidado así como la participación de la persona en el cuidado a su salud.

La relación existente entre los conceptos del metaparadigma (quien reúne los propósitos intelectuales de la disciplina: entorno, salud, persona, enfermería); los modelos conceptuales (paradigmas que son la base teórica para la construcción de la teoría); las teorías (que describen, explican, predicen y controlan los fenómenos, en este caso, el cuidado) y el proceso atención de enfermería (que es el método del cuidado enfermero), se encuentra en la necesaria aplicabilidad de la teoría, con sus correspondientes conceptos del metaparadigma y cómo sistematizar la práctica aplicativa.

Hay que destacar que cada modelo teórico, por su énfasis en diversos elementos del metaparadigma y porque prioriza alguno de los elementos, además de la diversidad en su enfoque del cuidado, permite que aún con las mismas etapas del PAE, se diversifique las estrategias de aplicación.

Retomo a Kunn para concluir, por ser el paradigma parte de la ciencia «El nuevo paradigma implica una nueva definición nueva y más rígida del campo... Quienes no deseen o no sean capaces de ajustar su trabajo a ella deberán continuar en aislamiento o unir a algún otro grupo». y a Collière, Marie F. (1995), para señalar que la asunción de paradigmas en esta disciplina generará que, «El Rol de Enfermería habrá de desmarcarse de la influencia médica, adquirir el sello de una formación académica superior e introducirse y fortalecer la investigación en enfermería».

3.1.2. DE LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

De las anteriores reflexiones para la propuesta presento desde lo epistemológico que el proceso de formación del conocimiento del licenciado en Enfermería, se fundamente en el **Estructuralismo genético y el materialismo dialéctico**, la primera línea orientará que se puntualice en tres momentos de la formación:

En un **PRIMER MOMENTO**, la estudiante identificará cómo se manifiesta en ella. sus compañeras, su familia, su grupo de compañeros, esa conciencia individual y social

(cómo se autopercebe como ser social y perteneciente a un grupo, qué aspectos de la ideología que se transmite por la educación de la enfermera están formando la conciencia social del grupo etc), el abordaje de lo profesional se puede matizar en lo histórico, lo social, el enfoque de género.

Se acercará al conocimiento de sí y de los otros mediante lecturas y estudios de la vida cotidiana, así como de la problemática vinculada en su concepción de mundo y de ser humano. Iniciará a familiarizarse con revistas de estudios de investigación, con maneras de pensamiento crítico. Identificará y opondrá mediante sus lecturas y el análisis en grupo de estas lecturas, las categorías de pensamiento científico y riguroso contrapuestas con lecturas de corte rigorista, cerrado, de pensamiento rígido. Exponerse a través de estos primeros contactos al vocabulario y al descubrimiento de leer y entender trabajos de investigación hechos por otros.

El SEGUNDO MOMENTO, constituirá el trabajo con los «otros», mediado por el objeto de estudio de la enfermería -el cuidado-, acercándolo a la sistematización de la práctica mediante la herramienta metodológica denominada Proceso de Atención de Enfermería. Se acercará a establecer diagnósticos de enfermería, y diferenciarlos con los diagnósticos médicos; los estudios estarán dirigidos a individuos, familias y grupos sanos. La culminación será la generación de propuestas dirigidas a conservar, preservar y mejorar la salud, así como señalar esos factores de riesgo generados por los estilos de vida que orientan hacia la enfermedad en el continuo de la salud.

Es un momento de gran importancia en donde la alumna inicia su participación en investigaciones, teniendo a la profesora o a tutores como líderes, siguiendo con ellas sus investigaciones para identificar procesos, aplicabilidad, identificar los momentos. Compartir el docente con el alumno la visión que se tenga de los diferentes momentos de una investigación.

Una propuesta interesante en investigación de enfermería a nivel licenciatura es la de Charlotte Rapsilber (1998): «Tratar de eliminar, al inicio, la computadora para dar al alumno la oportunidad de manejar los datos con las manos, para ganar un entendimiento de cómo la computadora recopila los datos».

El TERCER MOMENTO, de acuerdo con el objeto de atención (individuo, familia y comunidades sanas o enfermas) y el problema de investigación; el alumno en vínculo con el docente tutor, seleccionará el modelo teórico que se adapte mejor a la situación, objetivos del estudio etc. Aplicará el Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque categórico-conceptual y filosófico elegido para dar el cuidado enfermero.

La sistematización del cuidado y su basamento en modelos teóricos le posibilitarán en esta etapa, la planeación, la aplicación y la evaluación del cuidado; además de la elaboración de informes, que podrán tener el enfoque de resultados dirigidos a revisar la aplicabilidad del modelo teórico, a revisar el impacto del proceso de atención de enfermería aplicado al objeto de atención o a generar otros tipos de estudios para reproducir el conocimiento sobre el cuidado enfermero. Tal recorte, del acto comportamental del cuidado íntegro y sistémico, se hará con fines didácticos y de investigación regresando con esto a retroalimentar la práctica educativa y profesional de acuerdo a la visión de un alumno ya casi en el final de su carrera.

De acuerdo con la revisión realizada en diez planes de estudio de Escuelas y facultades de Enfermería en la República Mexicana, se encontró que explícitamente, algunos colegios, se han interesado por considerar estos elementos dentro de la planeación curricular y se han decidido por adoptar uno o dos modelos.

Considero que el adoptar un solo modelo teórico disminuye la oportunidad en los futuros profesionales de conocer o practicar con otras concepciones. Propongo que sean las características de la práctica clínica, en cuanto a los enfoques priorizados, a las situaciones vividas, a los intereses académicos del módulo, a los niveles de competencia profesionales adquiridos y al interés del alumno, guiado por la experiencia del docente en la enseñanza tutorial, quienes definan el modelo teórico a seguir. Para poder elegir con conocimiento antes de realizar la práctica clínica que requiera la toma de decisiones de adoptar un modelo, los alumnos habrán recibido previamente la información completa de cada uno de ellos.

Aquí además, es importante hacer réplicas de investigaciones realizadas en los niveles de posgrado en enfermería, en donde se estén aplicando teorías o modelos de enfermería. El alumno, partiendo de problemas de su realidad, desarrollará la pregunta de investigación, para identificar conceptos que le ayuden a responderla, es también enriquecedor allegarse conceptos y teorías de otras disciplinas.

Respecto al PAE, por ser una herramienta para sistematizar el trabajo, considero que deber ser revisada dentro del primer año de la carrera, aún cuando sea visto solo en sus etapas y con una práctica desde lo metodológico de éstas, sin que haya una determinación por alguna de las corrientes teóricas que se revisarán más adelante. Posterior a que el estudiante cuente tanto con el manejo apropiado de la herramienta y la formación teórica, podrá llevar a cabo en la práctica clínica la integración de los dos elementos revisados, atravesados por los cuatro conceptos del metaparadigma.

La propuesta, anterior, con sus tres momentos, se basa en la **perspectiva estructuralista genética**, que orienta a reconocer que en la formación científica de la enfermera (como en toda realidad humana), existen mecanismos de autorregulación y progreso (en el proceso de estructuración se implica la tendencia a la incorporación del equilibrio), dando paso a los fenómenos de acomodación y asimilación (como procesos de estructuración orientados a conformar nuevos equilibrios, diferentes del existente y mejor adaptados a la praxis⁹ actual.

Recordemos finalmente que para Piaget, el edificio lógico presenta en su última etapa el pensamiento formal, carácter de los adolescentes y de los adultos. En esta etapa el individuo dispone de un pensamiento estructural y funcional que le permite elaborar hipótesis, planificar comprobaciones e identificar el determinante causal a partir de la deducción formal, Todo lo anterior le permite rebasar el pensamiento concreto del niño.

Para la formación del profesional de enfermería, además de las crisis del entorno y las que vive la propia construcción de la disciplina, resalta la importancia que presenta en la relación pedagógica la transmisión y la construcción del conocimiento, característicos del hecho educativo, genera la necesidad de establecer un vínculo entre la didáctica problematizadora y la epistemología.¹⁰

Ahora señalo la postura que ante la palabra conocimiento, se asume en el presente trabajo, resaltando que desde que nos introducimos a hablar de Epistemología, nos ubicamos en el problema epistemológico e iniciamos a trabajar epistemológicamente.

Propongo para el nuevo plan de estudios, entender al conocimiento como lo dado dándose¹¹, diferenciar la concepción del conocimiento como producto acabado, que

⁹ Retomo la orientación de Paulo Freire sobre la praxis, quien la señala como una forma de actividad exclusivamente humana, un propósito del hombre, una proyección de su ser hacia el exterior. Es la actividad práctica que se diferencia de la racionalidad técnica, porque es una acción que se modifica a sí misma, a su base de conocimientos, en función de sus consecuencias. Señala Freire que la guía de la praxis no es la utilidad de un producto, sino una disposición a «obrar correctamente» entonces pensamiento y acción (teoría y práctica), son meramente constitutivas, además que dentro de la praxis el pensamiento y acción se someten a modificación dialéctica.

¹⁰ «Una epistemología que posibilite la aprehensión de la realidad, misma que conlleva una reconstrucción-construcción del objeto de conocimiento, a través de una lógica de descubrimiento que necesita articulación de campos disciplinarios, así como un análisis de fenómenos que se expresan en diferentes niveles (macro, meso y micro) y dimensiones (en espacios espacio temporales) de la realidad» (Morán O, 1990:56).

¹¹ «Superar el reduccionismo de lo dado como expresión unívoca, por lo dado-dándose, lógica que se manifiesta a través de un proceso eminentemente dialéctico, dentro del cual los elementos interactúan en forma de proceso, en el cual los integrantes se complementan. Es una síntesis integradora de los opuestos, que abarca desde procesos vitales, sociales y de la idea de realidad en movimiento» (Nicol E.,1990:17).

en la docencia de la enfermería ha conducido a la reproducción de prácticas probadas, ideas poco razonadas, propiciadoras de la pasividad y receptividad del alumno, (conocimientos obsoletos para la realidad de más allá de las aulas y los laboratorios de la carrera); hacia una concepción de conocimiento como construcción y como información, en donde la docencia se convierta en un proceso creativo, a través del cual los sujetos que enseñan, aprenden y los que aprenden, enseñan, interactuando con el objeto de conocimiento de la disciplina y develan su lógica de construcción.¹²

En este espacio regie el docente de la carrera de enfermería y el alumno, en su praxis¹³, ejercerán la crítica en el ámbito cotidiano, se plantearán nuevas formas de pensar su realidad, para trabajar en común hacia su transformación. Desmitificando la neutralidad del conocimiento, reconociendo los intereses y las condiciones histórico concretas a las que responde.

Como se ha visto en párrafos anteriores, en la formación y práctica de la enfermera, desde lo epistemológico, propongo se oriente el nuevo plan de estudios desde una perspectiva estructural genética y además en una perspectiva del materialismo dialéctico.

«...El pensamiento dialéctico, que es un estructuralismo genético generalizado, afirma la posibilidad de conceptualizar y de integrar la génesis en el saber científico, pues estudia, no hechos aislados o estructuras, sino procesos de estructuración, y los estudia, no desde el exterior y en un plano meramente teórico- que aspiraría a la objetividad total-, sino dentro de la perspectiva de un individuo que forma parte de esos procesos y que toma progresiva conciencia de una manera científica y positiva, de su propia naturaleza, de su lugar en el conjunto y de la naturaleza de éste» (Goldmann, 1972:86).

La enfermera en formación y la disciplina de enfermería, en la construcción del conocimiento ha de reconocer el hecho de que la vida social de que es producto y productora de conocimientos sobre el cuidado, se da en un conjunto de procesos, y que las condiciones actuales son resultado de la praxis de los grupos de enfermeras anteriores y que estos a su vez fueron influidos por miembros de otros grupos (médicos sobre todo) con que se relacionaron, así como ahora estas enfermeras en formación y

¹² «La teoría del conocimiento tiene una función muy importante que cumplir en la enseñanza, en la medida que puede ayudar al docente a colocar sobre la mesa de la discusión los problemas sobre la construcción del conocimiento que se trasmite» (Zemelman, 1987:83).

¹³ Señala Paulo Freire que la educación verdadera es « praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo», también es diálogo, se da en situaciones sociales, económicas y prácticas concretas, Es generador de una transformación auténtica, global del hombre y la sociedad. La educación es un acto de amor, de coraje, de práctica de la libertad dirigida hacia la realidad, a la que no teme, mas bien busca transformarla por solidaridad, con espíritu fraternal.

las profesionales de enfermería, con su praxis modificarán su mundo y el de otros grupos con los que se relacionen (dentro del equipo multidisciplinario) y que tendrán influencia en el mundo de grupos futuros.¹⁴

Hago notar que en esta relación cognitiva entre sujeto cognoscente, objeto de conocimiento y conocimiento, se concibe la tercera vía propuesta por Marx, quien de acuerdo a Sánchez Vázquez, a partir de la superación de la contraposición del idealismo con el materialismo mecanicista, donde el sujeto realiza una actividad teórico-práctica, El objeto es un producto de la acción teórico-práctica, la praxis. Y el conocimiento es un proceso de construcción de objetos por esta praxis.

3.1.3. SOBRE LA METODOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

¿Cómo abordar el estudio, cómo explicar el hecho humano del nacimiento, la muerte, el dolor, la insuficiencia del hombre, de la mujer, del niño, del anciano? ¿Es posible para otro ser humano -la enfermera-, distanciarse del otro, desmenuzarlo, fragmentarlo, experimentar, sin reconocerse en él?

Es cuestión del método desentrañar la forma de reconocer que si bien hay aspectos de los procesos sociales que siempre requerirán para su estudio de enfoques y procedimientos cuantitativos, también hay que introducir la aplicación de paradigmas cualitativos, que con el necesario rigor científico mantengan la integridad del método, sin confundirlo o medirlo como semejante a la investigación cuantitativa.

Es necesario incursionar en lo cualitativo para que en enfermería se posibilite romper con el paradigma que obliga a que el objeto de estudio -el cuidado de enfermería- deba ser tratado únicamente por el método experimental.

La profesión de enfermería se encuentra atada en sus procesos de elaboración científica, considero por dos razones: por razones de ética no puede hacer controles, y socialmente el método legitimado es el cuantitativo, rigorista; que se convierte en el discurso, en obstáculo epistemológico, mediante las premisas teóricas positivistas y pragmatistas que lo apoyan.

¹⁴ Tercera TESIS SOBRE FEUERBACH: La doctrina materialista que pretende que los hombres son productos de las circunstancias y de la educación y que, por consiguiente, los hombres transformados, son productos de otras circunstancias y de una educación modificada, olvida que son precisamente los hombres quienes transforman las circunstancias y que también el educador necesita ser educado. Por eso, inevitablemente tiende a dividir la sociedad en dos partes, una de las cuales está por encima de la sociedad.

La herramienta metodológica de nuestra profesión, el Proceso de Atención de Enfermería, se legitimó en un ambiente positivista, convirtiéndose en el único modo de hacer científica la atención profesional, dificultando con esta visión la producción de conocimientos radicalmente nuevos o con abordajes diferentes.

Propongo en principio, inicie por reconocer que la enfermera y la formación y práctica de la enfermera, se desarrollan en una sociedad donde conviven dos paradigmas: el cuantitativo, hipotético-deductivo-inductivo-experimental y el cualitativo-hermeneúticonaturalista.

Segundo punto, plantear cómo la problemática del conocimiento de la disciplina de enfermería, configurado por la necesidad de avances de su determinación científica y por la crisis de la conceptualización de la científicidad, partirá de señalar que se considera que la polémica métodos cuantitativos vs métodos cualitativos, es falsa «Quizá sea un hallazgo ya alcanzado el rechazo de los exclusivismos. La explicación científica ni es solo causalista, ni solo teleológica o hermenéutica. El postulado de la complementariedad se va abriendo paso y transitando de un mero deseo a concreciones metodológicas justificadas»(Mardones y Ursúa, 1982:35). La presencia de una pluralidad de métodos, se debe a la existencia en los postulados básicos acerca de la naturaleza del objeto que se pretende investigar, del modo en que el problema a investigar puede ser abordado y de la perspectiva epistemológica en que se sitúe el investigador. Sin embargo se ha de vigilar la no yuxtaposición de modelos o métodos y no caer en el eclecticismo y las modas.

Esta necesaria apertura parte de reconocer que es necesario allegarse recursos metodológicos que se adaptarán a las características de los problemas estudiados, con apertura a nuevos enfoques y métodos de investigación flexibles, que ayudarán a captar los matices y aspectos cualitativos de la experiencia de salud y del cuidado de enfermería de la salud de los sujetos.

La teoría crítica ofrece a la práctica de enfermería un marco de trabajo que se puede aplicar hacia una auto reflexión y un cambio que genere una nueva dimensión de la práctica. Aplicar la Teoría crítica y la Teoría de la acción comunicativa tiene aplicaciones evidentes si contemplamos a la práctica de enfermería como una acción que comprende colaboración y un proceso mutuos entre la enfermera y el paciente y que además requiere de que el paciente se fortalezca y se mejore dentro del sistema de cuidado a la salud.

La necesidad del establecimiento de vínculos, también se aborda desde la colaboración entre países, organismos, instituciones o investigadores, con el fin de compartir información y planear y desarrollar proyectos, lo que encamina a la formación de las redes de investigación en enfermería. La estrategia va orientada a compartir infraestructura, aprovechar potencial humano y elevar el desarrollo de los integrantes, rebasando la situación marginal o entrópica de individuos, grupos o naciones. Aprovechar conocimientos y tecnología ya disponible, tiene como resultado compartir esfuerzos direccionándolos hacia áreas del conocimiento que ofrezcan un beneficio potencial.

Una red de investigación implica que el flujo de conocimientos e información, deje la corriente unidireccional vivida en el desarrollo actual de teorías y modelos en enfermería, donde la enfermera mexicana ha sido receptora de la generación de éstas por colegas de los países del norte (Estados Unidos y Canadá), Inglaterra y Francia.

Habrán que generar redes de investigación en diferentes niveles de ampliación desde aquellas que aborden campos específicos comunes hasta aspectos de orden global.

Hay que reconocer además que la educación superior supone el contacto con un cuerpo de conocimientos formales que al ser impartidos al estudiante adquieren formas múltiples en su aplicación, por lo que las IES no pueden prever ni enseñar la totalidad de las prácticas posibles del campo profesional, sin embargo desarrollan conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y valores para la detección de problemas, generación de alternativas y aplicación del conocimiento formal en la toma de decisiones profesionales.

Plantear desde el fundamento del currículum formal, la posibilidad de concebir al profesional como un generador de respuestas alternativas desde un dominio de los conocimientos que integran su campo; facilitará desde la planeación orientar el currículum vivido hacia formas que superen la racionalidad tecnoburocrática, el pragmatismo y la visión determinista que ha acompañado en su historia a la enfermería.

Tercer punto, dentro de la selección de la metodología para formarse y formar conocimiento en esta disciplina, se partirá de reconocer que en lo disciplinar el método ha de posibilitar el estudio de los elementos del metaparadigma. La salud como fenómeno humano complejo, si no se ve o se dice, si no se le menciona por su nombre, la estamos eludiendo, y con ello estamos eludiendo dar una respuesta a quien la posee o a quien la carece, a la persona, quien es el objeto de atención de la profesional de enfermería.

La enfermera y la persona se encuentran en interacción e interaccionando dentro de un entorno, quien en su complejidad le da forma y sentido al acto profesional, el cuidado y a una forma de vida, la salud.

Rapsilber (1998), enfatiza que en la enfermería de otros países, los paradigmas contemporáneos (empírico analítico, hermeneúatico-interpretativo y sociocrítico), son utilizados con probados resultados de aplicabilidad al cuidado enfermero, por lo que dentro de la propuesta expongo algunas de las maneras en que se podría dar en nuestra realidad.

El modelo Galileano, método Analítico que parte de la teoría racionalista se aplica mediante el Proceso de Atención de Enfermería, el cual está basado en el método científico, otra de las formas es el análisis de tareas, los estudios sobre cargas de trabajo etc. Hay una relación estrecha de esta metodología con el modelo médico (de base positivista), que ha permanecido en la profesión de enfermería desde Nightingale hasta hoy. Una limitante es que el modelo galileano aplicado en enfermería se sustenta en la explicación causal que sustenta las construcciones teóricas que produce el método científico. La explicación causal entiende todo fenómeno como estado sucesivo de cosas explicado por una ley científica causa-efecto. que permite la predicción del fenómeno. La teoría proporciona los elementos que permiten tomar decisiones racionales acerca del cuidado. La necesaria objetividad e independencia del sujeto y el objeto generan el riesgo de promover en la disciplina una ausencia de valores, universalidad, verificabilidad y neutralidad del conocimiento, propio del método analítico.

El modelo Aristotélico, método interpretativo, hermeneúatico y fenomenológico, se aplica mediante el estudio de casos, la observación participante, etc. Está basado en un enfoque holístico, mediante su aplicación se puede reconocer al objeto de enfermería -el cuidado de la salud de las personas- con capacidades de encontrar y compartir significados que se desarrollan en contextos donde comportamientos y valores y creencias subjetivas, generan acciones (entendidas en forma diferente a conductas) con sentido. Carr y Kemmis apoyan este método afirmando que la creencia de que la teoría es no práctica y la práctica es no teoría es falsa, al igual que la teoría es reflexión y la práctica es acción. En realidad señalan los autores que existe actividad teórica y actividad práctica. La teoría se puede crear y aplicar en la práctica. Lo anterior aplicado al modelo genera posibilidades para enfatizar que el cuidado enfermero es una práctica social concientemente ejecutada y que es comprendido por el marco general en el que se encuentra sentido a la práctica en una visión dialéctica.

El modelo sociocrítico, basado en la Teoría de los intereses constitutivos de los saberes, parte de categorías descritas por: Habermas¹⁵. Principios humanísticos por E. Fromm. Conducta molar areas de la mente, cuerpo y mundo externo, de la psicología social, por Pichón-Riviere y Bleger. El paradigma aplicado a la enfermería permite concebir a la salud como fenómeno social, histórico y biológico, los proyectos creados dentro de este paradigma, permitirían estudios para identificar a la enfermería y a la persona que se encuentran en contextos constituidos socialmente con valores e intereses a menudo contrapuestos con modelos de dominación y estructuras de privilegios. El modelo se sustenta en la crítica ideológica con el método crítico-dialéctico. Sostengo la propuesta de que la autonomía de la profesión de enfermería ha de pasar por la crítica de una educación emancipadora que ayude al estudiante a superar las contradicciones que experimenta y a volverse crítico con las rutinas y conocimientos creados por otros.

3.1.4. SOBRE LA RACIONALIDAD DEL MÉTODO EN ENFERMERÍA

Propongo para la lectura de las investigaciones en enfermería develar y poner en la mesa de debates, entre otros, los siguientes aspectos:

- ¿cómo se está conceptualizando ciencia y método?, ¿qué tipo de relación se establece entre el sujeto y el objeto de conocimiento? lo que nos permitirá desvelar apoyándonos en Horkheimer sobre el tipo de racionalidad (instrumental-objetiva o subjetiva) aplicada en la educación, investigación y práctica de la enfermería mediante un ejercicio teórico-reflexivo.

La conceptualización de los elementos del metaparadigma permitiría identificar las posibilidades de construcción del discurso de ciencia en enfermería, descubrir cómo se está construyendo la racionalidad en enfermería, en la educación y en la práctica, permitirá criticar y proponer cómo ir la construyendo en su singularidad, proponer líneas generales, reformular metodologías.

La identificación de los fines de la investigación en enfermería basándose en Horkheimer, en su crítica a la razón instrumental, al hacer énfasis en la necesidad de poner los fines en interrogación, en discutir sus contenidos implícitos, los valores que

¹⁵ Habermas sigue la línea de la teoría crítica, enfatizando a diferencia de Weber, los valores, llamándolos intereses. Interés indisolublemente ligado al conocimiento, pero que a través de la reflexión crítica el interés puede llevar a un conocimiento emancipado. El interés emancipatorio es una actividad reflexiva que permite justamente desenmascarar los motivos ocultos para liberar el conocimiento de hipóstasis.

subyacen y en ejercer un juicio sobre los mismos. El juicio permitirá desvelar los valores, su sustento e implicaciones, no su negación, mucho menos su neutralidad. Poner el acento en el fin y no en los medios; reflexionar antes de planificar, desplazar la discusión de los medios a los fines¹⁶.

Reconocer que las enfermeras reflejamos mediante las actitudes asumidas ante el objeto de estudio y el sujeto de atención, y ante nuestro trabajo teórico-práctico, valores que hablan de nuestro paradigmas.

3.2. NIVEL PSICOLÓGICO

La investigación en psicología y educación, vinculada a diferentes corrientes, tiene como foco de atención tanto el descubrimiento de los procesos internos que se verifican en el sujeto que aprende, como el mejoramiento de sus evidencias externas. Este nivel parte de las orientaciones emanadas de las teorías del aprendizaje. «La psicología explica desde la perspectiva del sujeto, el proceso de enseñanza aprendizaje y las relaciones que los sujetos establecen entre sí.» (Panza, 1997:22)

Dentro del nuevo plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, con el fin de propiciar una formación intelectual del alumno orientada al desarrollo de los procesos de pensamiento, de las estrategias de aprendizaje y a generar un estilo de aprendizaje que conlleve a una formación académica integral, haciendo posible un rendimiento escolar de excelencia y un desempeño profesional calificado, se propone desde el marco de la psicología educativa como fundamentos teóricos: **el constructivismo, la psicología cognoscitivista y el enfoque de la psicología social.**

Lo anterior implica suplir en la educación de la enfermera, el uso del enfoque tradicional, con características que inducen a la fragmentación del conocimiento, la memorización y repetición de los datos como mejor evidencia del aprendizaje y validación de estos conocimientos aprendidos a través de exámenes memorísticos; por uno cualitativo, que a partir del enriquecimiento de la estructura cognoscitiva del alumno, le permita desarrollar estrategias de pensamiento y un estilo de aprendizaje de alto nivel durante

¹⁶ Horkheimer trabaja con la premisa marxista de conocer para transformar, plantea como cometido de la filosofía el que los hombres y las mujeres tomen conciencia de la contradicción entre lo existente y lo ideológico. Advierte sobre el cómo la razón subjetiva al desentenderse de los fines se concentra en la racionalización de medios y fines, su valor es meramente operativo, instrumental. La calculabilidad sustituye a la verdad, la eficacia y el éxito son los criterios de validación, como una razón construida en términos de entelequia.

su estancia en la escuela, al mismo tiempo que estudia y aprende los contenidos de los módulos del plan de estudios; todo lo anterior como una formación para el aprendizaje para toda la vida.

3.2.1. ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA

La perspectiva constructivista¹⁷, recalca el papel activo, ideal, teórico que juega el sujeto cognoscente en el proceso de conocer la realidad. Reconocer la importancia de esta postura si bien no nos hace constructivistas, sí nos permitirá trabajar en lo educativo y en la salud sobre posibilidades tanto de construcción de conocimiento, como de asumir un papel crítico en dicha construcción y permitir en un momento transformar la realidad.

La propuesta es la de considerar el conocimiento y el aprendizaje como elaboraciones personales, inalienables e intransferibles, del que aprende; que le llevan a nuevos conocimientos, mediante la atribución de significados a la realidad, organizándolos, y relacionándolos con conocimientos anteriores y a generar estrategias intelectuales para acceder a lo aprendido, para la comprensión de nuevas situaciones, generación de estrategias de solución de problemas, es decir la conformación de los procesos constructivos de nuevos conocimientos.

La reflexión anterior toca en primer lugar a la elección de los contenidos, que en el nuevo plan de estudios se propone revisar si las temáticas constituyen realmente las materias más importantes, si se eligen las que son fundamentales, las que reflejan los intereses de la mayoría o las que representan los intereses de una pequeña élite.

Este enfoque orienta sobre cómo acercar los temas a las materias de la vida cotidiana, de la salud y de la vida, en el sentido de que los conocimientos construidos sean aplicativos, útiles y necesarios, Tratar de no dedicar tiempo a temas alejados de la problemática surgida y alejados de las necesidades presentes o futuras en la vida profesional cotidiana de la enfermera. No debemos olvidar que las temáticas elegidas, en los planes de estudio a lo largo de la historia de la enfermería universitaria han reflejado los intereses intelectuales y sociales de los grupos en el poder.

¹⁷ El constructivismo tiene como antecedentes en el Siglo XVI a Gianbattista Vico (1710), a Kant en «La crítica de la Razón Pura» (1781) y a Marx en la Primera Tesis sobre Feuerbach (1845), al señalar la actitud pasiva del materialismo mecanicista y resaltar el lado activo y subjetivo del sujeto. Marx (1857) enfatiza el carácter constructivo, ideal, teórico, con que se apropia el sujeto cognoscente de la realidad. Weber, al señalar las relaciones conceptuales entre problemas, enfatizando la aplicación de nuevos métodos a nuevos problemas y el nacimiento de una «ciencia nueva». La gestalt con Wertheimer (1912) señala «la totalidad es más que la suma de las partes», resaltando la no aditividad de los procesos mentales.

La estructuración de los programas deberá considerar que el aprendizaje es un proceso, que conduce a modificaciones del estado de conocimiento, que involucra el funcionamiento intelectual del ser humano, que los estudiantes llegan con un bagaje de conceptos (acertados o erróneos) con el que se enfrentan a los nuevos conceptos, que estos conceptos previos están matizados principalmente por el contacto con el medio físico y social de la alumna(o), que estas nociones están cargadas de ideología y de sentido común, a las que la evidencia ha otorgado un valor de certezas absolutas; y a las que se les opondrá el contenido que el programa propone. Reconocer con la Epistemología Genética, que el conocimiento es fundamentalmente una construcción, que no se copia de ningún lado, ni está dado por lo viejo, ni por los datos actuales, es construida mediante la acción del sujeto, conocer es transformar al objeto en lo real o lo aparente, de ahí el sujeto activo y constructivo.

Surge la necesidad de vigilar que los contenidos presenten la pertinencia, coherencia y congruencia lógica a lo interno del programa y que a lo largo y ancho del plan de estudios se vertebran por ejes claros de la disciplina, ej: roles profesionales, elementos del metaparadigma; donde objetivos, propósitos, contenidos, actividades de aprendizaje y sistema de evaluación otorguen coherencia y solidez a todo el plan de estudios.

El carácter social de la profesión de enfermería, la necesaria interacción del estudiante con el ambiente laboral desde las primeras etapas de formación y el aspecto humanístico que conlleva el cuidado a la salud y a la vida hacen coherente concebir cómo el estructuralismo explicaría y potenciaría que los alumnos aprendan mediante la reflexión, la práctica, la observación, comparación e investigación, destacando el carácter activo y constructivo del sujeto en su relación con el mundo exterior para construir el conocimiento por parte del sujeto, a partir del objeto; ya que en términos generales la perspectiva constructivista destaca el carácter activo y constructivo del sujeto, en su relación con el mundo exterior, al afirmar que el conocimiento se construye por el sujeto a partir del objeto, se puede considerar como idealista, pero al destacar el lado activo del sujeto, resalta el carácter teórico, ideal, con el que se conoce la realidad rechazando reconocer al conocimiento como reflejo de la realidad.¹⁸

¹⁸ El constructivismo se puede considerar bajo tres ópticas: En una perspectiva epistémica, considera que el conocimiento se construye, es decir existe una mediación entre el sujeto y la realidad; mediación que adquiere el carácter de teoría, modelo, etc.. Desde lo ontológico, señala que la realidad se construye, es de carácter subjetivo. En la perspectiva filosófica, el constructivismo al teorizar sobre el supuesto del sujeto activo, rompe el cerco epistémico del realismo ingenuo y presentan una avanzada alternativa heurística.

Así el constructivismo se aplica de manera puntual en la formación del profesional de enfermería, que ha de verse como sujeto social, perteneciente a un grupo que da importancia a la creación de vínculos interpersonales de colaboración al interior de los equipos de salud y al interior de las familias con quienes interactúa mediante el cuidado de enfermería, en esta relación profesional, aprenderá en relación con y en vías de la transformación propia y de su práctica profesional.

«De acuerdo... con la psicología constructivista, los sistemas del pensamiento público no se copian miméticamente en cada mente individual, sino que su aprehensión provoca siempre construcciones particulares mas o menos elaboradas, lógicas y fecundas. De ahí que el proceso didáctico de inducción conduce necesariamente a la ruptura de la homogeneidad y al desarrollo de la diversidad y divergencia en virtud del proceso singular de construcción del conocimiento que cada individuo, cada grupo y cada comunidad ponen en juego, sobre la base siempre provisional de las adquisiciones anteriores. Este proceso de construcción es, en cierta medida, siempre un proceso creador que se inhibe cuando las prescripciones didácticas imponen, en la práctica estrategias de inculcación de una pretendida y falaz homogeneidad, y cuando por distintas razones se fuerzan aprendizajes sin sentido, tareas prescritas desde fuera que, por ignorar las circunstancias y el momento de cada individuo en el grupo, no provocan los procesos de comprensión» (Pérez G., 1999: 14).

Lo señalado por Pérez Gómez orientará la manera de verse los docentes, como actores del proceso educativo, habrá que realizar grandes rupturas con las prácticas tradicionales, sobre todo al interior de las aulas y escenarios de práctica clínica, que propongo se vean como un espacio de interacción y construcción de conocimientos, resaltando el papel activo de un único e irrepetible sujeto histórico, que aprende y que es finalmente el responsable de la elaboración, construcción y asimilación del conocimiento. El docente habrá de reconocer la variación y multiplicidad de historias, conductas, respuestas, preferencias y potencialidades, reunidas en un grupo y a las cuales habrá de respetar y orientar hacia el logro de objetivos grupales.

Desde el inicio de la elaboración del plan de estudios de la Carrera de enfermería se preguntará ¿cuál es el fin de la enseñanza? Para responder a la pregunta anterior me remito a uno de los mas claros constructivistas J. Piaget, para él «la mentalidad humana forma parte de un continuo de adaptación de la vida orgánica a sus entornos, que comienza para el individuo en la biología y termina en el conocimiento» Según Piaget este proceso está lleno de constructivismo.¹⁹

¹⁹ En su obra *Psicología y Pedagogía*, Piaget plantea: «la cultura que cuenta en un individuo particular, ¿es siempre la que resulta de la formación propiamente escolar, una vez olvidado el detalle de los conocimientos adquiridos a nivel del examen final, o es la que la escuela ha conseguido desarrollar en virtud de incitaciones o intereses, independientemente de lo que parecía esencial en la formación llamada básica? (Piaget, 1973: 12).

Hablar del sujeto hipotético que aprenderá bajo este enfoque particular, una disciplina como es la enfermería; nos remite a recordar la importancia de conocer el bagaje con el que llega el alumno, reconocer que generalmente ésta no será su primera opción y que en lo social aún cuando fuese la primera opción, la disciplina no será siempre bienvenida en la familia del estudiante. Sirva la nota anterior para dimensionar su impacto en el acto de aprender, así como para generar estrategias didácticas que contribuyan a lograr la construcción del conocimiento basadas en el marco piagetiano referido a la relación entre inteligencia y personalidad en la obra de Piaget y las implicaciones que tiene para la educación.

Para Piaget la conducta humana, es la resultante de la combinación de cuatro áreas: la maduración (entendida como la diferenciación del sistema nervioso), la experiencia (interacción con el mundo físico), la transmisión social (como influjo de la crianza y educación) y el equilibrio (como principio supremo del desarrollo mental). «El desarrollo es por tanto, en cierto modo una progresiva equilibración, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior» (Piaget, 1967:11). En la teoría cognoscitiva de Piaget, la inteligencia constituye el estado de equilibrio hacia el que tienden todas las adaptaciones con los cambios asimilados y acomodados entre el organismo y el medio que los constituye. La inteligencia es la adaptación por excelencia, toda adaptación implica una asimilación de las cosas al espíritu y a la actividad propia y una acomodación de los esquemas asimilados a los objetos.

En la estructuración de los contenidos y de las actividades de aprendizaje del nuevo plan de estudios, se propone reconocer que la inteligencia no procede por tanteo ni por una estructuración puramente endógena, sino mediante una actividad estructurante que implica formas elaboradas por el sujeto a la vez que un ajuste perpetuo de esas formas a los datos de la experiencia. La función fundamental de la inteligencia es comprender e inventar o dicho de otro modo construir estructuras, estructurando lo real a través de la acción de esas estructuras sobre ello. «La inteligencia es una asimilación de lo dado a estructuras de transformaciones, de estructuras de acciones elementales a estructuras operatorias superiores, y estas estructuras consisten en organizar lo real en acto o en pensamiento y no simplemente en copiarlo» (Piaget, 1973:39).

De la maduración del sistema nervioso dependen mas o menos conductas ligadas al crecimiento mental. La maduración abre posibilidades nuevas pero estas posibilidades se actualizan y potencializan mediante el ejercicio funcional. De ahí la importancia del papel de la acción. El conocer es actuar, operar y transformar el objeto para captar lo real a estructuras de transformación. «El carácter esencial del pensamiento lógico es el

de ser operativo, vale decir, de prolongar la acción interiorizándola». La cita anterior orientará la relación de la clínica en enfermería, manteniendo y favoreciendo el contacto de los estudiantes con el área de práctica profesional cotidiana de la enfermería. Reafirmo, la orientación piagetiana es constructivista, de ahí la necesidad de experimentar. Piaget señaló que la inteligencia funciona a partir de superaciones permanentes de las elaboraciones sucesivas.

La integralidad del acto educativo durante el diseño de los planes y programas de estudio han de considerar que la educación actúa sobre el desarrollo intelectual, la moralidad y la afectividad, especialmente sobre lo social de los factores. «Educar consiste en formar individuos capaces de una autonomía intelectual y moral y que respeten esa autonomía en el prójimo, en virtud precisamente de la regla de la reciprocidad que la hace legítima para ellos mismos» (Piaget, 1974:43).

Si bien por la edad de los alumnos de licenciatura, no se esperarían limitantes relacionados con los postulados Piagetianos sobre la reciprocidad entre la educación y las leyes y etapas de desarrollo²⁰, sin embargo se han de considerar las variaciones en cuanto a experiencias previas de maduración de algunos alumnos y valorar modificaciones al programa, generando actividades que sean tratadas como situaciones problematizadoras, retomadas del interés del estudiante y la motivación que le genera el entorno cotidiano, propiciadoras de la toma de decisiones y su participación activa.

El dar respeto y consideración en el aprendizaje de los estudiantes propiciará que éstos dentro de su rol de educadores valoren las situaciones individuales de la población a su cargo. La lógica implicada se centra en que la enseñanza de las habilidades y estructuras del pensamiento formal, les permita por sí mismos acceder a los contenidos orientando el proceso de enseñanza hacia el aprendizaje por descubrimiento. Como señala Piaget «Cada vez que se le enseña prematuramente a un niño algo que hubiera podido descubrir solo, se le impide a ese niño inventarlo y, en consecuencia, entenderlo completamente.»

Piaget designa como actividad impositiva y represiva a los exámenes y el privilegio que en las aulas tiene el lenguaje sobre la acción; referente a este último punto señala que toda enseñanza verbal es útil si es antecedida y preparada por una actividad previa

²⁰ Para Piaget el edificio lógico presenta como último estadio del desarrollo cognitivo el pensamiento formal; es característico de los adolescentes y de los adultos, su aparición inicia entre los 11 a 12 años, a partir de operaciones concretas existentes con anterioridad, se desarrolla durante la adolescencia y al término de esta etapa el individuo dispone de un pensamiento estructural y funcional que le permite elaborar hipótesis, planificar comprobaciones e identificar el determinante causal a partir de la deducción formal para rebasar el pensamiento concreto del niño.

y con actitud positiva. Para Piaget la vida colectiva es indispensable para el desarrollo de la personalidad, se ha de alternar la actividad individual con la actividad en grupo, conduciendo al éxito de la autonomía intelectual, configurando la personalidad del alumno y su espíritu de solidaridad sustituyendo a la heteronomía de la autoridad del maestro.

En el nuevo plan de Estudios, las ideas anteriores orientarán los métodos pedagógicos y los enfoques teleológicos en la búsqueda de métodos activos²¹, con el fin de egresar individuos capaces de crear o modificar y no solo de repetir²².

Para la formación de enfermeras, por las características del grupo de alumnos y de docentes, las imposiciones sociales otorgadas a la profesión y los niveles de angustia generados por el enfrentamiento con situaciones vitales; es importante señalar que el aprendizaje como construcción es agradable, lo cual tiene una importancia vital en el proceso de conocimiento. Dentro de la subjetividad del que aprende lo agradable se convierte en significativo, por lo que el aprenderlo generará un sentimiento de bienestar y mayores aprendizajes, manifestando el estado emotivo cada vez que sea evocado, generando una actitud de bienvenida al conocimiento.

3.2.2. ENFOQUE COGNITIVO

La ciencia cognitiva, como renacimiento de la corriente fenomenológica y estructuralista, en su origen está articulada con Piaget, de ahí su orientación constructivista, que resulta en la visión de un sujeto que construye su propio conocimiento, mediante procesos cognitivos que son los que se afectan y modifican y que más adelante habrán de manifestarse en conductas, como producto de lo que se aprendió, lo central para este enfoque, es el análisis de los procesos y no de las conductas.

Uno de los marcos de referencia de esta corriente es el modelo teórico estructural denominado **Procesamiento Humano de Información(PHI)**. «En este modelo se parte del hecho que durante los eventos del aprendizaje se modifican y transforman los datos que entran en la estructura cognoscitiva. La transformación de la información que es recibida se concibe como movimientos de un estado a otro. Por ejemplo la información recibida mediante la palabra hablada o escrita, estimula a los receptores

²¹ «Entender es inventar o reconstruir por reinención» (Piaget,1979:98).

²² «Conocer no consiste, en efecto, en copiar lo real, sino obrar sobre ello y transformarlo (en apariencia o realidad), a fin de comprender la función de los sistemas de transformación a los que están ligadas las acciones» (Piaget,1980:7).

sensitivos con una forma particular de energía. Pero cuando las señales son enviadas al cerebro, los impulsos son ya electroquímicos, que es la forma común de transmisión.

Toda vez que el impulso nervioso es recibido, se registra por el sistema nervioso central. De la información sensorial registrada, una pequeña fracción es mantenida para continuar con la construcción de su representación en la memoria a corto plazo, realizándose así una percepción selectiva. La información mantenida en esta memoria de trabajo puede ser codificada y guardada en la memoria de largo plazo. La codificación es también un proceso de transformación y gracias a él se integra la información ya conocida, que será almacenada en la memoria permanente, para su uso posterior» (Castañeda y López, 1989:26).

La psicología cognitiva señala al aprendizaje como un proceso en el que quien aprende y sus estructuras de conocimiento, son los elementos principales para la construcción de representaciones y significados particulares, como eventos mentales, que no solo se dan en los alumnos sino que incluye al docente, ya que adquirir conocimientos requiere utilizar eficientemente procesos, estructuras de conocimientos previos y las estrategias para aprenderlos.

El plan de estudios orientado por esta corriente reconocerá los aspectos sociales, emocionales e intelectuales de los alumnos y los beneficios de rescatar la experiencia vicaria tanto de los alumnos y docentes como de los integrantes del equipo de salud. Esta corriente maneja que en la medida que los estudiantes adquieren conocimientos, también desarrollan habilidades intelectuales y de control ejecutivo que les permita pensar, razonar, y continuar aprendiendo, reconocer la premisa anterior permitirá generar estrategias para la aplicación directa de los conocimientos en la práctica mediante intervenciones de enfermería.

El estudio del aprendizaje dentro de esta corriente utiliza métodos empíricos y teóricos con la aplicación de diferentes técnicas algunas de ellas innovadoras. Una forma importante de ayudarle al alumno a organizar sus conocimientos es a través del mapa conceptual, herramienta que representa estructuras de conocimiento y permite evaluar cambios en los significados conceptuales y proposicionales de un contenido específico, los diagramas ayudan a identificar la jerarquización de los conceptos y sus relaciones sintácticas y semánticas. Durante el diseño de los programas, se propone manejar los mapas conceptuales en tres sentidos: analizar mapas ya elaborados, como actividad de complementación y enriquecimiento y la elaboración de ellos donde se podrá observar la creatividad y capacidad de organización conceptual del estudiante.

El término estrategia de aprendizaje, se compara con la elección de un método para resolver una tarea, las estrategias son la parte flexible del sistema cognitivo y modifican a los componentes fijos del sistema. Específicamente una estrategia de aprendizaje es la acción que un estudiante realiza para adquirir conocimiento, con ella se aplican estilos cognoscitivos, habilidades representacionales, conocimientos previos, autoconocimiento y presupuestos sobre el mundo y el conocimiento en particular. La propuesta cognoscitiva niega, como función del aprendizaje deja de ser transmisora de información, reproductora de los discursos de otros y deja de ver al conocimiento como verdad acabada que ha de ser copiado tal cual y demostrado en forma objetiva su apropiación.

Se propone que las estrategias involucren niveles altos de procesamiento de información, pueden ser mas o menos automáticas o de nueva adquisición, son flexibles en cuanto a niveles de análisis en que operan tipos de datos y sensitivas al contexto, no son deterministas.

Ausubel (1969) define la estructura cognoscitiva como «el conjunto de hechos, definiciones, proposiciones, conceptos, etc. almacenados... de una manera estable y clara». La estructura cognoscitiva de cada individuo sirve como antecedente al interactuar con su entorno y como plataforma en la cual se integra el nuevo conocimiento.

Dentro del desarrollo de los programas, propongo retomar a Ausubel para revisar que se cumplan las condiciones que señala para que existan aprendizajes significativos: que el contenido sea potencialmente significativo, lógica y psicológicamente, y que el alumno esté en disposición de aprender significativamente, aquí entran en juego aspectos emotivos como es la motivación.

Para mayor claridad sobre los aprendizajes significativos, retomo un autor nacional, actual y universitario, según Zarzar Charur. «aprender a aprender es más importante que aprender cosas, es importante que el alumno vaya aprendiendo y simultáneamente vaya reflexionando sobre su propio proceso de aprendizaje. Un aprendizaje es más significativo, en tanto mayor sea su relación con la personalidad y la vida toda del individuo. Mientras mayor sea la relación que el alumno vea entre lo que estudia y su vida (pasada, presente y futura), mayor será su empeño y dedicación al estudio y los aprendizajes serán más profundos y duraderos» (Zarzar, 1983:36).

La enseñanza centrada en el alumno y la basada en las estructuras cognoscitivas se orienta hacia el desarrollo de estrategias personalizadas y de conceptualización, que permiten lograr aprendizajes de análisis, síntesis, evaluación, comprensión y aplicación.

3.2.3. ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

Esta corriente toma a la conducta como un fenómeno central y lo explica dentro de la psicología educativa en el siguiente contexto:

Pichón Riviere, en su propuesta de psicología social, permite comprender el proceso de elaboración del conocimiento en la relación dialéctica entre el sujeto y su contexto, definiendo al sujeto como síntesis activa de las relaciones sociales, como sujeto de la praxis.

Pichón R, propone una didáctica como estrategia destinada no solo a comunicar conocimiento sino a desarrollar y modificar actitudes. La psicología social investiga al sujeto y su comportamiento, la interacción entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo; se vuelve significativa, operatoria al orientarse a una práctica. Propone al grupo operativo como instrumento de intervención, como técnica dentro de la práctica, para ayudar a los integrantes del grupo a enfrentar conflictos y resistencias. La técnica de grupo operativo propone aprender a aprender o aprender a pensar integrando lo afectivo, lo conceptual y la acción (el sentir, el pensar y el hacer). «La concepción del aprendizaje como praxis nos permite la posibilidad de plantearnos dicho proceso como un *aprender a aprender* y un *aprender a pensar*, concepción de carácter instrumental que se apoya en una teoría del pensamiento y del conocimiento que operan en un contexto social.»(Pichón R,1983:141)

La dinámica de los equipos de trabajo disciplinares y multidisciplinarios con quienes desarrolla su actividad profesional la enfermera, vivencian las problemáticas y los éxitos de los grupos en interacción, reconocer la valía del trabajo en grupo como fuente de experiencia donde los diferentes aprendizajes y potencialidades de sus integrantes se ponen sobre la mesa para coadyuvar a una causa común, aprender su dinámica, mediante la formación de grupos de aprendizaje cooperativo, que parte de ver al aula y a los servicios clínicos como un espacio de socialización en donde se introducen, reproducen y construyen ideas y comportamientos contextuales con carga científica y cultural, cuyo trabajo a través de la interacción favorece la incorporación de valores, que repercuten en la formación como individuo y sujeto social. Durante el trabajo deben fomentarse la comunicación, la tolerancia, la toma de decisiones, la previsión, la autoestima, la confianza en sí mismo y en los demás el liderazgo y el gusto por trabajar con los demás, la puesta en común como actividad intergrupala en la que se analicen los resultados de la solución de problemas, afirmación de conceptos y generación de conclusiones grupales.

El trabajo en el grupo operativo cambia el pensamiento lineal por un pensamiento dialéctico que hace ver las contradicciones en el interior de los fenómenos y las múltiples conexiones de lo real; favoreciendo el paso de la dependencia a la autonomía, de la pasividad a la acción protagónica y de la rivalidad a la cooperación.

El aprendizaje para P. Riviere es la mayéutica socrática de tipo grupal, donde todos son protagonistas del alumbramiento como sujetos del conocer. Aplicar el enfoque en enfermería recupera al maestro y al alumno como sujetos sociales, en la búsqueda permanente de construir y transformar el conocimiento desde una perspectiva grupal.

Bleger, discípulo de P. Riviere, señala el aprendizaje como un proceso»... por el cual la conducta se modifica de manera estable a raíz de las experiencias del sujeto» (Bleger, 1973:242). Señala las potencialidades de los seres humanos para aprender y cómo ésta se da cuando hay el enfrentamiento a responder y organizar de la «mejor» manera en el momento y circunstancia. La conducta estereotipada o pauta de conducta es «...conjunto de manifestaciones que aparecen en forma unitaria, conservando una cierta estereotipia en la contigüedad de los elementos que la integran». Las pautas son modos privilegiados de conducta que al conjuntarse caracterizan la personalidad. «El cambio que implica el aprendizaje puede ocurrir en todas las áreas de la conducta humana, en forma conjunta o bien solo en alguna de ellas en forma predominante o disociada ; hay así aprendizajes en el área de la mente, del cuerpo, y del mundo externo» (Bleger, 1973:243).

En la Teoría psicoanalítica, los mecanismos de aprendizaje se conforman en pautas o estructuras de conducta con las cuales el sujeto actúa al relacionarse con diferentes objetos de estudio. La personalidad es la forma como cada individuo integra y organiza la totalidad de sus conductas. Es única, individual, temporal en el individuo histórico, es dinámica, cambiante y fluctúa entre evolución y regresión; entre integración y dispersión; sin embargo a su pesar y a través de los cambios el sujeto conserva la continuidad. Este punto de la personalidad, que da la posibilidad de cambio fundamenta el aprendizaje.

La personalidad se integra en su mayor parte en los primeros años de vida, a través de vínculos primarios. La idea anterior permite hablar de desaprendizaje de ciertas pautas de conducta, como una condición para el aprendizaje de nuevas pautas de conducta.

Hay que reconocer que una misma pauta de conducta puede sustentar conductas diferentes. Es más fácil cambiar las conductas externas, adaptándolas a las circunstancias, que modificar pautas de conducta.

Se entiende por aprendizaje «La modificación más o menos estable de pautas de conducta» (Zarzar:1982). En el contexto de la definición anterior, la conducta es de tipo molar (Zarzar siguiendo a Bleger), en contraposición a una concepción molecular.

Hablar de conducta en términos de molaridad, incluye el análisis de los elementos que la integran: el sujeto, el objeto y un vínculo que los relaciona, éste último define el tipo de estructura de la conducta. Son características de la conducta molar su: totalidad, motivación, finalidad y el significado.

En su totalidad la conducta molar integra los aspectos observables, las acciones externas (visibles) y no visibles (internas).

En el concepto de conducta molar, se maneja el término de motivación, es decir la causalidad, conjunto de causas o razones, por las que determinado individuo emite determinadas conductas en un momento dado. Así se verán las razones de ser, que podrán ser múltiples (policausalidad), las que también se efectuarán en diferente dirección, intensidad, grado de influencia; en ocasiones serán opuestas y generadas por factores internos y externos. La motivación corresponde al porqué de la conducta.

La oposición de las direcciones de la conducta generan en el individuo conflictos internos. La historicidad del sujeto implica condiciones genéticas y hereditarias, histórico-ambientales, que han condicionado su personalidad y que en el ahora pueden estar determinando su conducta. Lo anterior justifica tanto la policausalidad de la conducta y la gran dificultad de detección, análisis y comprensión de esa totalidad.

La finalidad de la conducta humana se da en cuanto a recuperar el equilibrio, conservar la homeostasis (física, química, biológica y psicológica) a través de la satisfacción de sus necesidades; las que en los diferentes seres humanos son variables en sus momentos de aparecer, en su intensidad, en su reacción ante ellas y en la forma de satisfacerlas. La significación de una conducta es particular a cada sujeto, tiene que ver con la vida y la personalidad total del sujeto; en el pasado, presente y futuro, dando así una mayor o menor significatividad en forma consciente o inconsciente, positiva (agradable) o negativa (desagradable). Existe también la relación cultural de la conducta, lo que sumado a lo anterior le da una significatividad individual o social.

El vínculo sujeto-objeto define la estructura de la conducta: su totalidad, finalidad motivación y significado. En niveles de atracción o rechazo. También puede ser de aceptación y rechazo, lo que genera conflictos de ambivalencia. La ambivalencia en el vínculo Sujeto-Objeto, crea los mecanismos de defensa con el fin de resolver los conflictos que han roto su homeostasis.

Bleger trabaja también el psicoanálisis sobre la significación de la información, las resistencias afectivas que surgen cuando un sujeto se contacta con un objeto de estudio y también sobre las resistencias epistemológicas presentadas al enfrentarse con nuevos contenidos. La resistencia al cambio, manifestada por ansiedad, es la expresión del miedo a la pérdida y el miedo al ataque. Al aprender, el sujeto se resiste, lo que habrá de ser superado para llegar al aprendizaje.

Se ha de reconocer cómo lo simbólico atraviesa las situaciones de aprendizaje, si hay que cambiar la práctica de la profesión de Enfermería se iniciaría al cambiar la percepción de los fenómenos desde la formación, ej. desde el plan de estudios y sus programas se ha de reconocer cómo lo simbólico tiene que ver con la interpretación de los datos de las investigaciones nuestras y de los otros. Así también se ha de revisar cómo los resultados de la investigación pueden significar cambios en la forma en que se investigó y no solo cambios en la práctica: cómo una política determina la práctica habitual.

Desde lo psicoanalítico se reconoce la existencia del grupo real y concreto y el grupo fantasmal, que determina al primero. Lo anterior genera dos tipos de realidades: la que es posible de ser observada, que se puede estudiar empíricamente y la del psiquismo.

En el grupo real existe una relación y comunicación directa, objetivos comunes (aceptados y compartidos), normas comunes, sistema de funciones y valores compartidos, conciencia de pertenencia y relaciones afectivas en grados variables. Es importante reconocer que el grupo de aprendizaje se va construyendo durante la vivencia de interacciones dirigiéndose hacia la consolidación, en esa interactividad de individualidades que pueden potenciarse hacia la complementariedad de experiencias para hacer más rico el aprendizaje de los sujetos.

Para orientar la toma de decisiones sobre el número de integrantes por grupo real, que en Enfermería-Iztacala desde la puesta en marcha del sistema modular, responde a la capacidad de un grupo amplio y así proponemos que continúe considerando que: la totalidad de las relaciones interindividuales posibles se calcula con la fórmula $n(n-1)/2$, por número de integrantes, un grupo terapéutico ideal es de ocho, un grupo operativo es de 15 y el límite entre grupo pequeño y grupo amplio, según Didier Anzieu, es de 25 a 30 participantes. Entre más amplio es el grupo la modificación de las relaciones internas y los procesos interaccionales se dificultan.

En el grupo fantasmal, se trabaja con intrasubjetividades, los sujetos psíquicos que componen al grupo y las relaciones que establecen, es decir lo intersubjetivo de la

relación grupal. «Corresponde al grupo privado, fantaseado, singular e histórico de cada uno de los sujetos que integran al grupo real» (Zapata,1998:33).

En el grupo real se da el encuentro del grupo interno de cada participante, formado por las experiencias y fantasías vividas por el sujeto principalmente en la estructura familiar y que se transfiere al grupo real. El papel asumido por el docente, además de las cargas intrasubjetivas de los participantes permiten la transferencia de conductas aprendidas quienes despliegan el vínculo de dependencia.

Para los integrantes del acto educativo de las enfermeras girar en dos mundos, el fantasmal y el concreto, donde se juegan lo intersubjetivo y el psiquismo de sujetos mujeres, adolescentes y adultas, formadas en dos épocas totalmente diferentes y hasta divergentes; propongo hay que ir en la búsqueda de horizontes significativos individuales y colectivos para configurar vínculos en ambientes simbólicos (de lo educativo, de lo profesional, de lo cultural) que articulen a docentes y alumnos para construir conocimientos actitudes y valores sobre el ser enfermera, dirigidos hacia la convergencia de miradas para construir el cuidado de la salud y la vida.

En el proceso grupal el interjuego de los procesos intrasubjetivos e intersubjetivos que se despliegan sobre el grupo real, por la multiplicidad de historias es difícil que coincidan los deseos por lo que se genera el conflicto. Dentro del proceso de aprendizaje el docente ha de reconocer que el conflicto manifiesto es parte saludable de la dinámica de lo grupal, cuando no se da, está oculto, su explicitación permite explicarlo, operarlo y resolverlo.

Proponer a la Psicología social como fundamento teórico del nuevo plan de estudios podría ser una posibilidad de orientar desde la formación del profesional, relaciones de colaboración y respeto, que repercutirían en las formas de relacionarse de los equipos de trabajo de las enfermeras, pensándolo desde el siguiente análisis: en el vínculo intersubjetivo de la relación docente alumnos, se da una estructura de comunicación «que opera en dos redes: una cognoscitiva y otra afectiva...»(Idem.); la primera se manifiesta por los roles que se juegan en el grupo (agresivo, cooperador, estudioso) y la segunda formada por los sentimientos de atracción o rechazo entre los integrantes.

Las dos redes se influyen mutuamente, principalmente la red afectiva modela la red manifiesta de los roles. La irrupción de una disfunción en algunas de las redes o en las dos genera un bloqueo del aprendizaje. Reconocer, investigar y trabajar el proceso psicodinámico grupal e individual repercute en el proceso aprendizaje.

Podemos decir que los integrantes del grupo modifican las formas de sentir, de pensar y de actuar. Al conocer más, viven experiencias de interacción más profundas con el equipo, con el grupo, los pacientes y familias, enriqueciendo también su bagaje de respuestas actitudinales. El conjunto de conocimientos, experiencias y actitudes construidas a través de la vida, constituye el «esquema referencial» señalado por P. Riviere, al interactuar dentro del grupo de aprendizaje, cada individuo, coloca sobre la mesa su esquema referencial, confrontándolo con los de los otros integrantes, de la interacción surgen las movilizaciones de esquemas referenciales, provocando modificaciones paulatinas en las llamadas pautas de conducta, que en párrafos anteriores señalamos como aprendizaje.

La propuesta desde el enfoque psicológico está dirigida a poner en práctica un modelo centrado en el alumno, el basado en las estructuras cognoscitivas y el enfoque grupal que se ubican en el énfasis cualitativo del aprendizaje, resaltando el qué aprende el alumno como hecho individual e integral, en una relación social de colaboración y solidaridad.

3.3. NIVEL SOCIOLÓGICO

El nivel de lo sociológico partirá a desvelar cómo «Siendo el currículo una concreción de la relación educación sociedad, tomará de esta disciplina criterios que le permitan clarificar las relaciones intangibles del conocimiento y la ideología. El currículo implica la concreción, en una realidad histórica, de la concepción de las profesiones, su rol social y el tipo de ejercicio que de él se requiere. Explica también las relaciones escuela y sociedad y los diferentes juegos hegemónicos, que en torno a una profesión se conjuntan» (Panza, 1997:20).

Existe en la actualidad una crisis educativa y profesional de la enfermería, generada por la alternancia de tres modelos de enfermería (licenciadas, técnicas y auxiliares), que han problematizado aún más el campo social de la definición del rol y la identidad profesional. Algunos miembros de la profesión pugnan por la desaparición del nivel técnico, señalándola como impedimento para llegar a una verdadera profesionalización y en los servicios de salud no hay un reconocimiento laboral ni salarial para la licenciada. Desde una lectura simplista se sataniza el nivel técnico, desconociéndolo como una parte valiosa de la historia.

La educación, en México presenta como uno de sus objetivos, formar profesionales que por sus conocimientos y destrezas participen en el mundo del trabajo, con lo que

el sistema escolar contribuye a combatir la pobreza y distribuir la riqueza. Para lograr este objetivo se necesitaría que todos los egresados del sistema educativo, ingresen al sistema laboral y que éste les proporcione la oportunidad de desempeñar las capacidades intelectuales, psicomotrices y valorales para las que fueron educados.

En enfermería, como en otras profesiones, tal objetivo-hipótesis, no se cumple. cada año egresan de las IES enfermeras educadas y capaces de desarrollar roles de gestión, investigación, docencia y de asistencia, que aumentan los volúmenes de desempleo o subempleo. Tal parece que no existe una adecuada coordinación entre las demandas del sector laboral y las IES y que los egresados de éstas últimas no reciben las remuneraciones o no están en el puesto para lo cual fueron preparados.

Pese a los avances que se han tenido en la profesión, se contempla un panorama poco alentador:

- para los empleadores hay una indefinición de competencias profesionales con escaso reconocimiento salarial, aunada a una imagen poco afortunada sobre las potencialidades que pueda desplegar como administradora o dirigente;
- al interior del grupo hay un ambiente de competencia o desilusión;
- ante la sociedad, existe una despersonalización del cuidado, y escasa consideración social.

En 1971, Virginia Henderson señala la escasa identificación del rol profesional y reconocimiento social de las enfermeras, «existe una gran disparidad entre la imagen que las enfermeras se han formado de ellas mismas y las que se ha formado el público. Lo que las enfermeras hacen está en desacuerdo con lo que el público cree que deberían hacer» (Henderson, 1971). La percepción como profesionales que tienen de sí mismas las enfermeras no está reconocida por la sociedad a la que prestan sus servicios, si bien hay un reconocimiento del servicio importante que prestan.

El desarrollo de la fundamentación del plan de estudios desde lo social, parte también de intentar responder a las preguntas que se plantearon Bordieu y Paseron sobre: ¿porqué la relación pedagógica, cuya esencia es la comunicación, logra perpetuarse a pesar de que la información que transmite tiende a anularse?. ¿Qué condiciones permiten perpetuarse a una función, cuyo fin aparentemente más específico no se consigue? esto ¿no será porque sirve a unas clases determinadas, de las cuales recibe autoridad y fuerza y de cuya reproducción está encargada?. Una vez que se ha problematizado la realidad darle una opción de transformación mediante una propuesta que se concrete en la planeación y operatividad del plan de estudios. La propuesta planteada desde lo sociológico retoma la **Corriente marxista o materialismo histórico dialéctico**.

Utilizamos para este corredor social de la fundamentación del nuevo plan de estudios a la teoría crítica quien retoma elementos del marxismo y del psicoanálisis, interpreta a Hegel, postula el carácter dinámico de la realidad y reconoce como medio de acceso al conocimiento el método crítico de corte hermenéutico.²³

La Teoría Crítica está interesada en los problemas generados por las ideas de que existen currículos neutros, desvela que las declaraciones pedagógicas y prácticas implican suposiciones ideológicas que conllevan intereses de la reproducción social, enarbolando la forma en que las sociedades se reproducen a sí mismas a través de sus instituciones escolares, reproducen modelos desiguales e injustos de distribución social y la no criticidad del sistema. La teoría crítica identifica la posibilidad de encontrar caminos mediante la resistencia, el repensar crítico y el establecimiento de compromisos con la profesión, la educación y la sociedad.

Se propone que tanto la Comisión de planeación curricular (de los planes y programas de estudio) como los profesores, al operativizar el currículum formal, retomen las categorías propuestas por Bourdieu y Passeron, Baudelot y Establet, Althusser, autores que aplican las metodologías y categorías marxistas de análisis al sistema escolar.

Desde Althusser, se podría leer la problemática enfocando el análisis al sistema escolar. Si la escuela es un Aparato Ideológico del Estado, la crisis de la escuela es una crisis política, es en este espacio en donde se están viviendo rupturas evidentes que desvelan verdades antes ocultas. La falta de reconocimiento laboral del egresado de la Licenciatura en Enfermería, es un ejemplo de que así como la sociedad capitalista no ha cumplido las grandes promesas, la educación tampoco pudo, como prometió, ser la fuerza del cambio social e individual en el caso particular, de la enfermera.

Otro aspecto a tomar en consideración es identificar cómo, los planes de estudio que no han revisado desde lo sociológico al sujeto educativo, no reconocen que los jóvenes estudiantes están pasando por los problemas propios de la adolescencia, que la mayoría no ha terminado de definir su identidad ni sus objetivos, que consideran que es en la carrera donde se formarán como seres humanos adultos, que tienen una imagen de enfermera cuyas expectativas no se adaptan a la realidad y llegan provistos de una carga de estereotipos y creencias.

²³ La postura hermenéutica-dialéctica o crítica hermenéutica (Escuela de Frankfurt), tiene un interés transformador, le da énfasis a las contradicciones sociales y para ella la subjetividad es central en el campo social. En la Segunda Generación de la Escuela de Frankfurt, se han desarrollado las perspectivas epistemológicas y teóricas de la posmodernidad.

En el mejor de los casos, las jóvenes aspirantes que han elegido la carrera como primera o segunda opción, presentan una visión idealizada de la enfermera vestida de uniforme, con múltiples oportunidades de servicio y desconocen las exigencias emocionales y técnicas de la profesión; situación agravada además por los diferentes roles simultáneos que juegan.

Los aspectos anteriores generan que en enfermería, las expectativas se rompan desde el inicio de la formación, el estudiante encuentra un plan de estudios que al inicio habla poco o casi nada conectado de lo que el imaginario colectivo supone para ella, hay una disonancia entre la cultura profesional que enseña la escuela y la cultura profesional real de la enfermera, además de un sin fin de normativas y un sistema educativo que considera que lo único que hay que hacer es poner al alcance del alumno los conocimientos y las habilidades de la profesión.

El hecho de ser una profesión vinculada con la salud, enfrenta a la estudiante con temas que para jóvenes de su edad son culturalmente tabúes como son, la genitalidad, la desnudez, las enfermedades, la muerte. Ante situaciones vividas aprende a desconfiar de las afirmaciones de la ciencia, los libros, los maestros, las autoridades.

La cultura profesional, adquirida durante la práctica clínica le da elementos para abordar estas problemáticas, resolverlas y salir enriquecida en lo profesional y en lo personal como ser humano. Esta cultura se aprende al interaccionar con profesionales y profesoras enfermeras, que propicien un clima de socialización profesional.

A primera lectura de un plan de estudios, parece que la educación de enfermería presenta los elementos necesarios para egresar una enfermera con capacidad para desarrollar el rol profesional, capaces de emitir juicios acertados, pensamiento abstracto y competencia para aplicar las medidas conducentes. Sin embargo en la práctica profesional no se encuentran los resultados esperados, tal parece que falta integrar el rol profesional al concepto de sí misma de la enfermera. Como si el proyecto educativo y laboral no formara parte de su proyecto de vida, lo que se manifiesta a través de diferentes grados de desilusión, resentimiento y frustración que hablan del no sentirse cómodas en su rol. Además de que la estructura programada en el plan de estudios pasó por el tamiz de los portadores de la cultura de enfermería, (profesoras y modelos de rol), quienes afirman que siempre hay respuestas correctas, y que quien no presenta la conducta esperada como respuesta, se responsabiliza por el error y por la suerte que corra el paciente.

La observación de las profesionales inconformes, se suman con las preguntas que se hacen desde la formación, con ese número tan grande de alumnos que desertan, sobre todo durante el primer año de estudios profesionales o en el primer año de ejercicio laboral y que desconciertan a padres de familia, profesionales de la docencia y de los servicios.

Tal parece que existe una gran discrepancia no solo de los conocimientos que se abordan en la escuela y los que se necesitan en la práctica profesional de la enfermera, sino que durante la inserción del egresado al mundo del trabajo, se detectan expectativas de capacidades que no han sido elaboradas durante la formación; y a la vez algunas capacidades formadas en la escuela son innecesarias, y algunas hasta mal vistas en los centros laborales.

En la profesión de enfermería en múltiples ocasiones el choque con la realidad tiene su origen en las expectativas de obediencia y perfección, que orientan a los estudiantes a asumir los «modelos correctos» esperados por los profesores, generando la cultura del conformismo y la simulación, que si bien le inconforman consigo mismo, le permiten avanzar en un sistema social de múltiples presiones.

Todo lo anterior hace necesario que en la elaboración del plan de estudios y en su implementación se revise el proceso de socialización profesional, que implica aprender los conocimientos y la tecnología profesional, asimilar la cultura, asumir un modelo de rol personal y profesional e integrar ese rol en los demás roles que juega en su vida.

Desde lo sociológico es importante revisar el rol profesional, que en la mayor parte de los autores (Greenwood, 1972) coinciden en señalar que parte de la posesión de una teoría sistemática, del reconocimiento por parte de la sociedad, de la autoridad de la profesión, la sanción comunitaria y los códigos de ética compartidos y la posesión de una cultura.

Enfermería, desde el hecho de ser una profesión en construcción, se puede decir que la primera característica no se cumple (no se cuenta, al momento, con una posición teórica sólida, que le dé una base de conocimientos definida), y con esta falta hay deficiencia en las demás, y por lo tanto no se cumplen las definiciones de una profesión, con la consecuente falta del entendimiento del rol de enfermería, además de que al carecer de una base teórica firme, las tareas se hacen diversas, las tareas específicas están mal definidas, llevando a la confusión a los profesionales y a la sociedad respecto a la profesión.

En enfermería todavía hay un factor mayor de complicación debido a la influencia y cercanía de otro profesional de la salud -el médico-. Conocimiento y competencia técnica definen claramente el campo profesional de los hombres médicos, tan cercanos a las mujeres enfermeras, y tan distantes de ser profesionalmente iguales. Sin embargo tradicionalmente han sido complementarios en sus diferencias cuando de atender a los pacientes se trata: el médico prescribe, la enfermera aplica, el médico aplica los valores de ciencia, la enfermera aplica a su cuidado los valores humanísticos. Por la ausencia de modelos definidos de rol la confusión entre masculinidad-profesionalidad y feminidad- semiprofesionalidad, se perpetúan.

Es muy cierto, en enfermería se ha dedicado tiempo y esfuerzo por definir funciones (cambiantes con el tiempo y las circunstancias) y se ha dedicado poco a definir su rol profesional ante la sociedad. Reitero la importancia de que en la elaboración del nuevo plan de estudios se tome en consideración que la comunidad demanda a un profesional: autonomía, pericia distintiva y control sobre la práctica y la educación. El no cumplir los anteriores requisitos afecta el reconocimiento social y el salario.

Propongo a la **Teoría del conocimiento del objeto**, que se encuentra en las Tesis de Fauerbach y en la Introducción General a la Crítica de la Economía Política, como perspectiva teórica para analizar a la enfermera como sujeto social, centrado en el concepto de praxis, no como sujeto especulativo sino como sujeto práctico (transformador) y las contradicciones que se producen entre el sujeto enfermera y sus condiciones de existencia y cómo este sujeto transformador supera estas contradicciones a través de la negación de la praxis.

Desde esta visión a la estudiante se le ha de exponer ante lecturas y situaciones que le problematicen, al descubrir que no han sido definidos los campos de la salud que le pertenecen y que hay una falta en el modelo de rol profesional. El análisis ha de contemplar la forma en que la enfermera como objeto, se domestica con el paso por la escuela, cómo se sublima la falta y se ajusta el futuro profesional a esta realidad²⁴, mediante su acomodación al esquema se logra que en forma conformista, continúe.

La enfermera así formada, está capacitada para detectar oportunamente alteraciones vitales en los pacientes a su cuidado, pero tiene que ser sumamente delicada y oportuna al dárselo a conocer al médico, no vaya a confundirse con una orden; lo que a ella le

²⁴ Dado que la función de la educación como institución, consiste en enseñar las habilidades necesarias a la producción y además influir en la inculcación ideológica diversificada también en función del puesto que los miembros de las distintas instituciones estén llamados a ocupar en las respectivas formaciones sociales.

competente elaborar es solo una sugerencia. Aquí vemos la función de ocultación del aparato ideológico del Estado, para la reproducción de las relaciones de producción y de la ideología dominante, quien a su vez ha investido a los aparatos ideológicos de poder para asegurar la armonía entre los Aparatos Represivos del Estado y los Aparatos Ideológicos.

La violencia simbólica²⁵, en su aplicación en la institución escolar, impone una arbitrariedad cultural mediante un poder arbitrario. Esta violencia pedagógica se extiende a acciones de tipo familiar religioso o escolar. El poder no es de quienes imponen la violencia, lo ostentan en función de su posición, también arbitraria. En casi la totalidad, la profesora enfermera no soporta a los alumnos en la etapa de resistencia, además de causarle horror la indisciplina, le señala que estas actitudes no son propias de un profesional y menos de una enfermera. Al omitir la etapa de resistencia el alumno no consigue los elementos que le permiten criticar el campo profesional y por lo tanto tampoco tienen elementos para transformarlo. Finalmente, una vez libres de la escuela, serán los profesionales críticos permanentes del sistema, con un sentimiento de seudomesianismo, dispuestos a luchar y a salvar el campo profesional o a quien ellos consideren que los necesita, pero se mantienen enquistados solo en manifestar la crítica y obnubilan su posibilidad propositiva y transformadora.

También el equipo de planeación curricular y los profesores, han de vigilar cómo se da la utilización del conocimiento como forma de sumisión, cuando se obliga al alumno a adoptar como acto de fé aquello que no entiende, cambiar la razón por la creencia, la capacidad intelectual por la rapidez y valorar la violencia y la lucha por sobre el razonamiento. No olvidar que relegar los grandes temas fundamentales para la salud cambiándolos por temas que históricamente se han priorizado es una evidencia de que las temáticas elegidas reflejan los intereses intelectuales y sociales del grupo en el poder²⁶.

²⁵ Bourdieu y Passeron parten de la Teoría de la violencia y el poder: « Todo poder de violencia simbólica o sea todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas, disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones simbólicas» (Bourdieu y Passeron, 1970:44).

²⁶ El origen ideológico de lo impuesto para la reproducción de los intereses de las clases dominantes, significa que lo impuesto a través del poder arbitrario es una arbitrariedad cultural, por su selección inducida los contenidos expresan los intereses a perpetuarse, los intereses culturales y sociales de la clase en el poder. Las acciones pedagógicas «tienden siempre a reproducir la estructura del capital cultural entre los grupos o clases, contribuyendo con ello a la reproducción de la estructura social.» (Bourdieu y Passeron. 1970:51)

La doble arbitrariedad de la acción pedagógica oculta la arbitrariedad de la dominación que se da mediante la formación y legitimación de los agentes que detentarán la autoridad pedagógica, a quienes juzga dignos de transmitir el discurso profesoral, lo que Bourdieu y Passeron denominan la «autoridad estatutaria», que genera en los docentes aceptación del discurso sin cuestionamiento del mensaje ni de su origen, creando una ilusión de autonomía absoluta.

Habrà que vigilar cómo en la formación de enfermeras se manifiesta lo siniestro de la arbitrariedad escolar: El ejercicio de la acción pedagógica necesita para imponerse, de la autoridad pedagógica, quien ha de poseer una autonomía relativa y la legitimación de su imposición. La Escuela como Aparato Ideológico del Estado, no se reduce a la acción psicológica de comunicación docente-alumno, es a través de esta relación que el Estado se reproduce, otorgando al docente autorización para transmitir el mensaje de imposición y a los alumnos mediante condicionamientos previos a reconocer la validez de lo transmitido y la autoridad de los transmisores, autoridad que detentan por que les ha sido delegada por los grupos dominantes.

En los alumnos de enfermería la autoridad pedagógica se impone con mayor facilidad y poca resistencia, todavía en el ambiente familiar y escolar la mujer es estigmatizada por su sexo y esa autoridad ha sido ejercida previamente en estos niveles. Durante el trabajo grupal, las relaciones de solidaridad que se establecen, favorecen aceptar responsabilidades, disminuir el temor y la dependencia ante figuras de autoridad.

El planteamiento anterior tiene para enfermería una explicación sobre el círculo vicioso que se manifiesta por la poca posibilidad de quedarse y terminar la carrera de los alumnos que en un momento dado podrían ser capaces de cuestionar y cambiar la cultura de enfermería; desde lo estructural externo, interno y simbólico del grupo, la permanencia de estudiantes con estas potencialidades, después de los cuatro años de verse sometidas a presiones llegarán al conformismo, a la simulación o abandonarán la carrera. En los grupos la inasistencia o el silencio, permitirá ver formas de resistencia o mecanismos de defensa, ante arbitrariedades en el proceso educativo.

Bourdieu y Passeron en su obra «los estudiantes y la cultura» destacan la relación entre éxito de la actividad pedagógica y cercanía de los alumnos con la arbitrariedad transmitida, de ahí la demostración de que estudiantes de las clases altas sean los mejores y exitosos receptores de los contenidos y valores impuestos. El trabajo pedagógico es el medio por el cual la acción pedagógica impone la autoridad pedagógica. Esta imposición se realiza en todos los Aparatos ideológicos del Estado.

También para Baudelot y Establet, los problemas de desescolarización, deserción y reprobación son el reflejo no de la desigualdad de dones con que la naturaleza dotó a

los niños, sino del ocultamiento de la escuela capitalista que genera una escuela de minorías, que se presenta en el discurso oficial como población escolar acreditada. Este mensaje tiene como objeto, enfatizan Bourdieu y Passeron «dejar escapar la significación sociológica de la mortalidad escolar diferencial de las distintas clases sociales» (Bourdieu y Passeron.1970:209).

Dentro de la sociología de la profesión de enfermería no puede soslayarse el hecho de que es una profesión eminentemente ocupada por mujeres. El rol subordinado asignado por su sexo y por su profesión hace del personal una sociedad altamente burocratizada, autoritaria, ritualista y con un estatus de sumisión a la autoridad médica.

Un caso de desigualdad en la profesión de enfermería que se origina por sexo corresponde a la incursión cada vez más numerosa de hombres en la carrera, los estudiantes varones consideran que por su sexo tienen más identificación con los médicos que con las enfermeras, en el campo de prácticas de un enfermero en formación, se espera lo correspondiente a su sexo, que sea autoafirmativo, profesional, fuerte, protector, competente. Desde el grupo de estudiantes las miradas de la mayoría femenina se dirigen a él para ser el representante del grupo, hasta la profesora se siente protegida por el alumno enfermero y le asigna la protección de sus compañeras. Ya en lo laboral, en forma más rápida que sus compañeras mujeres, los enfermeros ocupan puestos administrativos, de docencia o en el área de investigación.²⁷

En las Instituciones educativas el sistema de enseñanza, mediante la rutinización de la información y formación adapta las exigencias de la ideología de la clase dominante a las exigencias del trabajo escolar. En Enfermería el respeto a la norma establecida, insertada por adoctrinamiento de los valores burocráticos del docente, se puede trabajar para disminuir el impacto negativo, al establecer contacto con tutoras de los servicios de salud en donde tendrá mayor posibilidad de encontrar un modelo de rol con quien identificarse, alguien que conjunte y se sienta a gusto consigo misma y con su profesión.

Por sus características reproductoras la ideología escolar no facilita la apropiación de sus contenidos a los alumnos de origen social diferente a la clase que la origina. Otro ejemplo, las prácticas lingüísticas que refuerza la escuela capitalista corresponde a la burguesía, así quienes acceden con una «capital lingüístico» adaptado serán alumnos

²⁷ La ideología cultural otorga también diferentes visiones culturales, de acuerdo con la institución escolar, señalando a los grupos en clases antagónicas, en donde unos se someten a la ideología dominante y a otros en intérpretes u operadores de la ideología.

exitosos, si este capital es restringido no accederán a la institución o renunciarán a su estancia o serán expulsados vía la demora o reprobación escolar. Siempre habrá los pocos que con mayores esfuerzos logren adaptarse y egresar. Así el problema de la escuela está fuera de la escuela.

Dentro de la planeación de planes y programas, es necesario hacer el análisis de los contenidos seleccionados, los textos sugeridos, el lenguaje utilizado y la forma de introducir al alumno desde su ingreso a la carrera de enfermería a un lenguaje técnico y apropiado para generar la confianza de la sociedad y la comunicación con los colegas de la profesión y otros de áreas afines, generar el gusto por incrementar la riqueza cultural y profesional en su persona y en su grupo.

Gimeno Sacristán y Pérez Gómez señalan la veracidad de la argumentación sociológica del carácter reproductor de la escuela, señalando que en esta confirmación y legitimación de las desigualdades sociales se vuelca la mirada de la sociedad hacia el individuo responsabilizándolo por las carencias de su origen social²⁸.

La propuesta es retomar en la elaboración del plan de estudios las alternativas que presentan a la problemática anterior estos autores, de oponer el conocimiento público (la ciencia, la filosofía, la cultura, el arte) para provocar el desarrollo del conocimiento privado en cada uno de los alumnos²⁹.

A esta vigilancia de influjos escuela-sociedad, hacia la socialización y humanización, como tensión dialéctica de reproducción y cambio; le denominan sus autores *mediación crítica de la utilización del conocimiento*. Señalan los autores como función educativa de la escuela moderna con dos vertientes, una compensatoria que se ha de responder con flexibilidad y respeto a la diferencia y la segunda vertiente de reconstrucción crítica del pensamiento y la acción, las que requieren para darse de la transformación radical de las prácticas pedagógicas y sociales escolares y de una transformación de las funciones y competencias de los docentes.

²⁸ «Vivir en la escuela, bajo el manto de la igualdad de oportunidades y la ideología de la competitividad y meritocracia, experiencias de diferenciación discriminación y clasificación, como consecuencia del diferente grado de dificultad que tiene para cada grupo social el acceso a la cultura académica, es la forma más eficaz de socializar en la desigualdad a las nuevas generaciones.» (Gimeno S. y Perez G:27)

²⁹ «La utilización del conocimiento público, de la experiencia y de la reflexión de la comunidad social a lo largo de la historia, introduce un instrumento que quiebra o puede quebrar el proceso reproductor...La vinculación ineludible y propia de la escuela con el conocimiento público exige de ella y de quienes en ella trabajan, que identifiquen y desenmascaren el carácter reproductor de los influjos que la propia institución, así como los contenidos que transmite y las experiencias y relaciones que organiza, ejercen sobre todos y cada uno de los individuos que en ella conviven.» (Gimeno Sacristán y Perez Gomez :27)

Apple, señala que se ha entrado en un periodo de reacción a la educación, en el que las instituciones educativas son percibidas como fracasos totales, debido a los altos índices de deserción, caída en el analfabetismo funcional, pérdida de estándares y disciplina, imposibilidad de enseñar conocimientos reales y habilidades económicamente útiles, dentro de un esquema educativo derechista y conservador; «se quiere hacer válido un panorama que conduce a una reducción de la productividad económica, desempleo, pobreza y pérdida de competitividad en el ámbito internacional».

Apple menciona dos formas de resistencia, la oposición donde la gente resiste sin darse cuenta, miles de jóvenes ya no van a la escuela, porque es aburrida y saben que aunque se esfuercen no encontrarán trabajo o les tocará hacer algo muy por debajo de su preparación señala que al contrario de lo que el neoliberalismo informa los empleos generados no requieren de alta calificación y son de bajo salario. Así no hay conexión real entre escolaridad y economía. También existe resistencia organizada alrededor de acciones políticas progresistas, hacia una lucha transformadora.

La no integración a este modelo de grandes grupos habla de posibilitar la diferencia y la educación para la democracia y los derechos humanos además de la posibilidad de convertirse en americanos como una tarea educativa posmoderna.

«Ante la oleada neoliberal que recorre el mundo los sistemas educativos han entrado en un periodo reaccionario», para Apple la educación es un espacio de lucha y concesiones, es uno de los principales foros donde se deciden los recursos el poder y la ideología de políticas, currícula, pedagogía, evaluación y financiamientos. Por ello es causa y efecto, determinante y determinado y ningún discurso refleja la complejidad.

Rechazar el reproductivismo para descubrir la posibilidad del cambio en el interior de la propia práctica educativa escolar, implicaría romper con los moldes en los que hemos sido formadas las docentes y las tutoras de los servicios, moldes que nos encasillan y con los cuales perpetuamos las normas de la cultura enfermera vigente.

Dentro del proceso de elaboración de planes y programas, en su instrumentación, en los programas de formación y actualización de docentes de nuestra carrera se propone retomar lo expuesto en la pedagogía crítica de Mc. Laren y Giroux, como un intento avanzado de dar cuenta del papel de la educación en la opresión social.

Para la educación en enfermería es fundamental la salida que dan los autores, orientaría sobre la generación de una cultura enfermera diferente, que permita definir el rol

profesional, sin las contradicciones flagrantes donde se le demanda a la enfermera, un comportamiento sumiso y obediente pero se le impone la responsabilidad de cuidar la salud y la vida y el compromiso de la perfección.

Mc. Laren, señala la posmodernidad como significante de un espacio en donde los discursos modernos se fracturan y pierden eficacia, donde lejos de producirse la desaparición de todos los sujetos, nuevas esperanzas de renovación cobran fuerza. Los estudiantes y docentes de esta época no pueden vivir en las aulas, encerrados del acontecer de la ciudad, mínimamente han de leer los diarios, o atender programas de la radio o televisión , pero con un sentido crítico³⁰ .

Propone trabajar en el desarrollo del currículo en los salones de clase, generando opciones emancipatorias para construir y organizar el conocimiento. A este tipo de educadores les llama educadores críticos y serán quienes ayuden a los estudiantes a criticar, a trascender sus condiciones de domesticados. Para Mc. Laren este proyecto está cargado de esperanza y de posibilidad porque anhela una praxis con toma de responsabilidad hacia la historia « que aún no es».

Mc. Laren, señala la potencialidad del docente para dejar de reproducir las narrativas dominantes cambiándolas por contranarrativas o narrativas de la diferencia. «En su práctica pedagógica, los maestros tienen una especial responsabilidad en la construcción de su voz narradora. Necesitan tomar conciencia de la manera en que la historia se representa o se «inscribe», no solamente en sus propias voces, sino también en las voces de sus estudiantes. El problema es determinar si estas voces sirven para acelerar el proceso de legitimación de la cultura hegemónica o para desafiarla»(Mc. Laren y Hammer, 1989).

En enfermería el peligro de error, con base de realidad, ha enmascarado la violencia con una actitud protectora del paciente y la estudiante, generando la desconfianza de familiares, pacientes, personal y del propio alumno respecto a su actividad. Las prácticas clínicas se desarrollan en un ambiente de vigilancia, limitación y simulaciones, generando con este sistema que gran número de estudiantes valiosas, con autoestima y capacidad se den cuenta del juego y abandonen los estudios.

³⁰ «Lo que no figura en el debate educacional de hoy es la necesidad acuciante que tienen nuestras escuelas de crear una ciudadanía que sepa leer los medios y capaz de desarticular, cuestionar y transformar los aparatos de los medios, a fin de que ellos dejen de infantilizar a la población y de crear sujetos sociales apolíticos, paranoicos, temerosos y pasivos.» (McLaren y Hammer, 1991)

Finalmente Mc. Laren, habla de una pedagogía que apunta a establecer derechos universales de libertad, proactivamente comprometida con una política de solidaridad en la diferencia, donde la acción no se realice individualmente.³¹

En conclusión, si las condiciones estructurales y culturales afectan el progreso cognoscitivo de la socialización del estudiante, facilitando la transición de las etapas y determinando la forma de operarse tales avances y a lo largo del presente capítulo hemos analizado cómo la formación de la enfermera se da en un clima generalmente autoritario, exigente y limitante que produce irritabilidad a los integrantes, se entiende cómo esto origina que los estudiantes pasen a la siguiente etapa, sin resolver los problemas de la anterior, generando esquemas de socialización dolorosos y problemáticos, que afectan tanto a los individuos como a las instituciones y aún a la misma profesión.

Para analizar el proceso de profesionalización de enfermería en el nuevo plan de estudios, propongo una modificación al modelo de Cohen sobre socialización profesional, que tiene una base en el estructuralismo genético de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo y en la Teoría de la influencia social de Kelman, considero que su aplicación servirá para explicar la socialización profesional y proponer al interior de los equipos intramodulares de trabajo, alternativas para lograrla.

Primera etapa de dependencia-conformidad. Durante la fase de introducción a la profesión, el alumno acepta sin cuestionar las bases teóricas y prácticas del campo profesional, desde lo social la aceptación de las influencias se da por la necesidad de obtener de ellos una reacción favorable. Lograr que el novato confíe en el conocimiento de sus profesores, se da si existe un modelo docente competente y confiable, que trabaja un programa con aprendizajes significativos, relacionando los conocimientos del momento con las prácticas del mañana, el estudiante relacionará la utilidad de aprender el contenido del módulo y la vida profesional. La dependencia total es paulatinamente disminuida al encontrarse con diversidad de profesores, que le abren diferentes caminos para lograr la competencia requerida y disminuirá la formación rígida de tener solo un marco de referencia.

Segunda etapa negativismo-independencia- El estudiante pone a prueba los límites del entorno, revisa comportamientos aceptados y en ocasiones los abandona por ensayar

³¹ «La pedagogía de la que hablo está decididamente comprometida con una praxis de crítica social y de acción transformadora puesto que reconoce que lo social siempre está envuelto en lo inconsciente, que no puede conocer completamente, de antemano, ninguna represión o interpretación.» (Mc. Laren, 1989:90)

nuevas conductas. En esta etapa hay que permitir que aflore la resistencia, que se desarrollen liderazgos, dar salida a la crítica; generando espacios de análisis. Si no se da la resistencia, los futuros profesionales serán copia de los actuales con sus limitaciones y sus problemas, y no habrá progreso en la profesión. Una estrategia que facilita el proceso es la formación de grupos estudiantiles, participativos, respetuosos de la diferencia, lugares de crítica y evaluación soportados en la estructura del grupo, que paulatinamente producirá mayor independencia de los integrantes y una cultura de participación, de respeto y de responsabilidad personal y profesional.

Tercera etapa Dependencia-asociación-identificación. el alumno selecciona un tutor y lo imita, aprende a desempeñar el rol, aprende los límites del rol. Distingue la información relevante, establece prioridades y la necesidad de mantener una apariencia profesional. El docente ha de propiciar espacios para utilizar en situaciones reales la información relevante, hacer predicciones y ejercicios de toma de decisiones. Una estrategia que diluye la angustia de equivocarse y facilita aprender de los errores es el trabajo en equipo, esta estrategia facilitará adquirir características de conducta, actitudes y orientaciones del rol profesional, los grupos de referencia son vitales para esta etapa. El profesor será un recurso del equipo, que en actitud independiente, será revisado por sus pares. El trabajo debe ser visualizado con responsabilidad y calidad.

Cuarta etapa. Interdependencia-internalización. Se resuelve el conflicto de la necesidad de independencia y el compromiso de compartir. El estudiante dejará este rol y adoptará la responsabilidad de sus compromisos y acciones. La evaluación de sus actos se da en forma indirecta por los profesionales con los que trabaja y por la población atendida, el análisis de estas formas, le mostrarán en forma sutil cómo entender los mecanismos de controles profesionales. Esta etapa se refiere en lo social a la internalización de las normas y valores profesionales en el concepto que el individuo tiene de sí mismo. Para Kelman «El comportamiento internalizado es intrínsecamente gratificante; el comportamiento y las gratificaciones se independizan gradualmente de cualquier fuente exterior».

La construcción de una identidad personal y profesional, en el contexto educativo, laboral, social y cultural de la enfermería, coincide con la convocatoria de la filosofía constructivista respecto a «... la institución educativa debe promover el doble proceso de *socialización y de individualización*, la cual debe permitir a los educandos construir una identidad personal en el marco de un contexto social y cultural determinados.» (Díaz Barriga F., 1998:16)

Finalmente habrá que reconocer que dentro de la escuela capitalista, existe también la separación entre la teoría y la práctica. Esta ideología del conocimiento que al ofertarse en forma desigual en los programas de estudios, reproduce la distribución de los individuos en las clases sociales a través de la formación de los profesionales de enfermería.

Si la posesión de una teoría sistemática, el reconocimiento por parte de la sociedad, de la autoridad de la profesión, la sanción comunitaria, los códigos éticos compartidos y la posesión de una cultura (Greenwood 1972), identifican a una profesión y por lo tanto permiten definir el rol profesional en quien la ejerce, se ha de dar una base teórica definida a las acciones de enfermería.

La ampliación de las tareas específicas y la recuperación de los espacios profesionales, han de derivarse y priorizarse por teorías de enfermería, este es un camino en la sociedad capitalista para desanudar la dicotomía entre el ser profesional y el ser mujer enfermera, la propuesta es que la aplicación de enfoques teóricos definidos permitan a la enfermera mediante su cuidado impactar el ámbito curativo del médico, la salud y bienestar de la persona y finalmente el perfil epidemiológico de la población.

De otro modo la cultura autoritaria y dogmática combinada con la ausencia o falta de definición teórica, mantendrá a la enfermería en un estatus semiprofesional y a las enfermeras sin un rol profesional con el que identificarse. Reiterando con esto, que en la formación de enfermería, reconocemos que las condiciones estructurales y culturales³² en interacción recíproca, intervienen en el proceso de socialización profesional y alertamos retomando a la corriente marxista que se ha perdido la noción del sujeto en formación, los procedimientos se han hecho prescriptivos, normativos, dolorosos de ahí que se sugiera transformar a la educación, como proceso de displacer a la recuperación del placer, lo dionisiaco.

³² «Las condiciones estructurales son aquellas experiencias educativas específicas, definidas por la profesión como requisito previo a la incorporación a la comunidad profesional. El clima cultural de la profesión (las condiciones culturales son los sistemas ideológicos prevalecientes en la sociedad, expresadas en palabras, símbolos y ritos), condiciona las normas de comportamiento y las actitudes, tanto para los estudiantes como para los profesionales.» (Cohen, 1988:51)

3.4. NIVEL PEDAGÓGICO

«Lo pedagógico implica la concepción de educación, finalidad de la misma, proceso de enseñanza aprendizaje, relación contenido método, relación docencia-investigación y difusión.» (Panza, 1997:26)

Considero que la misión del modelo pedagógico propuesto se podría señalar como: **lograr un egresado universitario que realice una practica profesional de la enfermería, con compromiso social, que construya y aplique el conocimiento sobre el cuidado de la salud de la persona, problematizando la realidad concreta, del cuidado y de la salud, en la búsqueda de su transformación.**

Para definir la propuesta desde lo pedagógico en el nuevo plan de estudios, iniciar por romper con las pretensiones del modernismo sobre la escuela, tal como lo sugiere el posmodernismo, al finalizar con los metarrelatos sobre la educación y avanzar sobre una comprensión crítica de la educación, que permita entre otras cosas respetar al otro en su contexto y en su cultura, liberar al educador y al educando de los conceptos de una visión única de la enfermería, que origina la visión de una realidad determinada hacia una realidad que puede ser una construcción social y por lo tanto posible de ser criticada, problematizada y modificada.

Además, plantear una concepción crítica de lo pedagógico dentro del sistema modular en la Carrera de Enfermería de la ENEP-I, hace necesario que la propuesta curricular ubique a la institución educativa en la sociedad, con capacidad de reflexión crítica y que proponga acciones con intención transformadora.

Es necesario reconocer en la elaboración de un modelo pedagógico elaborado para el plan de estudios de la Licenciatura en enfermería de la UNAM Campus Iztacala, que éste estará atravesado al operativizarse como proceso enseñanza aprendizaje, por diferentes organizaciones, ya revisadas en este trabajo, dentro de las que sobresalen:

- La Universidad con sus políticas, organización, estructura y operación.
- El Estado con sus leyes y reglamentos y situación política y económica.
- La población con sus necesidades, aspectos culturales, recursos, nivel de vida.
- La economía que determina el contexto en el que se ubica lo anterior.
- El gremio establecido que busca su reproducción y poder.
- El nivel institucional de la profesión, representado por otras escuelas,

Asociaciones y Colegios.

- Los servicios de salud, con sus políticas, programas y metas.

En la educación de la futura profesional los anteriores elementos, convergen como parte de las escuelas de enfermería como del Sector Salud. Objetivamente las IES aportan un *currículum* que señala prácticas que han de ser reconocidas en el mercado de trabajo. El sector salud aporta un modelo de atención que legitima las prácticas y la distribución diferencial del conocimiento que, como profesiones se mueven en las IES. En la vinculación docencia servicio, se da en la práctica, la doble formación de profesionales y mercado de trabajo.

Por lo anterior, pretender hacer una propuesta, desde lo pedagógico, implica cuestionar el significado de las acciones educativas para docentes y alumnos, la forma de organizar la vida en el aula y en otros escenarios de práctica clínica, sus repercusiones en la información y la formación de los estudiantes respecto a actitudes ante la vida, que van desde las relaciones interpersonales y la generación de modelos para afrontar la práctica profesional, entre otras cuestiones. Significa, romper con el modelo tecnocrático que señala a una pedagogía como técnica para formar habilidades y destrezas, señaladas en los objetivos de un programa.

Lo anterior clarifica la propuesta de que en lo pedagógico se dé la relación dialógica, para reconocernos el uno en el otro; como participantes de grupos sociales, con cuyos integrantes nos encontramos, nos cruzamos, o integramos y formamos y realizamos proyectos conjuntos; somos libres y en permanente construcción, por lo mismo, responsables de lo que actualizamos de nuestra potencia de ser, como personas en solidaridad en el proceso diario de lo educativo como un proyecto para toda la vida.

Propongo para el nivel de análisis de lo pedagógico, como fundamento teórico del nuevo plan de estudios de la licenciatura en Enfermería a la **Pedagogía Crítica de H. Giroux** y la **Teoría Educativa de Paulo Freire**, así como el estudio de los ejes didácticos referidos a: **Constructivismo, Enseñanza modular y Currículum flexible.**

3.4.1. ENFOQUE DE LA PEDAGOGÍA CRÍTICA

Con el fin de que el modelo pedagógico sea revisado desde la elaboración del plan de estudios, lo que permitirá detectar los modelos reproductoristas, propongo a Giroux, quien hace un análisis crítico a las teorías reproductoristas educativas³³ y propone

³³ Giroux muestra un panorama de las diversas posiciones y sus respectivos supuestos. Destaca el estudio sociológico de la educación desde a) el modelo económico reproductor, b) el modelo cultural reproductor y c) el modelo hegemónico estatal reproductor.

una perspectiva teórica educativa de la resistencia, movimiento radical educativo que se ha movido fuera del paradigma productivista. La escolarización que tienden a configurar Giroux y Mc. Laren la denominan «pedagogía de la posibilidad».

Para la Carrera de enfermería se aplican acertadamente las categorías de posmodernismo y feminismo³⁴. Cuestionar a los métodos de enseñanza sexistas o clasistas que estructuran formas de reforzamiento social y personal, la ausencia de reconocimiento de la cultura popular como base significativa de conocimientos, sobre todo aquellos con los que ya cuentan los alumnos y que al negarse en los contenidos, devalúan al sujeto que lo posee y eliminan la posibilidad de anclar el conocimiento con la vida cotidiana.

El reconocimiento de la presencia de relaciones de poder presente en las relaciones pedagógicas identifica la primacía de formas particulares de conocimiento, la importancia que se da al objeto de estudio y no a la forma en que los estudiantes obtienen dicho conocimiento, el supuesto del entendimiento del estudiante solo por la vía de mejorar los métodos de enseñanza, explica las formas de resistencia ante las formas dominantes no aceptadas en forma pasiva.

Aplicar la pedagogía crítica enfocará la atención a las formas en que los estudiantes construyen activamente las categorías de significado y cómo producen y responden al conocimiento que se imparte. La aplicación de la pedagogía crítica propiciará el interés por la motivación del estudiante a que aprenda, además de establecer las condiciones de aprendizaje para que las futuras enfermeras se ubiquen como sujetos históricos.

Esta pedagogía centra su atención en la forma en que los estudiantes realizan las elaboraciones afectivas y semánticas, en el esfuerzo por regular y dar significado a sus vidas, determinadas a su vez por quiénes son los estudiantes, su autoimagen y su visión de futuro, aquí se juega también lo popular como categoría de significados y elaboraciones afectivas que forman las identidades políticas y culturales de los estudiantes.

La pedagogía crítica aplicada en la enseñanza de la enfermería, resalta que la situación de aprendizaje en que se coloca al alumno no se disocia ni se privilegia sobre la práctica del cuidado. Antes bien, se han de propiciar situaciones de aprendizaje

³⁴ « El posmodernismo y feminismo han desafiado al modernismo en una variedad de frentes teóricos y políticos... El feminismo postmoderno se opone a una visión lineal de la historia, que legitima las nociones patriarcales de subjetividad y sociedad , además, rechaza la noción de que la ciencia y la razón tengan una correspondencia directa con la objetividad y la verdad» (Giroux, 1995).

direccionados por el compromiso humanístico y social de proporcionar atención de calidad y de calidez a la persona, la inclusión de programas de atención de enfermería a grupos marginados e indigentes, de grupos en situaciones de riesgo o que presentan ambientes o estilos de vida poco favorables a la salud, siendo la transformación de su práctica del cuidado y de las condiciones de riesgo a la salud de la persona las metas hacia las que direccionará su aprendizaje.

3.4.2. ENFOQUE DE LA TEORÍA EDUCATIVA HUMANISTA

En la propuesta, al adoptar la teoría educativa de Paulo Freire³⁵, destaco los conceptos de *problematización, educación bancaria, acción cultural como educación, liberación y dialogicidad*.³⁶

En apoyo a los cambios necesarios para la Enfermería, retomo a Freire quien señala que la revolución se da en lo individual y lo colectivo, para él la conquista de la independencia, incluso mediante una revolución, cambia a quienes la hacen y les otorga nueva dignidad y capacidad de decidir; con lo cual comienza la verdadera revolución. Freire, combate el paternalismo, el burocratismo y el dogmatismo.

Reconocer el dominio sexista, de clase, de la enfermera, remite a Freire, para quien el objetivo central de la educación es combatir el opresor en potencia que cada educando tiene en su inconsciente y que le lleva a reproducir la opresión de la que es víctima. Así la educación de la enfermería no se trata de solo enseñar una técnica, de utilizar métodos que aceleren el aprendizaje, sino enseñar al mismo tiempo a desarrollar sentimientos solidarios y colectivos, a respetar a los diferentes, a aprender de los demás y de la vida misma, características del humanismo propios del cuidado de enfermería.

³⁵ Freire retoma a la Teoría Crítica de Max Horkheimer, según la cual el hombre es capaz de forjar la realidad y reorientar el porvenir a partir de la no aceptación del *statu quo* histórico. De Karel Kosic, retoma la dialéctica de lo concreto, cuya ontología de la praxis permite explicar y justificar las acciones humanas encaminadas a transformar el mundo.

³⁶ A la labor desintegradora de la escuela que solo instruye (transmitir conocimientos), se opone la diferenciación que señala Freire, al diferenciar la alfabetización (que solo enseña a leer y escribir) de la educación (que ayuda a la personalidad a desarrollarse en lo individual y en lo social); considera que la escuela debe potenciar, dinamizar y facilitar el desarrollo integral del ser humano mediante la práctica liberadora. El sujeto debe experimentar en la práctica la capacidad de transformación de su realidad, para participar consciente y activamente en la lucha por su liberación, para ser un sujeto de transformación.

Freire presenta una preocupación por que el educador asuma la responsabilidad ante la tarea de enseñar sin dejar de enfatizar el papel del alumno como sujeto del conocimiento. «Por eso definiendo una posición responsable del educador en el acto de conocer, pero definiendo enfáticamente el papel del *sujeto de conocimiento*, que es el educando» (Freire, 1997:50). Freire presenta la cuestión de la educación como la relación profesor alumno, mediada por el contenido, quien permite así la relación entre educador y educando.

La *liberación* se realizará a través de la educación y la acción cultural en una relación dialógica como generadores de una conciencia social, que parta de la idea central de formalidad y racionalidad; ejerciendo papeles activos, cuestionadores, responsables y respetuosos ante las actividades educativas de lecturas y aproximaciones a la realidad social. Con Freire se colocará sobre la mesa de discusión la crítica al vínculo pedagógico dominante, señalado como característico de la educación de la enfermera, proponiendo en grupos de profesores, alumnos y egresados, alternativas pedagógicas para desechar en nuestra práctica docente cotidiana, tanto en el aula como en la clínica, la «concepción bancaria» de la educación³⁷.

El *diálogo*, una vez que se dé en el aula vivenciado por las profesionales de la enfermería en formación, pasará a ser parte de su forma de comprender el mundo y a la vez de transformarlo, aplicando la dialogicidad en su trabajo profesional al prestar el cuidado a la persona, como un acto de intersubjetividad, en intercomunicación, teniendo así su función educativa como una acción cultural. Así la relación docente-alumno y enfermera-persona, se logrará en condiciones de «enseñaje» frente al conocimiento, donde ambos integrantes de la diada, están aprendiendo en el proceso educativo.

La *problematización* de la realidad inducirá a los participantes del acto educativo a entender críticamente la realidad de la que forman parte al entablar una relación entre la psicología genética de Piaget (que propone la recreación de la realidad a partir de la acción del individuo sobre ella), la perspectiva socio-pedagógica-crítica de Freire (que asume la complejidad del conocimiento dentro de un marco conceptual socio-cultural determinado históricamente) y la ruptura epistemológica de Bachellard (para alcanzar el conocimiento profundo de los procesos de la vida y la sociedad).

³⁷ La «concepción bancaria» de la educación (Freire, 1973), en donde el alumno asume el rol de agente pasivo y receptivo en la relación cognoscitiva. El alumno se limita a acumular una serie de datos estructurados y procesados por otros, que resultan ajenos a su práctica, y que le aparecen resueltos en sí mismos.

La propuesta pedagógica de Freire, orientará el cambio de la acumulación de conocimientos propios de las disciplinas y de la educación bancaria, por los objetos de transformación, propios del sistema modular.

3.4.3. ESTRATEGIAS CONSTRUCTIVISTAS

La concepción cognoscitivista adoptada desde lo psicológico, se verá reflejada en el modelo pedagógico, permeado por los conceptos sobre: la importancia de los aprendizajes previos, el aprendizaje significativo, el rol activo del sujeto como constructor de su conocimiento así como el desarrollo de estrategias cognitivas y metacognitivas.

El constructivismo³⁸, en la elaboración del modelo pedagógico:

- Retomará la actividad constructiva del alumno en sus aprendizajes, y definirá al alumno como sujeto cognitivo en el proceso activo de construcción del conocimiento, que lleva a la experiencia de aprender, como aporte al encuentro didáctico, sus conocimientos o sus representaciones previas sobre el contenido, valores, actitudes, habilidades. Asumir la responsabilidad de aprender, para el alumno de enfermería, permitirá entenderse como ser inacabado, incompleto, en constante construcción y le permitirá saborear el placer de reconocer que el proyecto de conformación más grande que puede aceptar el ser humano es la construcción de sí mismo, para que desde ahí, le sea posible generar un proyecto para aprender durante toda la vida.
- Enfatizando la actividad externa o interna del alumno el enfoque constructivista orientará el diseño de actividades intencionales, planificadas y sistemáticas que estimulen esos procesos mediante la promoción, guía y orientación.
- El desarrollo de los contenidos del programa debe considerar información actual, y actividades significativas, que permitan un estudio ágil e interesante del módulo, realizando actividades de reflexión, derivada de preguntas guía que orienten el trabajo individual o de grupo. Incluyendo preguntas de motivación y reflexión que introduzcan al alumno en el estudio del tema y susciten su interés.

³⁸ « La postura constructivista se alimenta de las aportaciones de diversas corrientes psicológicas asociadas genéricamente a la psicología cognitiva: el enfoque psicogenético piagetiano, la teoría de los esquemas cognitivos, la teoría ausubeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la psicología sociocultural vigotskiana, así como algunas teorías instruccionales entre otras.» (Díaz Barriga Frida,1998:14)

De acuerdo con Escamilla J.(1997), «todo contenido escolar debe tener para ser significativo:

- 1.- permitir al sujeto reflexionar sobre el momento en que le tocó vivir, el alumno debe ser capaz de problematizar su presente;
- 2.- permitirle al alumno un proyecto de vida futuro, identidad de ser, y no solo de saber, para rescatar la formación humana del hombre».

El conocimiento por el conocimiento ha perdido sentido de ser, propongo una educación formativa, que en enfermería, vía la educación como acto de conocimiento, forme enfermeras que expandan su conciencia, que actúen para transformar, con nuevas capacidades de ser. La relación del alumno de enfermería con los contenidos, propongo se establezca en forma dialéctica, será viable dado el tipo de contenidos que se necesitarán, hablar del cuidado, de la salud, del entorno y de la persona no admite la educación bancaria denunciada por Freire, es conmoverse y transformarse al tocar temas tan humanos. En la dialéctica el sujeto modificará al objeto de conocimiento y en la relación el objeto habrá modificado al sujeto.

Considerar a los procesos cognoscitivos implicados en el acto educativo, refuerza la importancia de la organización del conocimiento, que se ha de preparar con una estructura lógica que defina su sentido de ser. Se vigilará no ofrecer una educación desvinculada de la realidad del educando, no presentar los contenidos de conocimiento en forma ajena a la realidad concreta que percibe, sin organización subyacente, que le dé coherencia dentro de una estructura general de conocimientos.

El conocimiento que se imparta ha de estar adecuado a las condiciones socio-históricas tanto de la situación social del país, de la población, como de las necesidades profesionales, actuales y futuras de la enfermería. La actualización y vigencia de los contenidos dará significatividad a los aprendizajes; recordemos que en enfermería seguimos enseñando un sin fin de contenidos, patologías que a los docentes cuando fueron alumnos les impactaron (hace 20 o 30 años) o que se presentan alejadas del entorno cotidiano, en un afán abarcativo como docentes tenemos el miedo de: «... y que pasará si el egresado se va a trabajar a otros lugares» y dejamos de lado algunos que son vitales para conectar al alumno con su realidad profesional.

Para la elaboración de la estructura pedagógica retomo que la Educación Superior supone el contacto con un cuerpo de conocimientos formales y que el conocimiento formal que se ha impartido al educando adquiere formas múltiples en su aplicación. Las IES no pueden preveer ni enseñar la totalidad de las prácticas posibles en un campo profesional. Sin embargo hemos de estructurar estrategias pedagógicas que

orienten hacia el dominio de los conocimientos que integran el campo disciplinar para lograr que el estudiante desarrolle conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y valores, para la detección de problemas, generación de alternativas y aplicación del conocimiento formal en la toma de decisiones profesionales.

Se propone también un cambio sustancial en la relación cotidiana que se da en los diferentes escenarios de aprendizaje. Un punto será considerar el aula, los servicios de atención a la salud, los escenarios naturales de las prácticas de campo, como un lugar de interacción social y construcción de conocimientos, donde se da el aprendizaje elaborando contenidos, habilidades, actitudes y valores. Reflexionar sobre lo dado por otro (s) y construir lo dándose a nivel individual del alumno, en relación docente-alumno, docentes-alumno, alumnos-docente, alumnos-alumnos.

De acuerdo con la psicología social, el grupo operativo de P. Riviere, y la visión de Freire, la relación dialogal se dirige a suprimir las formas de dominación, esquemas que desde la educación se van imponiendo a la enfermera y además al fortalecer el trabajo grupal se genera una conciencia de liderazgo, de responsabilidad compartida, de complementariedad, en ese aprender todos de todos, llevar un aporte al trabajo común, colocar sobre la mesa diferentes visiones sobre un mismo objeto y que en la interacción y el trabajo colectivo se obtenga un conocimiento crítico sobre la realidad profesional de la enfermera, para actuar mediante el cuidado a la persona, encaminándose a transformar su mundo.

Las actividades de aprendizaje se propone que sean tratadas como situaciones problematizadoras retomadas del interés de los estudiantes y vinculadas con el entorno cotidiano, propiciando la toma de decisiones personal y participación activa en la construcción del conocimiento. Se propone que las alumnas aprendan mediante la reflexión, la práctica, la observación, comparación, análisis, síntesis. Insistiré que a toda situación problematizada, se le presente una vía de solución, mediante el proceso de resolución de problemas, tomar una decisión, evaluarla en el contexto y ejecutarla; lo anterior, le facilitará asumirse como la protagonista de sus aprendizajes.

Una educación desvinculada del mundo de significación del alumno no lo motiva, la falta de explicitación y claridad obstaculiza los procesos de comprensión y nulifica el de reflexión, «siendo la reflexión el proceso cognoscitivo por medio del cual es posible hacer operaciones lógicas formales dentro de una estructura de razonamiento, el cual permite desarrollar inferencias y deducciones válidas...» (Tirado, 1989).

Las actividades planeadas como experiencias de aprendizaje significativo implicarán a la observación, experimentación, comprobación, simulación de situaciones, solución de problemas, desarrollo de destrezas y habilidades de análisis y de razonamiento lógico, en la búsqueda de llevar al alumno a la construcción del conocimiento y propiciar la transformación conceptual para responder en forma competente en diferentes circunstancias y situaciones. Siguiendo a Coll, las intervenciones docentes estarán orientadas a lograr como meta enseñar al alumno a «aprender a aprender».

Algunas actividades sugeridas: Determinar el conocimiento previo -Actividades de laboratorio con materiales fáciles de conseguir -Actividades de laboratorio para realizar en el aula -Actividades de investigación y experimentación realizables en el campo clínico -Actividades de investigación bibliográfica -Preguntas guía para que el alumno realice sus propios resúmenes o reportes -Autoevaluación por unidad. Los métodos: el sistema tutorial, el estudio independiente, la creación de seminarios, grupos de encuentro, el método de proyectos, el método de resolución de problemas.

El docente de la carrera de enfermería, en aula y en clínica, no se limitará a informar o crear condiciones adecuadas para que el alumno construya su conocimiento, será partícipe de esta gestión en forma planificada, deliberada, flexible y adaptada a personas, casos y situaciones diferentes. Se promoverá la ruptura con los roles tradicionales de docente que, como se trabajó en el enfoque sociológico, se caracteriza por el autoritarismo y la rigidez.

La transferencia de responsabilidad³⁹ y la identificación del potencial de aprendizaje, mediante la valoración de la zona de desarrollo próxima⁴⁰ de Vygotsky, serán elementos importantes que ubicarán el papel estratégico del docente, quien no será un ejecutor de las recetas de otros, sino un constructor de posibilidades de aprender, considerando: los conocimientos previos de las alumnas; las características de la tarea de aprendizaje que se va a abordar; los contenidos, actitudes, habilidades y valores que implica la tarea; los materiales e infraestructura con que se cuenta para desarrollarla; los propósitos, metas u objetivos explícitos e implícitos en el programa y el sentido de ser de la actividad y cómo ésta repercutirá en la formación integral del profesional de enfermería.

³⁹ «...significa el nivel de responsabilidad para lograr una meta o propósito, el cual se deposita en un inicio casi totalmente en el docente, quien de manera gradual va cediendo o traspasando dicha responsabilidad al alumno, hasta que éste logra un dominio pleno e independiente.» (Díaz Barriga F. 1998:4)

⁴⁰ «La distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema, bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz» (Vygotsky, 1979)

En este aspecto se puede retomar la importancia de la tutoría en la enseñanza de la enfermería, donde la retroalimentación inmediata, el alumno como sujeto activo y la implicación de lo afectivo en el proceso cognitivo; interaccionando el docente y el alumno para lograr las metas académicas del proyecto institucional, en corresponsabilidad y cooperación. Las tutorías podrían vivirse como en el Sistema de Universidad abierta (SUA), de la ENEO-UNAM: de tipo individual y grupal.

El modelo tutorial, con reminiscencias «del maestro artesano», no es ajeno en la enseñanza de la enfermera. En la formación de esta profesional, la afectividad ha sido y es una razón de igual importancia y con frecuencia mayor que la intelectualidad, por lo que ha de ser estimulada como un impulso para aprender y para dar atención, dentro de un esquema de valores profesionales. La vivencia en las aulas y las situaciones clínicas son propicias para retomar la educación individualizada y personalizada que se da con el modelo tutorial, una relación docente alumno de este tipo será modelo para una relación individualizada y personalizada enfermera- persona y la formación del modelo profesional.

El docente como mediador de procesos de aprendizaje, en una relación interactiva y guiada, proporcionando ayuda pedagógica ajustada⁴¹, aplicará el «andamiaje» de Bruner, dirigiendo, durante los cuatro años de la licenciatura, su apoyo hacia el logro de la competencia y la autonomía del alumno.

Los espacios de práctica, laboratorios de prácticas análogas o campos clínicos, serán previamente estudiados -el tradicional estudio de campo clínico será complementado con estancias de práctica vividas por docentes experimentadas-, la selección dependerá de criterios académicos como son el que sirvan de escenarios para la integración y síntesis de conocimientos, serán campos abiertos a las innovaciones, facilitadores de la integración docencia, asistencia e investigación. Un ambiente clínico que proporcione modelos profesionales y de cuidado de enfermería. Hospitales, clínicas, casas de salud y comunidades; que propicien la generación de nuevos y diversos paradigmas del ejercicio profesional de la enfermera, vinculando la realidad de los servicios y las necesidades de atención, con el cuidado de enfermería.

⁴¹ «Se refiere al cambio regulado en la cantidad y cualificación de los apoyos o soportes que el tutor (docente, experto o compañero más avanzado) brindan al aprendiz. Dichos apoyos pueden involucrar aspectos tan diversos como intervenciones en la esfera motivacional y afectiva, manejo de procesos de atención y memoria, pistas para pensar, inducción de estrategias de aprendizaje o procedimientos para un manejo eficiente de la información» (Díaz Barriga F.1998:213).

La diversidad de situaciones clínicas a las que se exponga al alumno, han de tender al mantenimiento, la preservación, la búsqueda del encuentro de la persona con su salud, entendiéndola como un continuo, dejando un menor porcentaje a las situaciones de enfermedad. La inclusión del metaparadigma de la disciplina de enfermería en la estructura pedagógica de su enseñanza, es un punto de partida para cambios que van desde el tiempo que se otorgue a cada servicio hospitalario o comunitario, las actividades de aprendizaje, encaminadas a construir un determinado tipo de práctica profesional, la conformación de actitudes anticipatorias privilegiadas sobre las curativas o de limitación del daño, la orientación del alumno hacia el dominio de técnicas de trabajo en grupo, de asumir y promover los valores tendientes hacia la salud, el respeto, la autonomía y la responsabilidad, entre varios.

Dado que el aprendizaje, siguiendo la corriente de la psicología social y cognitiva, la pedagogía crítica y al modelo pedagógico humanista de Freire, no se ve como resultado, sino como un proceso, también la evaluación, será de corte constructivista. Hará énfasis en los procesos de elaboración y construcción del conocimiento de los alumnos, el uso de las estrategias cognitivas y metacognitivas, el logro de los objetivos, propósitos o metas. Tomará en cuenta el modelo profesional asumido por el alumno y cómo éste se acerca y por qué vías, la significatividad de los aprendizajes logrados por el alumno (para él, para el grupo, para el docente), la coherencia y congruencia del logro escolar con la significatividad de la tarea, la extensión o amplitud, los niveles de complejidad de los esquemas elaborados en la mente del alumno y el grado de generalización y de transferencia de los aprendizajes a situaciones diversas.

Es importante desde el constructivismo que la evaluación sea inicial, y fundamentalmente se lleve a cabo durante el proceso de enseñanza y que sea planteada como experiencia de aprendizaje, con esto lograremos explotar el potencial educativo de la tarea de evaluar en enfermería.

Es necesario que en el proceso de evaluar se considere la vastedad de factores que intervienen en el proceso de aprender, y que a través de este proceso todos reciban los beneficios de la retroalimentación, que surge de la evaluación docente, la evaluación por pares, la evaluación de quien ha recibido el cuidado de enfermería y la autoevaluación. La participación de los protagonistas en el acto del cuidado, enriquecerá la evaluación del proceso de aprendizaje, sumando además la evaluación del proceso de atención de enfermería, como un todo integral.

Con lo anterior, resalto la idea de que enseñar-aprender a ser, conocer y hacer enfermería, son los objetivos principales del proceso de evaluación.

Dentro de la evaluación se implica la acreditación, la cual estará formulada por criterios académico administrativos, explicitados desde el programa y plan de estudios con un enfoque de requisito de aprobación y certificación del logro escolar. Los criterios establecidos evidenciarán una relación necesaria con los diferentes elementos del programa y plan de estudios, desde la verticalidad y la horizontalidad de la enseñanza de la disciplina.

Los criterios de acreditación oficial, serán dados a conocer y revisados desde la fase de apertura del curso, con el fin de establecer contratos de corresponsabilidad de los integrantes del acto educativo, es deseable que deje de ser un examen objetivo la panacea de la acreditación, tendrá mucho que ver la estrategia de enseñanza y la forma de organización con el recurso propuesto para conocer el logro escolar. La acreditación como proceso, también ha de involucrar las diferentes evidencias de aprendizaje recogidas a lo largo del desarrollo del programa, las cuales una vez transformadas a número, se convertirán en calificación.

3.4.4. ENSEÑANZA MODULAR

A partir de 1974, se han implementado en el país una serie de currículos que responden al nombre de Enseñanza Modular, tal denominación se ha aplicado a diversas implementaciones didácticas, aunque en diferentes modalidades, tales propuestas en ocasiones llegan a esconder una propuesta tradicional maquillada o ser verdaderas innovaciones.

Pansza, señala la existencia de dos modelos modulares: integrativo y psicologista, se desarrollará el primero, por ser con el que se propone, se elabore el plan de estudios; de acuerdo con la autora presenta los siguientes criterios orientadores:

- Integración docencia-investigación-servicio.
- Módulos como unidades autosuficientes.
- Análisis histórico crítico de las prácticas profesionales.
- Relación teoría práctica.
- Relación escuela sociedad.
- Fundamentación epistemológica.
- Carácter interdisciplinario de la enseñanza.
- Concepción de aprendizaje y objetos de transformación.
- Rol de profesores y alumnos.

En el sistema modular se pretende integrar docencia, investigación y servicio en el abordaje de un problema concreto que afronta la comunidad y que tiene una relación estrecha con el quehacer profesional. Este problema o fenómeno, es abordado por el alumno para su transformación, integrando el aprendizaje de los aspectos teóricos necesarios para su comprensión, con la metodología para abordarlo. Desaparecen así de los currículos las materias llamadas teóricas o prácticas y los cursos de metodología de investigación centrados en el dominio de técnicas...» (Panza,1997:50).

La propuesta curricular estadounidense presenta similitudes metodológicas con la modular por objetos de transformación, desde el enfoque de Díaz Barriga en el estado actual de desarrollo de la teoría curricular cada teórico del currículum intenta expresar su aporte al campo planteando algún paso mas o menos novedoso o diferente, sin embargo siempre se encuentran entre ellas similitudes generadas por la época de aparición y la influencia de las condiciones de su surgimiento.

Sin embargo, «entendemos que el marco conceptual desde el cual se construye la propuesta curricular por objetos de transformación, tal como lo expresan sus autores, permite llegar a una comprensión más amplia y contextualizada de los planes de estudio» (Díaz B,1984:10).

En el marco de la propuesta modular por objetos de transformación los cinco elementos desde donde se construye un plan de estudios son: Marco de referencia del plan, determinación de la práctica profesional, estructuración curricular, elaboración de módulos y evaluación del plan de estudios.

El concepto alrededor del cual giran los cinco elementos se refiere a la Práctica profesional, por lo cual se ha de revisar el enfoque expuesto por este modelo. El estudio de las prácticas profesionales implica revisar el desarrollo de las fuerzas productivas, hacer una revisión histórica del comportamiento del mercado de trabajo así como el marco económico social en que se desarrolla la profesión. La propuesta que se revisa, desde el punto denominado Marco de referencia, permitirá abordar en forma diferente lo que la propuesta norteamericana y sus seguidores denomina Perfil profesional que se dirige hacia la modelización que desde lo educativo presupone o ideologiza el quehacer profesional de los egresados; proponiendo «el marco de referencia se constituye con el conjunto de elementos conceptuales y empíricos con los que se define el contexto social y cómo éste se relaciona objetivamente con el proceso educativo» (Serrano,1981:6).

Otra diferenciación conceptual del sistema modular por objetos de transformación, va dirigida a la determinación de las prácticas profesionales clasificándolas como: decadentes, (la práctica profesional que va perdiendo espacio social); dominante (la más representativa de la profesión en el aquí y el ahora) y la emergente, (que se encuentra en vías de conformación, además de poseer características utópicas, es la virtualmente vinculada con los menos favorecidos), ofrece la posibilidad de entender las características históricas-sociales de las distintas formas de ejercer una profesión. Dada la determinación social de la práctica profesional en el estudio de campo se ha de conocer la práctica real en las fuentes de empleo para identificar la fuerza de trabajo que prevalece y las posibilidades de opciones de nuevas fuentes de trabajo y prácticas profesionales diferenciales y contrahegemónicas. Lo propuesto en el sistema modular presenta a la educación en enfermería vías posibles y necesarias de desarrollo para su definición profesional, como se resalta en el siguiente párrafo.

De lo anterior Díaz Barriga señala «...cobra valor la propuesta de estructurar un currículum a partir del estudio de la práctica profesional. Ello resulta válido no solo porque este concepto reemplaza al de perfil del egresado, sino fundamentalmente porque definir las prácticas sociales de una profesión, su vínculo en una sociedad determinada y las condiciones históricas de la misma, implica una explicación más integral y diversificada de la realidad social y educativa» (Díaz Barriga, 1984:56).

La práctica profesional como eje integrador, permitirá al equipo de elaboración del plan de estudios, construir los programas y definir los contenidos, planear las actividades de enseñanza y aprendizaje, a partir de lo que la profesión requiere; permitiendo también incorporar elementos teórico- críticos de su misma práctica profesional y posibilitar la generación del conocimiento teórico técnico de la profesión.

Desde el enfoque modular la estructuración del mapa curricular y de cada uno de los módulos intenta una integración mayor del conocimiento, esta visión es propia de la corriente modular que se dirige a la búsqueda de formas que favorezcan la articulación del conocimiento, «como una ruptura teórica dentro de la pedagogía, toda vez que abandona la ordenación formal del conocimiento.» (Guevara, 1976:9)

El concepto de objeto de transformación entendido como «un problema de la realidad, que se toma como tal, en su totalidad y como proceso, para explicarlo por vía de la acción sobre él» (Villarreal, 1980:8).

La propuesta modular por objetos de transformación, tiene como premisas básicas la necesaria articulación de la investigación y la docencia y el servicio así como consolidar una planta docente de tiempo completo que será la responsable del *currículum*.

M. Panza da una caracterización resumida sobre la enseñanza modular integrativa «...pretende romper con la clásica relación de aislamiento de la institución escolar con respecto a la comunidad social, para acudir a ella en búsqueda de los problemas en torno al cual organizar su plan de aprendizaje. Descansa en una concepción del conocimiento como proceso de acercamiento progresivo a la verdad objetiva, en la cual la teoría y la práctica se integran en una dualidad que a través de un proceso dialéctico permite integrar el conocimiento. El aprendizaje es por tanto, concebido como un proceso de transformación de estructuras simples en otras de mayor nivel de complejidad y es consecuencia de la interacción entre el sujeto y el objeto de conocimiento en un contexto históricamente determinado.

Pretende modificar sustancialmente el rol de profesor y alumno a través de un vínculo pedagógico que favorezca la transformación, rompiendo con las relaciones de dominación y dependencia.

Basa sus acciones en el desempeño de una práctica profesional perfectamente identificada y evaluable. Se pronuncia contra la fragmentación del conocimiento y el falso erudismo escolar, a través de implementaciones didácticas que se basen en la práctica integrativa pretendiendo una integración lógica de los contenidos desde una perspectiva interdisciplinaria» (Panza, 1997:57).

En el Sistema modular, el aprendizaje se realiza dentro de una situación educativa en la cual es el mismo alumno quién desarrolla su aprendizaje a través de enfrentamientos sucesivos con la realidad, a través de una práctica real y sistemática confronta problemas, encuentra una serie de interrogantes e incógnitas frente a los cuales trata de encontrar respuestas científicas. Desarrolla en su práctica un conjunto de experiencias que lo orientan a la búsqueda de cuerpos teóricos que le permiten conocer los fenómenos frente a los cuales se encuentra, es decir, que transforma su práctica en una actividad educativa y adquiere de esa manera, las habilidades necesarias para desarrollar sus conocimientos, adquiere mediante el proceso de formación elementos conceptuales y metodológicos que le permiten el desarrollo de su practica de investigación y estudio de la realidad como un proceso para toda la vida.

El sistema modular es concebido como un proceso permanente de investigación introduce al alumno en la lógica del pensamiento científico, disponiendo de bases lógicas y metodológicas para perfeccionar su conocimiento en forma permanente y continua.

El alumno es el elemento central del aprendizaje, toma de los múltiples problemas que le plantea la realidad, los aspectos que mejor se adecuen a sus intereses y realiza su práctica educativa a su propio ritmo.

Por ser un sistema cooperativo, la base es la motivación para desarrollar una actitud ante el trabajo, sentido de autovaloración frente al grupo y de corresponsabilidad en su práctica educativa. En el módulo, el desarrollo de los esquemas de cooperación es apoyado por una concepción diferente de evaluación y de las relaciones internas en el aula o en los campos de práctica.

La organización cognoscitiva, característica fundamental del aprendizaje intelectual, propuesta en el apartado correspondiente a los fundamentos psicológicos, aplicada dentro del sistema modular del plan de estudios de enfermería, se busca en la selección y organización de experiencias de aprendizaje que favorezcan la formación consciente de ideas generales y sus relaciones, revisando la secuencia y continuidad de pasos en el aprendizaje que llevan a la formación de ideas y al uso de los procesos cognoscitivos. Las experiencias de aprendizaje se diseñan en secuencia de acuerdo a:

La secuencia de ideas en orden de complejidad y grado de abstracción.

La secuencia de procesos cognitivos en orden de mayor demanda de rigor intelectual.

El docente es fundamentalmente un organizador, un inspirador del trabajo del grupo, un creador de situaciones favorables para el intercambio y la comunicación.

El trabajo con grupos operativos permite aprender y aprehender, en una relación dialógica, con los objetos de transformación, reconstruyéndolo críticamente en vías de su transformación.

El trabajo pedagógico necesariamente requiere del trabajo grupal, con la visión del docente como coordinador enfocado a dar las informaciones solicitadas por los participantes y propiciar las condiciones favorables a la dinámica del grupo de tipo dialógico.

Aplicada la pedagogía crítica al nuevo plan de estudios, permite que se retomen los elementos filosóficos del Sistema modular, caracterizados por:

- *la participación activa del alumno en su proceso de formación.* la característica del aprendizaje como autoiniciado y autoevaluado, valioso y satisfactorio ha de pasar por la involucración del sujeto que aprende, que propicien en la enfermera aprendizajes a partir de fomentar la búsqueda del conocimiento y asumir el compromiso de lograr su propio aprendizaje;
- *el papel del docente como asesor y coordinador del grupo.* propiciar el aprendizaje, conceder espacios de síntesis, organizar en forma coherente

los contenidos, presentar la actitud de que se valoran los aprendizajes en el plano del ser y no del tener, cambiar las actitudes coercitivas, poco interesantes para el alumno, por aquellas facilitadoras del proceso que pongan en juego facultades cognoscitivas, motoras y afectivas propias del cuidado de enfermería, desarrollando el programa en forma progresiva, en dimensiones de reflexión síntesis e integración del conocimiento;

- *el trabajo en grupo*. La relación significativa que se da en el encuentro objetivo e intersubjetivo del grupo de aprendizaje, con expectativas e intereses comunes sistematizadas hacia el logro de metas compartidas; en un espacio donde se juegan diferentes roles, actuados por seres humanos: individuos, sujetos sociales, históricos, concretos; que llegan al encuentro aportan, participan y transforman un proyecto institucional en un proyecto personal -el ser enfermera-;
- *la aplicación del conocimiento a la realidad concreta*. si el aprendizaje atañe a los aspectos de la vida, quien aprende está inserto en esa realidad, las experiencias diseñadas han de contribuir a darle sentido a su vida personal, correspondiendo a un proyecto de vida, retomando conocimientos previos, respetando culturas y orientando el cuidado hacia estilos de vida saludables para la enfermera y la persona, objeto de su cuidado. Aprovechar el ambiente clínico, como escenario de la realidad, para captar en lo sensible, la imagen, la interpretación de la necesidad del cuidado y elevar la experiencia práctica hacia el entendimiento de lo abstracto de la ciencia del cuidado. La enfermera diagnosticará, canalizará, llevará a debates nacionales y elevará a programas institucionales las alternativas de solución a grandes y viejos problemas de salud comunitaria, con una actitud de vanguardia, descubriendo el valor de participar en una responsabilidad de tipo colectivo, -el cuidado de la salud de la persona-;
- *la interdisciplina* . El trabajo interdisciplinario en la formación de pregrado, el servicio social y el ejercicio laboral, orientan hacia mejores resultados de respuesta a la sociedad. Contribuirá a los grupos y a las comunidades con sus aportes científicos y técnicos, este apartado se trabajará en forma amplia más adelante.

Por las características de la enseñanza tutorial y las características del proyecto modular, se propone que los grupos se integren para la estancia en aula con máximo 30 alumnos y para la práctica clínica con máximo 15 alumnos, por docente.

3.4.5. CURRÍCULUM FLEXIBLE

Una vía para enfrentar las cuestiones problemáticas y los retos del currículum, que la sociedad ha asignado a las IES, aprovechando la reforma curricular, dentro de la UNAM, dentro de Iztacala y especialmente dentro de la Carrera de Enfermería, es proponer la incorporación de un currículum con estructura flexible, en donde sea valorado al igual la determinación del moderno mercado de trabajo, la política educativa gubernamental y los avances científico tecnológicos en la disciplina. De tal manera que la construcción curricular redunde en beneficio de elevar la calidad académica con repercusión en la institución educativa y de la sociedad a través de sus egresados.

Dentro de las características de los planes de estudios con estructura curricular rígida se distinguen:

- La escuela es la unidad académica responsable de la organización y desarrollo del alumno hasta concluir la licenciatura.
- El número y tipo de cursos son diseñados para el alumno sin que éste tenga ninguna injerencia en su diseño.
- La rigidez de la estructura organizativa, impide el enriquecimiento con profesores y estudiantes de otras escuelas.

Uno de los aspectos que generan desconfianza, en la comunidad al mencionar este término, es la confusión con la flexibilidad laboral de los profesores, señalada por el Congreso del Trabajo como condición para la modernización productiva del país.

Son características de un currículum flexible:

- La posibilidad de incorporación rápida al currículum de los cambios necesarios por el desarrollo de lo social y disciplinar, para elevar la calidad de los egresados.
- De acuerdo con Meneses Morales (1879:241), este sistema se remonta a C. W. Eliot (Harvard, 1889), quien propuso plantear un sistema de créditos electivos que le permita a los estudiantes elegir libremente sus estudios y distinguirse en una línea determinada de conocimientos.
- En la experiencia mexicana (Universidad Iberoamericana, 1973), el *currículum* flexible se ha compuesto por áreas:

Área Básica, troncos comunes. Corresponde al primer eslabón del currículum y pretende proporcionar las herramientas intelectuales, necesarias y suficientes para cursar el área mayor de una licenciatura.

Área Mayor, espina dorsal de la carrera, se compone de los cursos indispensables para lograr una formación profesional y justificar el título. Diferentes planes de estudio pueden ser similares o requerir la misma preparación en la primera área, pero el área mayor es la que define, establece la diferencia de una carrera a otra, y distingue el campo profesional de las demás.

Área Menor, especificadora o complementadora de la mayor. Cubre el objetivo de especificación y complementación. El primero se orienta a profundizar en el campo de estudio correspondiente a la licenciatura que cursa. Un alumno especifica su carrera o profundiza en ella de acuerdo con los cursos que elige. La complementación se da mediante cursar materias que no pertenecen estrictamente a la disciplina pero que le resultan útiles. Esta es el área que presenta mayor flexibilidad dentro del plan de estudios.

Área de Integración, servicio social y opción terminal. Tiene por objetivo estimular al estudiante, con el método apropiado para cuestionar, clarificar e integrar valores y compromisos a los de la sociedad en la que ejercerán su actividad profesional. Se agrega el Servicio social y la opción de titulación, como fases de cierre de la licenciatura.

Otra característica importante del currículum flexible, que se propone atravesase el plan de estudios de la Carrera de enfermería IZTACALA, corresponde a la posibilidad de que en una licenciatura se presente una salida intermedia de nivel técnico profesional, que como se revisa en el Fundamento legal, está inscrito dentro de la normatividad de la UNAM.

Hay que establecer una clara diferenciación entre esta propuesta y lo que se denominaría una salida terminal de nivel técnico. Con este fin se desarrollará una breve descripción de esta opción educativa, aclarando que no es la propuesta que se presenta en la tesis.

Desde fines de los 70s, fue anunciada la creación de un Sistema Nacional de Enseñanza Media Terminal, con el objetivo de descongestionar las IES. Esta medida fue tomada cuando las tasas de crecimiento de la Enseñanza Media Superior y Superior se aceleraron, con la correspondiente exigencia de aumentar la tasa de gasto educativo; sin embargo el número de puestos disponibles crecieron a un ritmo lento que no correspondió al número de egresados del Sistema, generando el correspondiente desempleo, subempleo y una progresiva «devaluación de la escolaridad». Las propuestas elaboradas fueron en sentido excluyente o se responde a la demanda social o se responde a las demandas de crecimiento de la economía.

Una de las alternativas tomadas por las autoridades educativas consistió en ofertar una serie de estudios técnicos, relacionándolos con el desarrollo del sistema económico, para sortear la «crisis de desvinculación». Para gran cantidad de especialistas en educación la propuesta fue juzgada como selectiva, excluyente y a largo plazo discriminatoria de los usuarios del sistema.

Definitivamente que esta no es la visión que se propone para el nuevo plan de estudios. La propuesta consiste en aprovechar la experiencia de las salidas terminales como Técnico Superior Universitario o Profesional Asociado, que se están realizando en la Enfermería del país y en otras disciplinas.

Dar en forma inmediata, tal vez mediata, una salida remedial a los índices de deserción y reprobación encontrados en las licenciaturas, reportados en el Informe de la OCDE (1997:139), en donde se señala que de cada 10 alumnos que ingresan a la licenciatura, egresan cinco. Reconozco que una medida remedial no va de acuerdo con las propuestas teóricas emitidas en esta tesis, para transformar la educación en enfermería y a la disciplina; sin embargo considero que de tomarse la propuesta de fundamentos teóricos, ésta por sí sola no va a impactar inmediatamente o a resolver todos los problemas de los educandos, habrá que caminar lento, en forma segura, como grupo, todas las IES de Enfermería, y así considero que pueden darse unos cinco años (a la primera revisión del plan de estudios) de vigencia a esta salida intermedia, posteriormente evaluar para considerar su continuidad, modificación o eliminación.

Además parto de reconocer que históricamente uno de los atractivos de la Carrera de Enfermería ha sido para los estudiantes y las familias la posibilidad de inserción al mercado laboral, durante sus estudios, lo que estaría legitimado en este caso mediante un documento oficial, situación que no ocurría en el Nivel Técnico, en donde las instituciones de salud, contratan a un estudiante que cursa la carrera de enfermería, no importando en el semestre que se encuentre, como auxiliar de enfermería, con el consecuente bajo salario. El técnico profesional o profesional asociado, en el mercado de trabajo, ocupará el nicho laboral de la enfermera general, que está siendo desocupado por las enfermeras de nivel técnico, las cuales ya en un futuro inmediato, si avanza la reglamentación de la profesión, dejarán de formarse en el país.

Lo que se propone es dar el tiempo necesario para fortalecer a las asociaciones y colegios profesionales de enfermería en México, para que amplíen su capacidad de decisión y de regulación del ejercicio profesional. Mediante el currículum flexible apoyar los cambios constantes y significativos en una profesión, que por lo general ha caminado rígida, sin apertura a innovaciones.

A este nivel la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), de la ONU/UNESCO, denomina como Nivel 5B. El documento del CINE, marca para este nivel las siguientes calificaciones: se centran en destrezas específicas de una profesión, preparatorias para entrar al mercado de trabajo, sin facilitar el acceso directo a programas de investigación avanzada. Un programa 5B dura dos o tres años, presenta como antecedente académico de ingreso el bachillerato y facilita el acceso a una profesión.

En la Enfermería de Nivel Superior en México, se viven en la actualidad experiencias de currículum flexible. La Universidad Autónoma del Estado de México, en la Ciudad de Toluca, en la Facultad de Enfermería se aplica a partir de 1999, una nueva propuesta de currículum, siguiendo la línea del egreso de un Profesional Asociado en Enfermería General y al término de la Carrera de Licenciado en Enfermería, denominándose el plan de estudios: «Licenciatura en Enfermería con antecedente de Personal Asociado de Enfermera General».

Iniciaron con un diagnóstico a partir de una evaluación interna y externa. La propuesta presenta fundamentos de tipo histórico, social, jurídico, filosófico, psicopedagógico y de planeación.

El plan de estudios, presenta para el profesional asociado un 64% de actividades prácticas y un 36% de actividades teóricas y un 64% de actividades generales y 36% de actividades específicas profesionales. Cubren 28 asignaturas, las que se distribuyen en seis semestres, incluidos dos del servicio social. El licenciado en enfermería, continúa su formación hasta el décimo semestre incluyendo un año de servicio social. Ambos niveles durante el Servicio social continúan asistiendo a tres talleres, lo que les permite la vinculación con la Institución educativa y además complementan los créditos de su carrera.

La Universidad Autónoma de Nuevo León, en su Facultad de Enfermería a partir de 1999, presenta un plan de estudios en dos ciclos: Profesional Asociado en enfermería en Atención a la mujer o Generalista y Licenciado en Enfermería. Para definir las áreas de acentuación tomó en cuenta un estudio de factibilidad y de mercado de trabajo. Tal estudio se seguirá realizando y los resultados darán el área de acentuación.

Los primeros 4 semestres presentan un 70% de actividades prácticas y un 30% de actividades teóricas, a partir del quinto semestre se invierte, 60% para las actividades teóricas y 40% de actividades prácticas. Ambos niveles presentan un año de servicio social y se otorga el título correspondiente después del examen profesional. Estas dos

experiencias además de la que realiza la Universidad Autónoma de Morelos, en su Facultad de Enfermería, y la ESEO del IPN en el Distrito Federal, IES que presentan esta modalidad de plan de estudios, enriquecerán al equipo de diseño curricular, al seguir esta propuesta.

3.5. NIVEL JURÍDICO

El marco normativo atraviesa a la enfermería, como a toda profesión. Los aspectos de su formación y práctica profesional, el cuidado -como su objeto de estudio- y la persona -como su objeto de atención-; son contemplados por diversas legislaciones.

El marco normativo es general a todas las profesiones. No existe un marco jurídico e instrumentos que normen la formación ni el ejercicio profesional de la enfermería, la normatividad institucional aplicada, se da por otros profesionales, principalmente médicos, quienes desde su marco histórico y disciplinar continúan orientando el desarrollo de la educación y práctica de esta profesión.

En enfermería se vive un alto grado de responsabilidad de sus funciones y exigencia de sus competencias, a las que se aplica el marco legal, además de las obligaciones creadas al ser una profesión. Pese al crecimiento vertical de los niveles de formación, en la práctica institucionalizada, los empleadores no han dado paso a la creación de espacios ocupacionales correspondientes a su nivel de formación y competencia profesional y continúa con un bajo nivel de posibilidad para acceder a puestos gerenciales de toma de decisiones y una baja asignación de salarios.

La profesión de enfermería, para 1998 se encuentra ubicada en el apartado 31 y 32 del listado de salarios mínimos, entre los que figuran todos aquellos trabajadores considerados manuales o artesanos.

Las actividades asignadas a los profesionales de enfermería están caracterizadas por un alto grado de imprecisión e indefinición del rol. La asignación de funciones e interpretación de las descritas en profesiogramas, está sujeta a la conveniencia de otros profesionales, quienes de acuerdo a las instituciones o los servicios propician situaciones de exigencia o de subvaloración del grado de competencia.

Dada la naturaleza clínica de la enfermería, una de las problemáticas que se presentan dentro de la enseñanza frente al paciente se encuentra el temor de parte del alumno, personal y directivos respecto a las responsabilidades que atañe la formación clínica.

La apertura y funcionamiento anárquico y sin control de escuelas de enfermería, han generado una multiplicidad de perfiles profesionales y planes de estudio, por lo general estos han sido legitimados por la SEP, así entramos a una competencia por los campos clínicos de práctica, en donde se observa la aplicación de la Ley de la oferta y la demanda, al imponer las instituciones de salud medidas restrictivas para el acceso a los mismos, las cuales han de ser asumidas por las IES.

La falta de reconocimiento social de la profesional de enfermería y la escasa oportunidad de experiencias en toma de decisiones en las instituciones donde ha realizado su práctica como estudiante, incrementa el nivel de angustia ante situaciones de urgencia y predispone al profesional que vive esta circunstancia a presentar una actitud pasiva o solamente reactiva.

La coexistencia en México de tres niveles de preparación y práctica de enfermería (auxiliares, técnicos y licenciados), además de todas aquellas prácticas profesionales derivadas o desprendidas de la enfermería, dificultan la identidad social de nuestra profesión, la indefinición y duplicidad de funciones, inciden en la insatisfacción del usuario y desmotivan al trabajador el escaso impacto de su acción profesional en los problemas de salud y los bajos salarios que no corresponden con su nivel de estudios.

3.5.1. DEL DESEMPEÑO DE LA PROFESIÓN

Desde 1978, se declaró el derecho al trabajo, es decir que cada persona, dentro de la edad que establece la ley, tiene derecho a trabajar y además, a que su labor sirva para dignificarla como ser humano y con ello contribuya al bienestar social.

La **Ley Federal del Trabajo** en su Artículo 3o. señala *El trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia. No se establecerán distinciones entre trabajadores, por motivo de raza, sexo, edad, credo religioso, doctrina política o condición social. Es de interés social promover la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores.*

En la realidad del profesional de enfermería en nuestro país no ejerce libre su profesión, ingresa al proceso productivo vendiendo su fuerza especializada a un patrón que se dedica a prestar servicios de salud.

Dentro de las exigencias que la legislación impone a la enfermera señala el *Artículo 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social...*, se requerirá que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

La norma jurídica es ambivalente en cuanto que exige el cumplimiento de servicios y requisitos, reconociéndola como profesión, relegándola en la cuestión salarial como trabajador de oficio o artesano.

La **Ley General de Profesiones**, reglamentaria del artículo 5o. Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, hace referencia a aquellas cuyo ejercicio requiere título profesional. El artículo 2o. transitorio, del Decreto del 31 de diciembre de 1973, señala que dentro de las profesiones cuyo ejercicio requiere título profesional se encuentra la Enfermería.

Artículo 1o. El título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizadas, y por instituciones particulares que tengan reconocimiento de validez oficial de estudios, en favor de la persona que ha concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 3o. Toda persona a quien legalmente se le haya expedido título profesional o grado académico equivalente, podrá obtener cédula de ejercicio con efectos de patente, previo registro de dicho título o grado.

Artículo 8o. Para obtener título profesional es indispensable acreditar que se han cumplido los requisitos académicos previstos en las leyes aplicables.

Artículo 29. Las personas que sin tener título profesional legalmente expedido actúen habitualmente como profesionales, incurrirán en las sanciones que establece esta ley.

La insuficiencia jurídica respecto a la enfermería, está demostrada en la realidad normativa, en la omisión al reconocimiento de ésta dentro de las profesiones. La Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, coloca en el *No. 31 Enfermero (a) con título.* dentro del rubro de los *oficios.*

Como trabajadores de la salud, sin embargo estamos sujetas a las determinaciones de la ley, en los términos de obligatoriedad del servicio social expresados en la **Ley General de Profesiones** en:

Artículo 52. Todos los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley, así como los profesionales no mayores de 60 años no impedidos por enfermedad grave, ejerzan o no, deberán prestar el servicio social en los términos de esta ley.

Artículo 53. Se entiende por servicio social el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionales y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado.

Artículo 55. Los planes de preparación profesional, según la naturaleza de la profesión y de las necesidades sociales que se traten de satisfacer, exigirán a los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley, como requisito previo para otorgarles el título, que presten servicio social durante un tiempo no menor de seis meses y no mayor de dos años.

En la **Ley General de Salud** se encuentran además de la obligación anterior, ayudar a requerimiento de la autoridad sanitaria, en casos de acciones extraordinarias en materia de salubridad general, otorgar asistencia a personas que se encuentran en notoria urgencia de servicios de salud o que estén en peligro de perder la vida, y otras descritas y reguladas en esta ley.

Artículo 84. Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y en las de esta ley.

Artículo 87. La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud se llevarán a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.

Artículo 468. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima rehuse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión, y multa por el equivalente de cinco a 50 días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Artículo 469. Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión, y multa de cinco a 125 días de salario mínimo vigente en la zona económica de que se trate, y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

En el **Código Penal para el Distrito Federal**, normativa para determinar los delitos, las penas aplicables a quienes incurran en ellos y las medidas de seguridad que se toman para la prevención de la criminalidad; también contempla:

Artículo 210. Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo en favor de la comunidad, al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.

Artículo 211. La sanción será de uno a cinco años, multa de cincuenta a quinientos pesos y suspensión de la profesión, en su caso de dos meses a un año, cuando la revelación punible sea hecha por persona que preste servicios profesionales o técnicos.

Artículo 250. Se sancionará con prisión de uno a seis años y multa de cien a trescientos días a quien:

F.II. Al que sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión por organismos legalmente capacitados para ello, conforme a las disposiciones reglamentarias del artículo 5o constitucional:

- a) Se atribuya el carácter de profesionista...
- b) Realice actos propios de una actividad profesional...
- c) Ofrezca públicamente sus servicios como profesionista...
- d) Con objeto de lucrar, se una a profesionistas legalmente autorizados con fines de ejercicio profesional..

Los encargados de los servicios se encuentran contemplados en esta relación en el *Artículo 228 del Código Penal para el Distrito Federal.*, el cuál señala. *Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional, en su caso:*

I Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia...

Un delito puede ser por negligencia, impericia, irreflexión, falta de cuidado, o bien de plena voluntad y pleno convencimiento de que la acción u omisión en que incurra el profesional es un acto punible.

Existe una ambivalencia propia de la no precisión respecto al profesional de enfermería: sobre los roles profesionales, la competencia que se espera y las atribuciones correspondientes; lo anterior por no existir normatividad específica que al amparo de las leyes generales le den el marco jurídico a la práctica profesional de la enfermera.

3.5.2. DEL OBJETO DE ATENCIÓN - LA PERSONA-

En la elaboración y puesta en marcha del plan de estudios, la profesión de enfermería retoma a la realidad jurídica, quién reconoce la existencia del sujeto de derecho. El artículo tercero constitucional tiene principios básicos: el individuo por el hecho de ser persona humana tiene una serie mínima de derechos que la propia Constitución establece y protege.

Los derechos y su protección pertenecen a todos los seres humanos, sin importar su raza, nacionalidad, sexo o creencia y a las personas morales o jurídicas. Estos derechos solo se pueden suspender en casos y condiciones establecidos por la propia Constitución en el artículo 29. y que expone un serie de medidas para protegerlo en su vida, su educación y su salud, entre otras.

En 1983, se consigna como derecho constitucional de los mexicanos, el derecho a la salud, y el Estado tiene -en coordinación el nivel federal con el estatal-, la obligación conforme a las bases que le dan las leyes, de prestar los servicios necesarios para proteger la salud de los habitantes de la República. Esta garantía no solo se refiere a ser atendido en caso de enfermedad, debe comprender también la medicina preventiva, la educación en materia de mantenimiento de salud a la población, además del derecho a gozar de un ambiente sano y digno. De éste artículo se deriva la Ley General de Población y La Ley General de Salud.

Artículo 4o constitucional. *La nación mexicana tiene una composición pluricultural.... El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.*

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre y responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas.

La enfermería es el grupo más numeroso de los trabajadores del área de la salud, es el profesional que proporciona un cuidado continuo las 24 horas del día, los 365 días del año, está presente en los tres niveles de atención, en donde se promueve, protege y restaura la salud de los individuos y colectividades y como profesión presenta una historia y características que lo hacen sensible a las necesidades de todos los sectores de la población, con énfasis en los más vulnerables. La organización y representación y sobre todo el posicionamiento de enfermería en niveles de decisión no están acordes con su participación. La orientación que se deriva del Artículo cuarto constitucional, permite impulsar la presencia de la enfermera en niveles estratégicos que permitan el cumplimiento de la Ley.

La Ley General de Salud en su Artículo 1o. señala: *La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. constitucional, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.*

La atención a grupos vulnerables también está expresada en la Constitución Mexicana, como es el caso de las mujeres embarazadas, de quienes se especifica en el Artículo 123. V. *Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y derechos que hubieren adquirido por la*

relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

3.5.3. DE LAS AUTORIDADES Y LAS INSTITUCIONES

El Ejecutivo está facultado para dictar las medidas que crea necesarias a fin de proteger la salud de los habitantes de la República, como son prohibir la entrada de personas que puedan ser portadoras de enfermedades contagiosas y restringir la libertad de tránsito dentro del territorio nacional, siempre en beneficio de la salud del pueblo; como lo señala el Artículo 11o. constitucional. *Todo hombre tiene derecho para entrar a la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes de emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país.*

Artículo 73. constitucional señala: *El Congreso tiene facultad:*

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. *En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.*

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenen al individuo o degeneren la especie humana,

así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los caso que le competan.

Desde 1971, se adicionó la base cuarta de la fracción antes transcrita para otorgar al Consejo de Salubridad General, amplias facultades de carácter federal, para salvaguardar la salud pública de los habitantes del país; una nueva responsabilidad corresponde a la prevención y combate de la contaminación ambiental.

La Ley General de salud en su Artículo 23. *Para los efectos de esta ley, se entiende por servicio de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.*

3.5.4. DE LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

Según la Ley Federal de Educación, que se deriva del Artículo tercero constitucional, señala que la Educación Superior, es la que se imparte después del bachillerato o de estudios equivalentes en instituciones universitarias, tecnológicas y de educación normal, en tres vertientes de estudio: a) licenciatura b) Opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura c) Estudios de posgrado-. Si bien en nuestros días, hay una polémica sobre su gratuidad, hay una claridad exacta sobre el compromiso que tiene el Estado para promoverla y atenderla. Además de la obligatoria, el Estado promoverá todos los tipos y modalidades incluyendo la educación superior, necesarias para el desarrollo de la nación, apoyará la investigación científica y tecnológica y alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura. También el Estado regulará la educación impartida por particulares.

En el Artículo 3o. constitucional se explicita que *Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado -Federación, Estados y Municipios- impartirán educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias.*

El Artículo 24o. constitucional garantiza la libertad de creencia por lo que la educación será *laica*, basa su orientación en los resultados del progreso científico, en lucha contra la ignorancia y su efectos, las servidumbres, el fanatismo y los prejuicios. Será *democrática*, entendiendo a ésta como un sistema de vida fundada en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo. Será *nacional*, atendiendo la comprensión de los problemas nacionales, el aprovechamiento de los recursos, la defensa de la independencia política, el aseguramiento de la independencia económica,

la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura. Contribuirá a la formación *valoral* orientándose hacia la mejor convivencia humana fortaleciendo los valores del aprecio por la dignidad humana, la integridad de la familia, el interés de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de los derechos entre los hombres.

El poder Ejecutivo Federal determinará los planes y programas de estudios de la educación obligatoria y normal para toda la República, considerando la opinión de los gobiernos de los estados y de los diversos sectores sociales involucrados en la educación y otorga a las universidades y demás instituciones de educación superior, por ley su autonomía, en cuanto a su gobierno, sus fines en educación, investigación y extensión de la cultura, la libertad de cátedra, de investigación y de libre examen y discusión de ideas, sus programas y planes, la contratación y administración de su patrimonio. Da al Congreso de la Unión el poder de expedir leyes para coordinar y unificar la educación nacional, a fijar las aportaciones económicas necesarias y las sanciones a los funcionarios que no cumplan o no hagan cumplir las disposiciones y a los que las infrinjan.

En México los tres niveles de preparación y práctica de enfermería (auxiliares, técnicos y licenciados) y todas aquellas prácticas profesionales derivadas o desprendidas de la enfermería, no están normadas por el marco jurídico de Enseñanza Media y Enseñanza Superior. La apertura de escuelas, sobre todo las que tienen registro oficial de la Secretaría de Educación Pública o que se mencionan «en trámite», no acatan disposiciones oficiales referentes a la expedición de títulos, diplomas o certificados y constituyen un elemento de deterioro a la calidad de prestación del servicio, impactando con esto en el escaso reconocimiento social de la profesión en general.

Si bien hay en la actualidad intentos sólidos por crear mediante la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), el Colegio Nacional de Enfermeras (CNE) y la Subcomisión de Enfermería de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIIRHS); sistemas de acreditación y certificación, no se ha concretado este avance.

La **Universidad Nacional Autónoma de México** señala en el artículo Primero de la Ley Orgánica de la UNAM, como fines de la institución: impartir educación superior para formar profesionistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad; organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales y extender con la mayor amplitud posible los beneficios de la cultura.

Los anteriores fines se despliegan en el Marco Institucional de docencia, al señalar: *«las tareas fundamentales de docencia, investigación y difusión de la cultura de la UNAM no pueden concebirse acertadamente, ni cumplirse en forma correcta si no buscan su objeto en las necesidades nacionales y si no repercuten favorablemente en el desarrollo de México».*

El escenario dinámico en que se encuentra la UNAM - la sociedad mexicana -, fue tomada en consideración dentro de la definición de este proyecto de formación profesional de enfermeras, en el capítulo I de la tesis, en vías de asumir el derecho y la posibilidad de responder a la profesión, a la institución y a la sociedad como intelectuales y como trabajadores universitarios de lo educativo.

La normatividad universitaria señala en el artículo 16, del Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales, *«se entiende por plan de estudios el conjunto de asignaturas (cursos teóricos, laboratorios, talleres, prácticas, seminarios), exámenes y otros requisitos que aprobados en lo particular por los Consejos Técnicos de las facultades y escuelas y en lo general por el Consejo Universitario, aseguren que quien haya cubierto el plan, obtenga una preparación teórica y práctica suficiente para garantizar a la sociedad el ejercicio eficaz y responsable de su profesión .»* Lo anterior orienta a que en el proceso de elaboración de la presente propuesta se parta de concebir a la licenciatura como la formación profesional donde el alumno adquiere conocimientos (saberes), habilidades (haceres) y actitudes (valores), para prestar servicios dentro de un perfil profesional.

El plan de estudios desde la normatividad universitaria, también está contemplado como: *«...la norma básica sobre la que se sustenta el quehacer docente y constituye la guía obligatoria a seguir por parte de docentes y alumnos, ...es la expresión formal y escrita de la organización de todos los requisitos que deben cubrir los alumnos para obtener un título, diploma o grado.»* (Marco Institucional de la Docencia. Art. 1 y 3). La propuesta de creación de un plan de estudios de nivel licenciatura con salida intermedia de nivel técnico profesional, está señalada también en el Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales: en el Artículo Primero: *«Se consideran estudios técnicos y estudios profesionales en la UNAM los que se realizan después del bachillerato...».* En el Artículo 12, se señala para las carreras cortas, *«... son los estudios que conducen a la obtención del diploma de técnico. Deberán derivarse del plan de estudios de una carrera de nivel licenciatura. Podrán cursar una carrera corta solo aquellos alumnos que hayan estado inscritos en la licenciatura de donde ésta se derive».*

La Legislación Universitaria en el Artículo 17 del Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales, señala: « *Los planes de estudio deberán contener:*

- a) *Los requisitos escolares previos para poder inscribir al estudiante*
- b) *La lista de las asignaturas que lo integran organizadas por semestres o años...*
- c) *Indicación sobre las asignaturas seriadas, ya sean obligatorias u optativas;*
- d) *El valor en créditos de cada asignatura y del plan completo;*
- e) *El programa de cada una de las asignaturas»*

Dentro de la normatividad vigente en la UNAM, no está explicitada la fundamentación teórica, sin embargo su definición atraviesa a los elementos solicitados.

3.5.5. PROPUESTA DE CONFORMACIÓN DE UN MARCO LEGAL, EN UN SISTEMA NACIONAL DE ENFERMERÍA, PARA LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN

La emisión de las Leyes y sus Reglamentos, forman el marco legal, estas salen de convocatorias emitidas por el Poder ejecutivo, a través de sus sectores institucionales o a través de las Comisiones en la Cámara de Diputados o de Senadores.

El posicionamiento estratégico de profesionales de enfermería y sus organizaciones gremiales repercutirá en crear iniciativas que se dirijan a regular las actividades de formación y práctica institucional, además de legitimar, impulsar y regular el libre ejercicio de la profesión, superar los rezagos y propiciar encuentros entre empleadores y profesionales.

La creación de una normatividad que regule la práctica no es intrascendente, en ella se podrían definir las coordenadas de definición de políticas públicas para realizar la actividad del cuidado a la salud, se establecerían ámbitos de competencia, impulsar o inhibir el desarrollo de niveles, además del muy necesario marco legal para el reconocimiento oficial de escuelas y profesionales.

Existen características y funciones diferenciales en enfermería, que por no ser contemplados en lo particular, la someten a reglamentos generales de las Ciencias de la salud. Generalmente tales lineamientos fueron creados por y para médicos, y ahora son puestos en práctica por estos mismos profesionales, sin la sensibilidad política para discernir que están determinando a través de su visión disciplinar muy particular a otra profesión, que si bien antaño estuvo bajo su tutela, hace ya tiempo ha despegado

como profesión y disciplina independiente. Considero que una normatividad permitiría la relación amable y respetuosa entre profesionales.

En esta Ley se definiría de qué manera se integra el Sistema Nacional de Enfermería, cuáles son consideradas sus actividades desde lo sectorial, institucional e individual y estaría previsto cómo, quién y cuándo interviene en la coordinación y desarrollo de la actividad de la formación y práctica, lo que permitiría también definir el programa sectorial propuesto en el punto 1.3.4.

Es de esperar que en su formulación se expresen los puntos de vista de diferentes actores, como organismos y como individuos, involucrados en la educación y la práctica profesional. Lo anterior permitiría generar consensos, discusiones racionales y propuestas expeditas de los acuerdos.

3.6. NIVEL DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA

Pensar a la Enfermería como una disciplina, como una profesión, amerita reconocer que dentro de esta concepción existen características por llenar. Apuntalar desde la fundamentación teórica de un plan de estudios, la consolidación de este proyecto de la enfermería como disciplina y profesión, es la tarea que se ha venido construyendo a lo largo de la presente tesis en lo general, y en este inciso en lo particular, se buscará cohesionar las líneas anteriores en la disciplina de enfermería.

3.6.1. LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

Señalar a la Enfermería como disciplina, remite a recordar que una disciplina explica un cuerpo de conocimientos e implica una práctica. Explica el conocimiento que construye, lo direcciona en lo epistemológico hacia su objeto, lo diferencia del conocimiento de otros campos, con los que también interactúa, pero de los que no depende, al explicar va definiendo cada vez más su perfil disciplinar. Implica su práctica profesional con estilos (formas de actuar y proceder), con técnicas, con códigos de ética, con un carácter propio; que le otorgan como disciplina, el desarrollo y sistematización de su práctica, diseño de tecnología y técnicas profesionales para el desarrollo de sus propios conceptos.

Una disciplina se caracteriza por una perspectiva única -unicidad de perspectiva-, una manera particular de ver los fenómenos, que define y acota los límites y naturaleza del

área de indagación sistemática y el desarrollo de teorías. La disciplina se define también por ser producto de una historia, que habla de su relevancia social como profesional, porque responde a necesidades y demandas de la humanidad y a una orientación de valores.

Dentro de los prestadores de servicios de salud, la enfermera profesional reconoce en su trabajo cotidiano, cada vez con mayor claridad, que la tarea que desarrolla, tiene en lo específico y propio de su actuar, algo que no se encuentra implicado en las actividades de los otros. Esa actividad profesional que proyecta en una forma particular de conocimiento, una actitud particular de la enfermera, una habilidad particular que se manifiesta al servicio de los otros, es el **cuidado de enfermería**.

Con sus conocimientos, metodologías y prácticas, que son propias y exclusivas de la disciplina, la enfermera realiza funciones y actividades independientes, como proyecto creativo propio o que pueden ser complementarias, interdependientes a las de otros miembros del equipo de salud, pero específicas de la enfermería, incluso llegar a ser hasta subsidiarias, pero con identidad propia.

Así la enfermería como disciplina en construcción para ser diferenciada de una mera actividad profesional, dependerá de su avance en la situación epistemológica dentro del proceso de construcción disciplinar, que de acuerdo con la Filosofía de las Ciencias le permita: la construcción de los conocimientos científicos de la disciplina (que constituirán el conjunto de saberes, ordenado, sistematizado y relacionado entre sí para la construcción del objeto de estudio de la misma disciplina); la aplicación del método científico (como criterio básico para reconocer a la disciplina como científica, que con flexibilidad metodológica permita adaptar con rigor y exigencia, el método a las exigencias del objeto) y el lenguaje científico (como elemento organizador de los conocimientos).

Señalar a la enfermería como profesión, nos remite a la búsqueda de una propuesta de caracterización de ésta, la más acorde para el presente trabajo, corresponde a Wilfred Carr y S Kemmis (1988), si bien el abordaje de los autores se dirige a las cuestiones de la enseñanza como actividad profesional.

Carr y Kemmis señalan que una profesión se caracteriza por ser capaz de crear conocimientos teóricos y que del fondo de sus investigaciones se generen métodos y procedimientos empleados por los miembros de la comunidad. Señalan la necesaria existencia de cinco características:

- 1.- Implicación de técnicas y prácticas apoyadas en un cuerpo propio de conocimientos elaborado sistemáticamente. En la profesión de enfermería,

en la actualidad en diversas IES, cuentan ya con la generación de líneas de investigación basadas en modelos teóricos de enfermería (hay que reconocer que la generación de teoría en México no se está dando, más bien es la aplicación de los conocimientos producidos en otros países).

- 2.- Subordinación del profesional al interés de su cliente. Deben existir normas de ética expresamente orientadas a velar por dicho interés. En enfermería es cada vez más orientado el cuidado a la persona, si bien hay que reconocer que somos una profesión que nació, para cubrir las necesidades de otra profesión, ha habido un largo camino hacia la modificación del origen y el cambio se está dando, aunque en forma paulatina, en la actualidad ya se cuenta con un proyecto de Código de Ética y una búsqueda del ejercicio independiente en casas de salud, centrándose en el interés de la persona.
- 3.- Los miembros de una profesión se reservan el derecho a formular juicios autónomos, exentos de limitaciones y controles externos de origen no profesional. Existen en nuestro país los primeros indicios de una práctica regulada por las organizaciones profesionales de enfermería, la Dirección de Profesiones, el 6 de agosto de 1998, aprobó en el COMPIE, el inicio del Sistema Nacional de Acreditación de los Programas de Enfermería y está en marcha el proyecto para la Certificación de los profesionales por el Colegio Nacional de Enfermeras y por el Colegio de Licenciados de Enfermería.
- 4.- Ejercicio Libre de la Profesión. Si bien el ejercicio de la profesión se trata de recuperar como un espacio independiente, se ha de trabajar, desde la currícula de enfermería hacia la incursión en agencias de atención profesional de enfermería en el hogar, en donde existe un vasto campo.
- 5.- Determinan políticas de organización y funcionamiento y de procedimientos que los rigen. Es de los puntos que menor trabajo ha tenido. La falta de formación y de sentido de pertenencia al grupo han ocasionado una grave deficiencia hacia promover líderes en enfermería. La gestión con el escaso impacto en el contexto organizativo mayoritariamente hospitalario y la investigación en enfermería con el poco interés por la práctica cotidiana y el escaso impacto en la educación, han sido cooptados por los intereses del grupo médico, y el grupo de enfermería no ha coincidido en espacios de lucha por intereses grupales.

De la anterior discusión se destaca que la enfermería es una profesión en vías de constituirse sólidamente, proceso que se puede reforzar con propuestas retomando lo que Carr y Kemmis manejan como tipos de evolución para la profesionalización:

1. Que las actitudes y las prácticas lleguen a estar más ancladas en un fundamento de teoría y de investigación de enfermería.
2. Que se amplíe la autonomía profesional de la enfermera, incluyendo líderes (individuos y grupos) en espacios de toma de decisiones, del contexto educativo y de servicio.
3. Que se generalicen las responsabilidades profesionales de enfermería a fin de definir las actividades dependientes e interdependientes, sin perder la identidad.

3.6.2. INTERDISCIPLINARIEDAD EN ENFERMERÍA

Suena un poco aventurado afirmar que en Enfermería se da la interdisciplinariedad, sobre todo si acabamos de coincidir en que es una disciplina en construcción, en la búsqueda de su definición epistemológica. Sin embargo las características de su desarrollo, el deseo de formular una plataforma que oriente hacia ese modelo y el estar inmersos en el modelo educativo de lo modular, nos hace grata la tarea de presentar una propuesta de definición.

Considero en la presente tesis que, desde lo disciplinar, en su práctica e investigación, la enfermería estará orientada hacia la interdisciplinariedad, en el sentido que señala Piaget, quien determina tres niveles según la relación establecida entre las diferentes disciplinas intervinientes.

Multidisciplinariedad, corresponde al primer nivel, cuando la solución de un problema requiere informaciones de dos o más ciencias, o sectores de conocimiento, pero sin que las disciplinas que intervienen, se enriquezcan por participar.

Interdisciplinariedad, corresponde al segundo nivel, se da cuando la colaboración de disciplinas diversas o entre sectores heterogéneos de una misma ciencia conduce a interacciones propiamente dichas, es decir, a una cierta reciprocidad en los intercambios, de tal forma que finalmente hay un enriquecimiento en la participación, Se da cuando hay una búsqueda de estructuras más profundas que los fenómenos por investigar, una vez descubiertas las estructuras, los fenómenos son también explicados.

Transdisciplinariedad, corresponde al tercer nivel, se dará cuando se logren interacciones o reciprocidades entre investigaciones especializadas y sitúa esas conexiones en el interior de un sistema total sin fronteras estables entre las disciplinas.

En el caso de la formación, como en todo de lo educativo, se hablará de pluridisciplinariedad o multidisciplinariedad, dejando a la interdisciplinariedad como una categoría y principio relacionado con la investigación. Donde hablar de interdisciplinariedad lleva a referir a un cierto nivel de las ciencias intervinientes, quienes por los altos costos y grandes cantidades de conocimientos que se requieren, además de la complejidad de los fenómenos a investigar, se necesitan unas de otras disciplinas, por lo que enfermería ha de romper con el marco entrópico de la disciplina y definir estrategias conjuntas, en Redes de Investigación disciplinar e interdisciplinar.

Un punto a favor del nuevo plan de estudios se refiere a la nota de que el sistema modular, ya revisado, asume la propuesta de ver al módulo como estructura teórico metodológica, la cual solo es comprensible en torno a la interdisciplina, basada en la acción creativa y crítica como condiciones para el surgimiento de la ciencia y el conocimiento.

Por lo que el nuevo plan de estudios, diseñado con orientación modular, viabilizará el establecimiento de la triada investigación, docencia y servicio, mediante la integración a través de los objetos de transformación tanto de la formación en investigación como la formación en el servicio a la comunidad; a través de la información teórica metodológica y técnica proporcionada en los módulos.

Se propone que en enfermería haya la producción de un conocimiento desde lo interdisciplinario, con la integración de los diferentes saberes de disciplinas relacionadas con la práctica social, donde compartir los conocimientos y las tecnologías no impida la configuración de nuestra profesión.

Que mediante el reconocimiento del objeto científico como objeto construido, se vea en el realismo de la aportación de cada ciencia, la aportación del constructivismo de cada disciplina para definir cómo abordar ese mismo objeto, haciendo una abstracción de la realidad, para la construcción de la disciplina de enfermería. Así, mediante la interdisciplinariedad y la didáctica alternativa aplicada en las IES de enfermería se proponga no solo enseñar, sino producir conocimientos disciplinarios concibiéndose al docente como intelectual e investigador.

En el «Seminario permanente: Análisis, Reflexión y Propuesta acerca de la Multidisciplina» FES-Zaragoza, UNAM. se han dado las siguientes definiciones: Multiprofesional- actividad coordinada de diferentes profesionales para la atención y solución de un problema específico.

Multidisciplina-Interacción concertada de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación, una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva.

Interdisciplina- Proceso de conformación de un nuevo cuerpo teórico disciplinario con objeto de estudio y metodología propios del generado a partir de la fusión de dos o más disciplinas. La interdisciplina enriquece el proceso de aprendizaje al abordar los objetos de investigación desde diferentes paradigmas y lenguajes científicos.

Con lo anterior reitero que es en el nivel de la interdisciplina en donde se propone trabajar en la educación de la enfermería en el nuevo plan de estudios.

La característica del sistema modular permite pasar de asignaturas relativamente autónomas y cerradas a una concepción de módulos integrales y relacionados interdisciplinariamente con otros saberes y con otros asuntos que enriquecen la potencialidad de interpretación de los distintos fenómenos.

La interdisciplinaria permitirá ir dejando en enfermería, la costumbre de hacer de cada materia una especialidad y direccionar el conocimiento del alumno hacia la comprensión de los fenómenos de la salud de la persona como un continuo y al cuidado de enfermería como integral y holístico.

3.6.3. COMPETENCIAS PROFESIONALES

Enfermería representa un 60 a 70% del recurso humano de los servicios de salud, se encuentra activo las 24 horas del día, los 365 días del año. A partir de los años 70s, los egresados de las IES han aportado al mercado de trabajo cada vez más licenciados en Enfermería, sin embargo, dentro de lo laboral no hay profesiogramas que definan la diferenciación de funciones del nivel licenciatura al del nivel técnico.

Para hablar de las competencias profesionales habrá que hacer las siguientes precisiones:

Dentro del aspecto legal, en el Artículo 5o. de la Ley de Profesiones, se señala que para ejercer la profesión se requiere un título profesional.

Dentro de lo social, en la actualidad se encuentra desdibujada la imagen profesional de la enfermera, sin embargo hay un desempeño que va de acuerdo con el nivel adquirido, y que se ha logrado a través del crecimiento horizontal de la enfermera de nivel técnico a nivel de especialización posttécnica y un número aún reducido de profesionales con crecimiento vertical, mediante formación de posgrado.

El origen de la enfermería, para responder a las necesidades de la profesión médica hace más de 90 años, la claridad en el reconocer que pese a los avances de la profesión, del cuestionamiento de la condición de sometimiento femenino y otros, perisite el estado de dependencia, todo lo anterior aunado a la situación de crisis y posibilidad de la enfermera de consolidarse como disciplina; genera como un primer acercamiento, la necesaria definición de cada uno de los niveles de formación, con sus roles y perfiles profesionales y ocupacionales correspondientes.

La coyuntura de creación del nuevo plan de estudios y el cambio del nivel técnico a la licenciatura es propicia, en Iztacala, para rebasar la mirada hacia estrategias que favorezcan el incremento de funciones independientes e interdependientes y por lo mismo disminuir las de tipo dependiente.

Mirar la profesión, problematizar la actividad profesional y los lugares de trabajo, permitirá generar estrategias que desarrollen el pensamiento crítico y creativo de docentes y alumnos hacia el rol ampliado de la enfermera y el trabajo independiente. En el Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, se especifica que «...la formación profesional no sea un hecho que ocurre solo durante un periodo en la vida de las personas, sino que pueda extenderse y adoptarse todo el tiempo, de conformidad con las necesidades, siempre en cambio, de cada individuo». La propuesta oficial del Ejecutivo Federal se encamina a desarrollar un Sistema Normalizado de Competencia Laboral y un Sistema de Certificación de Competencia Laboral.

Esta visión oficial está atravesada por un modelo educativo conductista, que ha sido importado desde el extranjero, en nuestro país se ha dirigido principalmente en su versión más instrumental hacia las instituciones profesionales técnicas de las cuales el representativo es el CONALEP.

Sin embargo al ser operacionalizado en Instituciones de Educación Superior, como es el caso del IPN, estos supuestos conductistas han cambiado por la filosofía inherente a la institución y han propiciado que la competencia profesional sea un término polisémico. Algunos investigadores de lo educativo, han hecho sus aportaciones modificando la estrategia conductista por una de tipo sociológico. El caso más representativo de esta

postura es John Elliot. Esta postura crítica de revisar un currículum basado en competencias, es la que se propone se adopte para el nuevo plan de estudios de la Carrera de Enfermería, de la ENEP Iztacala.

Considero que vincular a la educación con el desempeño laboral coloca en el centro de la discusión la superación por obsolescencia del criterio de «años de escolaridad» como meta de la educación. Se ha agotado la idea que señalaba que el incremento de los años de estudio permite mejorar automáticamente los niveles de bienestar de las personas.

El planear un currículo en términos de competencias laborales implica aterrizar en la actividad profesional, transformar la visión de planes de estudio que tienden a fragmentar los conocimientos que se ofrecen en los programas, hacia la integración de conceptos, procedimientos, actitudes y habilidades.

La noción de competencia es un concepto polisémico (se usa como rol, proyecto, tarea, actividad manual etc.). Lo propongo como un importante eje del modelo educativo y resalto dos de sus características esenciales: se centra en el desempeño y recupera condiciones concretas de la situación, donde ese desempeño es relevante. El resultado será que la educación tendrá un impacto en la posibilidad de actuación del estudiante y en su desarrollo se le ofrecerán posibilidades de actuar en un contexto de situación concreta.

El desempeño, será visto como una expresión concreta de los recursos (cognitivos, motores y socioafectivos) que el individuo pone en juego cuando lleva a cabo una actividad, retomando las condiciones o en condiciones reales en donde el desempeño tiene sentido.

La competencia tiene un carácter de unidad, como totalidad, con sentido propio integrado. De ahí que ser competente en enfermería deberá aludir a la convergencia de lo cognitivo, actitudinal, valoral y de motricidad, necesario como un todo coherente para dar el cuidado de enfermería a la persona. La convergencia de elementos es lo que le da el sentido, los límites y los alcances a la competencia.

Habrà que reconocer en la elaboración de los programas de los diferentes módulos, que la competencia es un punto de convergencia de elementos, pero que estos, no son exclusivos de ella, esos elementos se aplican de manera diferente en otras ocasiones, pero su convergencia en una competencia es lo que le da sentido a los elementos y unidad a la competencia.

La competencia en el cuidado de enfermería, favorecerá entender el desarrollo educativo del profesional, como continuo individual, contextualizado en una sociedad en que se desarrolla con autonomía, sin privilegiar el saber o el hacer o el ser, quienes pueden enfatizarse de acuerdo con la competencia o el contexto de demanda, pero no anularse.

En resumen, al hablar de competencia en el nuevo plan de estudios, se ha de vigilar que presente las siguientes características: centrada en el desempeño, actuar en condiciones en las que el desempeño sea relevante, constituirse como unidad y punto de convergencia y favorecer la autonomía del sujeto. La autonomía del sujeto, la enfermera, propiciada por la competencia identifica el tipo de formación que se propone desarrollar el modelo educativo.

Dentro de la competencia el conocimiento es el recurso, no el fin; los conocimientos son importantes cuando se hace uso de ellos y no por poseerlos. La autonomía orienta que la persona haga uso de lo que sabe y cada vez mejore su desempeño. El sujeto en constante desarrollo, con autonomía, será capaz de organizar y dirigir su aprendizaje de manera responsable, es un individuo construyendo su práctica social y construyéndose a sí mismo.

El Instituto Politécnico Nacional, incorpora la noción de competencia humana en el modelo educativo propuesto en el Programa de Desarrollo Institucional 1995-2000. El documento la señala «como un elemento que sintetiza la necesidad y la conciencia, la destreza y los valores, la capacidad de pensar y transformar como relación cognoscitiva y práctica con el mundo del trabajo».

Como una respuesta a la problemática actual, las competencias se tienen como componente fundamental para el diseño de los currículos del IPN. La Dirección de Estudios Profesionales del Área de Ciencias Médico-biológicas, diseñó, utilizó y asesoró la reestructuración del plan de estudios de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN; a la fecha única escuela de enfermería que trabaja este modo en el Área Metropolitana (También la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, elaboró su plan de estudios por competencias profesionales).

Dentro de la estrategia de la enseñanza en el IPN, que podemos recuperar para la creación del nuevo plan de estudios, la metodología señala que cuando los planes de estudio se diseñan a partir de competencias laborales, cobra un sentido diferente la evaluación, la enseñanza (que se ha de centrar en el alumno), la adopción de un enfoque cognoscitivo de las capacidades, el trasladar a situaciones áulica experiencias reales de trabajo, el ser flexible y dinámico.

Dentro del documento del IPN, se pueden identificar en la noción de competencias, las siguientes características:

- designa el contenido de trabajo de cada calificación (grado de complejidad en la realización de la tarea) en una organización laboral determinada
- se relaciona con desempeño y eficacia
- poseerla implica disponer de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para responder de forma autónoma y flexible, con capacidad para colaborar en la organización del trabajo
- se fundamenta en la capacidad para realizar determinado tipo de tarea con un alto grado de calidad
- «El sistema de competencia combina la formación teórica con la aplicación del conocimiento, facilita la adquisición de destrezas laborales más adaptables y que puedan transferirse a diferentes ámbitos, ampliando el radio de acción en el entorno profesional y en la organización del trabajo...» (Rdz Casas y cols, 1998:21).

En el documento establece que la transferencia de la competencia laboral a lo educativo abarca saberes de tipo:

- «- Competencia técnica o saber referencial, son conocimientos de los diferentes campos disciplinarios ...que se vinculan con la realización del contenido del trabajo.
- Competencia metodológica o saber hacer, ...capacidad de llevar a cabo procedimientos y operaciones prácticas diversas, mediante la aplicación de medios de trabajo específicos(equipos e instrumentos).
- Competencia social y participativa o saber ser y convivir, ...capacidad de establecer y desarrollar las relaciones que son necesarias en el ámbito de trabajo...» (Idem:25).

Los autores reconocen que esta delimitación de los saberes es artificial, para fines explicativos, ya que «el saber asociado a las competencias es integral».

Entre diferentes fuentes que trabajan sobre competencias, resalta John Elliott (1991), quien señala a la iniciativa gubernamental sobre enseñanza profesional basada en la competencia (Nacional curriculum. Inglaterra, 1988), como de origen norteamericano, conductista, positivista, fundamentalista y atomista. La crítica es fuerte, sin embargo como teórico transformativo, propone una manera alternativa de formar y evaluar la calidad profesional introduciendo la investigación acción en esta propuesta.

Parson, citado por Elliott, señala que existe una diferencia entre el conocimiento técnico habitual y el conocimiento técnico inteligente, el primero es una condición necesaria pero no suficiente de la competencia, el segundo «supone el ejercicio de capacidades de discernimiento, discriminación y acción inteligente». La reducción del conocimiento inteligente al mero conocimiento técnico, es característica de la propuesta conductista del modelo basado en competencias. Parson concluye que al atribuir competencia a un individuo, decimos que hará bien todo lo que haga, en las circunstancias en las que se encuentre, mientras realiza una actividad» (Elliott, 1991:147).

De acuerdo con Elliott esta es la visión alternativa al constructo conductista de atribución de calidad a la competencia. Al referirse a la calidad como «a los valores humanos puestos en práctica en las transacciones sociales entre personas... Esto supone poner en práctica la capacidad de discernir el significado de los acontecimiento, de evaluar su significación práctica y de decidir la respuesta adecuada» (Idem:148), además de la destreza técnica, involucrando el conocimiento técnico inteligente con el cumplimiento de responsabilidades en la forma concreta de práctica social.

Este enfoque involucra la acción pedagógica como forma de investigación y reflexión práctica, propios de la propuesta de profesores como investigadores en la acción de Carr y Kemis (1986).

La aplicación de este enfoque, al modificar el diseño curricular, también orienta las prácticas de enseñanza, las relaciones docente-alumno y la evaluación.

El diseño curricular basado en competencias ha de ofrecer la oportunidad de que el alumno enfrente y resuelva situaciones concretas, no solo desde lo instrumental, también involucrando lo cognitivo, lo actitudinal y lo valoral.

La relevancia de la competencia en el contexto le dará sentido y significancia a las actividades de aprendizaje y como actividad profesional.

Se han de fortalecer los mecanismos de prácticas análogas y en situaciones reales, en todos los semestres de la carrera, acercando los contenidos a la realidad profesional en que operan.

La práctica será visualizada como recurso didáctico para acercarse a nuevos conocimientos, consolidar los que sabe, aplicarlos en situaciones reales, problematizarlos, reformular el conocimiento aprendido, transformándolo, transformándose y transformando su práctica profesional.

Los elementos de las competencias (cognitivos, actitudinales, valorales y de motricidad) serán expuestos en la mesa de debates, recuperando su sentido como unidad mediante el análisis, la crítica y la transformación de sus características.

Un elemento más a debate será la actitud que ante la competencia profesional presente el profesional, el alumno y el docente, cómo ésta se inserta en un proyecto personal y profesional de los individuos y los grupos.

Privilegiar estrategias de aprendizaje con la noción de sujeto activo, descubridor del conocimiento, anticipativo y proactivo.

El programa del curso y los mecanismos de evaluación involucrarán a todos los integrantes del proceso educativo en su planeación, operación y evaluación. A los estudiantes no solo se les informará, se ha de reconocer que el individuo tiene vías adicionales a las que ofrece la escuela para el logro de las competencias.

Las competencias propuestas en los programas serán evaluados y actualizadas en un Proceso de Evaluación Curricular permanente, que incluya a estudiantes, egresados, empleadores e investigadores de lo educativo y laboral. En el trabajo de diseño, operación y evaluación curricular es saludable establecer contactos con escuelas que estén instrumentando este enfoque.

Propongo asumir el modelo de la educación basada en competencias, no con la orientación desde el modelo conductista, que es criticada por John Elliott en el punto anterior, sino la que opone el mismo autor «...un marco y una metodología alternativas para describir la calidad en actividades profesionales... y cómo la investigación-acción puede constituir la base de una manera no conductista de formación ... basada en la competencia» (Elliott, 1991:142).

Elliott señala la existencia de investigaciones sobre competencias: McBer (1977), Klemp (1977), Mc Clelland (1973,1976) y Dreyfus (1981). Es a Dreyfus a quien Elliott señala que «proporciona una descripción con fundamento empírico del desarrollo de los tipos de habilidades de las que se ocupa la metodología de McBer; concuerda con el punto de vista con Pearson sobre la competencia como ejercicio del «conocimiento técnico inteligente».

En el sentido que es la propuesta de Elliott la que se considera como posible para el desarrollo del nuevo plan de estudios, después de la lectura de la descripción del Modelo Dreyfus y considerando que este modelo ha sido probado por aplicación y

análisis en la práctica profesional de enfermería; retomo también categorías y elementos del Modelo Dreyfus, como parte de la presente propuesta.

El modelo Dreyfus se basa en que la adquisición de destrezas relacionadas con habilidades humanas complejas, es cuestión principalmente de aprendizaje para la comprensión y el juicio de situaciones diversas. En el proceso hay cuatro capacidades mentales implicadas: reconocimiento de componentes, reconocimiento de los rasgos sobresalientes, reconocimiento del conjunto de la situación y toma de decisiones.

La primera capacidad se explica señalando que los componentes de una situación son atributos objetivos, independientes del contexto o aspectos de experiencia subjetiva, dependientes del contexto.

La segunda capacidad supone diferenciar qué atributos y aspectos de la realidad hay que tomar en consideración para hacer el juicio de cómo responder en ella.

La tercera capacidad se refiere al reconocimiento del conjunto puede darse de modo analítico u holístico.

Finalmente, las decisiones que se toman a partir de la lectura de la realidad pueden ser de tipo racional o intuitivo.

La gradación de los estadios o categorías de eficiencia de acuerdo con el modelo implicaría el cambio en tres facetas generales de ejecución profesional.

1o.- Cambiar de la supeditación en los enunciados abstractos a la utilización como modelo de experiencias concretas del pasado.

2o.- Cambiar la forma en que el principiante percibe una situación dada, cada vez menos como un agregado de partes igualmente destacables hacia un todo único del que solo resaltan algunos aspectos.

3o. Cambiar de una posición de observador imparcial a la de ejecutor comprometido con la acción.

Para Dreyfus, existen cinco estadios o categorías de eficiencia que son resultado de la adquisición de conocimientos relacionados con la ejecución profesional: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto.

De acuerdo con Dreyfus el primer nivel o de principiante, se caracteriza por la falta de experiencia y contacto con la circunstancia en que habrán de desenvolverse, es decir vive situaciones nuevas por lo que hay que darle reglas, lo anterior genera una conducta limitada e inflexible, manejan la terminología directo del libro de texto y con escasa idea del contexto.

El principiante avanzado presenta un grado aceptable de actuación. Todo les es novedoso, con situaciones prácticas varias en número ya son capaces de interpretar aspectos significativos de la realidad a diferencia de los novatos, aunque no diferencian aspectos de la participación en la toma de decisiones. Las decisiones están regidas por principios, o líneas orientadoras, como instrumentos de límite de seguridad que abarcan todas las eventualidades; considerando por igual los atributos y aspectos formulándolos en afán abarcativo.

El competente se siente en condiciones de afrontar en forma eficiente las contingencias, aunque le falta presteza y flexibilidad en la tarea, realiza un planeamiento consciente y ponderado, que le facilita realizar su labor y ejecutarla eficazmente.

El aventajado y experto han aprendido de la experiencia, tiene una actitud previsorasobre episodios que cabe esperar, su perspectiva es espontánea, los planes son flexibles percibe la situación como un todo, esta comprensión global permite la toma de decisiones, enfoca sus esfuerzos hacia lo realmente importante.

Las habilidades conceptuales del competente, que son esenciales para la reflexión analítica sobre su experiencia en situaciones, son superadas ampliamente en la etapas de aventajado y experto por la habilidad de reconocer en forma holística el sentido y la significación de los aspectos importantes de la situación.

El desarrollo de la capacidad de la comprensión de la situación depende de la acumulación de experiencia. «En este sentido se explica el porqué el conocimiento teórico no es una característica que distinga a los «superiores a la media» de los del «promedio». Desempeña un papel importante en la comprensión analítica de la situación en las etapas de novato y de principiante avanzado, pero su papel es secundario en la etapa de competente, en la que el análisis de la situación subordina ese conocimiento a la reflexión, basada en la experiencia sobre la significación práctica de los atributos y aspectos de la situación».

Las dos últimas etapas trascienden el modelo teórico hacia una comprensión holística. El Modelo Dreyfus permite la relación con ideas de «práctico reflexivo» y de

«investigación-acción», articulando el enfoque contemporáneo de competencias con modelos contemporáneos de aprendizaje y práctica profesional; mediante basar a esta última en formas de comprensión analítica-reflexiva.

En un estudio de aproximación a las competencias profesionales en enfermería, diferenciales para el nivel técnico del nivel licenciatura, se aplicó un cuestionario a un grupo de alumnos del SUA-ENEO Sede Iztacala, siguiendo los cinco roles profesionales: Proveedor de cuidados, Educador, Colaborador, Investigador y Coordinador líder, que abarcan las principales funciones identificadas en la profesional de enfermería Asistencia, Docencia, Investigación y Administración. En el análisis de los resultados se encontró, que los datos muestran la definición de los roles profesionales de proveedor de cuidados y colaborador con mayores puntajes al nivel técnico profesional y los roles de educador, investigador y coordinador líder se cargan hacia el nivel licenciatura.

Las cinco categorías del modelo Dreyfus con cruzamiento del nivel de técnico o licenciado, los resultados del estudio muestran que se asignan los niveles de principiante, principiante avanzado y competente al nivel técnico profesional y de aventajado y experto al licenciado en enfermería.

Es en el ejercicio profesional donde se expresan los saberes asociados a las competencias (saber referencial, saber hacer y saber ser y convivir). En esta parte, se rescata la noción que de competencia presenta Ribes «Capacidad adquirida por el individuo en el pasado para interactuar efectivamente con situaciones que prescriben ciertos requerimientos o resultados generando que la capacidad del individuo genere nuevas formas de competencia efectiva en situaciones actuales... Si sabe hacerlo, cómo lo hace y cómo lo mejora».

Considero que el análisis y los resultados de investigaciones relacionadas con este modelo, y en este sentido, implicaría la crítica y definición de la competencias por nivel profesional y por lo tanto la pertinencia de la enseñanza en la profesión de enfermería, por lo que la orientación sobre este tipo de resultados impactará tanto a la elaboración del mapa curricular del nuevo plan de estudios como a los programas que se diseñen. Resaltando que:

- La enfermería universitaria existe y tiene dentro de sus funciones el análisis crítico de las condiciones, formas y efectos del saber conocer, saber hacer, saber convivir y del saber ser de la enfermera, expresados en los cuatro pilares de la educación propuestos por la UNESCO (1996).
- La importancia para las escuelas universitarias e IES en general, de analizar las prácticas profesionales que son inspiradas por el conocimiento científico

y técnico porque también son determinadas por valores culturales y relaciones de poder.

- Propongo la reflexión y la acción sobre el cuidado a la persona, recuperar como señala Habermas, la perdida experiencia de la reflexión, entender la metodología, buscar la racionalidad que la sustenta, desde la teoría interpretativa, bajar a los significados de la práctica, para buscar los elementos que nos permitan diferenciarlos.
- Buscar en los profesionales de la enfermería la conciencia crítica como resultado de la observación fenomenológica que vaya del sujeto, al sujeto crítico, al conocer y transformar para formar el ser social y colectivo de la enfermería.
- Reconocer la posibilidad y legitimidad de generar la Ciencia de la enfermería.

3.6.4. LA ENFERMERA COMO SUJETO POSMODERNO

La enfermería como dependiente, construida en la modernidad está acabada.

La enfermería en la mirada postmoderna, es una organización y construcción de prácticas ancestrales, donde el sujeto-enfermera, siente y piensa en sí y en el otro, para procurarle la actividad del cuidado.

La modernidad nos modeló sometidas a la razón instrumental -en que ha desembocado la razón ilustrada-. La modernidad entendida como un proceso económico y simbólico o cultural. La modernidad capitalista con sus relaciones de poder nos ha llenado de marcas, de cicatrices, que han quedado inscritas desde lo simbólico hasta llegar a aparecer en nuestras relaciones hacia nosotras y hacia los otros.

Somos un texto troquelado por el poder patriarcal. En la modernidad hemos sometido nuestra libertad primigenia al carácter del discurso masculino, quien reacciona hacia lo diferente (entre ellos la mujer) y lo evita, lo anula o lo llama delito o perversidad. La mujer no existe como sujeto en el lenguaje masculino moderno.

La modernidad nos ha colocado en casilleros, en estantes, al hombre-médico le tocó lo indicativo, lo prescriptivo, lo teórico. A la mujer-enfermera le asignaron lo práctico, lo técnico, la obediencia. Pertenece en nuestro origen moderno, enfermeras y médicos a la ciencia sexuada.

En la modernidad la práctica de la enfermería es una práctica devaluada, hay otros que están produciendo y produciéndonos, el grupo de enfermeras lo asume como verdad, la mujer enfermera está al margen de la cultura, o no produce o solo reproduce.

Lo femenino provoca estado de bienestar, pero también de control (como instancia tramposa y perversa), que se maneja desde las ideologías. Entendemos por ideología como lo señala Sánchez Vázquez «a un conjunto de ideas que responde a intereses, aspiraciones o ideales y que guían y justifican un comportamiento práctico de los hombres, acorde con esos intereses, aspiraciones o ideales». En la modernidad encontramos el discurso del Día de la Enfermera, los valores impuestos de abnegación, pureza, obediencia... Los discursos son así, las marcas de las relaciones de poder inscritas desde lo simbólico, hasta llegar a lo real de nuestro ser, de nuestra diferencia.

La enfermera no se reconoce en la grandeza del fuego primigenio, herencia de los ancestros, rito de iniciación; no se refleja en la vida que alienta, en las huellas de sangre que a lo largo de los siglos la han vestido, en el dolor compartido o en la muerte que acompaña. No se reconoce en la vida, en la salud, ni en el bienestar.

La modernidad la ha hecho olvidar que sus manos creadoras abrieron, conservaron y cerraron las etapas de las vidas de los otros, que su pensamiento creativo, inteligente y solidario, fue reconocido a lo largo de las diferentes edades de la historia y que a lo ancho del planeta el cuidado, esencia de su arte y su ciencia ha sido solicitado, otorgado, recibido y valorado. No recuerda que recibió de origen, como aliento de vida, el baño de líquido amniótico del planeta, la sangre catamenial reproductora de la tierra, la primera y la última respiración de vida y descanso de los humanos.

Porque en la modernidad ha sido designada enfermera se identifica con la enfermedad. Se encuentra ligada a la intuición, a la imaginación y a un sentido macabro de su estética (es más enfermera en tanto sea más adusta y asexuada). La competición, el rigor, la lógica, características de la ciencia moderna se le adjudican al hombre - médico.

Pero el médico también está sometido a lo impuesto por el sistema dominante, que lo acota dentro de su propia ciencia, aséptica, neutra, esa que se menciona en los libros y que no habla de enfermos sino de enfermedades, y habla de indicaciones, prescripciones y no de sujetos en una relación médico-paciente.

De esa ciencia que no necesariamente funciona en la práctica y de la cual se escapa la realidad, a veces adelantándose a las metas de los programas médicos o negándose a

obedecer el discurso ideológico del médico, que más que con el perfil epidemiológico de la población tiene que ver con la apropiación del poder. Los hombres-médicos, también son-están sujetos, observados y controlados por la modernidad.

Ante esa incomodidad inicia el estallido de la posmodernidad, no como una fecha o como un después de...; la posmodernidad es un estado, es una cultura, es una búsqueda, es el estallido de un discurso, el discurso que estalla en la posmodernidad en la mujer, en la mujer-enfermera, quien critica a la modernidad, a sus ideologías y sus mitos.

El trabajo de la enfermera en la posmodernidad será el trabajo de conocer, como una labor interpretativa, mediante la deconstrucción, dónde encontrar nuevos sentidos al rastrear la verdad que se esconde en los recovecos, en los caminos escabrosos de la historia y de la polis.

Leer el discurso como actitud, no como habilidad y al leer encontrar un universo simbólico. En la realidad de ser mujer-enfermera, hay elementos varios que se pueden leer como textos: ser mujer, compañera, madre, curandera, bruja, líder, sujeto pensante, ser enfermera, ser diferente...

La propuesta es la búsqueda del poder, entendido como la autoafirmación, la autodeterminación, la autocolonización, no el poder como dominación. Identificar o crear nuevos lugares en donde desplegar el arte y la ciencia del cuidado, apoyarnos en crear nuestra identidad a través del discurso. Lo anterior requiere de nuevas palabras para construir nuevos conceptos, problemas diferentes y ...juntas, darle un giro al viciado discurso.

CAPÍTULO IV

UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN DOCENTE PARA EL CAMBIO CURRICULAR

La elaboración de un programa de formación de profesores, dirigido al grupo docente que ejecutará el nuevo plan de estudios con los fundamentos propuestos en el Capítulo III, parte de considerar que en el grupo docente hay la potencia de generar modificaciones en sus propias prácticas, con repercusión en su realidad, mediante la identificación de los mecanismos que operan en la mediación de la enseñanza y el aprendizaje de la enfermería.

Retomo a Kemmis para la presente reflexión, quien señala «La práctica de la educación es una forma de poder, una fuerza dinámica tanto para la continuidad social como para el cambio social que, aunque compartida e impuesta por otras personas, sigue estando en gran parte en manos de los maestros. Mediante el poder de la práctica educativa, los maestros desempeñan un papel vital en la tarea de cambiar el mundo en el que vivimos» (Kemmis, 1990:52).

La actividad de la educación formal, está condicionada por lo institucional. Hay en la realidad del docente universitario de la ENEPI, un contexto predeterminado de personajes, actividades, recursos, políticas, contratos, normas; las cuales en forma explícita o no, acotan su práctica y sus iniciativas como profesional de la docencia, pero que también pueden actuar como disparadores, expandiéndolas.

La propuesta es el reconocimiento de estos factores e ir a la búsqueda de caminos nuevos, abrir la posibilidad de descubrir, construir y ejecutar nuevos proyectos individuales y grupales, en donde las formas no sean impuestas sino que se camine hacia el desarrollo de formas propias, para que, dentro de un proyecto institucional, sea propicio el desarrollo de un proyecto profesional docente.

La formación de profesores universitarios, se encuentra estipulada dentro de la Ley Orgánica de la UNAM, en su Artículo 1o., «*La Universidad Nacional Autónoma de México es una corporación pública -organismo descentralizado del Estado- dotada de plena capacidad jurídica y que tiene por fines impartir educación superior para formar profesionistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad...*» la idea anterior es reforzada con igual redacción en el Estatuto General de la UNAM.

El Marco Institucional de Docencia (MID), de la Legislación Universitaria, retoma las funciones universitarias de docencia, investigación y extensión de la cultura, como la tarea social de la UNAM, las cuales permiten lograr los fines especificados anteriormente, vinculados con las necesidades de la sociedad y la generación y renovación de conocimientos científicos y tecnológicos que requiere el país. «*Estos objetivos se encuentran íntimamente vinculados entre sí y para su logro es indispensable el buen ejercicio de la función docente*» (MID, 1988:1).

La función docente de la UNAM, en el MID, además de estar vinculada con las necesidades nacionales y repercutir en el desarrollo del país «*...la función docente debe estar vinculada con las inquietudes y problemas de su tiempo y de la sociedad en donde se desarrolla...*» (idem), ha de dirigirse hacia la excelencia académica «*...que solo se conseguirá a través de la consistencia y esfuerzo de profesores y alumnos, altos niveles de docencia e investigación, aplicación de métodos pedagógicos progresistas, que permitan lograrla y en general mediante la mejoría de las condiciones académicas en las que se lleva a efecto el proceso docente*» (idem:2).

La función docente, se dirige en el MID en cuanto a espacios (más allá de las aulas), a etapas formativas (aspirante, estudiante, pasante y egresado), a sujetos (alumnos, docentes, investigadores) y a fases (planeación, programación, ejecución y evaluación) «*Las actividades docentes de la Universidad consisten en una enseñanza y un aprendizaje continuos que jamás terminan*» (idem). Plantea el MID a la docencia como actividad organizada, proceso dinámico y complejo, cuya expresión formal y escrita se concreta en los planes y programas de estudio.

Esta es la parte de la educación caracterizada por su sistematicidad, organización, impartida por personal preparado, con contenidos programados que se da en lugares y situaciones específicas; a la cual se dirige la propuesta que se presenta en este capítulo. Este último capítulo abordará una propuesta específica de formación dirigida a los profesionistas que conforman la planta docente de la carrera. Es decir se presenta una propuesta de formación docente en donde se enfatiza que para practicar esta nueva enseñanza hay que aprenderla.

La intención es incidir en la puesta en marcha del nuevo plan de estudios, fundamentado en los supuestos teóricos propuestos en el capítulo anterior; reconociendo que resulta indispensable un cambio en las costumbres docentes, de manera que apoyen tal desarrollo intelectual en las clases, en las prácticas, en las evaluaciones.

Existe la necesidad de enfatizar que el docente domine no solo el ámbito disciplinar, sino que posea los conocimientos para enseñar lo que saben. Aprender a enseñar como tarea docente para que los alumnos aprendan a aprender en el nivel licenciatura y generar la ampliación de la función docente como investigador.

Estamos en posibilidad de remontar sobre la práctica aprendida respecto al nivel técnico, para aprender nuevas formas de enseñar y de ver la profesión de Enfermería a nivel licenciatura. El cambio del antecedente de estudios al ingreso del alumno de nivel técnico al de licenciatura y la edad del futuro estudiante de enfermería, en Iztacala, son elementos con los que se ejemplifican diferencias con las que ha de contender el docente.

Los alumnos, tendrán conocimientos potenciales, expectativas, exigencias y necesidades diferentes. Sin caer en el hábito de la tipificación-rutinización institucionalizadas, podemos identificar regularidades por experiencias en otras escuelas de enfermería, que vistas anticipadamente, potencialicen el impacto producido por la crisis del cambio, hacia nuevas y más constructivas maneras de ver la educación; tanto para el docente como para el alumno y la institución.

Organizar la didáctica para el estudio de la enseñanza de enfermería, se da en el marco de la didáctica general, pero se propone que también cada módulo tenga características particulares para su enseñanza. En el programa de cada módulo se prevee que cada conocimiento propuesto tenga un valor en cuanto a un tiempo y lugar determinado, acotado en la lógica del módulo de que se trata, así como por el conjunto del plan de estudios, de ahí la importancia que el docente domine además de los contenidos de su materia, los conocimientos de la didáctica que aplicará al enseñarla y tenga el conocimiento del proyecto general de la carrera.

Propongo al programa de formación docente como un espacio construido de prácticas sociales, en donde se determine la conciencia de realidad del grupo docente, mediante lo que Freire denomina la conciencia crítica. Construir los docentes la nueva realidad de la carrera de enfermería en este aquí y ahora, con un plan de estudios con fundamentos explícitos, facilitará el tránsito del cambio de plan de estudios y crear nuevos proyectos.

Formar la conciencia colectiva a través de trabajar en grupo las conciencias individuales. Pasar de la conciencia real (espacio real y temporal en que el docente según sus intereses y valores ve la realidad), hacia la conciencia posible (la que puede alcanzar el grupo sin romper sus expectativas). Ver el nuevo plan de estudios como un proyecto irreverente, dinámico, posible de crearse, y a la institución escolar como un espacio de deseo (el deseo que posibilite el proyecto de cambio) y de lucha de poderes.

Siguiendo a Carr y Kemmis, reconocer que si la práctica de la educación es una forma de poder, existe la posibilidad de repensar la práctica docente, la no reproducción de la educación en enfermería, identificar la micropolítica, para leer que lo instituido está presente y que por lo tanto es susceptible de ser cambiado.

En este proyecto el docente estará en posibilidad de buscar la identidad de ser, mediante su formulación, el docente se posibilita para encontrarse como único y diferente, no como un sujeto dado, sino como sujeto en construcción. El trabajo en grupo facilitará el momento de la crisis, en donde con la problematización viene la duda, la angustia, la incertidumbre. Problematizar la realidad y conocerla para transformarla.

Ver a la sistematización de la práctica docente como un proceso de creación-recreación, el docente como intelectual y el quehacer docente como un proceso de reflexión-acción, todo lo anterior, hablará del proyecto de profesionalización de la docencia en la Carrera de Enfermería.

4.1. EL DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA ENEP IZTACALA UNAM

La visión sobre el tema que presenta el Dr. Héctor Fernández Varela, primer director de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala y para el jefe del Departamento de Pedagogía Dr. Alfredo J. Furlán M. en los primeros seis años de vida de la entidad, se refleja en la siguiente frase «...hacen que, para nosotros, la formación de profesores constituya una dimensión concreta de nuestro quehacer, enclavada en la totalidad de la vida institucional».

De esta postura se derivó un proyecto de formación, dirigido al grupo docente que inició en 1975 en Iztacala la búsqueda de nuevas alternativas organizacionales y pedagógicas y la desconcentración de los estudios profesionales en la UNAM.

Entre las cinco carreras profesionales se encontraba la Carrera de Enfermería de Nivel Técnico. La ENEPI, por su organización matricial propició la movilización de los docentes en diferentes materias y carreras, por lo que las características principales del grupo de profesores que señalan estos autores se pueden generalizar, señalando como principales las siguientes:

- «- La extrema juventud. En un análisis hecho en 1976 el promedio de edad de los profesores no rebasaba los 26 años.
- Niveles de formación previa sumamente heterogéneos...
- En general falta de experiencia docente, particularmente en el nivel superior. Se contó con muy pocos maestros en ejercicio, que aceptasen su traslado.
- Ausencia casi total de experiencia en investigación científica .
- Experiencia profesional mínima. Esto se observó en casi todas las áreas, con excepción de los ciclos clínicos de medicina, donde se recurre a las instituciones del Sector Salud.» (Fdz V., 1982:23)

En el último punto se incluye también la Carrera de Enfermería, quien únicamente contrató para las materias clínicas a personal profesional de enfermería que reuniera características de experiencia profesional, además de formación docente y disciplinar; sin embargo aunque la formación fue suficiente y de calidad, en su gran mayoría, se daba en forma horizontal, sin rebasar el nivel técnico. El resto de profesores, los de las otras disciplinas, caben dentro de la descripción presentada en el párrafo anterior.

Dentro de la formación específica se trabajaron programas de formación docente para el Sistema Modular, cursos de actualización sobre todo con enfoque a la integralidad de conocimientos de diferentes disciplinas así como el enfoque a la salud pública. Los cursos se tomaban en la ENEPI y en otros centros universitarios.

A 24 años del inicio de Iztacala, gran parte de estos docentes, han emigrado; entre los motivos se encuentran jubilaciones y el salario poco atractivo del docente universitario, además por la ampliación de grupos y la diversificación de horarios ha habido nuevas contrataciones.

Respecto al crecimiento vertical de las docentes enfermeras, en lo individual un número importante, cursó los estudios necesarios para obtener el grado de licenciatura y posteriormente estudios de posgrado.

Con la mirada puesta en transformar el Nivel Técnico al Nivel Licenciatura, en la presente gestión (1995-1999), por iniciativa del Colegio de Profesores de la Carrera de Enfermería, la Jefatura de Carrera y la Secretaría Académica presentaron a la

Dirección de la Escuela el Programa de Bachillerato abierto y éste fue reconocido como programa oficial y apoyado institucionalmente. Del programa egresaron 30 profesoras enfermeras.

Posteriormente para continuar la formación disciplinar se realizó un acuerdo entre la Dirección de la ENEPI y la Dirección de la ENEO, para que el Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (ingreso a años posteriores al primero), se impartiera dentro de las instalaciones de Iztacala, en primer lugar para beneficiar a la población docente de Iztacala y en segundo para ser ofertado a la población de profesionales de enfermería de la zona noroeste. Del primer grupo (generación 98), egresaron 48 enfermeras pasantes de licenciatura y actualmente cursan el programa 52 enfermeras.

En el momento actual, la plantilla docente presenta las siguientes características:

Del Total de 132 profesores, 103 pertenecen al sexo femenino y 29 al sexo masculino. La edad mayoritaria se encuentra entre los 40 a 50 años, igual para las mujeres que para los hombres.

PLANTILLA DE PROFESORES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA, ENEP IZTACALA UNAM. 1998

Grupos de edad	mujeres	hombres	total
25 años y menos	1	-	1
26 a 35	1	-	1
36 a 45	42	16	58
46 a 55	45	9	53
56 a 65	12	3	15
66 y más	2	1	3
Total	103	29	132

Fuente: Plantilla de profesores, 1998.

En el grupo de las 132 profesoras existen (111) licenciadas, cuya licenciatura es: Enfermería (61), Odontología (19), Medicina (12), QFB y QBP (7), Biología (4), Psicología (2), Nutrición (2), Derecho (1), veterinaria (1), Sociología (1), Pedagogía (1). Las enfermeras especialistas de nivel técnico son (21), a la fecha. Las licenciadas en Enfermería y Enfermeras se encuentran en los 14 módulos. Las otras licenciaturas se ubican en módulos teóricos y metodológicos.

Como se advierte en el siguiente cuadro, las enfermeras, al optar por una licenciatura no siguen necesariamente la de enfermería, existen cuatro enfermeras con otra licenciatura.

Si bien, se enumeran solo las licenciaturas de origen, hay que hacer notar que el nivel posgrado esta presente en la Carrera. Entre las 111 licenciadas, siete han obtenido el grado de maestría, catorce son candidatas al grado de maestra y nueve se encuentran cursando la maestría. Dos profesores se encuentran cursando el doctorado.

GRADO ACADÉMICO DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA, ENP IZTACALA UNAM. 1998

	Grado académico		Enfermera especialista
	Licenciatura y enfermería	Otra Licenciatura	
Enfermería	61		21
Pedagogía		1	
Odontología	1	18	
Biología		4	
Medicina	1	11	
Derecho		1	
Áreas Químicas		7	
Veterinaria		1	
Sociología	1		
Nutrición		2	
Psicología	1	1	
TOTAL	65	46	21

fuelle: Jefatura de Carrera, 1998.

Como se observa, participan en la formación de enfermeras, en la ENEP Iztacala, profesores de otras disciplinas, principalmente odontólogos, médico y químicos. Estos docentes comparten su contrato laboral en las carreras de Medicina y Odontología de la ENEPI.

Desde los inicios de la ENEPI, ha sido constante la preocupación de las autoridades por la formación docente. En este cambio educativo y específicamente en la presente propuesta, tomará forma de compromiso de directivos y profesores, así como pugnar

por la necesaria existencia de un clima de información sobre este compromiso y los apoyos con lo que cuenta un proyecto con este sentido.

En el presente trabajo se generan tres articulaciones que tienen como eje a la Investigación-acción (Elliott, 1993). Desde la investigación-acción se ve a la formación docente articulada con la práctica docente y con la profesionalización de la docencia. A continuación se puntualizarán elementos teóricos de esta teoría, considerados como necesarios para el desarrollo del programa.

4.2. LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN

Kogan Page, menciona que «la expresión investigación-acción fue acuñada por Kurt Lewin (1947)». Señala como característica su carácter comunitario, particular y humanista así como ser una práctica reflexiva y social, enfatiza que «la idea de investigación acción de Lewin hunde sus raíces históricas en la tradición aristotélica de ciencia moral o práctica relativa a la puesta en práctica de valores humanos» (Page, 1990:95).

La investigación-acción, es propuesta por Carr y Kemmis como Action-research. Utiliza como método la espiral autorreflexiva, formada por ciclos sucesivos de planificación, acción, observación y reflexión, a su vez rechaza las nociones positivistas de racionalidad, objetividad y verdad; propone una visión dialéctica de la racionalidad, que ayuda a descubrir qué condiciones objetivas y subjetivas limitan las situaciones y cómo podrían cambiar unas y otras, ello implica un proceso participativo y colaborativo de la autorreflexión, que se materializa en comunidades autocríticas de investigación, comprometidas en mejorar la educación.

Elliott, de acuerdo con Pérez Gómez (1990), orienta la necesidad de pasar de la reflexión individual a la reflexión cooperativa, en la búsqueda de conocimientos compartidos, que se dan en un ambiente de reflexión, diálogo, y contraste; propio de la dinámica de grupo. Lo anterior en la búsqueda de transformar la realidad, considerando al contexto institucional y psicosocial en los niveles de marco de actuación y como factor inductor de comportamientos e ideas.

Desde esta mirada es la investigación-acción como estrategia y como fundamento la propuesta para trabajar el programa de formación docente. El trabajo en grupo, dada su heterogeneidad expuesta en el punto anterior, viabilizará el trabajo hacia el logro de los objetivos del programa.

4.2.1. FORMACIÓN DOCENTE

La formación docente⁴², en el presente programa, se concibe como un proceso de desarrollo (que rebasa el adiestramiento, la capacitación, la actualización; es decir, la racionalidad instrumental). La formación como ese conjunto de saberes (lenguajes, conocimientos científicos, pautas valfricas, experiencia profesional y docente), en permanente construcción, como el hombre que la realiza... algo nunca acabado; que el docente lleva a la situación de enseñanza aprendizaje.

La formación docente, históricamente determinada, refleja en su complejidad el momento de la historia del pensamiento y de las sociedades (a las que el docente y sus prácticas han de problematizar, con el fin de establecer rupturas en el pensamiento y a través de nuevas síntesis, transformar la práctica social concreta, en el momento histórico del conocimiento y de las relaciones humanas). La formación docente, se piensa así, inserta en el proyecto de vida del docente, del proyecto de la institución y del proyecto histórico de la sociedad de la que forma parte.

La formación docente fundamentada en principios, denominados por Habermas intereses emancipadores como son: libertad, justicia, democracia, igualdad; entre otros de carácter social, darán instrumentos al docente para realizar una crítica en torno a modos de producción y reproducción que determinan su quehacer educativo, para reconocer el tipo de conciencia que poseen como ciudadanos y como trabajadores de lo educativo, reflexionar sobre el tipo de cultura que porta como sujeto de género y clase.

La formación docente con este enfoque, posibilita la planeación e instrumentación de procesos sociales educativos, dirigidos a grupos culturales particulares, proporcionando formas de participación como sujetos y como profesionales de la educación en acciones sociales y políticas que determinan y que son determinantes de su práctica educativa. De acuerdo con Escamilla J. «La formación docente implica un proceso de reflexión-acción sobre la triada práctica educativa-circunstancia histórica social-proyectos de formación futuros».

Este proceso de desarrollo que se potencializa en la coyuntura del cambio del plan de estudios, para que los docentes del plan anterior revisen su práctica, la analicen, detecten nodos problemáticos, reflexionen y generen acciones de transformación.

⁴² «Entendemos por formación del profesor universitario, el proceso intencionado y sistematizado de creación de condiciones para la construcción del conocimiento y de establecimiento de relaciones, que posibiliten la teorización y transformación de la práctica educativa» (Chehaibar y cols.,1995:383).

La investigación-acción dará la voz al docente, quien como protagonista, sujeto de lo educativo; discernirá el qué, el porqué, el para qué y el cómo de su práctica. Se hará posible la reflexión-acción al expresar, reconstruir, criticar y accionar sobre su propia actividad en el proceso didáctico.

4.2.2. PRÁCTICA DOCENTE

Tratar de conceptualizar la práctica docente nos remite a identificar al sujeto, al docente «Sujeto histórico social, que desarrolla una actividad formativa, dentro de una división social y sexual del trabajo, cuya capacidad intelectual le posibilita analizar y transformar su práctica educativa» (Escamilla, 1997).

La práctica docente, tiene como fin explícito la enseñanza de saberes científicos y otros menos explícitos que participan en la formación, pero como práctica social sale de las aulas, hacia el espacio profesional, hacia la comunidad. Es la formación docente, también vista como un proceso de la práctica social, la que posibilita que los sujetos docentes asimilen, transmitan, ensayen teorías y experiencias educativas, investiguen, enseñen y aprendan en su construcción con el otro, como profesionales de lo educativo, que le otorgan la potencia como actores de la transformación.

Hemos de considerar la práctica profesional del docente como un proceso de acción y de reflexión cooperativa, de indagación y de experimentación, donde se da el enseñaje, del profesor que enseña porque aprende, mediante sus intervenciones no impone, facilita la comprensión de los alumnos, y «...al reflexionar sobre su intervención, ejerce y desarrolla su propia comprensión. Los centros educativos se convierten así en Centros de desarrollo profesional del docente, donde la práctica se convierte en el eje de contraste de principios, hipótesis y teorías en el escenario adecuado para la elaboración y experimentación del currículum, para el progreso de la teoría relevante y para la transformación asumida de la práctica» (Pérez Gómez, 1990:18).

El carácter ético-político de toda actividad educativa, dentro de procesos individuales y grupales, la función del profesor como investigador que reflexiona sobre su práctica, que toma el saber como problemático en sí, digno de ser puesto en tela de juicio y a juzgarlo en un proceso dialógico, no instruccional, obliga a buscar una alternativa de organización académica, la propuesta es la formación de Academias, con un perspectiva crítica y alternativa a la organización académica administrativa actual; en donde la noción de Jefe de Módulo alude a la cultura de persona, a la cultura de rol, que trata a la cuestión escolar desde lo meramente técnico.

Desde la perspectiva de la psicología social, la educación se efectúa dentro de un ambiente social organizado mediante procesos interpersonales en donde los participantes son sujetos activos, la propuesta es direccionar las actividades mediante la estrategia de las Academias, como espacio de potenciación de proyectos académicos viables, en cuanto a que los actores se transforman en este espacio regio de la práctica docente, en directores de la micropolítica de la institución educativa.

«La investigación-acción educativa de la práctica profesional supone la existencia de una tercera forma de organización..., La cultura de la tarea..., La idea de organización de esta cultura consiste en que un grupo o equipo de talentos y de recursos, deben aplicarse a la resolución de un problema o al desarrollo de una tarea.

Es la cultura preferida por muchas personas competentes, porque trabajan en grupos, compartiendo tanto las técnicas como las responsabilidades; trabajan constantemente frente a nuevos desafíos, porque cada tarea es distinta y así se desarrollan y entusiasman entre sí.

La cultura de la tarea es habitualmente cálida y amigable, porque está edificada en torno a grupos cooperativos sin un exceso de jerarquías. Hay planes más que procedimientos, y revisión de procesos más que evaluaciones. Estas culturas se desarrollan en situaciones en las que el cometido de la organización consiste en la resolución de problemas» (Handy citado por Page, 1990: 100).

Dentro del desarrollo de trabajo de las Ácademias se generan conocimientos de importancia sobre la problemática, que sirven como antecedentes o contexto intelectual a partir del cual se conciben estudios, o mediante los análisis de resultados de cortes a investigaciones realizadas. La comprensión que proporcionan es lograda a partir de largas e informadas reflexiones sobre la experiencia práctica más que a partir de conceptualizaciones provenientes de la teoría social o cultural y comprobados a través de diseños metodológicos explícitos.

Lo anterior se fundamenta en lo señalado por Hoyos M. «Siendo la educación un fenómeno social, se constituye como objeto privilegiado de la aproximación hermenéutica. La indagación del conocimiento humano, de procesos de producción de conocimiento, del devenir del sujeto en el marco de su contexto social, cultural, histórico y político económico, se torna un proceso de interpretación de sentido que impele a una reflexión sustentada en un enfoque dialéctico explicativo-comprensivo. De búsqueda de sentido y no de una verdad aparente y única» (Hoyos M. C., 1997).

El profesor señalado como investigador por Stenhouse (1980), dentro de la visión de la educación como praxis, no como proceso técnico «si el currículum es el medio a través del cual se comprueban y desarrollan las ideas educativas, ha de considerarse el papel del profesor como fundamental en la constitución de la teoría». Al considerar el currículum como praxiología (estrategias hipotéticas para llevar las ideas a la práctica), Stenhouse los ubica como expresiones y como objetos del juicio práctico que al ser problematizados se convierten en objetos de crítica personal de los docentes. De esta manera los discursos curriculares se encuentran al ser accionados por los docentes en constante superación, promoviendo también la superación del docente en su práctica educativa, lo que concluye con la idea de que no puede darse un desarrollo del currículum sin el desarrollo del docente.

4.2.3. PROFESIONALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

Sobre la investigación-acción educativa, se basa la premisa de profesionalizar la práctica docente en este proyecto de formación. Pensarnos como personas, como sujetos (Lacan), como docentes, como intelectuales, en un acto de reflexión-acción, en un acto de investigación-acción, recuperar los conceptos eliminar la separación entre enseñanza e investigación, eliminar la prescripción social del docente que informa, por la visión del docente que en un proceso de creación-recreación, realiza propuestas propias, dirigidas hacia la transformación de su realidad.

Reconocer que en el campo del conocimiento, los conceptos están huecos, que son construcciones teóricas hechas por otros sujetos, que nos corresponde a nosotros, los docentes, ir llenándolos, recuperarlos y generar diferentes definiciones. «El profesor modifica algún aspecto de su práctica docente como respuesta a algún problema, revisando después su eficacia para resolverlo. Mediante la evaluación, la comprensión social del profesor sobre el problema se modifica y cambia.

Por tanto la decisión de adoptar una estrategia de cambio precede al desarrollo de la comprensión. La acción inicia la reflexión» (Elliot, 1993:37).

Finalmente, durante el proceso de formación docente, se identifican otras posibilidades con el uso de esta metodología:

- La identificación de nodos problemáticos genera objetos de investigación, que abordarán los docentes como investigadores.
- Los avances obtenidos darán una rica producción editorial a nivel de artículos

y materiales para el trabajo en aula, impulsando la proyección del grupo y el diálogo entre académicos de diferentes IES de Enfermería, mediante la formación de redes de Academias, como una perspectiva crítica y alternativa a la organización escolar.

- La aceptación de un programa de investigación y formación continua dará como resultado la formación de Academias, dentro de las cuales se posibilita operar la formación del proyecto de evaluación curricular y la generación de programas de formación y autoformación docente como un proyecto a lo largo de la vida.

4.3. LA PROPUESTA DE FORMACIÓN DOCENTE: DIPLOMADO EN EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

4.3.1. PRESENTACIÓN

La enseñanza de la Enfermería, como las otras disciplinas, ha presentado a lo largo de su trayectoria un desfase entre la actividad docente cotidiana y los avances de las ciencias que abordan el fenómeno educativo.

A esta situación han contribuido: un desarrollo tardío de las ciencias sociales, la opinión de que el dominio de la disciplina garantiza el saberla enseñar y considerar a la docencia como actividad empírica.

La última característica, implica la escasa reflexión teórica sobre el proceso educativo por parte de quienes ejercen la docencia, la cual es sustituida por las demandas y normativas institucionales, seguidas de la aplicación de proyectos educativos elaborados por «expertos»; proyectos a los cuales el docente se adhiere en el discurso en forma acrítica y que en la práctica opera generalmente por intuición y voluntarismo.

Un factor de gran impacto en el ejercicio docente son las experiencias vividas como alumnos, que los profesores actualizan 10 o 20 años después, reproduciendo con esto, una concepción tradicional en proyectos educativos supuestamente innovadores.

La presente propuesta de formación docente parte de la necesidad de una ruptura con estos modelos, mediante la interrogación de nuestras certezas, de crítica hacia los

esquemas petrificados, que sin cambiarlos por las certezas de otros, nos permitan ir construyendo en conjunto la profesionalización de nuestro ejercicio docente.

En este sentido el Diplomado en Educación de Enfermería, recupera las experiencias docentes de la vida cotidiana de los asistentes, como marco de referencia; al plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, proyecto oficial, como marco institucional y a los fundamentos epistemológicos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos, jurídicos y disciplinares de enfermería, como marco teórico.

Las premisas fundamentales del Diplomado en Educación de Enfermería consideran:

- Al docente como un sujeto-comunidad, que reflexiona, analiza y confronta experiencias y teoría, situaciones objetivas y subjetivas de su ejercicio, en un proceso participativo, colaborativo y constructivo, que se materializa en comunidades autocríticas de investigación, comprometidas en mejorar la educación.
- A la formación docente como concepto articulador de la práctica docente y de la profesionalización de la docencia.
- A la problematización de la práctica docente, desde la coyuntura del cambio curricular, como un espacio regio en dónde realizar ejercicios colectivos de análisis, crítica y propuestas sobre las experiencias educativas en enfermería, hacia la clarificación del qué, porqué, para qué y del cómo de su ejercicio profesional docente.
- A la creación de un nuevo plan de estudios, con fundamentos teóricos explicitados; como un disparador del nivel de calidad del egresado, basado en la actuación de los dos personajes centrales de la formación profesional: el alumno y el docente, vinculados a través del proyecto curricular, cuyo éxito al ejecutarse tiene que ver principalmente con la identificación y apropiación que el docente haga de él.
- A la Investigación-acción como estrategia y fundamento del trabajo de formación docente.

Es decir, la propuesta parte del análisis de los fundamentos teóricos del plan de estudios para darle sentido a lo dado, de rescatar el valor de los conocimientos derivados del quehacer cotidiano de los maestros, y mediante su vinculación con los elementos teóricos, generar lo dándose en métodos, técnicas y recursos didácticos orientados a este nuevo ejercicio de su práctica docente; considerando el contexto particular de los sujetos, de la institución y de la materia de estudio.

4.3.2. PROPÓSITO

Establecer un proceso integral de formación docente, con producción de significados de largo alcance que contribuya a una reflexión global sobre el ejercicio docente, a desarrollar acciones de investigación educativa y de apertura a un análisis del proyecto en el cual se sustenta la práctica educativa de las academias; reconociendo la diversidad de formación profesional del personal docente como un elemento de enriquecimiento grupal. Finalmente que el compromiso y apropiación del proyecto sea compartido por los profesores, de tal manera que la calidad del egresado sea el resultado de haberse incrementado la calidad de la docencia.

4.3.3. OBJETIVOS

- Contribuir al proceso de formación del sujeto pedagógico en la licenciatura de enfermería mediante el análisis, problematización e investigación de la práctica docente.
- Identificar los avances de las ciencias que abordan el fenómeno educativo, así como de la disciplina de enfermería, y vincularlos a la práctica docente con sentido crítico, reflexivo; para fundamentar las propuestas.
- Generar el planteamiento de soluciones concretas sobre la práctica docente partiendo del análisis de la práctica cotidiana hacia la creación de un proyecto de enseñanza, explicitado en la formulación del programa de actividades de aprendizaje en el módulo al que se piensa incorporar.
- Iniciar un proyecto de seguimiento permanente y de actualización del personal docente.
- Generar un proyecto de evaluación permanente del currículum, mediante la conformación de Academias, basadas desde la formación docente en la propuesta de Investigación-Acción.

4.3.4. CATEGORÍAS Y CONCEPTOS

En la etapa de identificación de categorías y conceptos, para este proyecto de formación docente, enmarcado dentro de la investigación-acción, en un inicio, se identifican las siguientes:

- Identidad docente, rol docente, formación docente.
- Práctica docente, profesionalización de la docencia, enseñanza.
- Práctica educativa, práctica escolar, aprendizaje.
- Proyecto de vida, proyecto profesional, práctica profesional.

Proyecto institucional, estructura organizativa, cultura organizacional.
Cultura pedagógica dominante, cultura pedagógica contrahegemónica.
Currículum, escuela, plan de estudios, programas.
Planeación, evaluación, Academias.
Enfermería, historia de, investigación en, práctica de, enseñanza de, tendencias en.
Educación en enfermería: Fundamentos epistemológicos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos y jurídicos aplicados a la.
Ciencia, conocimiento, método, investigación.
Enfermería como disciplina, como profesión, como técnica. Teoría y práctica en.
Cultura de enfermería dominante, cultura de enfermería contrahegemónica.
Metaparadigma: persona, entorno, salud, cuidado.

4.3.5. MÉTODO DE TRABAJO

De acuerdo con los elementos teóricos sobre formación docente, se considera el trabajo en grupos operativos, la organización más pertinente. Mediante la participación activa en actividades sistematizadas por los coordinadores, el participante vivenciará el aprendizaje significativo, la cultura del proyecto, el respeto a la otredad, a la diferencia, etc. aplicará en su trabajo en el grupo los fundamentos que se propone posteriormente, vivan con sus grupos.

Los coordinadores participarán como facilitadores del trabajo del grupo, guiarán, fomentarán y en conjunto con el grupo construirán propuestas de trabajo docente. Compartirán con el grupo sus experiencias y conocimientos, estimulará la reflexión, el trabajo responsable y la crítica en la búsqueda de opciones de solución. Promoverá reuniones de trabajo extradiplomado con los grupos y con los coordinadores de otros módulos. Estimulará en los participantes la formulación de proyectos académicos, editoriales y de investigación, que potencialicen el logro del Diplomado.

Los participantes asumirán una postura activa a nivel grupal e individual, desde el enfoque constructivista, en momentos de autorreflexión, autocrítica y de responsabilidad hacia la construcción de sus aprendizajes y de las tareas de ser docente. El compromiso con su práctica docente, iniciará con las lecturas y análisis de los materiales (de tipo individual y extracurso), su participación en las discusiones y la entrega de los trabajos, continuará con las propuestas y retroalimentaciones que realice al proyecto, a los cuestionamientos de sí, verbalizados o no y de sus aportaciones a las academias o a las organizaciones que emanen de las propias propuestas.

Las actividades de aprendizaje colocarán a los participantes ante el material de estudio, mediados por sus experiencias. Favorecerán la interacción entre situaciones significativas y contenidos del evento académico, para establecer relaciones entre la teoría y la práctica que orienten al participante hacia la generación de propuestas particulares de su programa académico. Se planearán actividades de aprendizaje introductorias, de desarrollo, de ejercitación hacia la toma de decisiones para la resolución de problemas y de integración o de síntesis.

Las sesiones llevarán los momentos de apertura, desarrollo y cierre; la apertura como primera síntesis de los conocimientos, con los que el participante abordará los nuevos contenidos, permite en el Diplomado rescatar y valorar la experiencia de los docentes, orienta la segunda etapa; en el momento de desarrollo se participa analizando, decantando, desvelando los contenidos, profundizando en el conocimiento; la etapa de desarrollo, precede a la culminación mediante el momento de cierre, etapa a la cual se arriba en una síntesis diferente, que nos descubrirá nuevos problemas que estudiar o facetas diferentes del problema estudiado, tal vez desconocidas antes y que fueron descubiertas por el grupo en la dialéctica del conocimiento.

Las técnicas didácticas utilizadas, corresponderán a las características del evento educativo, se aplicarán de tipo expositivo, como pre-textos para las de tipo discusión, debates, estudios de caso panel y visitas. De acuerdo a la dinámica grupal se aplicarán técnicas que orienten el manejo de conflictos o que sensibilicen hacia el trabajo grupal, hacia la formación de actitudes críticas con criterio abierto y capacidad creativa.

La evaluación se aplicará en las diferentes fases del proyecto, incluirá a todos los actores y recursos. Favorecerá la evaluación realizar análisis, síntesis, críticas, planteamientos y propuestas sobre el proyecto individual, grupal e institucional de formación de enfermeras y de formación de docentes de enfermería.

4.3.6. EL DISEÑO CURRICULAR

El Diplomado de Educación en Enfermería presenta un diseño curricular modular que implica tres dimensiones:

La primera dimensión consiste en los seis fundamentos teóricos: epistemológico, sociológico, psicológico, pedagógico, jurídico y de la disciplina de enfermería; corresponde a los ejes transversales de la matriz.

La segunda dimensión se dirige a los momentos didácticos de la planeación, implementación y evaluación; de la clase, del programa y del plan de estudios.

La tercera dimensión toca lo referente a los integrantes de la estructura didáctica: alumno, docente, objetivos y contenidos.

De las relaciones que se establecen en un módulo con estas tres dimensiones se forman redes que se pueden representar en un esquema o matriz tridimensional, la que dará el sustento y sustrato a cada módulo y en forma integrada al Diplomado (cuadro anexo).

La estructura del Diplomado se plantea en base a tres tipos de actividades:

La primera fase es principalmente de formación y actualización teórica. Mediante los primeros dos módulos: La enseñanza, práctica e investigación en enfermería y El sistema modular; se busca proporcionar a los participantes una formación general orientada a la reconceptualización en torno a la práctica, la educación y la investigación en enfermería. Inicia por reflexionar sobre la dimensión social de la disciplina presentando como pre-texto, el estudio de su desarrollo histórico. Finalmente se revisa la problemática de la enseñanza y se coloca el acento en el rescate de lo modular dentro de la formación del profesional de enfermería.

La segunda fase, se trabaja en los tres módulos siguientes: El currículum flexible y competencias profesionales, Metaparadigma de Enfermería y Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. Esta fase propicia en mayor grado la discusión, se presentan los aspectos del fenómeno educativo, propiciando un análisis histórico-crítico del fenómeno educativo en enfermería y su relación con la estrategia del currículum flexible y competencias profesionales. Hay un énfasis en el aspecto epistemológico, sobre la metodología utilizada en la construcción del conocimiento de enfermería y la construcción del objeto de estudio de la disciplina. Cierra esta etapa la presentación del nuevo plan de estudios, donde se esperan grandes discusiones y reflexiones, dado que se está hablando del proyecto de futuro de la comunidad de enfermería de Iztacala, esta dinámica permitirá que se concrete la comprensión del proceso histórico de producción del conocimiento en enfermería, preparando al participante hacia la construcción teórico conceptual y de estrategias metodológicas en la educación de enfermeras de la siguiente fase.

La tercera fase, sexto módulo, orienta a la acción, los participantes trabajarán en grupos intramodulares principalmente. Un taller -estancia, será el espacio de reflexión e integración en que cada grupo, en un proceso de creatividad, en espacios aúlicos y visitas a escenarios clínicos, diseñarán el programa específico de cada módulo.

Esta fase, en corto plazo, corresponde al cierre del Diplomado, pensada como instancia de reflexión integración y evaluación que realiza un docente, en torno a la docencia. El evento final de esta última fase, consistirá en la presentación individual de un trabajo que haya sido declarado por el grupo como necesario para el módulo al que desee incorporarse y el trabajo grupal de construcción del programa.

4.3.7. PERSONAL DOCENTE

Participará personal invitado de diferentes instituciones, con formación académica, producción editorial, con experiencia y reconocimiento en el área que se esté trabajando.

Estará coordinada cada fase por una profesora integrante de la Comisión de Diseño Curricular.

El equipo de coordinación y los ponentes, elaborarán el correspondiente programa guía, la antología y las fichas analíticas de lectura; todo lo anterior con el fin de orientar y coordinar las actividades intraclase y extraclase de los participantes, así como organizar las discusiones en el trabajo colectivo. El programa guía facilitará sistematizar y optimizar los tiempos grupales presenciales y facilitará la consulta al coordinador y ponente fuera de éstos momentos por correo electrónico y teléfono.

Los docentes trabajarán en una primera etapa en la elaboración de las guías de estudio de cada módulo, en las que se expondrán los objetivos, temas, metodología, actividades de aprendizaje, técnicas didácticas, calendarización, sistema de evaluación y bibliografía correspondiente.

En una segunda etapa se elaborarán las antologías con lecturas seleccionadas, legibles y actualizadas, las que servirán de referencias básicas para cada módulo.

4.3.8. MATERIAL DE TRABAJO

Documento de presentación del Programa de Formación Docente.

Programa guía de los siete módulos.

Antología para cada uno de los siete eventos, con fichas analíticas de lectura.

Instrumento y materiales de apoyo didácticos.

4.3.9. PROCEDIMIENTO

El Diplomado se someterá a la consideración del Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME), en la línea de diseño y modificación de planes de estudio, en la búsqueda de su financiamiento.

La División de Educación Continua de la ENEPI, conjuntamente con la Jefatura de la Carrera de Enfermería y la Comisión de Planeación Curricular, promoverán la participación de la comunidad académica contratada por la Carrera. El Diplomado puede ser abierto a otros solicitantes sin compromiso de contratación en la plantilla de profesores.

El Diplomado consta de seis módulos los cuales han de ser cubiertos en 140 horas. Los módulos del I al V, tendrán una duración de 20 horas cada uno y el módulo integrativo VI, durará 40 horas.

Se propone que se formen dos grupos: matutino y vespertino. El vespertino los viernes de 14 a 19 horas y el matutino los sábados de 9 a 14 horas. Cada grupo tendrá un máximo de 25 integrantes.

Cada sesión será de 5 horas, por lo que cada módulo tendrá una duración de cuatro semanas, y solo el módulo VI será de ocho semanas. En total el diplomado tendrá una duración de 28 semanas.:

Módulo I	20 horas	4 semanas
Módulo II	20 horas	4 semanas
Módulo III	20 horas	4 semanas
Módulo IV	20 horas	4 semanas
Módulo V	20 horas	4 semanas
Módulo VI	40 horas	8 semanas

Cada módulo incluye una sesión final de evaluación, entrega de trabajos y presentación de los mismos.

Los aspirantes al Diplomado, serán entrevistados por los coordinadores, con base a la carta de exposición de motivos, a los aceptados se les impartirá una sesión de orientación y presentarán un proyecto de trabajo docente, editorial o de investigación relativo a la temática.

Los docentes participarán en la revisión de proyectos presentados por los integrantes del diplomado; con el fin de conocer las expectativas y recursos del grupo desde antes de iniciar el Diplomado.

Las antologías y guías de estudio serán entregados a los participantes al inscribirse al Diplomado.

Al término de las 140 horas se realizará el cómputo de créditos obtenidos por participante, si reúne un 80% de créditos y ha cumplido la asistencia mínima del 80% a los momentos teóricos y el 90% a los eventos de práctica, será acreedor al Diploma.

4.3.10. LOS DESTINATARIOS DEL DIPLOMADO

El Diplomado está dirigido a docentes en ejercicio en la Carrera de Enfermería, con antecedente mínimo de licenciatura.

4.3.11. EVALUACIÓN

Las aportaciones y participación de los asistentes, mediante la realización de las actividades de aprendizaje explicitadas en las guías, así como la presentación del trabajo final que reúna los criterios establecidos, darán cuenta del número de créditos obtenidos. También contará la experiencia de autoevaluación por parte de los asistentes. La aplicación de una cédula dirigida a evaluar al ponente, programa y materiales, servirán de parámetros de evaluación del Diplomado.

4.3.12. PERFIL DEL EGRESADO

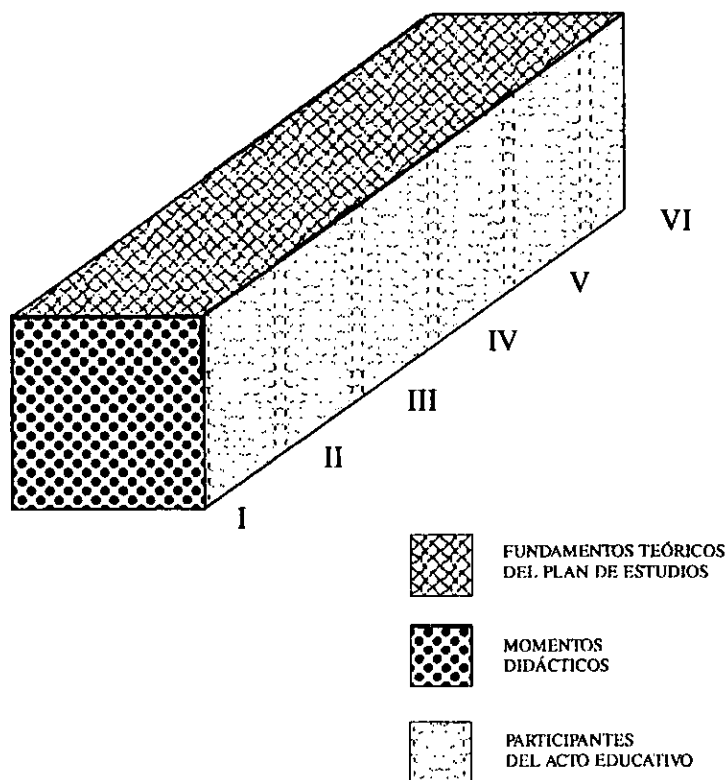
El egresado del Diplomado en Educación de Enfermería será un docente que conoce, hace, es y se relaciona como profesional de lo educativo, en un campo disciplinar específico - la enfermería-, direccionándose hacia el logro de la calidad del aprendizaje a través de la aplicación de la calidad de la enseñanza.

4.3.13. SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

El desarrollo de la primera etapa del programa de Formación Docente, consistirá en la realización del Diplomado, como el inicio de un proceso continuo. Se realizará el seguimiento académico por los coordinadores, entendido como el proceso de indagación sistemática de los hechos significativos ocurridos en el desarrollo de cada evento académico en particular y del Diplomado en lo general; de los resultados obtenidos se desprenderán las etapas subsecuentes, las cuales se darán una vez que el plan de estudios se esté aplicando.

MATRIZ TRIDIMENSIONAL DEL DISEÑO CURRICULAR

DIPLOMADO DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA



Módulo I La enseñanza, práctica e investigación en Enfermería

Módulo II Sistema Modular

Módulo III Currículum flexible y competencias profesionales

Módulo IV Metaparadigma

Módulo V Plan de estudios

Módulo VI Programas académicos

CONCLUSIONES

Desde la mirada de esta Tesis, la enfermería, es un proyecto universitario de casi cien años de duración, es una disciplina en construcción y es una profesión con grandes potencialidades de dar respuesta a la conflictuada situación demográfica y epidemiológica de la población mexicana.

La ENEP Iztacala, Unidad multidisciplinaria de la UNAM, a 24 años de haber iniciado sus funciones de docencia, investigación y extensión de la cultura; transita en la Carrera de Enfermería, hacia el cambio de nivel técnico a nivel licenciatura.

Con este fin, presenta a la comunidad una propuesta de creación de un Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería con una salida intermedia de Nivel Técnico Profesional.

Existen razones de la disciplina de enfermería que alientan la propuesta: necesidades de la sociedad que demandan elevar la calidad y diversificar el cuidado a su salud, razones históricas del grupo de los profesionales que requieren de mejores condiciones contractuales y reconocimiento del impacto social de su ejercicio, están también los futuros alumnos a quienes se ofrecería la posibilidad de ejercer una práctica profesional legitimada y continuar cursando sus estudios universitarios.

Por otra parte el contexto de globalización alienta a las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud a egresar un nivel de enseñanza superior en enfermería, las demandas de la normatividad universitaria y las acciones hacia la profesionalización de la disciplina, apuntalado en la transición de nivel técnico a nivel licenciatura, facilitan una coyuntura de cambio, pensado no como una refuncionalización del nivel técnico, sino como una búsqueda de nuevas formas de ser, conocer y hacer el ejercicio profesional de enfermería.

Como profesional enfermera y docente universitaria, trabajar una propuesta de fundamentación teórica del plan de estudios, señalado anteriormente; me permite aportar

estas reflexiones al trabajo teórico que de la educación en enfermería se viene realizando en diferentes instancias y latitudes.

El tema de la Tesis «Propuesta de Fundamentos Teóricos del Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería, con opción de Salida Intermedia de Nivel Técnico Profesional. ENEP Iztacala UNAM», generó expectativas de llenar huecos o destrabar confusiones conceptuales acerca de mi ejercicio cotidiano. Ahora, al concluir, confirmo a esta propuesta como una hipótesis de trabajo, un pre-texto para iniciar diálogos, lo coloco en la mesa de debates, como una invitación, como un llamado que convoque a discutirlo.

La propuesta es una aportación a la formación de enfermeras, que no deja de considerar que los cambios en atención a la salud y educación, no se dan por mandato, ni como elemento aislado, mucho menos han de verse, como un fin en sí. En la propuesta cada elemento es visto como uno de los factores, pero no el único, para transitar, hacia el logro de fines en la práctica, la educación y la investigación de enfermería, socialmente valiosos.

Parto, además de la idea de que ninguno solo de los elementos planteados garantiza la calidad, es un conjunto, una convergencia de los elementos, quienes darán un sentido sólido al proyecto, visto así como una hipótesis.

Una hipótesis que mantiene como utopía, que el egresado de la educación superior en enfermería, influya con su competencia profesional, para obtener mejores remuneraciones sociales y económicas, acordes con su preparación académica. Que tienda a posicionarse en puestos de gestión para crear y poner en marcha políticas y programas encaminados a mejorar el estado de salud de la población mexicana. Un grupo de enfermería que en forma organizada y gremial legitime la permanencia de IES que garanticen la calidad del egresado, con la consecuente respuesta positiva de los empleadores. Además de que en un proceso autogestivo el gremio genere alternativas de ocupación en donde el capital del profesional se aproveche en la mejoría de la salud de la persona y que participe en aumentar la capacidad del país para competir en un mundo globalizado.

Resalto que la importancia y la responsabilidad de las IES, no termina en el mundo de la formación, al aportar un currículum en Enfermería, que señala cambios en las prácticas profesionales y éstas, ser reconocidas en el mercado de trabajo, implica que tales innovaciones son necesariamente, puntos de partida de cambios en la estructura del gasto en salud, de la estructura de los servicios de salud, tipos de prácticas

profesionales que de emergentes, pasarán a ser dominantes, apoyo a proyectos de generación de conocimientos y desarrollo tecnológico priorizando el enfoque resultante del cambio.

Los fundamentos hablan de una articulación racional del proyecto, converger elementos teóricos que orienten las diferentes etapas del proyecto educativo. Explicitarlos, hacerlos comunicables, tiene que ver con la búsqueda de establecer lazos de compromiso (conceptuales y afectivos) con el proyecto. Crear condiciones que generen diálogos, propuestas y consensos, respecto a nuevas formas de ver la enfermería y la docencia de enfermería.

Dentro de la propuesta se considera que la ciencia, el conocimiento, la enfermería, la educación, son construcciones sociales y como tales están sujetas a revisiones constantes, a evolucionar, a reconstrucciones de su práctica.

Lo anterior permite también asumirnos como personas y profesionales, como seres inacabados, sujetos en construcción, en momentos de avances, retrocesos, estancamientos, en constante cambio.

La tarea docente es vista como un proceso de construcción del saber y del ser enfermera; en donde cuando enseño, aprendo y como profesional me construyo día a día, mientras participo en la formación-construcción del otro.

Reconceptualizar la práctica de enfermería desde la formación, se propone construir a la disciplina, reconocerse en el otro, que es el objeto de mi atención -la persona-; otorgarle el objeto de conocimiento de mi disciplina -el cuidado-; participar como profesional en el mantenimiento, conservación y recuperación de su salud, - objetivo de mi cuidado- y reconocerlo en un entorno del cual forma parte.

En el cuidado, la enfermera está posibilitada para configurar su imagen, proyectar su formación universitaria y definirse conceptualmente. La educación de la enfermera con enfoque a la salud como un continuo, la posiciona en la diversidad de su práctica, direccionándola hacia la autodeterminación profesional.

El conocimiento visto como lo dado-dándose, le acercará a su objeto, develando su lógica de construcción, para la formulación de nuevos paradigmas de enfermería, con la idea de construir nuevos caminos para la profesión y la salud de la población.

La formación se propone implique una construcción permanente, responsable, autogestiva, de significación en lo individual y lo colectivo, con una actitud de bienvenida al conocimiento.

Partimos de reconocer que las estudiantes de la carrera pertenecen a grupos sociales, que llegan con una historia construida, que el cuidado que procuran a la persona es la manifestación de su pensamiento y acción. En su hacer y ser enfermera reflejan sus paradigmas.

La formación de grupos de aprendizaje cooperativo, como estrategia de socialización, fomenta la incorporación de valores, como sujeto social y como individuo; involucra al docente y al alumno en un acto comunitario, hacia la construcción mutua e integral.

El proceso de socialización profesional implica el aprendizaje de contenidos, tecnologías, cultura, modelos de rol; los que serán puestos a debate, para generar propuestas y definir nuevos modelos profesionales.

El docente se propone que genere situaciones de aprendizaje, direccionadas hacia un compromiso humanístico y social de proporcionar atención de calidad y de calidez a la persona; en una relación dialógica docente-alumno, alumno-alumno, alumno-persona, docente-persona.

El docente como constructor de posibilidades, como mediador de los aprendizajes dirigirá su apoyo hacia el logro de la competencia y la autonomía del alumno, valorando el aprendizaje como un proceso de elaboración y construcción del conocimiento de los alumnos.

La necesaria articulación de la docencia, la investigación y el servicio, así como la interdisciplinariedad, características del sistema modular, sumado a un currículum flexible, guiarán la construcción de planes y programas, la instrumentación didáctica y la evaluación.

La noción de competencias profesionales, que alude como totalidad (sin reducirse al mero conocimiento técnico) a los recursos cognitivos, motores, actitudinales y valorales; favorecerán la autonomía del sujeto que aprende, orientada a que haga uso de lo que sabe y cada vez mejore su desempeño, de manera responsable, construyendo su práctica social y construyéndose a sí mismo.

Se propone remontar lo aprendido y aprender a ver esta nueva forma de hacer y ser enfermera. Desde el marco del docente se enfatiza que para practicar esta nueva enseñanza, hay que aprenderla.

Existen apoyos institucionales dirigidos a la formación docente, La UNAM entera se encuentra en un proceso de cambio, La ENEPI y la Carrera de Enfermería pasando esta transición, ameritan procesos de creación individuales y grupales.

El cambio genera crisis, angustia, paralizaciones; el grupo con un carácter comunitario, mediante un proceso de reflexión-acción, propiciará los espacios de autocrítica, investigación y creatividad; enfocados a planear e instrumentar los procesos educativos, mirándose como sujetos y como profesionales de la educación.

La investigación-acción dará la voz al docente, quien como protagonista, sujeto de lo educativo, discernirá el porqué, el para qué y el cómo de su práctica. Se hará posible la reflexión-acción al expresar, reconstruir, criticar y accionar sobre su propia actividad. Será un profesor investigador, transformador, intelectual de la educación.

Construir y construirnos, ese es el proyecto de formación docente, que mediante la investigación-acción. Los grupos operativos permitan una reflexión de nuestra práctica cotidiana, donde al mirarnos frente a frente, descubramos nuevas formas de ser docentes y en un proceso placentero, elaboremos ese nuevo proyecto docente, ese que todavía no es, pero que será, en la conjunción de todos nuestros proyectos individuales.

Potenciar la acción de un grupo es legítima y legítima nuestro esfuerzo; sin embargo desvelemos nuestras simulaciones y conflictos, para avanzar hacia la transformación. Finalmente me pregunto ¿Quién hablará por mí en mi práctica docente?, considero que los reconozco, me reconozco en los autores, comparto ideas y las que no, se los manifiesto, dialogo con ellos, construyo mi propio lenguaje, parto de lo dado hacia lo dándose, en mi aquí y mi ahora.

REFERENCIAS

ALATORRE, W. Edda.: Desarrollo Histórico de la Enfermería en México. Tesis, ENEO UNAM. México, 1984.

ALATORRE, W. Edda.: "El surgimiento de la enfermería profesional en México: Reflexiones sobre su carácter femenino", en Rev. de Enfermería del IMSS, Vol.6 No.1. IMSS. México, 1994.

ALBA L. Adela, Guemez, S y cols.: "La Universidad y la educación de enfermería en América Latina, situación actual, prospectiva y estrategias para su desarrollo", en Rev. Fac. Med. UNAM.:33:6 (nov-dic). UNAM. México, 1990.

ALDEREGUÍA, H. Jorge y MIJAILOVICH, K. Turi. Tendencias Contemporáneas de la Salud de la Población. Universidad Autónoma de Yucatán. México, 1991.

ALEXANDER, Judith E. y Susan L Keller.: «Del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica» en Marriner, Ann Interamericana. México, 1989.

ARCE G., Francisco y cols.: Historia de las profesiones en México. El Colegio de México. México, 1982.

ARANCIBIA, Violeta, Herrera y Strasser.: Psicología de la educación. Ed. Alfaomega. México, 1999.

ARROYO de Cordero, Graciela.: «Profesionalización del personal de Enfermería: espacio real para el nivel licenciatura», en Profesionalización del personal de enfermería. mimeo. XV Reunión Nacional de Jefes de Enseñanza de la SSA. México, 1998.

AVIÑA, Ma Elena y Carlos Ángel Hoyos M.: Marco teórico conceptual y metodológico para las Ciencias Sociales y de la Educación. en: Memorias del Foro de Análisis del currículum de Pedagogía. ENEP Aragón. México,1986.

BARHYTE, Diana.: Plan educacional en un programa de enfermería basado en competencias Trad. Paulín Rocha A. mat fotocopiado. UANL. Fac de Enf. México,1996.

BARTOLUCCI Incico, Jorge.: Desigualdad Social, Educación Superior y Sociología en México. CESU UNAM. Porrúa. México,1994.

BENNER, Patricia.: «El modelo Dreyfus de adquisición de habilidades aplicado a la enfermería», en Práctica Progresiva en enfermería:Manual de comportamiento profesional Grijalbo. Barcelona España,1987.

BLEGER, José.: Psicología de la Conducta. Paidós. México,1994.

BOURDIEU, P y Jean C. Passeron.: Los estudiantes y la cultura Edit. Labor. Buenos Aires,1973.

BOURDIEU, P y Jean C. Passeron.: La Reproducción Edit. Laia. Barcelona,1981.

CARR, Wilfred y Stephen Kemmis.: Teoría Crítica de la Enseñanza: La investigación-acción en la formación del profesorado. Ed. Martínez Roca. Barcelona,1988.

CASTAÑEDA, Sandra y López Miguel.: «Psicología del aprendizaje escolar» en La psicología cognoscitiva del aprendizaje. Antología. UNAM. México,1989.

CASTORINA, José Antonio.: «Problemas Epistemológicos de las Teorías del Aprendizaje en su transferencia a la educación», en: Perfiles Educativos. No.61. CISE UNAM . México,1994.

CHEHAIBAR, Edith y cols.: «Línea de investigación sobre formación del docente universitario del Centro de Investigaciones y Servicios Educativos UNAM», en Memorias del 1er Foro de investigación educativa. FES-Zaragoza UNAM. México,1995.

COHEN, Helen A.: La Enfermera y su identidad profesional. Grijalbo. Barcelona España,1988.

COLL, Salvador César.: Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento Paidós. Barcelona,1990.

COLL, Salvador César.: «Análisis de la práctica educativa: Reflexiones y propuestas en torno a una aproximación multidisciplinar», en Tecnología y Comunicación Educativas. No. 24. ILCE. México,1994.

COLL, Salvador César.: Psicología y Currículum: Una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículum escolar. Paidós. México,1991.

COLLIERE, Marie Françoise.: «De la definición de enfermería a la identificación de los cuidados de enfermería», en Promover la vida Interamericana Mc Graw-Hill. Barcelona,1993.

DE ALBA, Alicia.: Currículum: crisis, mito y perspectivas CESU UNAM. México, 1991.

DE ALBA, Alicia.: Teoría y Educación: en torno al carácter científico de la educación. CESU UNAM. México,1996.

DE LA FUENTE, J. Ramón y cols.: Retos y Propuestas: Salud y Seguridad Social. Fundación Luis Donaldo Colosio. México,1994.

DÍAZ BARRIGA, Angel R.: Ensayos sobre la Problemática Curricular. Trillas. México, 1990.

DÍAZ BARRIGA, Angel R."Debate en relación a la investigación curricular en México", en Desarrollo de la Investigación en el campo del currículum. ENEPI, UNAM. México, 1989.

DIAZ BARRIGA, Frida y G. Hernández.: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista. McGraw Hill. México,1998.

DÍAZ BARRIGA, Ángel R.: La concepción curricular: Análisis de sus supuestos teóricos e ideológicos. Tesis de Maestría. UNAM. México,1984.

DÍAZ BARRIGA, Frida y cols.: Metodología de diseño curricular para educación superior. Trillas. México,1990.

- DUBOS, M.: El hombre en adaptación. Fondo de Cultura Económica México, 1973.
- EIBENSCHUTZ, Catalina.: Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-1940). UAM Xochimilco. México, 1985.
- EIBENSCHUTZ, Catalina.: Proceso Salud enfermedad. UAM Xochimilco. México, 1990.
- ELLIOTT, John.: La investigación-acción en educación Morata. Madrid, 1990.
- ELLIOT, John.: El cambio educativo desde la investigación-acción. Morata. Madrid, 1991.
- ESCAMILLA Salazar, Jesús.: La crítica a programas educativos: una posibilidad para repensar la práctica educativa Tesis de maestría. ENEP Aragón UNAM. México, 1995.
- ESCAMILLA Salazar, Jesús.: Apuntes del Seminario de Didáctica y Organización Maestría en Enseñanza Superior ENEP Aragón UNAM. México, 1997.
- ESCUELA DE ENFERMERÍA CMN Siglo XXI. « Los planes de Estudio en Enfermería ante el mercado laboral y las necesidades de salud », en Los planes de estudio en enfermería ante el mercado laboral y las necesidades de salud. Memorias de Jornada Científica Cultural de Aniversario IMSS. México, 1997.
- FARFÁN, Jesus.: Apuntes del Seminario de Sistematización de la Enseñanza. Maestría en Enseñanza Superior. ENEP Aragón UNAM. México, 1996.
- FITZPATRICK, Joice y Ann L. Whall.: Comparación de Modelos de Enfermería Trad. López Casados Virginia. mimeo UANL Fac de Enf. México, 1996.
- FREIRE, Paulo.: Pedagogía de la Autonomía. Siglo XXI Editores. México, 1997.
- FREIRE, Paulo.: Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Editores. México, 1973.
- FURLÁN, Alfredo y cols.: Aportaciones a la didáctica de la educación superior. ENEDI UNAM. México, 1979.

FURLÁN, Alfredo.: "Currículum e investigación", en Desarrollo de la Investigación en el Campo del Currículum. Antología. ENEP Iztacala UNAM. México, 1989.

GARCÍA M., Luz.: «La salud es un derecho fundamental de la vida: Jesús Kumate», en Academia No. 14. IPN. México, 1998.

GILBERT, Roger.: Las ideas Actuales en Pedagogía Grijalbo. México, 1977.

GIMENO Sacristán, José.: "La evaluación en la enseñanza", en Comprender y Transformar la Enseñanza. Morata. Madrid España, 1996.

GIROUX, A. Henry.: Los profesores como intelectuales: Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje. Paidós MEC. Barcelona, 1990.

GIROUX, Henry y Peter Mc Laren.: «Sociedad, Cultura y Educación». En Antologías de la ENEP Aragón No. 53 Trad. Bertha Orozco. ENEP Aragón UNAM. México, 1991.

GIROUX, A. Henry.: «Replanteamiento de los límites del discurso educacional: modernismo, postmodernismo y feminismo», en Perspectivas docentes No. 5. UJAT México, 1995.

GOLDMANN, Lucien.: «Epistemología de la sociología», en Epistemología de las Ciencias Humanas, de Jean Piaget et. al. Ed. Proteo. Buenos Aires, 1972.

GOLDMANN, Lucien.: Marxismo y Ciencias Humanas. Amorrortu. Buenos Aires, 1970.

GOMEZJARA, Francisco, y cols.: Salud Comunitaria, Teoría y Técnica. Ed. Nueva Sociología. México, 1982.

GONZÁLEZ, María del Mar y Jesús Palacios.: «La zona de desarrollo próximo como tarea de construcción». En Bases teórico metodológicas de la Escuela Histórico Cultural. Antología. ENEP Iztacala UNAM. México, 1993.

GRINSPUN, Doris.: «Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico», en Del Arte Antiguo a los Desafíos de la ciencia Moderna XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. México, 1992.

GUERRA, Rodríguez Diodoro.: El papel de las academias en la reforma académica integral. Dirección General del IPN. México,1996.

GUERRA, Rodríguez Diodoro.: «La importancia de las Academias en la reforma académica del IPN» en Rev. Academia No. 3 . Dirección General del IPN. México,1996.

HAMECKER, Marta.: Los conceptos elementales del materialismo histórico Siglo XXI. 43a ed. México,1980.

HOYOS, Medina Carlos A.: Epistemología, Hermenéutica y Sujeto en la Investigación. CESU UNAM. Material fotocopiado. México,1986.

HOYOS, Medina Carlos A.: Apuntes del Seminario de Investigación I y II Maestría en Enseñanza Superior. ENEP Aragón UNAM. México,1997.

JOFFRE V. Oscar.: Reglamento de Academias del IPN Dirección General del IPN México,1990.

KEMMIS, Stephen.: Mas allá de la teoría de la Reproducción Morata Madrid,1990.

KÉROUAC, Suzanne y cols.: El Pensamiento Enfermero. Ed. Masson,S.A. Barcelona,1996.

KING, Imogene M.: Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos. Limusa. México,1984.

KUHN, S. Thomas.: La estructura de las revoluciones científicas. FCE. México,1971.

KUMATE, Jesús: «La investigación clínica como eje de la investigación en salud», en La investigación en salud: Balance y Transición. FCE. México,1990.

LAIN, Entralgo P.: Historia de la medicina. Ed.Masson-Salvat. Barcelona, 1978.

LATAPÍ, Pablo.: “Modernización Educativa en el Contexto Neoliberal”, en Formación Docente, Modernización Educativa y Globalización. SEP/UPN. México.

MARDONES, J. M. y URSÚA N.: Filosofía de la Ciencia Humana y Social. Fontamara. Colección Logos. Barcelona, España. 1982

LOOMIS, Maxine y Jean Wood.: Cura: El resultado potencial de la atención de enfermería Trad. Lopez Casados Virginia. mimeo. UANL. Fac de Enf. México,1994.

MARÍN, Méndez Dora y Ma. Isabel Galán.: «Evaluación Curricular: Una propuesta de trabajo para el estudio del rendimiento escolar», en Perfiles Educativos No. 32. CISE. UNAM. México,1986.

MENESES, Morales Ernesto.: «Las diferentes estructuras académicas», en La Universidad Iberoamericana en el contexto de la Educación Superior Contemporánea Universidad Iberoamericana. México,1979.

MONCADA, F. Xóchitl y Ma. Gpe. Jiménez H.: «La Filosofía del Sistema Modular, su papel dentro de la cultura organizacional de la UAM-X», en Rev. Reencuentro No. 22. UAM-Xochimilco. México,1998.

MONTES DE OCA, Z. Verónica.: Reflexiones sobre temas de población mimeo. Sociedad Mexicana de Demografía. México,1999.

MORÁN, O. Porfirio y Enriqueta Marín.: «El papel del docente en la transmisión y construcción del conocimiento», en Perfiles Educativos No. 47-48.CISE UNAM. México, 1990.

MORÁN, O. Porfirio.: La Docencia como Actividad Profesional. Guernika. México, 1995.

MOSTERIN, J.: «El concepto de racionalidad», en Racionalidad y acción humana. Alianza Universidad No.223. Madrid,1987.

OCDE.: Informe Exámenes de las Políticas Nacionales de Educación: México Educación Superior. México,1997.

OPS/OMS.: “Aspectos programáticos de la Atención Primaria de Salud a nivel nacional e internacional”, en Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos. Compilación Ed. Pax. México,1987.

ORNELAS, Carlos.: « La educación superior mexicana: Los desafíos de la economía abierta», en Perfiles Educativos No.70 CISE UNAM. México,1995.

PACHECO Méndez, Teresa y Angel Díaz B.: La profesión, su condición social e institucional. CESU UNAM y Porrúa . México, 1997.

PADILLAS, Arias Alberto.: «El discurso pedagógico de Paulo Freire en el proyecto de la UAM-Xochimilco», en Rev Reencuentro No. 22 UAM - Xochimilco. México, 1998.

PAGE, Kogan.: «la investigación-acción educativa», en La investigación-acción en educación. Morata. Madrid, 1990.

PALACIOS, Jesús.: La Cuestión Escolar: Críticas y Alternativas. Ed. Fontamara. México, 1995.

PANSZA, M., PÉREZ J. y MORÁN O.: Fundamentación de la Didáctica I y II. Gernika, 6a. ed. México, 1996.

PANSZA, Margarita.: Pedagogía y Currículo. Gernika 5a. ed. México, 1997.

PEREZ G. Angel.: «Comprender y enseñar a comprender. Reflexiones en torno al pensamiento de J. Elliott», en La investigación-acción en educación. Morata. Madrid: 1990.

PÉREZ G., Ángel.: «Los procesos de enseñanza aprendizaje: Análisis didáctico de las principales teorías del aprendizaje», en Comprender y transformar la enseñanza. Morata, Madrid, 1999.

PÉREZ G., Ángel.: «Las funciones sociales de la escuela; de la reproducción a la reconstrucción crítica del conocimiento y la experiencia», en Comprender y Transformar la enseñanza. Morata. Madrid España, 1996.

PIAGET, Jean.: El Estructuralismo. Ed. ¿Qué sé? y CNCA. México, 1995.

PIAGET, Jean.: Biología y conocimiento Siglo XXI. México, 1980.

PIAGET, Jean.: A dónde va la educación. Teide. Barcelona, 1979.

PICHÓN-RIVIERE, Enrique.: El Proceso Grupal: Del psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Folios Ediciones. 2a. ed. México, 1983.

PUIGGRÓS, Adriana.: Imaginación y crisis en la educación latinoamericana. Alianza Editorial Mexicana y CNCA. México,1990.

QUIROGA, Ana P. de.: El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón-Riviere. Plaza y Valdés. México,1997.

RAPSILBER, Charlotte.: Investigación en Enfermería. material fotocopiado. ENEO UNAM. México,1998.

REMEDÍ, Eduardo.: “Supuestos teóricos: Discursos-Contenido-Saber en el quehacer docente”, en Desarrollo de la Investigación en el Campo del Currículum. ENEP Iztacala UNAM. México,1989.

RIVADEO, Ana Ma.: Introducción a la Epistemología. Antología ENEP Acatlán. UNAM. México,1983.

RODRÍGUEZ, Casas Mario y cols.: «Metodología para el desarrollo curricular por competencias», en Rev. Academia No.16 IPN México,1998

ROCKWELL, Elsie.: Ser maestro, estudios sobre el trabajo docente. Ed. El Caballito SEP México,1985.

ROJAS, Nieto J. Antonio.: «La terrible regresión social», en La Jornada Sección Economía. 31 oct México,1999. p-22.

SECRETARÍA ACADÉMICA.: La Reforma Académica Integral Dirección General del IPN. México,1998.

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA.: “Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia”, en Guía Universitaria. UNAM. México,1992.

SOTELO, J.: «El TLC y la salud pública» en Salud Pública y TLC Vol II Sociedad Mexicana de Salud Pública. México,1994.

STAPLES, Anne.: «La constitución del Estado Nacional» en Historia de las profesiones en México. El Colegio de México. México,1982.

SUÁREZ, Díaz Reynaldo.: « ¿Crisis de la educación o crisis de la sociedad? » en La Educación. Trillas. México,1986.

TAYLER, Ralph.: Principios Básicos del Currículo. Troquel. Buenos Aires,1973.

TIRADO, S. Felipe.: «Organización curricular para contenidos de educación básica», en La psicología cognoscitiva del aprendizaje: aprendiendo a aprender. UNAM México,1989.

VILLARREAL.: Documento mimeografiado. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.México,1980.

ZAPATA, Oscar.: «El grupo en los procesos de enseñanza-aprendizaje en la educación superior» en Rev Reencuentro No. 22 UAM-Xochimilco. México,1998.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Plan de Estudios. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Plan de Estudios. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Veracruz.

Plan de Estudios. Facultad de Enfermería de la Universidad de Morelos.

Plan de Estudios. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma del Edo. de Méx.

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.

Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco.

Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM.. México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley Federal del Trabajo

Ley General de Salud

Ley General de Profesiones

Código Penal para el D.F:

Ley Orgánica de la UNAM

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2000

Programa del Sector Salud 1997

Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000

Programa Sectorial de Educación 1995-2000

Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)

Programa de Desarrollo Integral Nuevo milenio

Plan de Desarrollo 1997-2000 de la UNAM

Plan de Desarrollo Académico Institucional 1995 2005. ENEP Iztacala.

Proyecto Académico de la Carrera de Enfermería 1997-2005. ENEP Iztacala.

Comité Científico de la Asociación de Escuelas de Enfermería del Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala. Diagnóstico Curricular de Escuelas de Enfermería con Licenciatura México, 1997.

Subsecretaría de Planeación SSA . Directorio de Escuelas de Enfermería de la República Mexicana México, 1980.

OMS/UNESCO. Informe: Clasificación Internacional Normalizada de la Educación. 1997.

OMS. “El ejercicio de la Enfermería: Informe de un comité de expertos de la OMS” en Serie de Informes Técnicos; 860. Ginebra, Suiza. 1995.

OPS/OMS. "Análisis de la educación de enfermería" en La educación en enfermería y los libros de texto. Washington, D.C. E.U.A. 1994.

HART, Sylvia. "Informe Preliminar" Iniciativa Trilateral para la Enfermería en Norteamérica. Philadelphia, 1994.

"Una Evaluación de la Enfermería en Norteamérica" en Iniciativa Trilateral para la Enfermería en Norteamérica. Comisión de Egresados de Facultades de Enfermería en el Extranjero. Philadelphia, PA, USA., 1996.