

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

T E S I S

**CONOCIMIENTO TEÓRICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DE LAS
POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD INMERSAS EN EL
PROCESO DE GLOBALIZACIÓN ENCAMINADAS A LA OPTIMA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 196 " FIDEL
VELÁSQUEZ SÁNCHEZ ".**

Que para obtener el titulo de:
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:

**MARTHA ESPINOSA MARTÍNEZ
MIGUEL LUIS SERRANO GARCÍA**



[Handwritten Signature]
Director de trabajo: **Lic. Ma. Magdalena Mata Cortés**
Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



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 SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Direccion General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Miguel Luis Serrano
Galicia - Martha Espinoza Arriaga

FECHA: 30 - OCTUBRE 2007

FIRMA: [Signature]

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DE L PROBLEMA	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	6
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	13
1.5 OBJETIVOS	
1.5.1 General	15
1.5.2 Específicos	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Teoría de la internacionalización del capital.	17
2.2 El Proceso de Globalización	25
2.2.1.- Lo viejo y lo nuevo del proceso de Globalización	26
2.2.2.- El nuevo paradigma y sus reglas del juego	29
2.2.3.- La globalización está en marcha	31
2.2.4.- Las bondades y perfidias del Sistema Financiero Internacional	32
2.2.5.- Gobierno de mano invisible o de mano dura	33
2.2.6.- Otras perspectivas de la globalización	35
2.3.- Economía y salud	37
2.4.- Elementos de una reforma de salud	46
2.5.- Situación Actual del Sistema Nacional de Salud.	53
2.5.1.- Descentralización de los Servicios de Salud	55
2.5.2.- Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud	58
2.5.3.- Cobertura	59
2.5.4.- Prevención y Control de Enfermedades	62
2.5.5.- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar	64
2.5.6.- Promoción de la Salud	65
2.6.- Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo	67
Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral	67
2.6.1.- Consideraciones básicas	69
2.6.2.- Análisis Ocupacional	75

2.6.3.- Análisis Constructivista	77
2.6.4.- Análisis Funcional	77
2.6.5.- Educación Basada en Competencia Laboral (Experiencia en México)	79
2.7.- La Gestión por Competencia Laboral en la Empresa	80
2.7.1.- Consideraciones básicas Competencia laboral	85
2.8.- Competencia laboral y perspectivas de los actores sociales de la producción	90
2.8.1.- Expectativa empresarial	90
2.8.2.- Perspectiva sindical	95
2.9.- El proceso de Globalización en las Reformas del Sistema de Salud en México	100
2.10.- Enfermería Internacional	104
2.11.- Los Retos de Enfermería para el Siglo XXI	116
3 METODOLOGÍA	120
3.1. HIPÓTESIS	121
3.1.1 De trabajo	121
3.1.2 Nula	121
3.2 VARIABLES E INDICADORES	
3.2.1 Dependiente	121
Indicadores	
3.2.2 Definiciones operacionales	123
3.2.3 Modelo de relación causal de la variable	127
3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	133
3.3.1 Tipo	133
3.3.2 Diseño	134
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	135
3.4 Técnicas e instrumentos de investigación.	136
3.4.1 Fichas de trabajo	136
3.4.2 Cuestionario	136
3.4.3 Entrevistas	137
4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	138
4.1 Universo, población y muestra	139
4.2 Procesamiento de datos	140
4.3 Comprobación de hipótesis	173
4.4 Análisis e interpretación de los resultados	178
5. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	188
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	192
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS	198

8 ANEXOS Y APÉNDICES

8.1 Anexo 1 cuestionario

207

208

9. BIBLIOGRAFÍA

215

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la ciencia y la técnica ha operado una transformación en la Enfermería actual, como en todos los sectores de la cultura occidental. En lugar de las representaciones mágico-míticas y actividades manuales de tipo rutinario aparece un saber más tecnificado. La Enfermería ha podido realizar este cambio gracias al empleo de métodos científicos naturales de pensamiento y de investigación.

Reconocemos la trascendencia que la evolución histórica de Enfermería ha tenido hasta nuestros días pero también, nos concientizamos de la urgente necesidad de ubicarnos en la realidad concreta de la situación social, económica y política actual de nuestro país, para poder cambiar algunas de las estructuras conductuales que han influido negativamente para que la Enfermera se ubique políticamente en su trabajo y se dé cuenta que no debe continuar contribuyendo a la explotación que nuestra sociedad capitalista realiza con éste grupo de trabajadoras "productoras de salud" en las cuales, recae gran parte de la responsabilidad de las acciones que se lleven a cabo en el Sector Salud.

La moderna economía capitalista regida por los procesos de valoración, competencia y reproducción del capital, desde sus orígenes, mantiene una tendencia hacia la expansión, la disolución de barreras, y la integración a la lógica del capital de naciones enteras y apartadas regiones del planeta.

Hoy a principios de siglo y de milenio se perfila el predominio de una nueva forma de internacionalización del capital, que se ha dado en llamar GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA, fenómeno sobre el cual ha surgido una amplia y variada literatura, que avala diversos enfoques e interpretaciones, que van desde explicaciones poco claras con un uso coloquial y generalizado del termino, hasta rigurosos y sofisticados modelos explicativos, pasando por quienes incluso, niegan su importancia y su existencia.

Dada la trascendencia del fenómeno globalizador y la diversidad de enfoques explicativos que, incluso llegan a generar cierta confusión conviene y procede asumir el reto de conocer cual es el estado actual del problema, su discusión y como se presenta el surgimiento, afectación y/o desarrollo de la enfermería actual.

Como parte de la justificación, se encuentra ésta relación e interacción dinámica y compleja entre teoría y realidad económica, se vive hoy una vez más confirmada por los lazos existentes entre los procesos de globalización y la ideología neoliberal prevaleciente en virtud de que los postulados de dicha doctrina avalan y refuerzan la praxis globalizadora y la inserción de las economías nacionales en el torrente de la nueva corriente mundial.

En el presente protocolo de investigación trataremos de justificar en forma clara y precisa el porque del proyecto, descrito en el planteamiento del problema y objetivos que pretendemos lograr se plantean hipótesis formuladas en relación con la probable resolución, que determinan las variables e indicadores, de la investigación en la población bajo análisis y muestra, están delimitados criterios de inclusión y exclusión que dan delimitación al estudio sustentado en el marco teórico donde se plasman los puntos más importantes del proyecto.

Para facilitar el análisis de este tema de investigación se ha dividido en ocho capítulos:

En el primer capítulo se presenta la fundamentación del tema de investigación, que contiene los siguientes puntos de importancia como son: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la investigación, ubicación del tema de estudio y los objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico, en donde se presentarán los elementos teóricos de la globalización, sus orígenes, su inmersión en el campo de la salud, las reformas al Sistema Nacional de Salud, las estructuras y programas de calidad, entre otros.

En el tercer capítulo se presenta la metodología que incluye los apartados de: hipótesis, variables dependiente e independiente, los indicadores, definiciones operacionales, el tipo y diseño de la investigación.

En el cuarto capítulo se desarrollan los aspectos de mayor relevancia estadística los cuales son: universo, población y muestra, procesamiento de los datos, comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de los datos.

En los capítulos quinto, sexto séptimo y octavo se presentan las conclusiones y sugerencias, los anexos y apéndices, el glosario de términos y la bibliografía.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción de la situación Problema

Inclinados por el proceso de globalización y las políticas neoliberales creemos que es un tema interesante para conocer el panorama que acontece a las enfermeras en relación con los cambios que se le darán al ejercicio de la profesión, e investigar como influirán en el terreno laboral dentro del IMSS.

Seleccionamos al IMSS por que es una de las principales instituciones de salud en México, a su interior, la prestación de servicios médicos también ocupa un sitio primordial, y se ve a afectar de una manera drástica; la mayoría de las enfermeras están apáticas a las situaciones económicas políticas y sociales, es importante por que todas los cambios estructurales que sufra la institución nos afectara directamente en el terreno laboral y profesional principalmente.

Para analizar la situación del sector salud, en particular, es imprescindible entender su relación en la economía nacional, así como la situación en que se encuentran insertas las economías latinoamericanas en el contexto mundial.

A medida que se avanza en el desarrollo económico, se observan cambios en la salud, tanto en el perfil de enfermedades que afectan a las poblaciones como en la organización de los sistemas de salud destinados a su atención.

En respuestas a esta compleja evolución y de acuerdo con los objetivos y temas de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria, los países de la región iniciaron la reestructuración y ampliación de sus sistemas de salud para mejorar su equidad, efectividad y eficiencia. Sin embargo, este proceso esta lejos de lograr los resultados esperados, en parte por que el sector salud debe competir con otros sectores por los recursos financieros extremadamente

escasos y, en parte, por las limitaciones en la organización y administración propias del sector.

La mayoría de los países de la región tienen un sistema pluralista de atención de salud, en el que se pueden identificar por los menos tres subsectores: a) Pública u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provisional, municipal, etc; b) El de la seguridad social, también con jurisdicciones diferentes que realiza aportes financieros y con capacidad instalada propia, y c) el privado, con una amplísima gama de modalidades, desde la consulta individual de un profesional hasta sanatorios con la más alta tecnología de atención.

La seguridad social actúa en muchos casos sin coordinación suficiente, como financiador de servicios que proporcionan los establecimientos privados y los del estados. Los servicios estatales de salud de la mayor parte de los países de la región no alcanzan ni por la calidad, cantidad, ni por la distribución a atender las necesidades de la población. La crisis económica actual asociada a la generación de mayores demandas al ingreso familiar disminuido, a los recursos públicos porcentualmente reducidos para el sector salud y alas restricciones generales en los gastos del sector se han agregado a los problemas que enfrentan los sistemas de servicios de salud.

En cuanto la distribución de los recursos, la mayor parte se sigue concentrando en las grandes aglomeraciones urbanas y una porción importante del gasto en tecnología de alto costo se concentra para disponibilidad de grupos de capacidad de pago, dejando sin cobertura a una amplia mayoría de la población.

La situación financiera del sector es otro motivo de preocupación. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe no alcanzan siquiera la cifra

promedio mundial (US \$100 per cápita/año) de gasto en salud por parte del gobierno. La falta de evaluación permanente, en función de los objetivos finales de los sistemas de salud, es otro factor limitante en su funcionamiento¹

En los últimos años se habla de la globalización en México y más en este sexenio, debido a las necesidades económicas y sociales de nuestro país y por presiones del Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y otras instituciones nacionales e internacionales, económicamente han impuesto las mismas políticas neoliberales, que muchos países ya están en completo desarrollo, y en nuestro país el cual debería desde hace muchos años haberse iniciado, pero que por aspectos esencialmente políticos de "Políticos" no se ha podido llevar a cabo en su totalidad, a pesar de Las Reformas de La Seguridad Social y de salud de la Constitución del 91 y del Plan de Desarrollo Social 1994 - 1998, se abre para enfermería una probable profesión elitista con grados de dificultad para prepararnos en cierto nivel de atención, ya que dicha política neoliberal, conlleva a las enfermeras a reforzar el Primer Nivel de Atención en Salud y dejando tal vez a la cabeza a las enfermeras que vengan del extranjero para que recibamos ordenes, bajo La Excelencia de Control de Calidad, y para ello se necesita dar los primeros pasos que posiblemente se iniciaría con la descentralización y privatización de los Servicios de Salud.

Entonces se partiría bajo estas condiciones que dentro del capitalismo solo es productivo el obrero que produce plusvalía para el capitalista o que trabaja para hacer más rentable el capital y para esto el trabajador debe estar el pleno uso de sus facultades físicas y mentales². Pero con estas políticas será cierto que el trabajador y los servicios que se pretenden dar gozarán de la salud.

¹ Universidad Nacional Autónoma de México "Seminario de Tesis" febrero del 2000, pag 88
² La Salud en México" Eleuterio Gonzalez Carvajal, México 1988, pag 81

De acuerdo a nuestra experiencia, sabemos que son pocas las enfermeras que saben, se actualizan y se preocupan por los cambios políticos, económicos, y sociales de nuestro país, y nos preocupa realmente que los cambios implícitos dentro de la globalización y/o de las políticas neoliberales para el desarrollo de la profesión de enfermería y que la gran mayoría del cuerpo de enfermería no se encuentran concientes de tales políticas y tal vez no están preparadas intelectualmente, ni concientes de los problemas en que se encuentran inmersas en su trabajo cotidiano.

De antemano, nuestro Sistema Nacional de Salud esta básicamente enfocado a un Segundo y Tercer Nivel de Atención de Salud, pero va a pasar al Primer Nivel, para ello, se seguirá realizando como hasta ahora, y a la atención de salud se le va a dar la transformación para beneficio de quien o quienes, "sociedad, enfermería, sindicatos, políticos, o capital extranjero, sin tener contemplado, donde va a quedar la clase social de escasos recursos.

En la actualidad los profesionales de enfermería buscan desarrollarse independientemente con conocimientos científicos y humanos, pero es una profesión que se está fortaleciendo en su contenido humanista sobre la base de una premisa fundamental, (según Susan Leddy) ampliar su práctica a partir de la interacción de los seres humanos con el medio ambiente, en su lucha holística para alcanzar el equilibrio y una sensación de bienestar, que en lo posible le permita aplicar su capacidad productiva y las potencialidades intelectuales y morales como ser social, en este sentido debemos reconocer, que la enfermería profesional es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación y reestablecimiento del equilibrio de los sistemas humanos, lo que incluye comunicación interpersonal enfermera-paciente enfermera-familiares y con los miembros del equipo de salud.

Pero se encuentra en los albores de su desarrollo, en ese sentido de independencia en nuestro país, también se están dando las pautas para ser una profesión libre con su propia ética, principios y un reconocimiento social, la profesión de enfermería todavía no ha alcanzado todo esto y aunado con el proceso de globalización y las nuevas políticas neoliberales se anexaran más problemas para el desarrollo, laboral por tener esa gran competencia de enfermeras del extranjero que exige el control de calidad para lo que solo capacitación continua se pretende dar según creemos y por cierto es insuficiente y no la superación universitaria que permitiría a la profesión contar con los elementos de competitividad que requiere la situación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su artículo hace mención que uno de los objetivos principales que Los Ministros de Salud de Las Américas, establecieron en El Plan Decenal de Salud aprobado en Santiago de Chile en 1972, fue la extensión de Los Servicios de Salud, de manera que al final de la década sean accesibles a toda la población del hemisferio.

La enfermera, se encuentra en una posición privilegiada para contribuir a alcanzar este objetivo. La organización consiente de la necesidad que existe de volver a determinar la función de la enfermera en cuanto a la presentación de servicios de salud en atención primaria³.

Al parecer esto puede ser una contradicción por que los servicios de salud van a la privatización y enfermería podría encajonarse a solo un nivel de atención y a quién o quienes prestaríamos servicios si la gente en nuestro país es pobre y ahora más por que el MISS prestara servicios dependiendo de las aportaciones (posibilidades) económicas que tengan para adquirir el servicio.

³ OPS" El papel de la Enfermera en la Atención Primaria de Salud " 1977. Pág. 1

Ahora bien las enfermeras debemos estar conscientes de lo que se nos va a presentar, posiblemente el IMSS solo empleará a enfermeras muy preparadas con el fin de colocarse en la vanguardia para seguir los pasos de los hospitales extranjeros que entrarán a México en un futuro próximo. Y nos someterán a un control de calidad como los hacen los japoneses.

Es por eso que nuestra tema de investigación es objetivo y de alguna manera va a permitir determinar aspectos tan importantes para la profesión de enfermería como saber si realmente el proceso de globalización y las políticas neoliberales están encaminadas para que enfermería tenga una oportunidad de sobresalir o seguir en el mismo desempeño laboral y su rol social; para lo que trataremos de ser objetivos en todo momento.

La investigación se realizara en reuniones fuera del área de trabajo; con una cronología preestablecida para el proyecto. El trabajo de investigación sé autofinanciará de tal modo que se invertirá en todo lo que sea necesario, se siente una profunda inclinación por el tema y las posibles repercusiones a favor o en contra del terreno laboral de enfermería en el IMSS.

1.2 Identificación del problema.

Basándonos en los aspectos antes mencionados, se decidió realizar una investigación que nos indique:

¿ Conocer el grado de conocimiento teórico del personal de enfermería, acerca de las políticas de reforma del sector salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente en el Hospital General Regional # 196 " Fidel Velásquez Sánchez ?.

1.2 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación se hace con el propósito de conocer si las enfermeras que se encuentran laborando dentro de la institución, tienen conocimiento acerca del proceso de globalización y las políticas neoliberales que se vienen dando en nuestro país y que de manera directa influyen en la actuación de la profesión de enfermería como personal "productor de salud" o desconocen totalmente el tema, ya que como enfermeras debemos conocer nuestra sociedad, los cambios económicos, políticos y sociales que se gestan para entender mejor a la población que ingresa a solicitar el servicio el, ya que "vendrán" cambios sociales, económicos y políticos, donde se reformará al sector salud y por ende: dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social que es la institución que abordaremos para realizarla, con la finalidad de conocer, . Porque en un futuro no lejano se empezara a privatizar todo el sector salud, llegaran compañías extranjeras que se instalaran en nuestro país, comenzando una etapa de competencia por los cargos más altos ó se colocara gente del exterior a ocuparlos, e iniciara un proceso de control de calidad que a las enfermeras mexicanas, aún no se nos ha dado, la preparación con esa mentalidad es parte de las necesidades actuales, el ser competitivas en la profesión, y asumir las responsabilidades que tiene implícitas.

De acuerdo con esas políticas que se llevaran acabo en México (en forma sigilosa), y sin información para la sociedad, o desvirtuándola, ya que también los medios de comunicación están en acuerdo con el gobierno para implantar políticas, sin que la población se entere de la realidad que conlleva a la implementación de ese sistema, manejando un gobierno diverso a la realidad.

Seleccionamos el Hospital General Regional #196 " Fidel Velásquez Sánchez " por ser uno de los hospitales de reciente creación y donde creemos se

darán los cambios de manera rápida por tener personal nuevo y por contar con una infraestructura y tecnología de punta.

Por otra parte el presente protocolo de investigación nos va a permitir obtener el título de Licenciados en Enfermería.

1.3 Ubicación del tema de estudio.

El presente trabajo de investigación se ubica en el área de Enfermería, Psicología, Sociología, Economía, Educación, Derecho.

Se ubica en enfermería porque son precisamente los profesionales de enfermería los sujetos de estudio de este trabajo de investigación.

Se ubica en la Psicología, ya que la perspectiva psicológica estudia la forma en que los estados psíquicos de la persona y los rasgos de su personalidad influyen en su respuesta a la salud y a la enfermedad. Este componente emocional se ha identificado a menudo como la causa o el desencadenante de una enfermedad y puede influir en la duración y evolución de la misma. En la apreciación cognoscitiva; la percepción, evaluación y reacción frente a los agentes productores de estrés y frente a los síntomas son distintas en cada persona.

Se ubica en la sociología ya que los factores que influyen en el concepto de salud comprenden las actitudes y acciones de cada persona hacia los demás. Las actitudes que influyen en la salud son el cambio, la cooperación y la colaboración, el valor social de la salud en contraste con otros valores sociales, la visión de la "humanidad" como esencialmente buena o mala y la naturaleza del hombre.

Se ubica en Economía, por los procesos que intervienen en las remuneraciones que percibe el personal de enfermería y las relaciones laborales dentro de una economía capitalista.

Se ubica en Educación, ya que la disciplina interviene en el proceso de formación de los profesionales de enfermería.

Se ubica en Derecho por todas las implicaciones legales en las cuales se encuentra inmerso el profesional de enfermería y de las cuales será objeto de cambio en el marco de las nuevas políticas gubernamentales, dadas por el proceso de globalización.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- Objetivo General

Evaluar el nivel de conocimiento teórico que el personal de enfermería, tiene acerca de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el Proceso de Globalización encaminadas a la óptima calidad de atención al derechohabiente, del Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S."

1.5.2.- Objetivos Particulares.

Identificar las características generales del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S.

Reconocer el grado de información sobre el proceso de globalización y los cambios de la reforma del sector salud de las enfermeras en el IMSS HGR No. 196. Fidel Velásquez Sánchez.

Identificar los aspectos que requieren retroalimentación, de acuerdo al nivel de conocimientos acerca de las políticas de globalización y competencias laborales observados y que redunden en una atención de calidad al derechohabiente.

Identificar el grado de interés que manifiesta el personal de enfermería acerca de las políticas actuales de salud y de sus nuevas actuaciones profesionales.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría de la internacionalización del capital.

La economía Mexicana, no es, no ha sido, ni puede llegar a ser en breve similar a las grandes corrientes del pensamiento económico universal, ni tampoco a las macrotendencias del capitalismo mundial, ya que ellos nos tienen profundamente vinculados, asociados y comprometidos. El ejemplo más palpable de esto lo constituye la apertura económica instrumentada por los dos últimos gobiernos (Salinas y Zedillo).⁴

Los parámetros que utilizamos tienen que ver con la conformación de la economía mundial, los fundamentos del pensamiento económico neoliberal y la apertura mexicana durante "la década perdida" de 1982 a 1992.

Nuestro marco conceptual y de referencia se haya constituido por la *Teoría de la Internacionalización del capital*, que descansa y se define a partir de los siguientes postulados:

- 1.- En términos de la teoría del valor del trabajo, el capital es esencialmente un valor que se establece, desatando procesos de acumulación y expansión en escala nacional, regional y mundial.
- 2.- Tomando en cuenta las evidencias históricas disponibles, se puede decir que la operación del capital ha sido un factor decisivo para la conformación de la economía mundial entendida como un sistema de relaciones de producción y de intercambio determinadas por la ley del valor, que abrazan la totalidad del mundo.
- 3.- Teniendo como fin y necesidad fundamental la valoración de su capital, los

⁴ Antología Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Seminario de Problemas Socioeconómicos de México. Impresión 1998. México D.F. pág. 130

empresarios racionales despliegan multitud de estrategias para alcanzarlas, una de las cuales es la internacionalización del capital.

- 4.- La internacionalización del capital se haya naturalmente asociada a los procesos de valoración reproducción ampliada, realización competencia y tasas de ganancia.
- 5.- La internacionalización del capital no es —de ninguna manera— solo un problema de operatividad económica, es también la expresión del capital en su más profundo sentido: Una relación social con implicaciones, políticas e ideológicas de amplio espectro en el espacio, en el tiempo, y en la conciencia de los hombres.⁵

NEOLIBERALISMO: Forma moderna del liberalismo, que permite una intervención limitada del Estado en los terrenos: jurídico y social.

Orígenes para entender con claridad la ideología del neoliberalismo

Es indispensable hacer una revisión de lo que es EL LIBERALISMO, en cuyas bases se asienta esta nueva teoría.

EL LIBERALISMO es la creencia en un conjunto de métodos y prácticas que tiene como objetivo común lograr una libertad mayor para los individuos.

El primer liberalismo fue identificado como partidos políticos ó clases sociales.

Ciertamente a primera vista el ideario neoliberal hegemónico hoy en día, se nos aparece como algo inédito y totalmente nuevo, sin embargo, bien vistas las cosas y con el auxilio del método histórico podemos constatar que la embestida

⁵ Brigham James L. Eugene F., Prapas. *Economía y Administración*. Editorial Interamericana.S.A. DE C.V. México D.F. 1978. pág. 112.

neoliberal, no es más que una forma histórica del liberalismo, una continuación del dogma liberal que cimienta al origen y desarrollo de la economía moderna.

El liberalismo tanto en su forma clásica, como en la más actual es esencialmente un fenómeno moderno. Los cambios políticos durante y después de la reforma permitieron el renacimiento del liberalismo, en el siglo XIX Europa pasa de la etapa del absolutismo al liberalismo, los principios de la era revolucionaria expresados claramente por primera vez por LOCKE y expuesto en grandes manifiestos políticos, como la declaración de independencia de los Estados Unidos, las declaraciones Francesas y Norteamericana, resumían en grandes ideales políticos que en ese siglo XIX como es bien sabido incluían: libertades civiles, libertades de pensamiento, de expresión asociación, seguridad de la propiedad y el control de las instituciones políticas mediante una opinión pública informada.⁶

Sin embargo las ideas de esta política liberalista no se realizaron ya que el mismo liberalismo dio origen a tergiversaciones, por la adecuación de cada nación hacia su realidad social.

Estas ideas clásicas liberales sobre libertad, constitucionalismo, libre expresión, libre mercado fueron aplicadas en países de Europa y América con resultados totalmente distintos.

Los liberales de las épocas anteriores a la revolución Francesa tenían una teoría negativa del estado para ellos era una tiranía. Después de su victoria fue visto como un medio de protegerse contra la invasión y como una técnica para dar concesiones a quienes discutían su supremacía.

⁶ Op. Cit. Brigham pág 127.

De occidente se esparcieron las ideas liberales por muchos otros países, cuyas naciones no habían tenido un desarrollo histórico económico, social y político semejante. Pero, una vez que esto ha sucedido, las naciones se dirigen de tal forma, que el conjunto de factores en los que intervienen cada estado tiene ya una relación directa con otros estados por cuestiones de mercado donde política, económica, y no menos importantes de tipo socio-político.⁷

La teoría liberal, dejó su vigencia después de la **Gran Depresión de 1929**, que generó grandes trastornos económicos y sociales por el desempleo masivo. La teoría clásica no pudo explicar, esa situación ni resolverla, apareció entonces Un paradigma alternativo "la teoría KEYNESIANA."

KEYNES dejó a un lado el mundo clásico del equilibrio natural y el sistema de libre mercado que harían un ajuste automático y equitativo sobre todo en los ordenes de tipo económico.⁸

En su opinión la intervención del estado es necesaria por que competen a estos dos de los aspectos de los más indispensables para el desarrollo socioeconómico de una nación: disminución del desempleo y aumento de la producción, de está manera lo que el estado podía hacer a favor del individuo era aumentar el gasto público, disminuir los impuestos en su ingreso personal y así propiciar un mayor consumo. Asigna en primer término, un papel regulador al estado, y en otro un papel radical cuando asume el papel principal en el progreso de formación de capital.

⁷ Boltvinik J. Satisfacción Desigual de las Necesidades Esenciales en México. Comercio Exterior 1992, pág. 410.

⁸ Calva. Jose Luis **El Modelo Neoliberal Mexicano, Costos Vulnerabilidad Alternativas**. Editor Juan Apblos. Segunda edición. México

De occidente se esparcieron las ideas liberales por muchos otros países, cuyas naciones no habían tenido un desarrollo histórico económico, social y político semejante. Pero, una vez que esto ha sucedido, las naciones se dirigen de tal forma, que el conjunto de factores en los que intervienen cada estado tiene ya una relación directa con otros estados por cuestiones de mercado donde política, económica, y no menos importantes de tipo socio-político.⁷

La teoría liberal, dejó su vigencia después de la **Gran Depresión de 1929**, que generó grandes trastornos económicos y sociales por el desempleo masivo. La teoría clásica no pudo explicar, esa situación ni resolverla, apareció entonces Un paradigma alternativo "la teoría KEYNESIANA."

KEYNES dejó a un lado el mundo clásico del equilibrio natural y el sistema de libre mercado que harían un ajuste automático y equitativo sobre todo en los ordenes de tipo económico.⁸

En su opinión la intervención del estado es necesaria por que competen a estos dos de los aspectos de los más indispensables para el desarrollo socioeconómico de una nación: disminución del desempleo y aumento de la producción, de está manera lo que el estado podía hacer a favor del individuo era aumentar el gasto público, disminuir los impuestos en su ingreso personal y así propiciar un mayor consumo. Asigna en primer término, un papel regulador al estado, y en otro un papel radical cuando asume el papel principal en el progreso de formación de capital.

⁷ Boltvinik J. Satisfacción Desigual de las Necesidades Esenciales en México. Comercio Exterior 1992, pág. 410.

⁸ Calva. Jose Luis **El Modelo Neoliberal Mexicano, Costos Vulnerabilidad Alternativas.** Editor Juan Apblos. Segunda edición. México

Surge así el estado benefactor o de bienestar en el que el individuo es favorecido con ciertas ventajas económicas y sociales. El liberalismo después de las guerras mundiales declinó como un centro director; diversos países del mundo se han abocado a búsquedas distintas, como por ejemplo aquellos que desarrollan políticas nacionalistas ó socialistas.⁹

El origen del neoliberalismo esta fundamentado en una no-intervención estatal sobre todo en lo que se refiere a las cuestiones económicas.

Surge así el neoliberalismo que en síntesis propugna por una economía en la que el ESTADO NO DEBE INTERVENIR, si no que éste debe ser una especie de guardián de otros intereses de una nación.

Según la idea de los neoliberales, la acción del Estado destruye las libertades humanas y la prosperidad que cada país ha logrado gracias al libre comercio, al limitar con políticas el libre mercado.

Sin embargo, la ideología NEOLIBERAL ha llegado también al ámbito político. Países como Chile, disfrazan su ESTADO DICTATORIAL con la imagen de un Estado Neoliberal.

Así mismo, la doctrina Neoliberal ha sido insertada en la Política Mexicana, con un nuevo enfoque en el que el Estado se aplica a favor de las clases más desfavorecidas, y entabla relaciones económicas importantes del libre mercado, justificando su intervención en todos los órdenes de la vida de este país.

Por tanto, pareciera haber contradicción entre ésta ideología del sistema mexicano y la neoliberal, pero es un hecho que el NEOLIBERALISMO al igual que el liberalismo clásico, se han desarrollado de manera distinta en cada país de acuerdo a sus propias características. Porque las ideas Neoliberales no son propósitos de cada Nación de acuerdo con sus intereses y su realidad, la ventaja de las ideas liberales puede ser grande cuando se aplican a favor de la abundancia, y la justicia social.

⁹ Op. Cit. Calva pág. 76

El Estado Neoliberal en México, ha buscado legitimar su intervención sobre todo en cuestión del orden económico, de tal manera, que a diferencia de la ideología neoliberal monetarista que pugna porque el estado desaparezca de ésta escena, éste (en nuestro país), se mantiene en el orden económico y justifica su presencia, mediante su acción que hace parecer indispensable. Mientras que LA GLOBALIZACIÓN: es presentada, como resultado de la aparición y fortalecimiento de empresas que operan en escala mundial tales como transnacionales, más aún identifican la globalización económica con la transnacionalización.¹⁰

La profesora Sol Arguedas, maestra en historia por el prestigiado Colegio de México, explica en su brillante artículo fechado a fines de 1993 la aparición de dos tendencias notables en la economía mundial de nuestros días: La GLOBALIZACIÓN económica y la conformación de bloques regionales. La primera tendencia –explica– es resultado de la centralización EXPANSIÓN e INTERNACIONALIZACIÓN; “Los antiguos monopolios –surgidos en las postrimeras del siglo XIX– sufrieron un espectacular cambio cualitativo (en buena parte también cuantitativo), para convertirse en las *actuales empresas gigantescas transnacionales: en ellas se objetivo en la practica el abstracto concepto de transnacionalización (ó globalización)*, fenómeno económico que determina en gran medida la problemática política y las relaciones internacionales en nuestro momento”.¹¹

Además también toma en cuenta uno de los componentes básicos del fenómeno: las empresas transnacionales, logrando con esto explicar de una

¹⁰ Ibidem Boltvinik J pág. 211

¹¹ Boltvinik J. *Pobreza y Necesidades Básicas*. Venezuela, UNDP, 1990. pág. 321

manera mas sencilla y consistente el nexo entre reproducción ampliada, oligopolios, expansión mundial y GLOBALIZACIÓN. No obstante, con todas sus virtudes, esta conceptualización, no logra resolver algunos problemas que plantea la nueva realidad económica mundial asociados al vocablo, tales como:

EL FENÓMENO DE LAS TRANSNACIONALES y La Transnacionalización – presentes desde fines del siglo XIX– dificilmente puede ser sinónimos de globalización puesto que no son fenómenos simultáneos, sino que la globalización es posterior a la transnacionalización, posterior en el tiempo y en sus determinantes, y con rasgos diferenciados.

Sin lugar a dudas podemos decir que la globalización esta asociada a las actividades de las transnacionales, pero ¿de qué clase de actividades se trata?, La respuesta queda volando en el aire sin respuesta, a menos de que dejemos a un lado las generalizaciones fáciles y apliquemos un manejo de los términos mas exacto y riguroso a los que se refiere a la noción de estrategias competitivas de las empresas transnacionales.¹²

En síntesis, el meollo de nuestras objeciones con éste manejo del término, tiene que ver con el hecho de que sí bien es cierto que transnacionalización y globalización son fenómenos asociados, no todas las empresas transnacionales son globales y/o aplican estrategias de globalización. Por tanto sostenemos que no es suficiente razón la aparición de transnacionales para asegurar que existe la globalización.

La globalización tiene estrecha vinculación con la dinámica de la economía mundial de los últimos veinte años. Los acontecimientos de los años setenta --

¹² Huerta G Arturo La Política Neoliberal de Estabilización Económica en México Limites y Alternativas . Editorial Diana. México D: F.,1994. pág. 153

choques petroleros y problemas financieros, por mencionar los más importantes— llevaron a la economía mundial a un proceso acelerado de cambios cuantitativos y sobre todo cualitativos.¹³

El reconocido profesor *José Luis Calva nos dice: —la Globalización Económica no es un fenómeno novedoso ni se desarrolla en la última década a un ritmo superior al observado en las décadas previas—*, de modo que la emergencia reciente del proceso integrador obligue precisamente ahora, como imperativo de corto plazo, a reorganizar la economía mexicana, al vapor y a toda costa en función de su mayor y más rápida inserción en los fenómenos de Globalización, y en otra parte de su brillante y valiente artículo escrito en medio de un clima de fiebre globalizadora, fustiga algunas concepciones neoliberales sobre el fenómeno de la siguiente manera: — “los procesos de globalización económica suelen ser representados por los ideólogos neoliberales como procesos novísimos y arrolladores a los cuales México debe insertarse a toda prisa precisamente a la manera neoliberal so pena de quedarse al margen del progreso y del pasaje al primer mundo—”¹⁴

Las puestas NEOLIBERALES se pronuncian a favor de la GLOBALIZACIÓN, y la industrialización orientada hacia las exportaciones, la apertura económica y el desmantelamiento del proteccionismo del estado y las regulaciones económicas en general, ellos dicen que solamente la privatización y el libre mercado, sin interferencias del Estado, son capaces de sacar adelante a la economía mundial de su grave crisis de estanflación provocada por los excesos intervencionistas, y a los países subdesarrollados de sus tradicionales rezagos.

¹³ OP. Cit. Huerta Pág. 69

¹⁴ Ibidem Calva pág. 218

La crisis de 1982 que sacudió a nuestro país está revestida de una fuerte carga simbólica en la medida que marco el fin de una época y el principio de otra, en todo lo que se refiere a cuestiones económicas nacionales.

Hace tiempo que la crisis de 1982 fue definida como la mas severa que haya padecido nuestro país desde la gran depresión, que desde ese momento ha generado una intensa y rica polémica sobre las causas de la crisis que aún impera en nuestro país, resulta de mayor importancia entender la interpretación gubernamental que se le ha dado, puesto que en ella está contenida en esencia, la reivindicación de la apertura y globalización de la economía del país. Implica las causas y efectos que ya están presentes en todos los ámbitos, sectores económicos, y sociales, en la industria, la agricultura y sobre todo en la política, siendo el *sector salud* el que nos interesa al que posteriormente nos abocaremos.¹⁵

2.2.- El proceso de globalización

Los términos "global" y "globalización" comenzaron a ser utilizados en las escuelas de negocios de las universidades de Harvard, Columbia, Stanford y otras de los Estados Unidos de América a principios de los años 80. A partir de allí se impusieron mundialmente popularizadas por las publicaciones de esas universidades y por la prensa económica y financiera angloparlante.

El pensamiento liberal las adoptó rápidamente y se convirtieron en el centro de su discurso, especialmente por la preeminencia que a través de esos términos se le ha dado a la actividad de la empresa privada en relación a la actividad de los distintos gobiernos y por la idea de desregulación que implícitamente se le ha atribuido a esos términos.

¹⁵ García, A.; Hernández, a., y Wilde, R. (1994). *Innovación en la Empresa y Dinámica de Negociación*. Caso México (Santiago, OIT/ACDI). Pág. 255

Lo anterior explica en parte la desconfianza que la izquierda ha mostrado con respecto al término y al proceso que lleva consigo. Los economistas de esta posición prefieren utilizar la palabra "mundialización" ya que consideran que el término "globalización" está impregnado de elementos ideológicos, y reservan dicho término para la transformación de las finanzas.¹⁶

Existen abundantes definiciones acerca de la globalización. Una mayoría de autores entienden la globalización como simplemente la continuación de la tendencia de los últimos cincuenta años hacia una mayor integración económica internacional. La diferencia es que actualmente los mercados son más grandes, más complejos y más interrelacionados entre sí como nunca antes. Otros autores la precisan como una nueva fase de la internacionalización de los mercados, que pone en dependencia recíproca a las firmas y a las naciones en grados absolutamente originales e inigualados en el pasado.

Desde este punto de vista, aunque la globalización posee un cierto número de características propias en relación al pasado, se la considera como una tercera fase del proceso de internacionalización de los mercados, cuyas anteriores fases van, la primera, desde finales del siglo XIX hasta antes de la Segunda Guerra Mundial y la segunda, desde esa última guerra hasta mediados de los años 80. Hay que reconocer que estas definiciones insisten en el aspecto económico e internacional del proceso y dejan a un lado aspectos de orden cultural y de tecnología.¹⁷

2.2.1.- Lo viejo y lo nuevo del proceso de Globalización

Los movimientos libres de capital tampoco son algo nuevo en la historia, así como tampoco lo es la existencia de las empresas transnacionales. A finales del siglo XIX existía libre movimiento de capitales y el mercado internacional estaba

¹⁶ Weber, M. *Economía y Sociedad* Edit. Fondo de cultura Económica Buenos Aires, 1992. pág. 189.

¹⁷ Hernández Laos E. *El Crecimiento Económico y la Pobreza en México. Una agenda para la investigación*. Mexico, D.F.: UAM-I, 1989. pág. 426

prácticamente dominado por la actividad de varias empresas internacionales de Inglaterra.

Lo nuevo está dado por el creciente proceso de liberalización de las economías en el cual están muy involucrados tres actores internacionales de este proceso, a saber, la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Asimismo, lo nuevo está dado por el gran tamaño de los movimientos del comercio y las finanzas y el restrictivo tamaño de las migraciones, la sofisticada tecnología de los movimientos de capital y de las comunicaciones, y la concentración de poder económico, si no político, de las grandes corporaciones. Finalmente, por la presión competitiva internacional para aumentar la productividad y reducir los costos.¹⁸

A diferencia del antiguo GATT, que sólo tenía jurisdicción sobre el sector industrial, la OMC también tiene jurisdicción sobre dos nuevos sectores, el sector agrícola y el sector de servicios (telecomunicaciones, bancos, etc), con lo cual el ámbito de su supervisión sobre libre intercambio se extiende en relación al pasado, lo que unido a los cambios en cuanto al poder de voto (las decisiones se toman por mayoría y ya no por unanimidad y, además, se ha suprimido el derecho a veto) debiera apresurar el proceso de liberalización de la economía mundial.

Por su parte, el FMI y el BM incluyen en todos sus programas ingredientes, recomendaciones y condicionalidad relacionados con la liberalización de las economías de los países miembros con el objeto de establecer más simples y transparentes sistemas regulatorios que garanticen a cada uno de los países un ingreso equitativo a los mercados. Conjuntamente con lo anterior, el BM hace fuerte hincapié en los problemas de tipo social.

Actualmente, el comercio global asciende a US\$ 6,000 miles de millones anuales. Entre 37,000 y 40,000 empresas transnacionales controlan el 80% del comercio mundial. Alrededor del 75% de ese comercio se realiza entre las

empresas multinacionales y el 50% se comercia dentro de Estados Unidos, Japón y la Unión Europea, en donde se concentra el 15% de la población mundial y cuyas empresas producen el 75% del Producto Nacional Bruto mundial. Alrededor del 20% de esa producción proviene del comercio internacional. De alguna manera lo anterior explica la formación de los tres bloques NAFTA, bloque asiático y bloque europeo que constituyen la llamada tríada.¹⁹

El capital se mueve en unos montos y velocidades que hace sólo algunas décadas eran impensables. En 1996, por ejemplo, los flujos de capital privado a los países en desarrollo y en transición alcanzaron el monto record de US\$ 235 miles de millones, cinco veces más el nivel del flujo alcanzado en 1990. En 1992, el total de activos financieros ascendía a 35 millones de millones (35 trillones) y las transacciones de compra y venta de divisas fueron 50 veces superiores a los movimientos de bienes y servicios.

En los movimientos de personas o migraciones también existe una diferencia pero para abajo con lo que sucedía hace 100 años, por el surgimiento de severas disposiciones regulatorias sobre esta materia. A finales del siglo pasado, por ejemplo, emigraron a Estados Unidos alrededor de un millón de habitantes de Suecia. En la actualidad, sería muy difícil pensar en la posibilidad de que un millón de habitantes de Guatemala emigrara a los Estados Unidos, tanto por razones de segregación étnica y discriminación, como por razones culturales.

El avance de la tecnología de las comunicaciones actuales es una de las principales características del actual proceso de globalización. Dicha tecnología no solamente permite comunicaciones más rápidas, seguras y amplias geográficamente, sino también ha abaratado sensiblemente el precio de las

¹⁸ Ibidem Huerta pág. 321

¹⁹ Arrighi, G. et al. "La Dinámica de la Crisis Global". México. Siglo XXI pág. 47

mismas. Esto ha fortalecido enormemente la calidad y disponibilidad de información por parte de la sociedad.

En adición al avance tecnológico, otro cambio importante que existe con el pasado es probablemente la creciente presión de la industria para ser internacionalmente competitiva. Con el objeto de alcanzar este objetivo, los costos deben de reducirse y la productividad debe de aumentarse. Esto ha desembocado, por una parte, en un agresivo proceso de fusiones, venta-compra de empresas y formación de mega-centros de producción y distribución con el objeto de mejorar el coeficiente de las economías de escala, y por la otra, en la necesidad de establecer un nuevo estilo de relaciones laborales basado en un esquema de flexibilidad del mercado laboral.²⁰

En resumen, los números impresionantemente grandes del comercio y de las finanzas, la liberalización y desregulación de las economías, la formación de grandes bloques regionales, la concentración del poder económico y financiero, y los nuevos estilos de producción, comercialización, gestión empresarial y laboral apoyados en avanzada tecnología son los elementos básicos distintivos del actual proceso de globalización, que obviamente crean una nueva visión de nuestro mundo y exigen una pragmática misión por parte de los actores y entes responsables del acontecer económico, social y político de los países.²¹

2.2.2.- El nuevo paradigma y sus reglas del juego

La forma de hacer política económica está cambiando, si bien los principios básicos de la misma aún siguen en pie. El modelo de equilibrio general aún se sigue utilizando para comprender la relaciones básicas entre oferta y demanda a nivel macroeconómico. El consumo continua manejándose como una variable dependiente del ingreso, la inversión como una variable dependiente del costo del

²⁰ Jeannot, F. "La Modernización del Estado Empresario en América Latina". México. UAM-A. 1990, p. 171.

dinero y de la rentabilidad, el sector externo como una diferencia entre lo que se exporta e importa y la oferta como el resultado de la interacción de las familias, las empresas y el gobierno. La situación financiera del gobierno se sigue también manejando en términos de ingresos, gastos y déficit.

El cambio fundamental se está dando por un desplazamiento del balance empresa-gobierno a favor de la primera. Cada vez más hay más señales de la preeminencia de la empresa privada sobre los gobiernos, así como cada vez más hay más señales de economía de libre empresa que de economía gubernamental. La actividad económica directa de los gobiernos es más cuestionada y se tiende a concentrar la gerencia pública en áreas como educación, salud y seguridad que apoyen la puesta en práctica y mantenimiento de un marco jurídico y social que favorezca la libre actuación de la empresa privada.²²

La liberalización económica está concebida dentro del anterior marco jurídico y social y la misma no se refiere únicamente a objetivos específicos como la abolición de impedimentos al libre comercio o a los movimientos de capital sino también a objetivos más generales como los relacionados con la flexibilización de la contratación laboral, la tenencia irrestricta de patrimonio y más generales aún como la reducción del tamaño del Estado y la venta o privatización de sus activos productivos.

La nueva política económica no sólo se ocupa de poner en práctica mecanismos orientados a propiciar el crecimiento de las economías y a mantener la estabilidad financiera y de precios, sino también a adoptar las así llamadas reformas de primera, segunda y tercera generación.

Las reformas de primera generación van encaminadas a fortalecer el ambiente macroeconómico de estabilidad y a propiciar un crecimiento de alta

²¹ Op. Cit. Jeannot. F. pág 89

²² Aguilar Camín, H. "Después del Milagro México. Edit. Cal y Arena México. 1997. pag. 90

calidad. Entre estas reformas pueden mencionarse: a) la reforma financiera y monetaria; b) la reforma tributaria y; c) la reforma de precios.

Las reformas de segunda generación van en la dirección de promover una mejor repartición del crecimiento y de acelerar la velocidad del progreso social. Estas reformas comprenden entre otras: a) la reforma educativa, teniendo en cuenta que la educación es cada vez mas una variable económica; b) la reforma del sector salud y; c) el mejoramiento de la calidad del gasto público.

Las reformas de tercera generación están orientadas a preparar y mejorar el ambiente nacional para la inversión productiva de largo plazo. Estas incluyen entre otras: a) la liberalización del sistema económico y social; b) el establecimiento de un sistema regulatorio simple y transparente; c) la privatización o venta de los activos productivos del Estado y; d) la reforma del mercado laboral.

Todas las reformas anteriores suponen la existencia de un marco jurídico que asegure el imperio de la ley a través de sistemas judiciales independientes y un programa de reforma del Estado.²³

Por otra parte, la nueva política económica le confiere a la empresa privada una amplia gama de atribuciones y responsabilidades en el campo de la producción de bienes y servicios, de tal suerte que, en cierto sentido, de lo que haga y del éxito que obtenga la empresa privada dependen en parte las posibilidades de crecimiento de la economía mundial.

2.2.3.- La globalización está en marcha

—El proceso de globalización es una realidad que está en marcha. Aún cuando una serie de supuestos sobre el proceso no han podido ser comprobados estadísticamente, los enormes números de comercio y producción en manos de

²³ Rivera R., Miguel "Crisis y Reorganización del capitalismo mexicano". México. Ed. Era. 1986. pág. 75

las empresas transnacionales, los ingentes montos de financiamiento y de operaciones del mercado cambiario que permanentemente se mueven alrededor de nuestro mundo y la amplia utilización de moderna y sofisticada tecnología y comunicaciones en las operaciones de producción, comercio y finanzas a nivel mundial, nos indican que el proceso de globalización esta en vigoroso desarrollo y no tiene la intención ni perspectivas de detenerse.

Los Estados nacionales solamente pueden influir sobre las empresas locales, en tanto que las empresas internacionales determinan cada vez mas las características del proceso y establecen las reglas del juego. En consecuencia, cada vez más el Estado tiene grandes dificultades para tomar parte activa en y gerenciar las cuestiones sociales, las prestaciones de servicios públicos y el mantenimiento de los derechos de los desempleados. Hay que ser claro en reconocer que cuando el estado benefactor choca contra los intereses de las fuerzas de la globalización se crean fuertes presiones ²⁴

2.2.4.- Las bondades y perfidias del sistema financiero internacional

—Indiscutiblemente el desarrollo de los países ha requerido y requiere de capital. En adición a los aspectos teóricos macroeconómicos, empíricamente esto queda comprobado con el apoyo del capital a la reconstrucción de la Europa occidental después de la Segunda Guerra Mundial, al desarrollo de Australia y al crecimiento vertiginoso de los países del sudeste asiático. En América Latina los recientes avances en términos de crecimiento y desarrollo han estado apoyados en gran parte por inversión internacional.

Detrás del fenómeno de los movimientos de capital a través del mundo está el crecimiento enérgico del ahorro y de los fondos de pensión en los países industrializados occidentales. En Estados Unidos, por ejemplo, los ahorros aumentan 250,000 millones mensualmente. Ello origina cada vez más fondos para colocar a escala mundial puesto que los rendimientos domésticos no les son

atractivos. Lo anterior anticipa también una cifra sideral de movimientos de capital para los inicios del siglo XXI y es indicativo del papel que tendrá el sistema financiero en el próximo siglo.

Aún en los mercados más liberalizados, la movilidad del capital no es espontánea, sino que la supuesta mano invisible del mercado tiene el rostro y los zapatos de administradores de fondos de pensión y de fondos de inversión. En ese sentido, uno, si no el único, de los estímulos externos para mudar los capitales a los países emergentes, por ejemplo, es el alto nivel de los retornos esperados.²⁵

La sustentabilidad de una política macroeconómica -factores internos- es una de las razones para considerar la permanencia o no de las inversiones. Sin embargo, el exceso de fondos masivos de inversiones en un mercado tiende a sobrevaluar el costo de las operaciones originando un proceso de especulación financiera que dura hasta que los administradores del dinero deciden reajustar el mercado -factores externos-. Esto ocurre cuando un desarreglo macroeconómico, por leve que sea, genera objetivamente o no expectativas desfavorables y entonces se produce una espectacular salida de capitales ampliada por el síndrome del contagio. La reciente crisis financiera de los mercados asiáticos se enmarca dentro del modelo descrito anteriormente.²⁶

2.2.5.- Gobierno de mano invisible o de mano dura.

De acuerdo con el pensamiento neo-liberal, el Gobierno debe de dejar a un lado el papel de rector y director y tomar el de facilitador para que el mercado funcione en óptimas condiciones tome las decisiones que más le convengan y resuelva a su manera los diferentes problemas que puedan suscitarse dentro de la actividad de generación y distribución de la riqueza.

²⁴ Ibidem Jeannot, F. pág 249

²⁵ Ibidem Rivera pág. 214

²⁶ Ibidem Aguilar pág. 68

En el campo de los hechos, los países tienen gobiernos con diferentes estilos en cuanto al papel que desempeñan, lo cual depende de factores sociales, culturales y políticos. Así por ejemplo en Europa occidental, países con sociedades más orientadas al mercado como Inglaterra y Alemania tienen gobiernos menos directores que los países con sociedades más dependientes del estado como Italia o con preferencia hacia el sector público como Francia. En los dos primeros las políticas se adoptan y los problemas se resuelven a través de un amplio consenso público. En los segundos, los intereses sectoriales se hacen sentir más y conducen a la estrategia de concesiones recíprocas en detrimento del interés general.²⁷

En los países en desarrollo como en el caso de América Latina, las sociedades dependen del estado en gran medida y éste afecta directamente a las personas por medio del empleo público, de los contratos con el estado y por el impacto de las medidas reguladoras sobre los individuos y la empresas. Consecuentemente, los intereses sectoriales se hacen sentir de forma extremadamente fuerte y en algunos casos en forma virulenta y se resuelven a favor de los que tienen más peso y poder, y no necesariamente atendiendo al bien general de la sociedad.

Por otra parte, los dispares niveles de vida de las personas y los bajos salarios de la mayoría de la población fomentan conflictos extremos e incluso violentos y un exceso de demandas dirigidas al estado. En consecuencia, las opciones electorales y decisiones públicas se presentan como asuntos de vida o muerte.

Asimismo, existe una amplia y profunda pérdida del respeto por la autoridad lo que eventualmente genera condiciones que favorecen la desobediencia civil y el ejercicio de la violencia privada por grupos representativos de intereses sectoriales y por malhechores y criminales.

²⁷ Ibidem Arrighi pág. 69

El papel de "laissez faire" que el neoliberalismo teóricamente le asigna al gobierno debiera de facilitar tanto el desarrollo y crecimiento de los países en desarrollo, como su eficiente inserción dentro del proceso de globalización mundial. Sin embargo hasta el momento, no existe una realización concreta que venga en apoyo de ese pensamiento.²⁸

Al contrario, la evidencia empírica muestra que los países que durante los últimos cuarenta años han logrado avanzar económicamente de manera sensible lo han hecho bajo gobiernos que enérgicamente han influenciado la dirección y las políticas de desarrollo y crecimiento, incluyendo los programas del sector privado y, además, han sido gobiernos fuertes en términos de gobernabilidad en general. Esto último significa entre otros, gobiernos que se han caracterizado por una sólida, suficiente y equitativa recaudación de impuestos, una eficiente seguridad ciudadana, una oportuna y justa aplicación de la justicia, una decisiva capacidad de acción en los campos de la educación y a la salud y un impulso claro, coherente y definido en favor de la actividad productiva del sector privado empresarial y laboral.

En los países industrializados lo que actualmente causa temor e intranquilidad es el desplazamiento de la democracia hacia el mercado que se percibe, en tanto que en los países en desarrollo el temor es que la democracia completa no llegue sino hasta que se solucionen los problemas de crecimiento y desarrollo de esos países. Obviamente, ambas cosas son altamente preocupantes para todos los espíritus democráticos.²⁹

2.2.6.- Otras perspectivas de la globalización

En la actualidad, la actividad económica tiende a una cierta uniformidad en cuanto a la formulación y aplicación de políticas, ya que cada país se convierte en

²⁸ Ibidem Arrighi Pag. 135

²⁹ Ibidem Rivera. Pág. 64

un competidor para mercados finitos y recursos escasos. Los países compiten para acceder a los recursos financieros, a la tecnología y a los mercados.

La estrategia de crecimiento de los países se configura en un contexto de economía abierta y en consecuencia se sustenta en las decisiones de inversión del sector privado nacional y sobre todo internacional. Esto último, en adición a que puede restar poder a las comunidades, puede también debilitar la sostenibilidad de los programas de política económica de mediano plazo. En consecuencia, existe la tendencia cada vez más fuerte de aplicar paquetes de medidas económicas que incluyan mezclas balanceadas de mecanismos de mercado y regulatorios, elaborados en forma concertada entre el sector público y privado sobre una base pragmática más bien que ideológica.

El avance de la tecnología parece acentuar los diversos grados de desarrollo -o atraso- alcanzados por los países, lo que podría estar indicando que los beneficios de la tecnología y del proceso de globalización no están siendo compartidos. En el caso de los países en desarrollo, lo anterior podría estar explicado, por una parte, por el hecho de que los cambios tecnológicos frecuentemente cambian el espectro de las ventajas comparativas. Por otra parte, en el campo de las inversiones tecnológicas, los países en desarrollo van y eventualmente continúan yendo a la zaga por escasez de recursos, alejándose de la posibilidad de alcanzar el nivel tecnológico de los más desarrollados.

Cabe añadir a las dos razones anteriores el hecho de que en los países en desarrollo, y especialmente en el nuestro, existen grandes limitaciones cuantitativas y cualitativas en el campo de la educación y, además, las políticas proteccionistas, inspiradas en la sustitución de importaciones, impidieron que las empresas se vieran obligadas a renovar sus plantas productivas, ya que podían realizar aparentes negocios rentables en mercados cautivos, sin competencia externa.³⁰

³⁰ Ibidem Calva pág. 47

En el marco de la globalización, los empresarios son los forjadores de su propio destino, de acuerdo con la naturaleza propia de la actividad empresarial que consiste en ejercer una actividad económica autoresponsable; pero también son los forjadores del destino del conjunto de la sociedad.

Por el contrario, los trabajadores son sujetos pasivos del proceso que actualmente se desarrolla y las organizaciones laborales parecen estar desorientadas con las nuevas realidades y carecen de estrategias válidas e innovadoras para encarar el fenómeno. Esto suscita una gran inquietud dentro del sector laboral.

Las empresas transnacionales rivales para continuar produciendo o distribuyendo bienes y servicios en el mercado internacional, prefieren acuerdos de oligopolio a las guerras de precios o de mercados. Lo anterior les permite mantener un predominio de largo plazo en los mercados. Solamente cuando los acuerdos no son posibles se declaran las guerras, no directamente sino a través de los Estados, como en el caso de las empresas automotrices japonesas y norteamericanas.

Finalmente, en lo relacionado con el medio ambiente en donde existen grandes desbalances en el uso de los recursos, -por ejemplo, los países altamente desarrollados consumen 13 veces más energía que los países en desarrollo-, el proceso de globalización está llevando a un interesante y sano debate que incorpora los conceptos de equidad, reducción del consumo y una mejor relación de costo-eficiencia en el uso de los recursos.³¹

2.3. Economía y salud

La salud es un campo en donde de manera creciente se está lidiando con asuntos críticos de nuestro tiempo. En los últimos cincuenta años, el campo de la salud ha sufrido cambios muy profundos. Estos cambios se han acompañado y

³¹ Ibidem Calva 95

en buena medida han sido determinados- por cambios en las condiciones políticas y económicas del mundo. Los efectos combinados de estos dos grupos de cambios -en el orden global y en el campo de la salud- están generando importantes presiones sobre las instituciones nacionales e internacionales. A nivel nacional, los sistemas de salud en todo el mundo están involucrados en un esfuerzo de reforma intensivo y amplio. A nivel internacional, las instituciones existentes para la cooperación multilateral están enfrentando retos sin precedentes.³² De hecho, muchas de estas instituciones están teniendo problemas para cumplir con sus mandatos. Existen ineficientes traslapes de esfuerzos entre diversas organizaciones multilaterales, al tiempo que se presentan, paradójicamente, vacíos de responsabilidad en la ejecución de algunas funciones clave. Al mismo tiempo, otros actores, como las organizaciones gubernamentales y las corporaciones transnacionales, están creciendo en importancia.

Múltiples fuerzas están transformando la naturaleza de las relaciones internacionales y creando la necesidad de nuevos arreglos institucionales. Así como los gobiernos están reinventando sus respectivos sistemas nacionales de salud, así también la salud internacional debe repensarse para responder de manera efectiva a los retos emergentes.³³

Como interpretaríamos los cambios que ocurren en el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). Debidos al proceso de globalización.

De acuerdo con lo antes expresado, creemos que se puede explicar de la siguiente forma, por medio de la combinación sincronizada de tres componentes críticos:

³² Ibidem Weber pág. 124

³³ Comercio Exterior **Conocer la pobreza para superarla** 1992, 42 (4), 302-309.

1. El deterioro estructural acumulado de la economía nacional.
2. El comportamiento coyuntural adverso de dos variables externas de mucha importancia: Petroprecios y financiamiento externo.
3. Las erróneas concepciones y medidas de política económica impuestas por el gobierno en turno.

En el centro de los errores de política económica cometidos por el gobierno del Presidente López Portillo –al igual que otros Titulares del Poder Ejecutivo– subyace un problema eminentemente político: El diseño y la instrumentación de las políticas económicas públicas que se hayan rígidamente concentradas y monopolizadas en un pequeño “circulo de poder” lo cual las hace proclives al error pues carecen de mecanismos correctores toda vez que no son ventiladas ni discutidas socialmente para su corrección y/o enriquecimiento; de ahí el origen – muchas veces– de la pobreza de sus concepciones y lo desastroso de sus resultados.³⁴

La radical cerrazón gubernamental provoca a su vez la radical condena y reprobación automática de sus críticos. no hay dialogo, solo dos puntos extremos: cerrazón excluyente y condena automática.

Todo esto tiene que ver, en ultima instancia con TRES rasgos característicos de la organización política de la sociedad mexicana:

1. El predominio exacerbado de un Partido de Estado (P R I), que ahoga y restringe toda oposición y democracia real, tanto en el plano social como Político y Económico.

³⁴ Ibidem Huerta pág. 267

2. La corporativización de la sociedad que congela, corrompe y envilece el comportamiento de los agentes económicos y la conducta ciudadana hacia lo público.
3. Un presidencialismo extremo que generalmente hace de las suyas en cuestiones económicas gracias al poder que le da, o que puede dar el disponer, de manera casi discrecional, del gasto público, tener la última palabra en planeación y presupuestación sectorial, determinar cuestiones financieras, y definir el rumbo del Sector Paraestatal.

En el caso del gobierno López Portillista, en materia de política económica se cometieron por lo menos dos errores mayúsculos, que agravaron los factores críticos –estructurales coyunturales– que dieron con los desordenes económicos de 1982:

1. La petrolización de la economía bajo el supuesto de precios internacionales al alza en el largo plazo. se dio el caso de regalar petróleo a otros países (ejemplo el dichoso caso de " Pacto de San José ").
2. la creencia de ilimitada de disponibilidad de créditos externos.

Continúa la crisis de 1982 y el equipo económico neoliberalista de Miguel de la Madrid, con la visión neoliberal y con la inserción de México en la corriente de La Globalización Económica Internacional, exigió el rediseño del Modelo de Desarrollo Económico Nacional, mismo que se llevó a cabo desde posiciones neoliberales que ponían el acento en el Libre Mercado, y La Apertura Económica con amplia integración hacia el exterior. Se impulso como propuesta y respuesta a los problemas, una política de cambio estructural que contemplaba como uno de

sus ejes fundamentales la apertura comercial de nuestro país y el desmantelamiento del proteccionismo.³⁵

Características de la Estrategia:

1. Esta hecha para iniciar cambios de fondo en La Economía Nacional.
2. Su perspectiva e implementación es a largo plazo.
3. Implica un cambio de orientación de La Política Económica Gubernamental y los patrones de conducta de los agentes económicos.
4. Se propone "reorientar y modernizar" los aparatos productivos y distributivos.

Una vez establecida claramente ésta estrategia de cambio estructural, el gobierno de MIGUEL DE LA MADRID y su equipo, entre los que se contaban MIGUEL MANCERA, CARLOS SALINAS DE GORTARI, PEDRO ASPE, JOSÉ CÓRDOBA, ERNESTO ZEDILLO y otros, fundamentaron la necesidad de la apertura comercial hacia la GLOBALIZACIÓN.³⁶

Para el caso de México, es con la irrupción de la crisis de 1976, cuando se comienzan a perfilar las primeras "recomendaciones" en firme por parte del FMI (Fondo Monetario Internacional), al gobierno mexicano en torno a la necesidad de impulsar la apertura económica, en el marco de las consabidas medidas de ajuste estructural exigidas por el Fondo, a cambio de su apoyo financiero para superar los problemas de Pagos Internacionales de nuestro país.

Este programa y sus recomendaciones de FMI, solo se aplicaron parcialmente con el advenimiento del BOOM PETROLERO y el inicial fortalecimiento de Las Finanzas Nacionales y las expectativas que genero nuestro país entre los inversionistas nacionales y extranjeros, sin embargo el derrumbe petrolero y macroeconómico de la economía nacional hizo necesario acudir

³⁵ Ibidem Arrighi. pág. 132

³⁶ Ibidem Rivera pág. 189

nuevamente al BANCO MUNDIAL y al FMI (FONDO MONETARIO INTERNACIONAL), para solicitar urgente apoyo.³⁷

Esta vez ante la gravedad económica situacional los organismos financieros no solo recomendaron sino exigieron al gobierno mexicano medidas de ajuste más severas, y en especial la apertura de la economía mexicana hacia la globalización.

El gobierno mexicano, no solo cumplió los condicionamientos que se le impusieron sino que los rebasó. a cambio de esto el banco mundial concedió dos créditos más en apoyo de la apertura comercial aunada a la presencia de elites políticas y económicas de Washington, las cuales desempeñaron un rol decisivo a favor de la reorientación neoliberal de la política económica en general, y de la apertura en particular.

Se inició desde los 80 por la excesiva Deuda Externa de muchos países el CONSENSO DE WASHINGTON integrado por tecnócratas del FMI Y BM Paul Volker (Titular de La Reserva Federal EE UU), Gordon Richardson (Banco Central G. B.), Jacques de La Rosiere (Director General del FMI), Henry Menamar Subsecretario del Tesoro), William Rodees (Comité de Bancos Acreedores), David Rockefeller Trilaterista y Presidente del Chase Manhattan Bank), y muchos otros banqueros y hombres de poder político mundial, realizando un consenso en torno a cuales deberían de ser las políticas económicas obligadas a seguir por parte de los países fuertemente endeudados para poder pagar y evitar quiebra de los bancos.

EL CONSENSO DE WASHINGTON generó ONCE acuerdos programáticos que debían aplicar los gobiernos de los países más endeudados, entre ellos MÉXICO, les gustara o no cuales son:

³⁷ Ibidem Aguilar pág. 144

1. DISCIPLINA FISCAL.
2. REDUCCIÓN DE SUBSIDIOS.
3. REFORMA FISCAL.
4. LIBERACIÓN FINANCIERA.
5. TIPO DE CAMBIO COMPETITIVO.
6. LIBERACIÓN COMERCIAL.
7. FACILITAR LA INVESTIGACIÓN EXTRANJERA DIRECTA.
8. PRIVATIZACIÓN.
9. DESREGULARIZACIÓN.
10. DERECHOS DE PROPIEDAD.
11. PROGRAMAS CONTRA POBREZA EXTREMA.

Estas concepciones inicialmente pensadas por las elites de Washington son el inmediato de la POLÍTICAS NEOLIBERALES de ajuste QUE POSTERIORMENTE SERÍAN IMPUESTAS INSTITUCIONALMENTE en América Latina y en México por el Gobierno Norteamericano, FMI, BANCO MUNDIAL y los Bancos Acreedores.³⁸

Al respecto el Doctor Guillen Romo dice: —México no ha sido la excepción con respecto a los cambios que han sacudido al mundo. Muy por el contrario, desde hace unos diez años los neoliberales se han dedicado a cambiar las reglas y las instituciones fundamentales que han regido la vida económica, social y política del país. “Se pasa de un proteccionismo exagerado a un régimen de apertura en el que la eficacia y la libertad del mercado se vuelven objetivos nacionales”—. Los neoliberales mexicanos no solamente se apresuraron a realizar las reformas estructurales para adaptarse al nuevo contexto internacional, sino

³⁸ Ackoff, R. "Rediseñando el Futuro". Ed. Limusa. México. Pág 265

también por satisfacer las exigencias más estrictas en materia de estabilización y ajuste económico según ellos gracias a procedimientos como:

1. Pacto de Solidaridad Económica:

Comprende del 1/o. de Enero de 1986 a Diciembre de 1988.

2. El régimen arancelario :

Del 30 de Abril de 1986 al 6 de Marzo de 1987.

3. Permisos previos a la importación

Se redujeron drásticamente en esos periodos.

4. Los precios de referencia oficiales (PRO) :

Generalmente inexactos y de manejo complicado, en 1986 se decidió la desaparición del 99.5% de tales instrumentos de control. posteriormente con un decreto el 11 de enero de 1988 quedaron totalmente eliminados.

5. El ingreso de México al acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio (GATT) :

Considerado como un elemento fundamental a favor de la apertura de la economía nacional, desde los inicios del sexenio de la Madrid, exploró la conveniencia de adherirse al acuerdo. e ingreso 24 de agosto de 1986.

6. Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico:

Comprende de Enero de 1989 a diciembre de 1992 (PECE), en cuanto a la sintonización de los precios internos, vía apertura comercial, se convirtió en un instrumento para combatir la inflación. Así mismo durante esta etapa se inicia y concluye la negociación del TRATADO DE LIBRE COMERCIO entre, MÉXICO, ESTADOS UNIDOS Y CANADA.³⁹

Hacia 1994 consumado esto, luego de casi una década de medidas en pro de La Apertura Económica, El Gabinete Económico del Presidente Salinas con aire de triunfo exclamo se ufanó ante la opinión pública y Los Foros Económicos

Internacionales, –de que La Economía Nacional permanecía ya “ como una de las economías más fuertes y más abiertas al mundo “ dentro de la formidable globalización económica internacional, todo bajo la mirada complaciente de las corrientes favorables a la apertura y el acendrado rechazo y malestar de los grupos perdedores– (EL RICO MAS RICO Y EL POBRE MAS POBRE), terminó su mandato con mentiras y con aumento de la deuda externa.

Con ERNESTO ZEDILLO, El Proceso Neoliberal de Apertura y GLOBALIZACIÓN de La Economía Mexicana, no ha sido ajeno a las concepciones políticas y presiones del BANCO MUNDIAL Y DEL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL, han hecho creer al pueblo que la economía es boyante; con el pretexto de un camino que lleve a la CALIDAD Y EXCELENCIA por medio de una sintonización del Neoliberalismo Mundial y El Neoliberalismo Mexicano lo cual es falso ya que México es más pobre que hace 15 años, La Deuda Externa aumentó mas que en el sexenio pasado, Zedillo siguió endeudando más al país al solicitar más dinero para aparentar que no habrá crisis sexenal, al termino de su gobierno, pero no dice que dos años después se presentara otra crisis, sólo la aplaza de periodo presidencial. A los que hasta el momento no han visto efectivamente beneficios de la globalización son, El Sector Campesino, Obrero (transnacionales – maquiladoras), que generan sueldos fijos bajos para las necesidades de los trabajadores.⁴⁰

Por todo lo anteriormente expuesto cabe la posibilidad que enfermería en el terreno laboral dentro del Instituto Mexicano de Seguridad Social tendría que hacer reajustes dentro de su área de trabajo.

³⁹ Op. Cit. Ackoff. Pág. 190

⁴⁰ Álvarez Alejandro. **La Crisis Global del Capitalismo en México.** Editorial Era. Primera edición. México D.F. 1987. pág. 349

2.4.- Elementos de una reforma de salud

—Hace casi dos décadas comenzamos a sentir en carne propia los efectos de la incapacidad aguda de las instituciones de salud de resolver las demandas y las necesidades de nuestras poblaciones. Eran problemas antiguos, problemas nuevos, procesos y excesos que dieron origen realmente a la crisis creciente asociada a algunas expresiones como el drama de desigualdad que todos hemos vivido y palpado muy de cerca, el aumento de los costos por la dependencia tecnológica que hemos desarrollado en perjuicio del trabajo clínico manual, la ineficiencia y el envejecimiento demográfico, entre otros.⁴¹

El deterioro de la calidad ha contribuido a inflar los costos y la ineficiencia de nuestros sistemas de salud, llevándonos a un grado de ineffectividad como médicos, lo cual se ha asociado con falta de responsabilidad y con deficiencias en nuestra capacidad de organización gerencial, tanto en el sector público como en el privado. También hemos sido testigos de conflictos en la definición de funciones y de la debilidad de nuestras instituciones para ejecutar funciones tradicionales, y mucho menos las nuevas que les han sido propuestas en estos tiempos, en función de su centralización, las tensiones para abrir democráticamente aquellos procesos de descentralización más visibles y la insuficiencia crónica de recursos. Si bien seguimos aún buscando soluciones, muchos de los procesos de reforma de los años 90, al haberse constituido como respuesta a situaciones de quiebra del sector, se han concentrado en la búsqueda de la mayor eficiencia de los recursos mediante el racionamiento explícito de los mismos y la focalización de servicios en función de la pobreza y criterios de costo-efectividad propuestos por sectores económicos.

Estos esfuerzos de reforma, la separación de funciones y los papeles de las distintas instituciones responden a planteamientos y criterios de eficiencia y costo-

efectividad que han tendido a desconocer la multidisciplinaridad, los criterios clínicos y éticos, favoreciéndose por un lado algunos servicios muy necesarios a expensas de otros que también pueden ser esenciales en momentos determinados. Esto refleja lo que ya se ha señalado en esta conferencia: la ausencia o la participación pasiva de nuestro gremio en muchos de los procesos de reforma de salud en América Latina y el Caribe.⁴²

La verdad es que la dinámica de reforma refleja muchas de nuestras preocupaciones legítimas. A pesar de ello, la expresión que hemos hecho de éstas se ha dado frecuentemente a expensas de otros elementos y valores que son críticos para nosotros, como la solidaridad, la ética, la integridad y la calidad, entre otros. En este sentido, pienso que nos toca reconocer responsablemente que algunas de nuestras actuaciones u omisiones han llevado a la intervención administrativa del sector salud. Entre éstas, quisiera señalar tres aspectos:

1. Pasividad. Frente al deterioro de la calidad de los servicios y de la infraestructura, en nuestra actualidad científica, ante el uso irracional de recursos y otras limitaciones gerenciales ante las necesidades de nuestros pacientes y de la sociedad, y ante el incumplimiento en ocasiones de nuestros propios códigos éticos.

2. Subordinación ética. Con frecuencia nuestras aspiraciones materiales han llegado a subordinar los valores éticos a nuestras necesidades económicas, llegando en algunos casos a la avaricia, lo cual ha sido agravado por un fenómeno descrito como la "bienización" de los servicios de salud, es decir, la comercialización/corporativización de la medicina.

3. Renuencia a responder. La renuencia que hemos tenido a responder por la calidad y el impacto de nuestros servicios.⁴³

⁴¹ Ibidem Boltvinik pág. 256

⁴² OPS-OMS. La Salud como Pilar Fundamental del Desarrollo Social de Iberoamérica. Volumen 41, numero 9. México 1991. pág 571

⁴³ Op. Cit pág. 623

Esta pasividad, subordinación ética y renuencia han resultado en cuestionamientos que no queremos oír, en la difusión de cosas que no nos agradan, en la redefinición de nuestro espacio en la sociedad en general, factores que tocan nuestra propia imagen de lo que hacemos, la forma en que nos insertamos en el equipo de salud, lo que percibe el público del cumplimiento ético y de lo que realmente hacemos en la práctica. El cuestionamiento público de nuestra praxis realmente llega hasta nuestro criterio clínico, sus bases científicas frente al improvisación diagnóstica y terapéutica que tenemos que reconocer es demasiado frecuente - hemos sido víctimas de la literatura científica de los visitantes médicos- así como de nuestra sensibilidad humana frente la desigualdad que vive nuestra región.

Igualmente importante ha sido el cuestionamiento de nuestra capacidad gerencial y de las formas organizativas vigentes para la prestación de nuestros servicios. Esto nos remite a una reflexión recurrente: ¿tiene sentido aún la visión de la medicina como apostolado?, ¿aceptamos realmente que ejercicio de la medicina es como cualquier otro empleo?, ¿han dejado de ser necesarias la mística, vocación y sentido de misión de nuestra profesión?

Por otro lado, nuestra hegemonía tradicional ha cedido ante las demandas crecientes de otros actores pero, ¿nos hemos adaptado a este cambio?; ¿estamos dispuestos y preparados a trabajar en equipo?

Nuestro espacio se ha redefinido, en su dimensión profesional con una inserción creciente como participantes en vez de ser líderes del trabajo en equipo, con la exigencia que hacen otros miembros del equipo de salud de respeto a sus intereses y con la especialización en contraposición con la integralidad de la medicina.

En el espacio laboral, la transición del ejercicio liberal individual a evolucionado hacia la medicina de grupo y, cada vez más, a ser funcionarios o

contratistas de corporaciones que no controlamos, y que tienen objetivos lucrativos que se contraponen a menudo a aquellos médicos y sociales.

En el espacio social, los niveles crecientes de educación e información han elevado los costos de salud pero al mismo tiempo nos exigen un mejor trato, una mayor sensibilidad frente a los procesos de enfermedad y pobreza, así como una participación social creciente en las decisiones médicas.⁴⁴

En la arena política, nuestra frecuente resistencia a los cambios enumerados también ha reducido nuestra influencia social y política frente al público que todos los días nos exige mayor responsabilidad y transparencia en la forma en que actuamos. Incluso desde el punto de vista legal, cada vez tenemos una mayor responsabilidad frente al paciente en cuanto a la calidad y seguridad de nuestra intervención, lo cual ha generado demandas crecientes de transferir aquellos procesos que tradicionalmente manteníamos dentro de la esfera gremial a la justicia común, fenómeno que es muy conocido en los Estados Unidos.

Desde el punto de vista de la visibilidad que ha adquirido la ética en el ojo público, la afirmación de que "la ética no es excusa para la ineficiencia" cobra vigencia al considerar que realmente el incumplimiento de nuestro propio código ético se ha vuelto mucho más visible. Por ejemplo, en la calidad entre los servicios públicos y privados, entre las personas que pagan y no pagan los servicios, en los incentivos asociados a la comercialización de la medicina, en los conflictos de intereses, algunos asociados a nuestra relación con la industria farmacéutica tanto a nivel individual como académica, y en temas de autorregulación, cobertura, ética y otros.

¿Cuál ha sido el resultado de todo esto? A raíz de estos y otros factores hemos dejado de participar en el diseño actual de reformas de salud: estamos

⁴⁴ Costo de la Asistencia Médica en la Seguridad Social: Panorama Internacional.. Editado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. México 1979.pág. 350

viendo reformas diseñadas por otros. Pese a los méritos indiscutibles que puedan tener esas reformas en materia de equidad y eficiencia, de racionalidad económica y gerencial, en la práctica encontramos cada vez más instancias en las cuales el criterio médico ha sido suplantado por indicadores económicos. No me cabe ninguna duda de que entre nosotros hay una conciencia de las omisiones en nuestras gestiones administrativas y clínicas que contribuyen y siguen contribuyendo a inflar el gasto de salud, a permitir el uso irracional de los recursos tecnológicos que tenemos a disposición. Hemos perdido demasiadas oportunidades para demostrar nuestra capacidad de aplicar el buen criterio médico y todos estos factores han generado un vacío crítico.

En términos generales, los gremios han ido madurando para alcanzar un equilibrio entre los aspectos socioprofesionales y los reivindicativos de nuestro quehacer, integrando otras disciplinas a las actividades gremiales. Pero también hemos resistido algunos aspectos de las reformas, como la descentralización o los intentos de iniciar sistemas de recertificación, sin haber planteado alternativas viables.⁴⁵

Creo que es importante que tomemos nuevamente las riendas de nuestra profesión: tenemos que demostrar nuestra sensibilidad humana, nuestra capacidad de administrar bien la atención que prestamos a cada persona bajo nuestra responsabilidad, nuestro afán de reforzar y mantener actualizada la base científica de cualquier acto clínico y la disposición de trabajar en equipo con personal de salud, con economistas, administradores y otros en la consecución de esa salud que sigue siendo el eje de nuestro apostolado. Debemos sumarnos con gran sentido de responsabilidad a los procesos de discusión y decisión que están buscando caminos frente a esa problemática común.

⁴⁵ Kliksberg Bernardo (compilador). **Innovadoras. Como Enfrentar la Pobreza Estrategias y Experiencias Organizacionales** Grupo Editor Latino Americano. Primera edición. México D.F. 1989. Reimpresión 1995. pág. 419.

- La democratización, la concertación y participación social creciente que forman parte de nuestra vida nacional en un mundo globalizado.

- La evolución epidemiológica, llamada por algunos transición, hacia una población de mayor edad y a patrones de enfermedad donde domina el estilo de vida del comportamiento de cada uno, lo cual representa un cambio fundamental.

- La redefinición de los papeles del equipo de salud.

Desde el punto de vista institucional:

- La separación de las funciones de prestación, financiación, regulación y rectoría y regulación, que han resultado en lo que podría llamarse un "pluralismo regulado o estructurado", la universalización de la cobertura y calidad vía la especialización de funciones.

Creo que de esta manera se prioriza la forma en que nos podemos insertar a ese diálogo del cual hemos estado ausentes. Los parámetros son: un proceso regulador participativo y constructivo, congruente con nuestros principios éticos en un marco de relaciones laborales fundamentado en derechos y deberes, incentivos y responsabilidades recíprocas y muy claras.

Estos elementos nos abren un espacio para negociar una propuesta radicalmente diferente a la forma en que hemos venido trabajando y relacionándonos con otros elementos del sector, tanto en la administración privada como pública. Y nos permite llegar con una propuesta innovadora, humanista, ética, integral y coherente realmente al objetivo que hemos planteado.

Desde el punto de vista del equipo de salud, el cambio epidemiológico que estamos viviendo debido al envejecimiento de la población plantea la necesidad de invertir el modelo piramidal clásico de una base amplia en la que somos realmente quienes damos servicios a ser médicos en los equipos de salud, facilitadores en un proceso de autocuidado que vamos a ver cada vez más, en el cual el individuo se responsabiliza por su comportamiento, y en el que el papel de la familia, amistades, el de las redes de autoayuda y por último el nuestro vienen a

constituir esa pirámide invertida que va a ser el eje técnico de la medicina durante el próximo siglo.⁴⁶

Esto implica tener que aprender nuevas destrezas, una modificación de comportamiento, una mejor comunicación social y otros factores que van a formar parte mucho más activa de nuestro repertorio de herramientas para atender a nuestra gente.

Para recuperar el protagonismo que hemos perdido y sumarnos a los debates y decisiones, debemos además recobrar la confianza de quienes nos están cuestionando, recuperar la autoridad moral que era la base de nuestro liderazgo y asegurar en nuestra práctica diaria la vigencia de nuestros valores éticos, científicos y profesionales.

Ahora bien, ¿cómo pasar de las palabras a una propuesta contundente para la aplicación del buen criterio clínico, tanto curativo como preventivo y demostrar que la aplicación juiciosa del criterio médico es tan costo-efectiva como otras modalidades de racionalización propuestas?

Tenemos que aplicar sistemáticamente los principios éticos a toda nuestra actuación. Tenemos que actualizar, consensuar y difundir esa visión de la convivencia social, rendir cuentas y estar dispuestos a ser evaluados por quienes servimos, no sólo en términos de calidad humana y científica, sino también de los procesos por los que tenemos que pasar para ello. Y tenemos que abrir un nuevo espacio social que nos comprometa con los efectos de nuestras acciones sobre la salud de nuestros semejantes con una agresividad inigualada hasta ahora en lo que se refiere a promoción y prevención de la salud.⁴⁷

Finalmente, debemos asegurarnos que los postulados de esta propuesta de reforma lleguen a fundamentarse sobre un equilibrio entre la equidad, la calidad, el costo y la ética. Nuestra propuesta nos debe llevar a la promoción proactiva y agresiva de una medicina multidisciplinaria que valore a la persona humana, que aplique métodos diagnósticos y científicos fundamentados en conocimientos

⁴⁶ Ibidem OPS-OMS pág. 876

⁴⁷ Ibidem OIT pág. 347

demostrados, que llegue a los que más lo necesiten, considere el impacto de su costo sobre la disponibilidad de recursos para la sociedad en conjunto y particularmente para aquellos que tienen menos. Igualmente, debemos estar conscientes de que la conducta ética no admite la subordinación de esta consideración a otros intereses, ni siquiera a los propios individuales ni de grupo.

Este es el desafío que tenemos frente a nosotros. Está de nuestra parte ahora como dirigentes del sector salud demostrar a quienes nos han querido apartar del debate de la reforma que sí somos capaces de asumirlo con la honestidad, el amor, la ética, la ciencia y el arte que son dignos de nuestra calidad profesional.⁴⁸

2.5.- Situación Actual del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se enfrenta hoy a importantes retos que habrán de acentuarse en el futuro cercano. Por un lado, el perfil demográfico del país está sufriendo una profunda transformación debido a los programas de planificación familiar y de vacunación universal, a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, al saneamiento básico y a la cobertura creciente de los servicios de salud. Esto está dando como resultado un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada, hecho que se asocia con una mayor prevalencia de problemas de salud más costosos, de larga evolución y de difícil prevención. Por otro lado, se han producido cambios en el perfil epidemiológico del país, lo que se expresa en una coexistencia de los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones (cuya prevención y tratamiento requieren de cuantiosos recursos) con algunas enfermedades transmisibles y los padecimientos de la nutrición y la

⁴⁸ Luhmann, n. (1991). Sistemas Sociales (México, Alianza), Pág. 269

reproducción, que lejos de haber desaparecido, siguen presentes en diversos segmentos de la población marginada.⁴⁹

Si bien el SNS ha alcanzado logros indiscutibles, es poco probable que bajo su actual forma de organización (por grupos de población) pueda superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y garantizar una provisión eficiente de servicios de alta calidad. El Sistema adolece de cuatro graves problemas: la ausencia de incentivos a la calidad y eficiencia, el centralismo, las duplicidades y la cobertura insuficiente.

Por estas razones, en la actual Administración se ha planteado llevar a cabo una reforma al SNS cuyas estrategias centrales son las siguientes: 1) la descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta, 2) la ampliación de la Seguridad Social en el medio urbano con capacidad de prepago, y 3) la ampliación de los servicios de salud estatales a la población marginada del medio rural y urbano, a través de la canalización de mayores recursos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (paquete básico).⁵⁰

En concordancia con estas líneas estratégicas, la Secretaría de Salud (SSA) inició la descentralización de los servicios de salud a los estados, se sentaron las bases para descentralizar las decisiones y acciones de la SSA y de las instituciones que atienden a la población abierta, y para desconcentrar sus respectivos presupuestos. Además, se crearon diversas instancias para una mejor coordinación funcional del Sistema, dentro de las que destacan el Gabinete de

⁴⁹ Gonzalez Carvajal Eleuterio. **Diagnostico de Salud en México**. Editorial trillas. México D.F. 1988.

⁵⁰ Secretaria de Salud **Paquete Básico de Servicios de Salud**.. Primera edición. Octubre de 1997.

Salud y el Consejo Nacional de Salud y se publicaron diversos acuerdos para apuntalar el proceso descentralizador.⁵¹

Por otro lado, se buscó el fortalecimiento de programas que permitieran extender la cobertura de los servicios básicos a poblaciones que residen en las localidades de mayor marginación, con énfasis en las campañas y los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva; se reforzaron las acciones dirigidas al control de las principales enfermedades transmisibles, en particular de las inmunoprevenibles, las diarreicas, el cólera, y las infecciones respiratorias agudas; se rediseñaron los programas de promoción de la salud, fomento sanitario y de prevención de riesgos y daños; y se redefinieron aquellas tareas dirigidas a la protección de la salud de los efectos del medio ambiente. En particular, se extendieron las actividades orientadas a atender las necesidades de salud y nutrición de las poblaciones indígenas, y se diseñaron programas específicos para fortalecer dichas actividades en el corto plazo. En estos primeros meses del año los esfuerzos se concentraron en las poblaciones más necesitadas de Chiapas y de la Sierra Tarahumara en el estado de Chihuahua.

Este esfuerzo se ha realizado en un contexto económico adverso que ha impactado fuertemente a todo el SNS, tanto en materia presupuestal como en el incremento de la demanda por los servicios públicos de salud producto de las menores tasas de empleo. Cabe destacar que este incremento de la demanda, que se estima ha sido de alrededor del 10.0 por ciento, ha sido enfrentado con oportunidad y eficacia.⁵²

2.5.1.- Descentralización de los Servicios de Salud

La descentralización constituye uno de los puntos centrales del *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000* en materia de salud. Esta pretende transferir facultades, atribuciones y recursos del Gobierno Federal a los gobiernos estatales

⁵¹ Ibidem Secretaría de Salud pág. 38

⁵² Hernández Laos E El Crecimiento Económico y la Pobreza en México. Una agenda para la

y municipales para hacer más ágil, oportuna y eficiente la operación local de los servicios. La descentralización busca además, una definición más transparente de competencias y de responsabilidades y una creciente participación comunitaria en los sistemas estatales de salud.

El esfuerzo principal para avanzar en el federalismo se centra en la dimensión del manejo de los recursos humanos, materiales y financieros, ya que la esencia de la descentralización radica en el control sobre la asignación y uso de los recursos que actualmente se tienen centralizados en su gran mayoría.

Desde principios de este año, se inició el proceso para la descentralización de estos recursos. Se llevaron a cabo reuniones del Consejo Nacional de Salud entre las áreas centrales de la Secretaría de Salud y los jefes de los Servicios de Salud de los estados para definir la estrategia y puesta en marcha de la descentralización de tales recursos. Como resultado de este esfuerzo se identificaron los rubros a descentralizar y se definieron las formas y los tiempos para su ejecución.

Los estados tendrán la libertad y la responsabilidad de la asignación y manejo de todos sus recursos asignados, salvo la construcción de hospitales de tercer nivel. Para asegurar un estándar mínimo de salud y el cumplimiento de las políticas y estrategias nacionales, se está definiendo un irreductible de acciones que los estados deberán llevar a cabo y por lo tanto presupuestar.

En lo que se refiere al proceso de descentralización, se procedió a elaborar un diagnóstico de las capacidades gerenciales de los estados y de su legislación, para identificar las necesidades de capacitación y apoyos adicionales requeridos para absorber las nuevas responsabilidades. Esto dio origen a una serie de cursos y talleres que han venido impartiendo las distintas áreas centrales de la SSA al personal estatal.

La descentralización de los recursos humanos será una de las tareas más delicadas del proceso. Por ello, se han analizado ya experiencias en otros sectores y se han elaborado las primeras estimaciones de sus costos financieros. Se han iniciado también las pláticas con el sindicato para garantizarle el respeto absoluto a sus derechos laborales.

Una de las tareas claves para un funcionamiento autónomo de los estados en 1996 es que éstos elaboren sus programas y presupuestos con el total de los recursos que serán descentralizados. Por ello, este año la programación y presupuestación de los estados incorporará adicionalmente todos los rubros que serán descentralizados.

En lo que se refiere a la descentralización de las áreas sustantivas, conviene señalar que una parte importante de las funciones se realizan ya de manera descentralizada. De cualquier forma, después de una revisión exhaustiva, se han definido, de entre aquéllas que permanecen centralizadas, las que pueden ser transferidas a los estados. Actualmente se consulta con ellos sobre las formas y los tiempos para hacerlo.⁵³

El traspaso de algunas funciones o actividades requerirá de un reforzamiento de las capacidades estatales. En ese sentido, se ha iniciado ya la elaboración de diagnósticos sobre necesidades de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y servicios en las 32 entidades federativas del país. Se han impartido cursos al personal de los estados en el manejo de la información epidemiológica necesaria para la toma local de decisiones, y se diseñan actualmente los servicios de referencia epidemiológica para las entidades que no cuenten con laboratorio estatal de salud pública. En materia de control sanitario de bienes y servicios, se elaboró la Guía para la Descentralización del Programa de Regulación y Fomento Sanitario de Bienes y Servicios.

⁵³ Ibidem Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud pág. 385

Se han iniciado los trabajos y mecanismos de concertación para refinar las estrategias de descentralización y sus alcances con gobernadores y otras autoridades estatales, con las globalizadoras (SHCP y SECODAM), y con la Coordinación Nacional para la Descentralización.⁵⁴

2.5.2.- Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud

Al inicio de la presente Administración, se creó el Gabinete de Salud con el fin de hacer más eficiente la coordinación sectorial y garantizar la consistencia entre la política y las acciones de las diferentes dependencias con los lineamientos marcados en el *Plan Nacional de Desarrollo*. En este órgano coordinador se sentaron las bases de la reforma de la Secretaría de Salud en su sentido más amplio, de tal manera que la reforma a la Seguridad Social y a los Servicios de Salud a población abierta evolucionen en forma complementaria.⁵⁵

Con el objeto de lograr una mayor coordinación del sector, se fortalecieron y reestructuraron diferentes consejos y comités. El Consejo Nacional de Vacunación se vinculó con la Dirección General de Epidemiología con el fin de identificar áreas geográficas de responsabilidad por institución para la aplicación del Programa de Vacunación Universal. Para tal efecto, las normas de acción y los sistemas de información de las instituciones participantes se homologaron y se promovió la creación de los Consejos Estatales de Vacunación en todas las entidades federativas. Con el propósito de unificar los criterios, procedimientos y contenidos de estos consejos, se instaló el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

⁵⁶

Por otro lado, se realizan acciones coordinadas para el desarrollo de un programa integral de salud mental. Por su parte, el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea conjuntamente con el Consejo Nacional para la

⁵⁴ Ibidem OPS-OMS pág. 267

⁵⁵ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000. pág 75

Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), han reforzado acciones para promover una sexualidad más saludable y fortalecer el Programa de Sangre Segura.

Se creó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, en el que además de las instituciones del sector salud participan el Instituto Nacional Indigenista, el Consejo Nacional de Población y cinco organizaciones no gubernamentales. Se formaron también los Comités Nacionales de Lactancia Materna y de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, y se promovió su réplica en cada entidad federativa.

Asimismo, se reforzaron las actividades del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas, impulsando de esta manera las políticas, estrategias y coordinación de acciones que le corresponden⁵⁷.

2.5.3.- Cobertura

El Programa de Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud es uno de los cinco grandes programas del *Plan Nacional de Desarrollo* en el área de la salud. Por esta razón durante la presente Administración se ha venido desarrollando una estrategia de reorganización de los servicios con el fin de ampliar en el mediano plazo la cobertura a alrededor de 10 millones de personas que por razones geográficas o culturales actualmente carecen de acceso regular a los servicios esenciales. La ampliación de la cobertura se dará a través de un paquete básico de servicios que contempla tres grandes acciones de salud: medicina preventiva, nutrición infantil y salud reproductiva. De la misma manera se han incrementado los esfuerzos para mantener y ampliar la cobertura de los programas prioritarios vigentes.

Como punto de partida de esta estrategia de reorganización, el Consejo Nacional de Salud realizó una encuesta en las 32 entidades federativas con el

⁵⁶ Ibidem Gonzalez pág 59

objeto de identificar la magnitud de la subutilización de la capacidad instalada en las unidades médicas de primer nivel de atención. Esta encuesta, además de proporcionar importantes elementos cualitativos sobre la situación que guardan los servicios, permitió detectar a 256 unidades que actualmente no están operando por falta de recursos. Para superar esta situación, el propio consejo dictó acuerdos encaminados a la dotación de recursos y al mejoramiento de la planta física y de los equipos de estas unidades, lo que permitirá el acceso a servicios básicos de salud a un número importante de mexicanos que carecían de ellos. En este sentido ya se han abierto al servicio público cuatro hospitales generales, un hospital psiquiátrico y cinco centros de salud.⁵⁸

Con el PASSPA en este último año se proporcionó atención a 3.0 por ciento de la población que hasta ese entonces no tenía acceso regular a los servicios de las zonas rurales y urbanas marginadas de las cinco entidades en donde opera el programa.

Por otra parte, mediante el Programa Emergente para Grupos Vulnerables se logró la ampliación de la cobertura de ciertos grupos desprotegidos, especialmente en el estado de Chiapas y la Sierra Tarahumara. Para enfrentar los principales daños y disminuir los riesgos a los que está expuesta la población en estas regiones, se han realizado diversas intervenciones en un esfuerzo conjunto y coordinado de participación entre población, estado y Federación. La participación de la población y del personal de salud para contender conjuntamente con diversos problemas de índole médico-social, está apoyada en 34 comités de salud activos.

Entre las principales acciones realizadas en Chiapas durante la presente Administración en materia de infraestructura y equipo, destaca la asignación de recursos del PASSPA para la construcción de 10 unidades de primer nivel, la adquisición de 10 ambulancias y 15 unidades móviles, así como la puesta en

⁵⁷ Ibidem Secretaría de Salud Pág 371

operación del tomógrafo del Hospital de Tuxtla Gutiérrez y el equipo de radioterapia del Hospital de Tapachula. Este programa también incluye la capacitación permanente a técnicos de atención primaria y a parteras empíricas de esta localidad, y la contratación de 100 brigadistas para el control del cólera, atención a enfermos y acciones preventivas en perímetro.⁵⁹

Los Estudios de Regionalización Operativa que analizan las deficiencias y duplicaciones en materia de instalaciones físicas de salud han sido terminados. Estos estudios orientan los programas de inversión de las distintas dependencias y en especial la construcción de nuevas unidades de la SSA.

En materia de alimentación y nutrición, a través de la SSA en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Secretaría de Educación Pública, se orientan acciones hacia la población diagnosticada como desnutrida y desnutrida grave. Estas acciones se ven reforzadas por el Programa de Salud Escolar en el que los médicos dan pláticas a los alumnos sobre nutrición, higiene y salud.

En la región de Las Cañadas, se apoya un programa para la provisión de un paquete básico de servicios con recursos de la Secretaría de Desarrollo Social. A través del Programa Hospital Digno se instalaron Comités de Salud en 11 hospitales de la SSA y en un hospital no gubernamental para establecer mecanismos de recepción y atención de quejas, y de contraloría social con el fin de mejorar la calidad de los servicios.

Entre las acciones realizadas en la Sierra Tarahumara, de Chihuahua destaca la asignación de presupuesto adicional para reforzar la capacidad instalada de la zona, mediante la contratación de personal médico y de enfermería en 16 centros de salud y de cuatro especialistas en el hospital de Santa Teresita en la localidad de Creel. Asimismo, se determinó financiar la rehabilitación de 40

⁵⁸ Ibidem Programa Nacional de Salud pág 355

⁵⁹ Ibidem Programa Nacional de Salud pág. 278

centros de salud, la adquisición de instrumental y equipo médico y el abasto de medicamentos y material de curación básicos para todas las unidades médicas de la zona.

Se contrató personal médico y paramédico suficiente para integrar y operar 10 unidades móviles que atienden a 2 352 familias residentes en 452 comunidades rurales dispersas de nueve municipios de la región, con énfasis en la vigilancia del estado nutricional de los menores de 5 años, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, inmunizaciones, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y derivación de enfermos a unidades de atención médica.

Con la asesoría técnica del Hospital Infantil de México, se integran y distribuyen periódicamente 1 024 despensas, con fórmulas de bajo costo y alto valor nutritivo para beneficiar un número similar de niños identificados con algún grado de desnutrición. Adicionalmente, se capacitaron 191 instructores comunitarios bilingües en la conservación y uso de las despensas quienes conjuntamente con 146 promotores voluntarios, apoyados por gobernadores indígenas y personal de salud, promueven el mejor aprovechamiento de estos recursos.

2.5.4.- Prevención y Control de Enfermedades

En el área de la prevención y control de enfermedades los logros recientes más importantes han sido en el campo de los padecimientos inmunoprevenibles. Los mejores ejemplos son la erradicación de la poliomielitis y la eliminación de la difteria del territorio nacional.

El último caso confirmado de polio se registró en octubre de 1990 y desde finales de 1991 no se ha registrado un sólo caso de difteria. Estos logros son resultado de la consolidación del Programa de Vacunación Universal, que ha

alcanzado coberturas superiores al 95.0 por ciento en la población infantil, gracias sobre todo a las Semanas Nacionales de Salud.

Con el fin de mejorar la atención médica y social de los afectados directa o indirectamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha consolidado la función normativa mediante el CONASIDA.

A pesar de que hay un descenso en el número de casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea y una estabilización en el número de casos notificados, el SIDA afecta ya a las zonas rurales y es una de las principales causas de muerte en hombres jóvenes. Por ello, la Secretaría de Salud ha insistido en la integración de los programas del SIDA con los de Salud Reproductiva, Atención a Grupos Vulnerables y Atención a Adolescentes.

A través del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e infecciones respiratorias agudas se logró un 24.8 por ciento adicional de reducción en las tasas de mortalidad infantil causadas por enfermedades diarreicas. La incidencia de las enfermedades respiratorias agudas mostró una reducción de 46.0 por ciento durante el primer semestre de este año en relación al mismo periodo del año anterior.

El Programa de Prevención y Control del Cólera ha intensificado sus esfuerzos para combatir el incremento en el número de casos. El aumento se debió a una modificación del comportamiento epidemiológico del *Vibrio cholerae* donde se observó una mayor transmisión y diseminación al encontrar condiciones ecológicas favorables que propiciaron su presencia y porque se ha intensificado la búsqueda de personas contagiadas. Sin embargo, los brotes registrados han sido atendidos con oportunidad y controlados en menos tiempo que en años anteriores.

En este sentido, se ha dado atención especial a la capacitación del personal médico para disminuir a niveles internacionales la tasa de letalidad por esta enfermedad: así, en los últimos meses, aunque ha aumentado el número de casos, se ha logrado pasar de una letalidad de 2.8 a 1.1 por ciento de los afectados.

2.5.5.- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

La salud reproductiva es parte esencial del paquete de servicios básicos de salud para la población. El nuevo Programa de Salud Reproductiva Integral comprende acciones sustantivas en planificación familiar, atención materno-infantil, salud de la mujer y salud reproductiva para los adolescentes.

Las acciones de planificación familiar en los últimos años, han disminuido la tasa global de fecundidad a nivel nacional, la cual se estima en 2.8 hijos por mujer para finales de 1995. Esto repercute en un descenso de la tasa de crecimiento total de la población a cerca de 1.8 por ciento.

Estas acciones incluyen la aplicación de un nuevo método anticonceptivo inyectable desarrollado en México que tendrá repercusiones importantes en la cobertura comunitaria del programa, la promoción de la anticoncepción postparto y la vasectomía sin bisturí. Esta última muestra una participación más activa del varón en el Programa de Planificación Familiar: el número de vasectomías aumentó cinco veces entre 1993 y 1995. Se estima para finales de este año tener una cobertura de más de 2 millones de usuarios activos de métodos anticonceptivos modernos en la SSA.

Se amplió el Programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre el cual, a finales de 1995 tendrá certificadas a más de 290 unidades hospitalarias de la SSA. Las acciones de atención materno-infantil están dirigidas a la disminución de la morbi-mortalidad en este grupo de población, tendiente al cumplimiento de los compromisos de México ante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Un nuevo componente del Programa de Salud Reproductiva es la atención integral para los adolescentes, el cual a finales de este año tendrá cobertura nacional. Los servicios a los adolescentes comprenden información, orientación y atención médica. Se ha puesto énfasis en áreas rurales y en las zonas suburbanas de alta marginación; y se han realizado actividades de promoción en medios masivos de comunicación y de comunicación interpersonal.⁶⁰

2.5.6.- Promoción de la Salud

La promoción de la salud es un tema de alta prioridad del Gobierno de la República y constituye un eje fundamental de los programas del sector. La promoción comprende cuatro acciones principales: la educación para la salud, la capacitación, la comunicación educativa, y la organización de la participación social.

La educación para la salud se ha seguido impartiendo de manera cotidiana, tanto en planteles escolares de todos los niveles como en las propias instalaciones de salud. Con el fin de desarrollar una cultura de la salud, en el ámbito escolar se desarrollan acciones coordinadas de promoción de la salud con la participación de maestros, padres de familia, sociedad y autoridades locales, para la prevención y detección de problemas de salud. Los temas abordados abarcan desde la vacunación y la detección de problemas de agudeza visual y auditiva, hasta el cuidado de la salud bucal.

La capacitación, cuyo objetivo es proporcionar los elementos necesarios para participar en las acciones de educación para la salud se ha concentrado en los recursos humanos comunitarios, que se han convertido en un indispensable apoyo para que las comunidades hagan suyos los proyectos en favor de la salud.

Con el propósito de lograr una mayor cobertura informativa y educativa sobre los principales problemas de salud, se diseñaron e instrumentaron diversas

⁶⁰ Ibidem OPS-OMS pág. 465

campañas de salud en medios audiovisuales e impresos. Destacan las relativas a la prevención y control del cólera, rehidratación oral, prevención de infecciones respiratorias agudas, rabia, dengue, paludismo, prevención del SIDA, salud reproductiva, y las semanas nacionales de salud.

La participación social se ha canalizado a través del programa de Municipios Saludables, mediante el cual se impulsan políticas públicas en favor de la salud, tomando en cuenta la participación y opinión de ciudadanos y organizaciones para la elaboración de planes y proyectos de salud municipal.⁶¹

Con el fin de disminuir los índices de morbi-mortalidad asociada con el sedentarismo, se diseñó el Programa Deporte para la Salud para fomentar la práctica constante y adecuada del ejercicio y actividades físicas. Con la participación de las instituciones de los sectores salud, educativo y deporte, así como de los sectores privado y social, se iniciará la difusión de los programas de actividad física desarrollados por especialistas de alto nivel, para auxiliar en la prevención y/o control de afecciones cardiovasculares, hipertensión, diabetes, obesidad, osteoporosis, y otros problemas crónico-degenerativos, así como para el acondicionamiento físico general.

Por otro lado, ante el impacto negativo que sobre la salud continúa teniendo un fenómeno de prevalencia internacional, como lo es el de las adicciones, se actualizaron los programas contra el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia, atendiendo al mejor conocimiento que sobre sus causas y efectos tenemos en la actualidad, y a la necesaria corresponsabilidad por parte de todos los sectores que conforman nuestra sociedad.

⁶¹ FUNCASE-CFEE (1994). «Cómo Relacionar la Educación con la Economía y el Desarrollo Local», en Educación y Desarrollo (Santiago de Chile, FUNCASE). pág. 470.

2.6.- Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral

(CONOCER)

El Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional (programa IBERFOP), fue promovido en la V Cumbre Iberoamericana celebrada en Bariloche, Argentina, en 1995 y ratificado en la VI Cumbre celebrada en Viña del Mar en 1996.

Los principales objetivos del Programa IBERFOP son los siguientes:

- Elaborar una propuesta metodológica que oriente sobre los diferentes enfoques innovadores y metodologías que permitan el análisis del mercado de trabajo y facilite la adaptación a modelos de cualificación basados en el enfoque de la competencia laboral.
- Analizar el sistema productivo, considerando su dinámica de desarrollo futuro, para definir los perfiles profesionales y detectar los criterios de adecuación de la oferta formativa a la demanda de los mercados.
- Elaborar propuestas en cada país de programas de adaptación de los sistemas y subsistemas de formación técnico-profesional basadas en la aplicación de estos enfoques metodológicos.
- Articular las condiciones institucionales, creando mecanismos de coordinación permanente y los diseños curriculares adecuados para un sistema de formación basado en competencias ⁶²

Del 23 al 25 de junio de 1997, la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) llevó a cabo la Primera Reunión de Ejecución del Programa IBERFOP en Madrid, España; en esta reunión se integró el Comité Ejecutivo de IBERFOP por representantes de Argentina,

⁶² Gonczi, A., y Athanasou, J. (1996). «Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia», en: Argüelles, A.: Competencia laboral y educación basada en normas de competencia (México) pág. 335

España, Chile, México y la OEI, se discutieron los antecedentes y avances del Programa, la importancia de la formación profesional basada en competencia laboral y de su instrumentación como una forma de elevar la calidad de la educación y de vincularla con las necesidades de los individuos y del sector productivo.

El trabajo que desarrolla el Programa IBERFOP se articulará mediante reuniones internacionales en las que participarán representantes del sector educativo de cada país, apoyados por un equipo de expertos que actuará a través de asistencia técnica y desarrollará propuestas de tipo técnico para, posteriormente, adoptarlas y aplicarlas al análisis de la problemática de cada país. Dentro de los trabajos que contempla este programa para 1997 resalta la elaboración de tres documentos, entre los que se encuentra el que ahora se presenta. Dichas monografías destacan por el hecho de que constituyen un programa de asistencia técnica para América Latina, el cual profundiza en la concepción de formación profesional en un sentido amplio y flexible con orientación en competencia laboral en el marco de la tendencia mundial que prioriza esta línea de análisis. Sobresalen diversas razones por las cuales esta línea de análisis es importante para los países de América Latina:

En primer lugar, porque enfatiza y focaliza el proceso de desarrollo económico y social sobre la revalorización de los recursos humanos y la capacidad humana para participar en dicho proceso. De esta manera, constituye una posibilidad de recuperar la humanización del trabajo, es decir, centrar nuevamente el proceso de crecimiento económico y desarrollo social en el ser humano, como agente y beneficiario del cambio.

Una segunda razón es porque este enfoque parece responder mejor que muchos otros a la necesidad de encontrar un punto de convergencia promisorio entre educación y empleo; entre los esfuerzos educativos y de formación de la mano de obra, por una parte, y el funcionamiento del mercado de trabajo, por la otra. Se trata no sólo de crear más puestos de trabajo, sino también mejores puestos de trabajo. }

En tercer lugar, porque el enfoque de competencia se adapta a los nuevos requerimientos en la organización del trabajo en el ámbito internacional bajo una multiplicidad de formas.⁶³

2.6.1.- Consideraciones básicas

El mundo está experimentando cambios profundos y acelerados en todos los ámbitos. Las nuevas relaciones en la producción, circulación y distribución configuran una economía internacional más competitiva y una virtual revolución en la organización, tipo y contenido del trabajo.

Así, los cambios en el proceso productivo, los adelantos tecnológicos, la nueva forma de organización laboral y los requerimientos para competir en mercados internacionales han modificado sustancialmente el mercado de trabajo, que se ha vuelto más dinámico. La configuración y contenido de las ocupaciones se torna más compleja. Los empleos ahora requieren más conocimientos y menos habilidades físicas. Los temas ligados a tecnología, trabajo, capacitación y gestión de recursos humanos son tratados como cuestiones centrales de la competitividad y productividad modernas.⁶⁴

Desde el punto de vista de la organización de los procesos de producción, se asiste a una revalorización del capital humano; el perfil del trabajador que se demanda también cambia, exigiéndose un conjunto de nuevas competencias cognitivas, sociales y tecnológicas. Se requiere que la persona sea capaz de adaptarse y promover una nueva forma de organización para el trabajo, caracterizada por estructuras menos jerarquizadas, y que desarrolle actividades variadas y diferenciadas. Se requiere, así, de recursos humanos cualificados, sobre una base más compleja, diversa e integral.

De este modo, la responsabilidad del trabajador ya no se circunscribe a ejecutar una acción permanente y rutinaria, sino que consiste además en analizar

⁶³ Ibidem Gonczi pág. 120

⁶⁴ Gonczi, A. (1997). «Problemas Asociados con la Implementación de la Educación Basada en la Competencia: de lo Atomístico a lo Holístico», en Formación basada en competencia Laboral (México, CONOCER-OIT/CINTERFOR

el proceso con un enfoque integral, para lograr la mejora continua del mismo y su adaptación al cambio. Entre las nuevas formas de organización del trabajo, cabe destacar la ampliación y enriquecimiento de tareas, la polivalencia de la mano de obra, la organización modular y los grupos semiautónomos de trabajo. Asimismo, es cada vez más frecuente el involucramiento de los trabajadores en el control de calidad y la planificación del trabajo, en la integración de equipos, en el mantenimiento preventivo del equipo, en el diagnóstico y solución de problemas de la producción y en la rotación de tareas.

Las transformaciones en el contexto laboral, tendentes a forjar este nuevo tipo de trabajo y trabajador, se han circunscrito a dos ámbitos principales: cambios en la flexibilidad y polivalencia en el desempeño ocupacional, y capacitación y nueva competencia o calificación en los trabajadores.⁶⁵

El proceso de flexibilización de las relaciones laborales ha transformado algunos de los mecanismos de los mercados internos de las empresas, entre los que destacan:

- a) La contratación de un trabajador tiende a realizarse más que sobre un puesto de trabajo tradicional, sobre un perfil ocupacional en el que se enriquecen y amplían las tareas laborales y se enfatiza el trabajo en equipo.
- b) La estructura salarial tiende a establecer salarios más asociados al conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes de los trabajadores, que a la antigüedad que tengan en el puesto.
- c) La adquisición de capacitación y el desarrollo de habilidades cobran mayor importancia en la conformación de los escalafones.

La estricta definición de los puestos de trabajo y de las tareas a desempeñar constituye hoy en día un elemento de rigidez en el modelo productivo al que se

⁶⁵ Gonczi, Andrew (1994). **Perspectivas internacionales sobre la Educación Basada en Competencias.**
Edit. CONOCER-OIT Pág 248

aspira. Desde esta perspectiva se hace necesario flexibilizar la actividad productiva de los trabajadores, así como hacerla más diversificada y transferible en respuesta a las nuevas y cambiantes condiciones de trabajo. En este sentido, la flexibilidad del trabajo implica la necesidad de ocupar a trabajadores en áreas diferentes en función de sus conocimientos y de acuerdo con la coyuntura a la que se enfrente la empresa.

Por su parte, la polivalencia del desempeño laboral implica que el trabajador transfiera sus conocimientos y habilidades al conjunto de actividades que tienen que ver con la totalidad del proceso productivo en el que participa, desde la producción directa (control, operación y mantenimiento de equipo) hasta la toma de decisiones colectivas ante condiciones especiales relativas a los insumos, mejora de procesos y rotación de tareas.⁶⁶

Por otro lado, las calificaciones exigidas en este nuevo modelo productivo contrastan significativamente con aquellas relacionadas con la lógica taylorista de remuneración y de definición de puestos de trabajo, ya que ahora se da mayor importancia a la capacidad de pensar, de decidir, de actuar con iniciativa y responsabilidad, de fabricar y negociar y de administrar la producción y la calidad.

Desde esta perspectiva, la calificación de un trabajador deberá permitirle transitar de una visión parcial y fragmentada a una del conjunto del proceso de trabajo en el que se inserta, que le permita juzgar, decidir, intervenir y proponer soluciones a problemas concretos que surgen cotidianamente en el interior del proceso de trabajo.

El nuevo contexto económico y laboral exige, a su vez, el diseño e incorporación de esquemas novedosos en los campos de la organización y la actividad productiva, en los que el elemento humano se constituye en una de las

⁶⁶ CONOCER, (1996). Reglas generales y específicas de los sistemas normalizado y de certificación de competencia laboral (México, CONOCER) pág. 344.

piezas clave para alcanzar los niveles de competitividad, productividad y excelencia de las economías nacionales.⁶⁷

Así, ante los procesos productivos flexibles, que cada día tienen más presencia en la economía internacional, el modelo tradicional de educación y capacitación pierde eficacia. Ello hace necesario proponer alternativas que cierren la distancia entre la oferta de formación y las necesidades de los trabajadores. En concordancia con las nuevas formas de organización de la producción, se requiere un modelo educativo y de capacitación que reconozca que cada individuo tiene capacidades distintas, necesidades de aprendizaje particulares, es decir, que cada persona aprende de maneras diversas y a diferentes ritmos.

Por todo esto, el nuevo modelo de formación y capacitación tendrá que ser flexible, no sólo en cuanto a su estructura, sino en su capacidad para incorporar de manera organizada diversas formas de aprendizaje. Para alcanzar la flexibilidad requerida, el modelo debe ser capaz de reconocer y otorgar validez a formas de aprendizaje diferentes de aquellas que son producto de la escuela y la capacitación tradicional en los centros de trabajo. La flexibilidad, el establecimiento de equivalencias entre capacidades alcanzadas por diversas vías y la posibilidad de alternar estudio y trabajo toda la vida serían imposibles sin un referente claro que establezca paridad de conocimientos, habilidades y destrezas, con independencia de la forma en que hayan sido adquiridos, es decir, en relación con las llamadas competencias laborales.⁶⁸

Actualmente, las empresas a escala internacional han tomado conciencia de los requerimientos arriba planteados, por lo que la tendencia en el sector productivo es a invertir en su capital humano mediante acciones de capacitación que procuren el alto desempeño y desarrollo de las habilidades, conocimientos y actitudes que requieren los nuevos procesos productivos, o, en otras palabras, en sus competencias laborales. Estas tendencias se inscriben dentro de lo que

⁶⁷ Ibidem Gonczi, pág. 171

⁶⁸ Ibarra, a. (1996). «El sistema normalizado de competencia laboral», en Arguelles, A.: Competencia Laboral y Educación Basada en Normas de Competencia (México DF, Limusa) pág 233

algunos especialistas denominan organizaciones basadas en el conocimiento, en donde resulta esencial promover el aprendizaje en diferentes niveles: individual, en equipo y en el ámbito de la organización o empresa. En este tipo de organizaciones, la capacitación se integra al trabajo actual, emergiendo como un producto más del trabajo que como un aspecto independiente de las actividades de la empresa. El aprendizaje, de esta forma, se convierte en una responsabilidad diaria tanto de los directivos como de los trabajadores, y su trabajo por sí mismo se presenta como el proceso primario de aprendizaje.⁶⁹

De este modo, la formación y capacitación orientada por competencias se concentra en los resultados alcanzados por las personas en su desempeño laboral, y no en los certificados o diplomas escolares obtenidos.

Conscientes de lo anterior, y paralelamente al desarrollo de estrategias productivas competitivas, diversos países han emprendido, desde el sector público, la revisión y reforma a fondo de sus esquemas de formación de recursos humanos, en busca no sólo de forjar la nueva competencia laboral que requieren de su fuerza de trabajo, sino, en mayor medida, de propiciar mejores oportunidades de empleo y desarrollo personal de los trabajadores.

El horizonte inmediato de calificaciones de la fuerza de trabajo perfilado por muchos países plantea que, para afrontar los retos del nuevo siglo, cada trabajador deberá estar dotado de las habilidades básicas y de un dominio técnico productivo, así como de actitudes clave que le permitan adaptarse fácilmente a nuevas condiciones tecnológicas de trabajo.⁷⁰

En este contexto, el concepto de competencia cobra un significado relevante como eje de nuevos modelos de educación y de organización del trabajo. Este concepto ha sido definido e identificado desde una variedad de perspectivas y enfoques: desde aquellas que asocian la competencia de manera directa con las exigencias de una ocupación y que la describen en términos de lo que debe

⁶⁹ Mertens, L (1997). **Competencia Laboral: sistemas, surgimiento y modelos** (México, CONOCER-CINTRFOR/OIT). Pág. 319

⁷⁰ Op. Cit. Mertens, pág. 153.

demostrar el individuo, hasta las que enfatizan el análisis en los elementos cognitivos, implícitos en lo que el sujeto físicamente debe hacer. No obstante, las

dos se centran en el desempeño y en las condiciones concretas de la situación en que dicho desempeño es relevante.

Por otro lado, la aplicación del concepto de competencia en cada país depende directamente de sus formas particulares de desarrollo y del diseño de sus políticas educativas y laborales. Así, aunque los planteamientos han sido y continúan siendo muy específicos en cada experiencia, subyacen al mismo tiempo rasgos comunes y complementarios.

Otro aspecto fundamental en esta noción de competencia se refiere a su carácter de unidad. Es decir, la competencia tiene un sentido propio porque conforma una totalidad, y aunque pueda desagregarse en componentes, éstos por separado ya no constituyen la competencia.

Si hablamos del desempeño como un punto de convergencia o de puesta en juego de varios elementos relevantes ante una situación, entonces ser competente o mostrar competencia en algo que implica aludir a esa convergencia, y no a la suma de cada uno de los elementos que están involucrados, o a la ejecución parcial de cada uno de ellos. La convergencia de esos elementos es lo que da sentido, límites y alcance a la competencia.

Esta noción implica que el desempeño es un proceso continuo en el que los individuos pueden ir desarrollándose en términos de autonomía y en el que no se privilegian ni el deber, ni el saber hacer, sino donde se asume que la importancia relativa de éstos puede variar en función de lo que demanda la situación en que se concreta el desempeño.⁷¹

Es en este contexto donde se inscribe el presente documento titulado: Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo, cuyo objetivo es la descripción y

⁷¹ Kliksberg Bernardo (compilador). **Innovadoras. como enfrentar la Pobreza Estrategias y Experiencias Organizacionales** Grupo Editor Latino Americano. Primera edición. México D.F. 1989. Reimpresión 1995 pág. 356

análisis de algunas de las distintas metodologías y enfoques para la identificación de competencias laborales. El propósito es describir las diversas interpretaciones y aplicaciones de los variados enfoques, resumir los procesos relacionados con su introducción y desarrollo y analizar sus beneficios potenciales.

Cabe señalar que este documento hace referencia a las tres metodologías principales, que han desarrollado experiencias concretas en la identificación de competencias:

- El Análisis Conductista.
- El Análisis Constructivista.
- El Análisis Funcional.

Estos diferentes enfoques se presentan a lo largo de tres de los cuatro apartados que componen el documento, los cuales describen los principios metodológicos para llegar a identificar competencias laborales, las diferentes aplicaciones de las corrientes metodológicas y las bases a partir de las cuales se construye el currículo de educación y de capacitación con enfoque en competencia. Asimismo, a manera de recuadro se presentan las diversas experiencias que al respecto se han registrado en México. Por el contrario, en el cuarto apartado se presenta la experiencia práctica aplicada a la Educación Basada en Competencia Laboral en México.⁷²

2.6.2.- Análisis Ocupacional

El primer capítulo hace referencia al Análisis Ocupacional para la identificación de competencias básicas y genéricas, destacando que existen diferentes perspectivas y acepciones dentro de dicha metodología en función del rigor metodológico, nivel de análisis, fuentes y tratamiento de la información empleadas. No obstante, en todos los casos el Análisis Ocupacional es una metodología que se centra en la identificación de los comportamientos laborales

⁷² Ibarra, a. (1996). «El Sistema Normalizado de Competencia Laboral», en Arguelles, A.: Competencia laboral y educación basada en normas de competencia México DF, Limusa pág 264.

en relación con tareas y ocupaciones. Además, este método de análisis emplea la categoría de ocupación como elemento central, de tal manera que cada una de ellas integra un conjunto de puestos de trabajo cuyas tareas principales son análogas y exigen aptitudes, habilidades y conocimientos similares.

Dentro de las diferentes perspectivas y aplicaciones del Análisis Ocupacional, el presente trabajo hace referencia a la integración del Catálogo Nacional de Ocupaciones (CNO), al Estudio de Análisis Ocupacional y a la metodología Desarrollo de un Currículo (Developing a Curriculum, DACUM).

El CNO es un instrumento técnico de carácter indicativo que describe la estructura ocupacional con base en una selección de aquellos puestos de trabajo con tareas y características similares para conformar las ocupaciones más representativas. Los procedimientos técnicos para obtener y procesar esta información comprenden la especificación de las tareas de una ocupación y de las habilidades, los conocimientos y demás condiciones que se requieren para ejecutar correctamente el trabajo.

Por otro lado, el Estudio de Análisis Ocupacional, que emplea desde otra perspectiva el Análisis Ocupacional, tiene como objetivo identificar el conjunto de comportamientos laborales básicos y genéricos requeridos en los trabajadores, y que son comunes a las distintas áreas ocupacionales del aparato productivo. El propósito no es la identificación de comportamientos de una determinada ocupación, ni las diferencias de ésta con las otras, sino que parte de la identificación y análisis de comportamientos ocupacionales similares que son compatibles a diferentes ocupaciones. Este inciso describe la metodología específica empleada en el estudio para la identificación de competencias.

Por su parte, el programa DACUM se presenta como una metodología de análisis ocupacional que permite determinar, de manera rápida y a un bajo costo, las tareas que deben realizar los trabajos en un área ocupacional. El proceso de análisis de DACUM implica reunir a un pequeño grupo especializado en un campo o área ocupacional y someterlo a una intensa lluvia de ideas encabezada por un facilitador experimentado para que identifique las habilidades o competencias

necesarias para desempeñarse en un campo. Los resultados se utilizan como base para la identificación y planificación de los materiales para la enseñanza, incluido el desarrollo de un currículo. Destaca por ser un programa de bajos costos y alta participación de los empleados.

2.6.3.- Análisis Constructivista

El enfoque constructivista tiene su fundamento en el modelo de formación desarrollado por Bertrand Schwartz. De acuerdo con los conceptos del doctor Schwartz, la relación entre las condiciones y demandas de las situaciones concretas en el trabajo y las necesidades de sistematización del conocimiento o teoría es más significativa para el individuo si estas últimas cobran sentido a partir de las primeras, es decir, si el abordaje de conocimientos «teóricos» se hace en función de las condiciones de trabajo que podemos identificar como situaciones originales.

El considerar la competencia como unidad y punto de convergencia, como es el caso de este enfoque, exige un esfuerzo sistemático de integración. Esta integración sugiere que los elementos involucrados en la competencia sean expuestos a distintos acomodos y a diferentes condiciones de análisis.

La competencia en este caso se construye no sólo a partir de la función que nace del mercado, sino que concede igual importancia a la persona, a sus objetivos y posibilidades. A diferencia del Análisis Ocupacional, que toma como referencia para la construcción de las competencias a los trabajadores y gerentes más aptos o bien de empresas de alto desempeño, la preocupación de la metodología constructivista incluye, a propósito, en el análisis a las personas de menor nivel educativo. En este sentido, dicha metodología procura la participación activa del trabajador en los procesos de enseñanza-aprendizaje, retomando su experiencia concreta y concibiendo la formación como continua y permanente.

2.6.4.- Análisis Funcional

El tercer apartado se dedica a la descripción del Análisis Funcional para la identificación de competencias. La base del Análisis Funcional es la identificación, mediante el desglose o desagregación, y el ordenamiento lógico de las funciones

productivas que se llevan a cabo en una empresa o en un conjunto representativo de ellas, según se trate de la búsqueda de elementos de competencia para la configuración de Normas de Competencia Laboral específicas para una determinada empresa o para un sistema de cobertura nacional.

El análisis funcional es una metodología comparativa; se analizan las diferentes relaciones que existen en las empresas entre resultados y habilidades, conocimientos y aptitudes de los trabajadores, comparando unas con otras. La relación de la función constituye el principio de la selección de los datos relevantes. En este caso se buscan aquellos elementos de habilidades y conocimientos relevantes para la solución del problema y/o resultado, más allá de lo que ya está resuelto.

Tales funciones no deben estar referidas a una situación laboral específica, ya que de suceder esto se le restringe la posibilidad de identificación de la capacidad de transferencia y ésta quedaría inscrita en el marco de un determinado puesto de trabajo. Un aspecto que complementa lo anterior y que resulta útil para la expresión de las funciones es el mantener en todos los casos una estructura gramatical uniforme para las oraciones que expresen las funciones. La característica es que se describen productos, no procesos; importan los resultados, no cómo se hacen las cosas. Para esto se desglosan los roles de trabajo en unidades y éstas en elementos de competencia, siguiendo el principio de describir en cada nivel los productos.

De este modo la competencia se identifica con la capacidad de una persona para realizar una determinada actividad productiva; la forma más objetiva para determinar si esa persona es competente es tener la evidencia de que fue capaz de realizar el trabajo en forma segura y eficiente. La forma de evaluar estos resultados es a través de la Norma de Competencia Laboral.⁷³

⁷³ CONOCER. (1996). Reglas generales y específicas de los sistemas normalizado y de certificación de competencia laboral (México, CONOCER).pág. 541

2.6.5.- Educación Basada en Competencia Laboral (Experiencia en México)

El ensayo concluye con un apartado dedicado a la Educación Basada en Competencia. La reflexión parte de la necesidad de generar una mayor vinculación entre el sector productivo con las nuevas características que éste asume, y que fueron descritas en las primeras páginas del documento, y el sector educativo.

Como ya mencionamos, las tendencias actuales del mercado laboral en el ámbito internacional imponen nuevas exigencias a la economía nacional y la obligan a buscar alternativas para que los trabajadores mexicanos desarrollen los conocimientos y las habilidades que requieren. Para afrontar estos retos se necesita, en primer lugar, un sistema educativo pertinente y de calidad, orientado de manera efectiva a desarrollar en las personas la capacidad de aprender por sí mismas.

Junto con una educación básica pertinente, se requieren servicios de formación para el trabajo, la educación técnica y tecnológica y de capacitación, conforme con la realidad actual, que respondan a un modelo mucho más flexible y continuo.

En este contexto se inscribe la denominada Capacitación Basada en Normas de Competencia Laboral, que se concibe como un modelo de capacitación que tiene como propósito central formar individuos con conocimientos, habilidades y destrezas relevantes y pertinentes al desempeño laboral. Se sustenta en procedimientos de enseñanza y evaluación, orientados a la obtención de resultados observables del desempeño; su estructura curricular se construye a partir de la información y criterios establecidos en las Normas de Competencia Laboral. Una de las características esenciales de este modelo es que debe ser altamente flexible en métodos y tiempos de aprendizaje, y ajustarse a las necesidades del individuo.

Así, el diseño de cursos de Capacitación Basados en Normas de Competencia Laboral incluye las necesidades particulares de la empresa o sector del que surgió la NTCL, el contexto en que se inscriben, la interacción entre el

aspirante, el instructor, las instalaciones y recursos de la unidad capacitadora; los procesos de evaluación, elaboración de materiales didácticos y detección de necesidades de capacitación.

Por último, cabe señalar que estos enfoques no se excluyen mutuamente, pero es necesario estar consciente de los diferentes énfasis, especialmente en la determinación de las políticas y los procedimientos. En este sentido, como se verá en el desarrollo del trabajo, el Análisis Funcional destaca porque su aplicación permite generar las condiciones para el establecimiento de un lenguaje común en torno a las necesidades y requerimientos del mercado laboral y su relación con el sector educativo.

Por último, cabe señalar que estos enfoques no se excluyen mutuamente, pero es necesario estar consciente de los diferentes énfasis, especialmente en la determinación de las políticas y los procedimientos. En este sentido, como se verá en el desarrollo del trabajo, el Análisis Funcional destaca porque su aplicación permite generar las condiciones para el establecimiento de un lenguaje común en torno a las necesidades y requerimientos del mercado laboral y su relación con el sector educativo.⁷⁴

2.7. La Gestión por Competencia Laboral en la Empresa y la Formación Profesional (Leonard Mertens)

Aproximación conceptual y surgimiento de la competencia laboral

La aproximación conceptual de la competencia laboral no se pretende plantear aquí en el contexto de la educación y de la sociedad, sino plantearla desde una perspectiva acotada del nivel inferior de la empresa o unidad

⁷⁴ Informe Final. Identificación de Competencias Laborales a Partir de una Metodología de Formación, Experiencia Piloto, INTEC de México, S. A. de C.V. STPS/Programa CIMO/CONOCER, México, 1996. Material fotocopiado. pág. 216

productiva. A este nivel se pueden distinguir dos enfoques acerca de la competencia laboral: el estructural y el dinámico

Definir un concepto que se determina social e históricamente no es tarea fácil, ya que su significado se va adquiriendo a partir del análisis del contexto económico y social en el que está envuelto el fenómeno

La primera faceta que caracteriza el concepto competencia es la enumeración de un conjunto de atributos de la persona, que no se limitan al conocimiento, sino que incluyen las habilidades, actitudes, comunicación y personalidad, es decir, define a la formación de manera integral, reflejando las diferentes dimensiones que representa el acto de trabajar y no se limita al conocimiento únicamente.

La segunda faceta es la relación explícita que se establece entre esos atributos y el resultado o desempeño requerido. Intenta cerrar el tradicional abismo entre la calificación, entendida como un acervo de conocimientos y habilidades, y el desempeño concreto requerido en la empresa u organización. Es una propuesta para aumentar la posibilidad de que la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades conduzcan efectivamente a un desempeño o resultado superior de la organización. Como bien lo demuestran los responsables del aprendizaje en las empresas, para que estos atributos culminen en resultados se requiere de una aplicación, que a su vez esté determinada por lo que la empresa haya avanzado en la gestión de recursos humanos y la organización del trabajo, en la innovación de la organización de la producción y la tecnología del producto y proceso, y en determinar sus módulos y/o segmentos de mercado donde puede desarrollar una ventaja competitiva. (Hooper, 1997.)

En el modelo estructural planteado aquí, la relación entre los atributos de la persona y los resultados se entiende en un doble sentido. Para que los atributos o el currículo conduzcan a un desempeño efectivo, sus nuevos contenidos requieren ser deducidos de la estrategia global del negocio, de la trayectoria de innovación

en tecnología y organización, así como en la gestión de recursos humanos y relaciones laborales. Bajo esta perspectiva, la probabilidad de que el esfuerzo invertido en la innovación del currículo finalice en un desempeño efectivo, contribuyendo al mejoramiento sostenido de la productividad, es mayor cuando parte de las proyecciones de los elementos observados en la competencia.

Por otra parte, la contribución de estos atributos al desenvolvimiento del negocio no se da en forma directa, sino que dependen del desarrollo alcanzado en los diversos subsistemas de la organización. La aplicación de la competencia es justamente esta capacidad de articulación de los atributos personales con los otros subsistemas que determinan el progreso de la empresa.

La competencia laboral definida de esa manera es la capacidad demostrada por una persona para lograr un resultado, que puede o no convertirse en un avance efectivo. Es decir, hay todavía una contingencia entre resultado de la competencia y desarrollo efectivo. En esta contingencia, es importante reconocer que para la gestión de competencia laboral en la empresa, no interesa cualquier resultado, sino aquel que esté en concordancia con los objetivos y el contexto global de la organización.

Por otra parte, una persona que demuestra un determinado nivel de competencia no necesariamente lo logra o ejerce siempre. Puede ser que el entorno del trabajo cambie de repente, por ejemplo, la falta de ciertos bienes requeridos en el proceso productivo o el surgimiento de un clima laboral negativo que obstaculiza el mejoramiento de la productividad, entre otros, por la falta de reconocimiento y de un sistema de compensación salarial adecuado a las nuevas circunstancias: en esos momentos será difícil alcanzar la efectividad en el desempeño esperado del personal identificado como competente.

Para la empresa es importante disminuir todo lo que pueda esta distancia entre competencia y desarrollo efectivo. En efecto, el concepto de la competencia hace más corta la distancia que existía entre calificación y desempeño efectivo. Mientras que la calificación se refiere a la capacidad potencial para realizar

determinadas tareas o funciones, la competencia es la capacidad real de realizarlas, aunque el grado de efectividad de su resultado tendrá que ser garantizado por otros mecanismos de gestión en la organización (por ejemplo, indicadores de cumplimiento). (Mertens, 1997-1.)⁷⁵

La distancia señalada entre atributos de conocimiento y habilidades, por una parte, y el desempeño efectivo, por la otra, explica en buena medida la paradoja en la que muchas organizaciones están viviendo: se reconoce el valor de la formación-capacitación como una de las principales fuentes de la mejora de productividad y competitividad de las empresas; sin embargo, esta convicción no ha tenido el efecto de una clara intensificación de la capacitación, con la excepción de algunos casos. Es muy probable que esto se deba a que la organización no sabe articular el impulso al esfuerzo formativo con el desempeño efectivo esperado, y que la relación entre formación y productividad en la práctica no exista tan claramente como se plantea en los discursos y teorías. Aparentemente, el mayor problema está en la deficiente capacidad de las organizaciones para lograr establecer dicha conexión.

Las empresas deben buscar evidencias claras de que la capacitación conlleva a resultados concretos	Las reestructuraciones de los negocios y la introducción de más tecnología informática conlleva que el personal requiere aprender nuevas habilidades. El principio organizativo del mejoramiento continuo (Kaizen) significa el
--	---

⁷⁵ Mertens, L (1997). **Competencia Laboral: Sistemas, Surgimiento y Modelos** (México, CONOCER-CINTRFOR/OIT). pág. 359.

para la organización	aprendizaje continuo. Sin embargo, precisar qué tipo de capacitación, impartido por quién, de cuánto tiempo y para qué objetivo, es mucho menos obvio. Hay buenos y malos instructores; hay buenos y malos cursos; hay buenos y malos capacitandos. Es esencial hacer un análisis de las contribuciones del esfuerzo de capacitación. La confianza ciega de que la capacitación conduce a beneficios para la empresa equivale a acercarse al desastre. (Furnham, 1997.)
----------------------	---

Para asegurar las conexiones entre formación y desempeño efectivo, se planteó el modelo estructural de articulación «en cascada» entre los diferentes planos de la organización, en donde la competencia laboral constituye la base de la pirámide de desarrollo de la organización. Esto significa que, a la par de innovar el currículo se tendrán que ir midiendo los resultados de desempeño en los diferentes niveles de la organización, para establecer conexiones entre esfuerzo de formación y alcanzar los objetivos de la organización.

El surgimiento de la gestión por competencia laboral en la empresa, en parte obedece entonces a la necesidad de acortar la distancia entre esfuerzo de formación y resultado efectivo.

La discusión no termina con esta propuesta de articulación de la formación con resultados por medio de la competencia. El debate de fondo se centra en si la conexión entre atributos (conocimientos, habilidades, actitudes) y resultados se deriva de una revisión de las funciones de la organización o bien de un análisis de comportamientos críticos de los individuos. (Adams, 1997.) Y aun en el último caso, existe la cuestión de que sea suficiente partir de talleres con trabajadores «expertos» para identificar las competencias que conducen a un desempeño superior, partiendo del supuesto de que los atributos son explícitos. O bien, que se

deben centrar en los atributos no explícitos, aquellos subyacentes que conducen al desempeño «superior» o de un trabajador «experto». (Gonczi, 1995.)⁷⁶

2.7.1 - Consideraciones básicas Competencia laboral

El mundo está experimentando cambios profundos y acelerados en todos los ámbitos. Las nuevas relaciones en la producción, circulación y distribución configuran una economía internacional más competitiva y una virtual revolución en la organización, tipo y contenido del trabajo.

Así, los cambios en el proceso productivo, los adelantos tecnológicos, la nueva forma de organización laboral y los requerimientos para competir en mercados internacionales han modificado sustancialmente el mercado de trabajo, que se ha vuelto más dinámico. La configuración y contenido de las ocupaciones se torna más compleja. Los empleos ahora requieren más conocimientos y menos habilidades físicas. Los temas ligados a tecnología, trabajo, capacitación y gestión de recursos humanos son tratados como cuestiones centrales de la competitividad y productividad modernas.

Desde el punto de vista de la organización de los procesos de producción, se asiste a una revalorización del capital humano; el perfil del trabajador que se demanda también cambia, exigiéndose un conjunto de nuevas competencias cognitivas, sociales y tecnológicas. Se requiere que la persona sea capaz de adaptarse y promover una nueva forma de organización para el trabajo, caracterizada por estructuras menos jerarquizadas, y que desarrolle actividades variadas y diferenciadas. Se requiere, así, de recursos humanos cualificados, sobre una base más compleja, diversa e integral.

De este modo, la responsabilidad del trabajador ya no se circunscribe a ejecutar una acción permanente y rutinaria, sino que consiste además en analizar el proceso con un enfoque integral, para lograr la mejora continua del mismo y su adaptación al cambio. Entre las nuevas formas de organización del trabajo, cabe

⁷⁶ Ibidem Gonczi. Perspectivas Internacionales sobre la Educación Basada en Competencias pág. 354

destacar la ampliación y enriquecimiento de tareas, la polivalencia de la mano de obra, la organización modular y los grupos semiautónomos de trabajo. Asimismo, es cada vez más frecuente el involucramiento de los trabajadores en el control de calidad y la planificación del trabajo, en la integración de equipos, en el mantenimiento preventivo del equipo, en el diagnóstico y solución de problemas de la producción y en la rotación de tareas.

Las transformaciones en el contexto laboral, tendentes a forjar este nuevo tipo de trabajo y trabajador, se han circunscrito a dos ámbitos principales: cambios en la flexibilidad y polivalencia en el desempeño ocupacional, y capacitación y nueva competencia o calificación en los trabajadores.

El proceso de flexibilización de las relaciones laborales ha transformado algunos de los mecanismos de los mercados internos de las empresas, entre los que destacan:

a) La contratación de un trabajador tiende a realizarse más que sobre un puesto de trabajo tradicional, sobre un perfil ocupacional en el que se enriquecen y amplían las tareas laborales y se enfatiza el trabajo en equipo.

b) La estructura salarial tiende a establecer salarios más asociados al conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes de los trabajadores, que a la antigüedad que tengan en el puesto.

c) La adquisición de capacitación y el desarrollo de habilidades cobran mayor importancia en la conformación de los escalafones.

La estricta definición de los puestos de trabajo y de las tareas a desempeñar constituye hoy en día un elemento de rigidez en el modelo productivo al que se aspira. Desde esta perspectiva se hace necesario flexibilizar la actividad productiva de los trabajadores, así como hacerla más diversificada y transferible en respuesta a las nuevas y cambiantes condiciones de trabajo. En este sentido, la flexibilidad del trabajo implica la necesidad de ocupar a trabajadores en áreas diferentes en función de sus conocimientos y de acuerdo con la coyuntura a la que se enfrente la empresa.

Por su parte, la polivalencia del desempeño laboral implica que el trabajador transfiera sus conocimientos y habilidades al conjunto de actividades que tienen que ver con la totalidad del proceso productivo en el que participa, desde la producción directa (control, operación y mantenimiento de equipo) hasta la toma de decisiones colectivas ante condiciones especiales relativas a los insumos, mejora de procesos y rotación de tareas.

Por otro lado, las cualificaciones exigidas en este nuevo modelo productivo contrastan significativamente con aquellas relacionadas con la lógica taylorista de remuneración y de definición de puestos de trabajo, ya que ahora se da mayor importancia a la capacidad de pensar, de decidir, de actuar con iniciativa y responsabilidad, de fabricar y negociar y de administrar la producción y la calidad.

Desde esta perspectiva, la calificación de un trabajador deberá permitirle transitar de una visión parcial y fragmentada a una del conjunto del proceso de trabajo en el que se inserta, que le permita juzgar, decidir, intervenir y proponer soluciones a problemas concretos que surgen cotidianamente en el interior del proceso de trabajo.⁷⁷

El nuevo contexto económico y laboral exige, a su vez, el diseño e incorporación de esquemas novedosos en los campos de la organización y la actividad productiva, en los que el elemento humano se constituye en una de las piezas clave para alcanzar los niveles de competitividad, productividad y excelencia de las economías nacionales.

Así, ante los procesos productivos flexibles, que cada día tienen más presencia en la economía internacional, el modelo tradicional de educación y capacitación pierde eficacia. Ello hace necesario proponer alternativas que cierren la distancia entre la oferta de formación y las necesidades de los trabajadores. En concordancia con las nuevas formas de organización de la producción, se requiere un modelo educativo y de capacitación que reconozca que cada individuo

⁷⁷ Ibidem Gonczi, Instrumentación de la Educación. Perspectiva de la Teoría y la Práctica. pág. 179.

tiene capacidades distintas, necesidades de aprendizaje particulares, es decir, que cada persona aprende de maneras diversas y a diferentes ritmos.

Por todo esto, el nuevo modelo de formación y capacitación tendrá que ser flexible, no sólo en cuanto a su estructura, sino en su capacidad para incorporar de manera organizada diversas formas de aprendizaje. Para alcanzar la flexibilidad requerida, el modelo debe ser capaz de reconocer y otorgar validez a formas de aprendizaje diferentes de aquellas que son producto de la escuela y la capacitación tradicional en los centros de trabajo. La flexibilidad, el establecimiento de equivalencias entre capacidades alcanzadas por diversas vías y la posibilidad de alternar estudio y trabajo toda la vida serían imposibles sin un referente claro que establezca paridad de conocimientos, habilidades y destrezas, con independencia de la forma en que hayan sido adquiridos, es decir, en relación con las llamadas competencias laborales.

Actualmente, las empresas a escala internacional han tomado conciencia de los requerimientos arriba planteados, por lo que la tendencia en el sector productivo es a invertir en su capital humano mediante acciones de capacitación que procuren el alto desempeño y desarrollo de las habilidades, conocimientos y actitudes que requieren los nuevos procesos productivos, o, en otras palabras, en sus competencias laborales. Estas tendencias se inscriben dentro de lo que algunos especialistas denominan organizaciones basadas en el conocimiento, en donde resulta esencial promover el aprendizaje en diferentes niveles: individual, en equipo y en el ámbito de la organización o empresa. En este tipo de organizaciones, la capacitación se integra al trabajo actual, emergiendo como un producto más del trabajo que como un aspecto independiente de las actividades de la empresa. El aprendizaje, de esta forma, se convierte en una responsabilidad diaria tanto de los directivos como de los trabajadores, y su trabajo por sí mismo se presenta como el proceso primario de aprendizaje.

De este modo, la formación y capacitación orientada por competencias se concentra en los resultados alcanzados por las personas en su desempeño laboral, y no en los certificados o diplomas escolares obtenidos.

Conscientes de lo anterior, y paralelamente al desarrollo de estrategias productivas competitivas, diversos países han emprendido, desde el sector público, la revisión y reforma a fondo de sus esquemas de formación de recursos humanos. en busca no sólo de forjar la nueva competencia laboral que requieren de su fuerza de trabajo. sino, en mayor medida, de propiciar mejores oportunidades de empleo y desarrollo personal de los trabajadores.

El horizonte inmediato de calificaciones de la fuerza de trabajo perfilado por muchos países plantea que, para afrontar los retos del nuevo siglo, cada trabajador deberá estar dotado de las habilidades básicas y de un dominio técnico productivo, así como de actitudes clave que le permitan adaptarse fácilmente a nuevas condiciones tecnológicas de trabajo.

En este contexto, el concepto de competencia cobra un significado relevante como eje de nuevos modelos de educación y de organización del trabajo. Este concepto ha sido definido e identificado desde una variedad de perspectivas y enfoques: desde aquellas que asocian la competencia de manera directa con las exigencias de una ocupación y que la describen en términos de lo que debe demostrar el individuo, hasta las que enfatizan el análisis en los elementos cognitivos, implícitos en lo que el sujeto físicamente debe hacer. No obstante, las dos se centran en el desempeño y en las condiciones concretas de la situación en que dicho desempeño es relevante.

Por otro lado, la aplicación del concepto de competencia en cada país depende directamente de sus formas particulares de desarrollo y del diseño de sus políticas educativas y laborales. Así, aunque los planteamientos han sido y continúan siendo muy específicos en cada experiencia, subyacen al mismo tiempo rasgos comunes y complementarios.

Otro aspecto fundamental en esta noción de competencia se refiere a su carácter de unidad. Es decir, la competencia tiene un sentido propio porque conforma una totalidad, y aunque pueda desagregarse en componentes, éstos por separado ya no constituyen la competencia.

Si hablamos del desempeño como un punto de convergencia o de puesta en juego de varios elementos relevantes ante una situación, entonces ser competente o mostrar competencia en algo que implica aludir a esa convergencia, y no a la suma de cada uno de los elementos que están involucrados, o a la elección parcial de cada uno de ellos. La convergencia de esos elementos es lo que da sentido, límites y alcance a la competencia ⁷⁸.

2.8.- Competencia laboral y perspectivas de los actores sociales de la producción

Una formación técnica por competencia laboral que tiene por objetivo impulsar el aprendizaje de la organización en las empresas tendrá que partir de las expectativas de las gerencias y de los representantes de los trabajadores, que por lo general es el sindicato. Estas expectativas varían de un caso a otro, pero algunas son de carácter común y obedecen a razones «objetivas», producto a su vez de las contradicciones inherentes al proceso de modernización.

2.8.1.- Expectativa empresarial

La expectativa empresarial ante la formación por competencia laboral en el interior de su organización es tener un referente para el aprendizaje del personal que esté articulado con y en función de la estrategia de mejora sostenida de la productividad. Con frecuencia se escucha, por parte de los empresarios o gerentes, que si bien están convencidos de que potenciar al recurso humano es fundamental hoy día debido a las características de la tecnología, la organización y los mercados, al mismo tiempo no saben con qué empezar y cómo administrar el proceso de cambio en la gestión de su personal. ¿Debe empezar con estímulos salariales, con esquemas de participación e involucramiento, o bien con capacitación? ¿Si empieza con capacitación, en qué momento tendrá que modificar el sistema de compensaciones? El instructor externo, ¿entenderá los problemas de la empresa y los analizará con precisión o propondrá únicamente algunas propuestas generales que no irán al fondo de la cuestión?

⁷⁸ Ibidem Ibarra pág. 247

<p>PERSPECTIVA EMPRESARIAL</p>	<p>Respuesta a problemas al interior de la organización:</p> <p>Capacitación frente a resultados en productividad:</p> <p>Lenguaje común de cómo entender el desarrollo del personal, cómo ocurre y cómo se vincula con los objetivos del negocio.</p>
--------------------------------	--

Estas y muchas más preguntas y dudas tiene generalmente la gerencia; al no encontrarles una propuesta clara y operativa, que puede convertirse en un instrumento de gestión para los supervisores y gerentes del área de operación, el deseo y la visión se quedan en un «veremos». La competencia laboral tiene como atractivo para la gerencia ese vínculo entre aprendizaje y desempeño individual, por un lado, y su articulación con los objetivos del negocio, por el otro. El problema que se enfrenta es que el proceso de implementación no es rápido y requiere de un convencimiento decidido no sólo de la gerencia de recursos humanos, sino sobre todo de los gerentes de operación, quienes son los que ponen en práctica la gestión del personal. En Gran Bretaña el tiempo que el establecimiento de una gestión por competencia laboral demanda es en la mayoría de los casos de 12 meses o más. (Competency, 1995.) En las experiencias piloto en México, los tiempos están extendiéndose hasta dos años o más. Esto se debe a que la implementación representa un cambio en la cultura de organización de la empresa, que, por definición, debe de llegar a cada uno de sus miembros. lo que representa un proceso largo que no se puede efectuar de un momento a otro, al menos si se pretende hacerlo bien. Esto significa que desde la perspectiva de la formación técnica no se puede pensar en «establecer un sistema de competencia laboral» como si fuese un mecanismo de «llave en mano», ni tampoco que se puede llegar a ofrecer paquetes o módulos cerrados.

Hay otras perspectivas empresariales, que tienen que ver con las contradicciones sistémicas propias a una economía de mercado, y que no tan fácilmente la empresa individual reconocerá, pero que más bien tendrá que ser manejado desde las organizaciones empresariales y con aquellos empresarios que tienen una visión más alejada de las necesidades e intereses inmediatos de su empresa.

El problema de fondo es la racionalidad con que las empresas toman las decisiones sobre cuánto invertir en capacitación. Para una empresa que tiene una estrategia de calidad y flexibilidad es muy difícil calcular con exactitud cuánta capacitación es suficiente. Lo que sí saben es que las empresas que capacitan justo lo que piensan que es necesario, con el tiempo llegarán a la conclusión que no capacitaron lo suficiente. En un contexto de exigencias de calidad, servicio al cliente y adaptabilidad, «la conciencia acerca del costo y beneficio del esfuerzo en capacitación forma más parte del problema que de la solución». (Streeck, 1992.) Para la empresa la racionalidad individual puede resultar ser un resultado sub-óptimo si no hay instituciones que potencien motivos en favor de un comportamiento de cooperación interempresarial.

Algunos analistas han identificado por lo menos dos tipos de fallos de mercado y de jerarquía con respecto a un modelo de producción basada en una combinación de calidad con variedad, fallas que tienen relación directa con el sistema de competencia laboral. (Ibíd.)

La primera falla se refiere a que la fuerza instintiva y salvaje del mercado es la eliminación del competidor. El interés mayor de la empresa ya no puede ser la eliminación del competidor o la incorporación de otras empresas en su estructura corporativa, sino formar parte de una economía altamente diversificada y policéntrica. Para esto se requiere de instancias que protejan la confianza y permitan el mejoramiento de la capacidad tecnológica, permitiendo que las empresas de manera flexible puedan pasar de la competitividad a la cooperación. Instancias que permitan alianzas estratégicas que son particularmente

importantes para las empresas pequeñas, que no tendrán la base tecnológica de las grandes pero que son muy importantes para una producción flexible.

Algunos cometidos para los empresarios fueron identificados en Canadá:

1. Aportación de los empresarios para definir el currículo basado en calificaciones básicas y necesidades de los lugares de trabajo.
2. Términos de cooperación para estudiantes y jóvenes en general financiados por las empresas.
3. Premios empresariales otorgados a desempeño excepcional de escuelas en materia de formación y capacitación.
4. Uso de las instalaciones de las empresas para prácticas escolares.
5. Cursos ofrecidos por las empresas y reconocidos por las escuelas.
6. Cooperación de las empresas con los consejeros vocacionales.
7. Presentaciones de las empresas sobre la planificación de la carrera profesional.
8. Explorar los beneficios de capacitación a nivel sectorial.
9. Para empresas pequeñas, fomentar el desarrollo de ofertantes locales.
10. Estimular a que las escuelas y centros de formación adopten normas más elevadas.

Las competencias laborales son una de estas instancias de cooperación entre empresas para ir definiendo los elementos en común que el mercado requiere en materia de formación profesional. A la larga, las normas de competencia y su certificación reducirán los costos de capacitación porque serán enseñadas de manera amplia por el sistema de formación, así reducirán los

costos de selección de personal, porque se pueden comparar fácilmente las competencias. (Levine, 1995.)

La segunda falla es que las fuerzas del mercado no permiten generar capacidades abundantes en cuanto a una oferta suficiente de mano de obra alta y ampliamente calificada. En un contexto de reestructuración, cambios rápidos en la tecnología, en los mercados y altos grados de incertidumbre, resultan críticas las calificaciones amplias del personal.

Sin embargo, los costos y beneficios de la capacitación son muy difíciles de calcular. Se requiere de una cultura de capacitación más allá de valorar el beneficio inmediato, pero esto requiere a su vez mínimas referencias sobre los objetivos de un determinado esfuerzo de capacitación. Las normas de competencia pueden servir como punto de referencia, ya que se refieren a resultados y constituirán una política de afirmación institucional de oferta hacia la empresa individual para que amplíe sus esfuerzos de capacitación más allá de sus intereses inmediatos.

Considerando estas fallas del mercado, el problema se encuentra en el arranque del sistema: las competencias ayudarán a sobreponerse a las empresas a las fallas de mercado en materia de formación, pero, al mismo tiempo, las competencias se construyen con la ayuda activa de las empresas, lo que presupone que éstas miren más allá de la «trampa» de estas fallas. Esto requiere que se elijan casos de líderes que pueden servir como factor de demostración pero que exijan una afirmación institucional de oferta en ayuda de su consolidación como sistema.

Respuesta a problemas en el mercado de trabajo externo:

— Fallas del mercado que impiden:

- combinar competitividad con cooperación;
- generar una abundancia de personal con calificaciones amplias.

— Crear instancias de aprendizaje de cómo capacitar

La norma de competencia, en teoría, es una respuesta sistémica a los problemas tanto organizativos como de contenido que afrontan las empresas en materia de formación de su personal. Sin embargo, también se puede hacer otro tipo de interpretación: el sistema de competencia debe contemplar los problemas señalados por los empresarios para que sea de utilidad para ellos. Desde la perspectiva empresarial, el sistema de competencia laboral debe cumplir con la mayoría de los temas que en la actualidad son un problema para la gestión de la capacitación. Es decir, tiene que incorporar las dimensiones de cambio técnico y de organización en las empresas, tiene que ofrecer bases para un aprendizaje continuo, tiene que dar parámetros para la capacitación de gerentes y mandos medios, tiene que ser a bajo costo, debe ser un incentivo para que los trabajadores se capaciten a través de los reconocimientos otorgados, tiene que romper con prácticas productivas rígidas que no permiten que los conocimientos aprendidos en capacitación se apliquen, deben constituirse a partir de redes de intercambio entre empresas.

Indudablemente son muchas exigencias juntas y sobrepuestas, lo que hace complejo al sistema de competencia laboral. La complejidad no se puede reducir por medio de sistemas menos complejos, sino que requerirá de la selección, por una parte, y, por otra, de la conexión de los subsistemas seleccionados a un nivel superior de procesamiento. Su aplicación en las organizaciones involucrará un proceso de aprendizaje donde los métodos y sistemas tendrán que ser adaptados, para que esta complejidad se reproduzca y se asiente en el sistema de la organización como autorreferencia. Esto ocurre también cuando la empresa quiere introducir un sistema de aseguramiento de calidad ISO 9000 y/o sus variantes.

2.8.2.- Perspectiva sindical

Desde la perspectiva sindical, las reestructuraciones en las empresas han modificado la condición de ocupabilidad en el mercado de trabajo, es decir, la capacidad de una persona de obtener un trabajo de calidad, dada la interacción

La norma de competencia, en teoría, es una respuesta sistémica a los problemas tanto organizativos como de contenido que afrontan las empresas en materia de formación de su personal. Sin embargo, también se puede hacer otro tipo de interpretación: el sistema de competencia debe contemplar los problemas señalados por los empresarios para que sea de utilidad para ellos. Desde la perspectiva empresarial, el sistema de competencia laboral debe cumplir con la mayoría de los temas que en la actualidad son un problema para la gestión de la capacitación. Es decir, tiene que incorporar las dimensiones de cambio técnico y de organización en las empresas, tiene que ofrecer bases para un aprendizaje continuo, tiene que dar parámetros para la capacitación de gerentes y mandos medios, tiene que ser a bajo costo, debe ser un incentivo para que los trabajadores se capaciten a través de los reconocimientos otorgados, tiene que romper con prácticas productivas rígidas que no permiten que los conocimientos aprendidos en capacitación se apliquen, deben constituirse a partir de redes de intercambio entre empresas.

Indudablemente son muchas exigencias juntas y sobrepuestas, lo que hace complejo al sistema de competencia laboral. La complejidad no se puede reducir por medio de sistemas menos complejos, sino que requerirá de la selección, por una parte, y, por otra, de la conexión de los subsistemas seleccionados a un nivel superior de procesamiento. Su aplicación en las organizaciones involucrará un proceso de aprendizaje donde los métodos y sistemas tendrán que ser adaptados, para que esta complejidad se reproduzca y se asiente en el sistema de la organización como autorreferencia. Esto ocurre también cuando la empresa quiere introducir un sistema de aseguramiento de calidad ISO 9000 y/o sus variantes.

2.8.2.- Perspectiva sindical

Desde la perspectiva sindical, las reestructuraciones en las empresas han modificado la condición de ocupabilidad en el mercado de trabajo, es decir, la capacidad de una persona de obtener un trabajo de calidad, dada la interacción

entre las características individuales y del mercado de trabajo. Mejor dicho, la ocupación se encuentra en un proceso de continuos cambios, que conlleva al riesgo de que ciertos segmentos de la fuerza de trabajo queden rezagados o excluidos del proceso de cambio.

La capacitación es un instrumento clave para contrarrestar las tendencias excluyentes y mejorar el empleo de la mano de obra disponible, aunque no es el único factor que lo determina. La capacitación no puede sustituir a otras políticas económicas que ayudan al fomento del empleo, ni con la capacitación por competencia laboral se puede dar respuesta al problema del empleo. Es una condición muy importante para la generación de nuevos empleos, pero no suficiente.

Es en este último elemento donde se encuentra una disyuntiva importante para la estrategia sindical: la contingencia de que el esfuerzo en capacitación no se traduce necesariamente en más empleos. Esto demanda una visión estratégica del movimiento sindical, con una claridad de las posibilidades de éxito y al mismo tiempo la convicción de que los frutos son a largo plazo, algo a lo que la mayoría de los sindicatos no están acostumbrados en el seno de su organización.

Hacia el interior de la empresa, la respuesta de la parte sindical ante los cambios en la organización del trabajo es variada y depende de la dirección que los cambios están tomando. Sin embargo, en diferentes estudios se observa que las percepciones e interpretaciones del movimiento sindical ante los cambios en la organización del trabajo y, por ende, ante la competencia requerida, no difieren mucho. Por ejemplo, se plantea que el aumento de la autonomía se limita a lo interno del puesto, abarcando las secuencias de las operaciones, pero pocas veces rebasa el puesto, lo que la transforma en una autonomía controlada. (Parker y Slaughter, 1994; Garcia, et. al, 1995.) La complejidad no suele ir más allá de resolver problemas rutinarios y los ciclos de trabajo en la tarea principal son cortos, con ritmos de trabajo tendentes a aumentar. (Ibidem.) Es decir, los sindicalistas cuestionan el poco avance de la apertura y complejidad de las funciones y tareas. Argumentan también que la multihabilidad en planta no

necesariamente conduce a una formación polivalente que se puede llevar a otras empresas ⁵. (Parker y Slaughter, 1994.)

PERSPECTIVA SINDICAL	Competencia laboral como respuesta integral ante efectos y obstáculos de la trayectoria de innovación: -> Poca autonomía. -> Limitada apertura y complejidad de funciones y tareas. -> Aumentos en cargas físicas y mentales de trabajo.
----------------------	---

Desde la perspectiva sindical, la identificación y definición de competencias laborales abre la posibilidad de replantear las funciones de los trabajadores en planta, teniendo en cuenta el conjunto de factores técnicos y organizativos del caso. De esta manera puede plantear mayor autonomía externa y contenidos relacionados con resolver problemas no rutinarios que demandan conocimientos y habilidades más allá de operaciones simples. También puede plantear alternativas integrales ante la elevación de los ritmos de trabajo que es una constante en la mayoría de las empresas. (Ibidem.)

En un estudio comparativo entre seis países europeos sobre cómo ha evolucionado la política sindical de formación para abordar los problemas a que se enfrentan los trabajadores con un bajo nivel de calificación, se concluyó que:

a) En muchos casos los sindicatos representan de forma muy eficiente los intereses relativos a la formación profesional y a la política de mercado de trabajo a nivel sectorial e intersectorial. La mayor dificultad radica en el modo de llevar a la práctica a nivel de empresa los acuerdos a niveles más altos.

b) Pese a que los sindicatos se encargan hasta cierto punto de la mejora del acceso a la formación profesional de los trabajadores empleados, esta actividad se reduce severamente cuando se trata de personal sobrante. **Fuente: Rainbird (1994)**

Desde la perspectiva sindical, la definición de la competencia laboral requerirá que se revisen no sólo las funciones sino también el contexto tecnológico y organizativo en que éstas se dan, con el propósito de que se generen contenidos técnicos de mayor profundidad en las tareas, evitando los impactos negativos sobre las condiciones de trabajo en las variables aquí señaladas. (Parker, Slaughter, 1994.) En este sentido, la definición de la competencia laboral se convierte en un espacio de negociación y también en un potencial de conflicto. El clima laboral en las empresas determinará la capacidad de la organización de dar salida a este conflicto latente, convirtiéndose esa variable en un factor estratégico en el momento de introducir las competencias laborales en la organización.

Hacia el exterior de la empresa, en cuanto al mercado de trabajo local, regional o sectorial, teóricamente es el sindicato el primer interesado para atender las necesidades de formación de los trabajadores desplazados o nunca incorporados al mercado de trabajo formal. A diferencia de los empresarios, los sindicatos no tienen el problema de la falla del mercado y pueden jugar un papel afirmativo en la creación y desarrollo de las instituciones tripartitas que deben garantizar un bien público en materia de competencias laborales en favor del mejor funcionamiento del mercado de trabajo.

Desde el punto de vista del mercado de trabajo externo de la empresa, hay por lo menos cuatro temas de preocupación del movimiento sindical, que tiene por objetivo final empleos de calidad.

El primero es la capacitación-calificación amplia de los trabajadores para garantizar la suficiente tranferibilidad en aras de aumentar las posibilidades de ocupación en el mercado de trabajo. El segundo es el desarrollo de una propuesta para los trabajadores no calificados en general y en particular los desplazados de los centros de trabajo, así como para otros grupos vulnerables en el mercado de trabajo como son los de mayor edad y ciertos segmentos de jóvenes. El tercero es

una propuesta para los trabajadores que tendrán que ser recalificados. El cuarto es la igualdad de acceso de los afiliados a la formación.

En la práctica de la estrategia sindical, estas cuatro preocupaciones son difícilmente separables una de las otras, ya que reciben presiones de sus bases, que van simultáneamente sobre estas tres dimensiones. La definición de normas de competencia podría ser una herramienta útil en las actividades correspondientes a estas tres dimensiones de preocupación sindical. Visto desde este enfoque, las competencias son un medio para alcanzar objetivos de empleabilidad. Esto requiere que los sindicatos participen activamente en la definición y actualización de las competencias, para que puedan servir como un instrumento activo en las políticas de empleo en el mercado de trabajo. Una presencia activa del sindicato en las políticas de capacitación por competencia significa mucho trabajo y la voluntad de experimentar y aprovechar la experiencia de las bases del sindicato. (Parker, Jackson, 1994.)

Respuesta de formación para el mercado de trabajo:

- > Reconocimiento del saber-hacer.
- > Capacitación amplia.
- > Desplazados o nunca incorporados.
- > Recalificación.
- > Acceso igualitario a la formación

Existe también un riesgo implícito de que una norma de competencia de alcance nacional se convierte en un objeto de negociación en cuanto al grado de empleo que encierre, cuando lo fundamental es la aceptación por parte de los agentes sociales del análisis que está detrás de la construcción de la misma. Es decir, la construcción, adaptación e implementación de la norma de competencia es sobre todo un proceso en la empresa, lo que plantea la negociación social a

este nivel, y esto requiere, entre otras, una descentralización de la negociación entre los actores. Tema éste que en algunos países, donde prevalece la negociación por rama o nacional, puede resultar en la necesidad de un cambio en la visión sindical acerca de su práctica de negociación.

Esto demanda una nueva cultura sindical que no sólo incorpora la importancia de la formación y capacitación en las prácticas cotidianas de los sindicatos, sino que también establece los principios bajo los que se plantean las propuestas para los distintos grupos en el mercado de trabajo: trabajadores calificados, trabajadores no calificados, trabajadores con una calificación «obsoleta». Esto es una necesidad en América Latina, donde la participación sindical en materia de gestión de la capacitación es todavía muy limitada, y mucho más aún en cuanto a la definición y participación en políticas de formación para trabajadores con baja calificación y/o los desplazados.

No obstante la afirmación genérica anterior, también es necesario considerar que entre los países hay distintos marcos legales e institucionales que dan lugar a variaciones considerables en cuanto al margen de maniobra del que disponen los sindicatos para representar oficialmente los intereses de sus afiliados en las áreas de la formación profesional y las políticas de mercado de trabajo. Además, los movimientos sindicales no tienen la misma capacidad para representar los intereses de los trabajadores empleados y de los que se encuentran al margen del mercado de trabajo a causa del desempleo. (Rainbird, 1994.)

Estos autores plantean que la tradicional calificación basada en oficios eran transferibles en su momento y que no automáticamente la multihabilidad tendrá esta característica.⁷⁹

2.9 - El proceso de Globalización en las Reformas del Sistema de Salud en

⁷⁹ Ibidem Mertens, L (1997). **Competencia Laboral: Sistemas, Surgimiento y Modelos** (México,

México.

La crisis global de la economía asumió a México durante la década de los ochenta, la forma de una crisis severa de endeudamiento externo -más de 100 mil millones de dólares- y una intensa fuga de capitales -un total de 28 mil millones de dólares durante 1980- 1982-, recesión productiva -con la caída estrepitosa del PIB en 1982 a 0.5% y en 1983 a -4.7%, desempleo alcanzando en 1982 una tasa del 8% y con una tendencia del deterioro creciente-, un proceso inflacionario acelerado que en unos cuantos meses pasó del 40% al 100%, y un marcado deterioro salarial -el índice real del salario medio industrial cayó, entre 1982 y 1984- cerca de un 30%, mientras que los salarios mínimos reales lo hicieron en más del 30%, tan sólo en los primeros siete meses de 1984-, y como gran delincuente al estado, que a través de su excesivo déficit fiscal -que representaba el 16.5% del PIB en 1982- y su errática política subsidiadora y proteccionista provocó el deterioro.

En el ámbito de lo social, se dice que en éstos años de crisis hicieron a la sociedad mexicana más igualitaria en el sentido que los mexicanos somos ahora "más iguales en la pobreza". así es, ahora el número de pobres -con un ingreso familiar menor a los dos salarios mínimos- pasaron a representar del 40% al 60% del total de la población, por su parte el gasto público de interés social disminuyó como porcentaje del producto nacional, durante los ochentas, cada mexicano, recibió una cuarta parte menos inversión en salud y una tercera parte en inversión educativa y por último en cuanto a la alimentación entre 1982 y 1986 el consumo de carne bajó a la mitad y la de leche y pollo se redujo a sólo una tercera parte.

Es evidente que, en la actualidad el panorama económico, político y social de nuestro país esta caracterizado por un cambio de estructuras, donde nuestra sociedad vive el proceso de transición hacia un nuevo estadio del desarrollo

económico, que lo coloca en la trayectoria de un país definido como "Potencia Industrial Intermedia" para los inicios del siglo XXI.

La nueva estrategia de desarrollo nacional, esta ejecutándose ya en el campo de la actividad económica y esta signada por nuevos criterios de productividad y competitividad también, en el ámbito del gobierno, se observa un cambio en los criterios de racionalidad de la gestión pública, en donde la asignación de recursos debe responder cada vez mas, a razones de eficiencia económicas, que a conveniencias políticas, y asimismo en el ámbito de lo social, es evidente que las actuales reformas están dejando ver una transferencia paulatina de poder político a la sociedad, en tanto ésta adquiere un papel más protagónico en la solución de sus propias demandas.

Durante la última década, nuestro país ha llevado a cabo un profundo ajuste estructural para lograr una solución de largo plazo a la crisis económica. haciendo mucho incapié en inversiones productivas para la salud lo que podrá, reforzar el avance de la economía.

Por años la respuesta convencional a las crisis económicas consistió en recortar los programas de bienestar social, incluidos los de atención a la salud. esta política se basaba en la concepción de que el gasto en programas de salud debía darse después de que hubiera un grado satisfactorio de crecimiento económico.

Hoy se sabe que las condiciones de salud de la población dependen de una multiplicidad de factores, incluyendo el estado del medio ambiente, la educación, la alimentación, la vivienda y los estilos de vida.

Las reformas que esta implementado el gobierno en el terreno de la salud y la seguridad para el conjunto de los trabajadores mexicanos, son sin duda, uno de los aspectos fundamentales dentro de la línea que han marcado para México

diversos organismos internacionales como el fondo monetario internacional (FMI), el banco mundial (BM), y la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE).

La importancia del sector salud dentro de una economía puede ilustrarse haciendo referencia a su participación dentro del producto interno bruto (PIB), según datos del Banco Mundial, en 1990 estados unidos dedicaba 12.7% del PIB mientras que México dedicaba solo 3.2% y la inversión en servicios formales de salud, las variaciones entre países son abismales: de un promedio de \$ 1340 dólares per-capita en países industrializados a un promedio de \$ 41 dólares per capita en países en desarrollo.

Específicamente el sistema de salud en México enfrenta siete obstáculos principales: 1) Inequidad, 2) Insuficiencia, 3) Ineficiencia, 4) Inadecuada calidad, 5) Insatisfacción, 6) Inflación y 7) Inseguridad. con base a los cuales México tiene que reformar su sistema de salud en el corto plazo para alcanzar mejores niveles de vida del trabajador.

Inequidad.- falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos.

Ineficiencia.- asignación de recursos no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja efectividad; desperdicio de recursos y generación de costos innecesarios.

Inadecuada calidad.- incapacidad de los servicios para alcanzar las mejoras esperadas en la salud de la población o de los pacientes, debido a deficiencias en la estructura y en el proceso de la atención.

Insatisfacción.- incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo cual se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción y en una mala atención.

Inflación.- incremento de los precios de los servicios de salud, con relación a

otros productos y a las remuneraciones de la población.

Inseguridad.- generación de daños emocionales, pérdida económica y desorganización por la falta de protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte.

Por estas razones, en la actual administración se ha planteado llevar a cabo una Reforma al SNS cuyas estrategias centrales son las siguientes: 1) La Descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta, 2) La ampliación de la seguridad social en el medio urbano con capacidad de prepago, y 3) La ampliación de los servicios de salud estatales a la población marginada del medio rural y urbano, a través de la canalización de mayores recursos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Paquete Básico).

Si bien el SNS ha alcanzado logros indiscutibles, es poco probable que bajo su actual forma de organización (por grupos de población) pueda superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y garantizar una provisión eficiente de servicios de alta calidad. el sistema adolece de cuatro graves problemas: la ausencia de incentivos a la calidad y eficiencia, el centralismo, las duplicidades y la cobertura insuficiente.⁸⁰

2.10.- Enfermería Internacional

La situación actual de la enfermería, sus perspectivas de futuro, las nuevas fórmulas posibles de trabajo, la necesidad de acreditar la formación y reducir el número de alumnos, las tendencias mundiales de los sistemas de salud, los problemas socioprofesionales, las estrategias adecuadas para liderar los cambios, las fórmulas para el desarrollo científico y profesional y una mejor contribución al

⁸⁰ Ibidem OIT. Pág. 528

sistema de salud, fueron temas que suscitaron un interesante debate en el marco de las IV Jornadas de Reflexión de la Organización Colegial de Enfermería, bajo el lema «Aportación de la Enfermería a la salud de los españoles», que se han celebrado durante los días 12 al 14 de marzo en la sede del Consejo General de Enfermería. En dicho encuentro, se ha presentado el Libro Blanco de la Enfermería -cuyo contenido ha sido publicado en el pasado número de «Enfermería actualidad»- a más de 200 participantes de las jornadas, donde se aportaron datos decisivos sobre una de las profesiones de mayor impacto sobre la salud.

"El trabajo de enfermería es esencial y vital para el Sistema Nacional de Salud -señaló el subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, Enrique Castellón, en la inauguración de las jornadas-, y lamento que el reconocimiento de la sociedad no vaya parejo".

Además, manifestó que considera imprescindible estimular a los profesionales de enfermería, muy activos, a los que pide un esfuerzo colectivo para afrontar el futuro.

Para Castellón, la mejora de la profesión de enfermería significa la mejora de toda la sociedad. Para conseguir avances y afrontar los cambios es indispensable la interrelación entre los distintos agentes de salud y una buena conexión entre quienes diseñan y ejecutan las políticas sanitarias, por lo que se hace necesaria una buena cooperación entre los distintos estamentos, sin que interfieran los objetivos de cada colectivo.

En su opinión, el Libro Blanco -que fue presentado en estas jornadas por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief-, es un documento enormemente útil, ya que sitúa el estado actual de la profesión y prevé los cambios que se producirán en el futuro.

Pésimas retribuciones

Alberto Núñez Feijóo, presidente del Insalud, ha reconocido en las jornadas que las retribuciones de las enfermeras y médicos "son manifiestamente bajas" y que son los profesionales públicos "peor retribuidos".

Feijóo considera que son necesarios nuevos planteamientos: "En esto no podemos hacer economías. Nunca se nos va a retribuir de acuerdo con nuestra vocación, pero sí, de forma más justa. Tenemos que sacar del agujero a esos profesionales que tienen una retribución injusta".

Ha asegurado que la sanidad "es la parcela mejor gestionada del sector público; sus profesionales y gestores tienen mayor productividad y dedicación a su trabajo que el resto de los empleados públicos"

Cree que en el Insalud "hay dos profesionales claves: la enfermera y el médico. El resto también es imprescindible, pero estas dos profesiones son las más relevantes para poder realizar el objeto social de esta empresa". Aprovechó su intervención para animar a la enfermería a "reorientar sus actividades hacia necesidades no cubiertas, como son la atención domiciliaria o la coordinación sociosanitaria".

Fortalecernos

El presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, señaló que "fortalecer la enfermería, tal y como urge la OMS, para que la profesión contribuya a alcanzar las metas de salud, no es tarea fácil. Por el contrario, es una tarea compleja que requiere un liderazgo de la profesión y capacidad de entendimiento por parte del Gobierno, para acometer las acciones inmediatas y establecer políticas educativas y sanitarias que lo hagan posible".

"En el ejercicio de construir nuestro propio futuro -indicó- esperamos contar con los líderes de la profesión y de los diversos sectores políticos, económicos, sociales, educativos y de salud del país, para llevar al terreno de lo posible las aspiraciones de salud de la población y de la enfermería como profesión comprometida con la sociedad".

Limitar los alumnos

El director de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, Juan Vicente Benoit, se ha mostrado partidario de limitar el número de estudiantes de Enfermería como garantía de eficacia, cuidando que no se establezcan desequilibrios regionales, así como de

establecer el marco que permita la libre competencia en igualdad de oportunidades entre las distintas universidades.

Beneit considera necesario crear una agencia de acreditación y evaluación que establezca parámetros objetivos para clasificar los distintos centros educativos, al objeto de conseguir la asignación de los recursos económicos en función de dicha clasificación.

Recursos humanos

Gilles Dussaul, profesor de la Universidad de Montreal y miembro de la Dirección para América Latina del Banco Mundial, habló en su ponencia de los cambios en la gestión de los recursos humanos. Cree que su desarrollo "es la llave para abrir las puertas de la equidad, eficacia y eficiencia". Pero para conseguirlo en el sector salud, donde los cuidados y servicios son producidos por profesionales que responden mal a una gestión autoritaria, es necesario sensibilizarles con un conjunto de incentivos económicos y profesionales.

"Para proporcionar el éxito -explicó Dussaul- las reformas en salud tienen que ser aceptadas por los proveedores, quienes toman las microdecisiones diariamente. La reforma no puede ser un proyecto; es un proceso que depende del apoyo político y social. Su base es un cambio estructural, es cierto, pero también cultural".

Los que participan en el proceso de producción de los servicios de salud deben cambiar "la visión de su papel, de su modo de trabajar, de utilizar los recursos, de entrar en contacto con el usuario".

Pero sólo será posible "si las reformas ponen el enfoque en todas las dimensiones del desarrollo de los recursos humanos: su producción, su distribución espacial e institucional, su formación, su gestión, sus condiciones laborales. El proceso de cambio necesita una base de información sólida y los actores deben estar dispuestos a negociar francamente, sin perder de vista la finalidad de producir servicios de calidad, eficaces y a costo aceptable".

Calidad de formación

Wendy McBride, directora ejecutiva de la Asociación Canadiense de Escuelas Universitarias de Enfermería, disertó sobre la «Evaluación del Proceso Educativo como Garantía de la Calidad de los Cuidados de Salud». Explicó que el sistema de salud canadiense ha experimentado una reestructuración y una reforma muy importante. "Es nuestro más costoso gasto nacional y, por esto, ha sido foco de recortes y redefinición durante varios años".

Las implicaciones de estos cambios son muy importantes para la enfermería. "Las enfermeras deben estar preparadas para trabajar y aprender de otros profesionales y tienen que dejar de pensar que van a trabajar en grandes instituciones con unas labores muy definidas. Es más probable que sean autónomas o que trabajen en pequeñas agrupaciones de varias disciplinas de la salud en clínicas comunitarias o en unidades aún más pequeñas".

Además, los profesionales deberán "tener una base sólida en investigación y en la práctica basada en la evidencia, y saber cómo utilizar la tecnología para apoyar su adquisición de nuevos conocimientos".

McBride dijo que "las enfermeras son clave para la transmisión efectiva y eficiente del cuidado de la salud. La educación de estos recursos humanos debe ser de la más alta calidad para producir profesionales de la enfermería que puedan funcionar de forma independiente y competente en un medio dinámico. La evaluación y la acreditación de los programas educacionales son de la mayor importancia si queremos asegurar el éxito de los nuevos sistemas de cuidado de la salud".

Para Wendy McBride los factores clave que determinan la calidad del proceso educacional y que garantizan la calidad del cuidado de enfermería son: ¿quién tiene jurisdicción para plantear y evaluar la educación y la calidad?, ¿cuál es el nivel de autonomía de la profesión de enfermería?, ¿cuáles son los niveles y estándares educacionales para la enseñanza de enfermería y quién los marca?, ¿hay un sistema que asegure la calidad apropiada?, ¿qué conlleva?, ¿quién lo administra? y ¿es respetado por el sector profesional?

América Latina

Pedro Brito, consultor regional de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, informó del impacto que están teniendo las reformas de los recursos humanos en América Latina, centradas en los cambios en las funciones del Estado, la descentralización, la flexibilidad laboral, el énfasis en la calidad de la atención, la eficiencia, la productividad y los cambios en los sistemas de incentivos, y recalcó la creciente importancia de la acreditación de los niveles de calidad de los centros.

Roseni Chompré de Sena, profesora de la Universidad de Minas Gerais (Brasil), explicó que la enfermería latinoamericana, como fuerza de trabajo, presenta grandes diferencias de formación y de condiciones laborales.

"A pesar de las diferencias entre los países determinadas por su grado de desarrollo económico, político, social y cultural, la fuerza de trabajo de enfermería representa más del 50% de los trabajadores del sector salud. Con frecuencia, la enfermería es el único recurso disponible para atender a la población de zonas periféricas y rurales".

Salarios y paro

Por otra parte, Florentino Pérez Raya, vicepresidente del Consejo General de Enfermería, y Sergio Quinteiros, presidente del Consejo de Enfermería de Galicia, hicieron una exposición sobre la situación de desempleo y las retribuciones salariales

Amando de Miguel: "Enfermería no figura en el diccionario de la Real Academia de la Lengua"

El sociólogo Amando de Miguel considera que una profesión es aquel trabajo que nunca podrá ser sustituido por un ordenador "y una enfermera es difícil de sustituir". Señaló que la profesión de enfermería no existe en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua y destacó que en ella han confluído históricamente vocación y profesión.

De Miguel citó algunos datos de un trabajo realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Badajoz sobre la opinión de los facultativos

respecto a las enfermeras, según el cual el 65% de los médicos están a favor de las Direcciones de Enfermería en los hospitales, porcentaje que asciende hasta el 81% en el caso de las facultativas más jóvenes. El 65% de los consultados considera imprescindible la presencia de la enfermera en la visita médica, un porcentaje que sube hasta el 74% entre los médicos mayores. Asimismo, el 30% de los entrevistados está a favor de la licenciatura en enfermería y un 20% considera conveniente que las Escuelas las dirijan enfermeras.

María Teresa Monzón, vicepresidenta del Consejo de Enfermería: "Más presencia en el ámbito político"

La sociedad cambia, y la enfermería, que se ocupa de la salud de millones de personas, debe adaptarse a estas transformaciones. María Teresa Monzón, vicepresidenta del Consejo General de Enfermería, considera que hay que mantener los niveles de salud frente a la escalada de costes sanitarios, salvaguardando el compromiso de la enfermera con los cuidados y la calidad de vida.

Para afrontar los nuevos retos -señala Monzón- es imprescindible una mayor presencia de la enfermería en los ámbitos de la política, ocupar nuevos escenarios y crear espacios innovadores en el terreno de la formación". Es prioritario evaluar las necesidades reales de la población y orientar la formación a la resolución de los problemas de salud que afectan a la sociedad, sobre todo en AP.

"En la práctica debemos promocionar la salud y prevenir la enfermedad, incorporar la informática, renovar la práctica con metodología científica, trabajar en equipo con otros profesionales, crear alianzas de trabajo con la población y elaborar estándares y protocolos que determinen la calidad de la práctica", señala.

J.P. Contis: nuevos servicios y empleos en Francia

Jean Pierre Contis, Consejero para Asuntos Sociales de la Embajada de

Francia, habló del programa «Nuevos Servicios - Nuevos Empleos», destinado a desarrollar actividades laborales alternativas para los jóvenes.

Este programa busca la creación de puestos de trabajo de futuro que cubran necesidades sociales. "Se trata -explicó Contis- de necesidades relacionadas con la evolución de nuestra sociedad. El crecimiento rápido del número de personas mayores y la prolongación de la esperanza de vida crean nuevas necesidades en materias de salud, de ocio, de cultura y de compañía de la vida cotidiana. El mantenimiento de vínculos sociales en la ciudad y en la escuela implica el desarrollo de nuevas actividades laborales de mediación, actuación, prevención, etc".

Con este plan, las autoridades francesas prevén crear unos 350.000 puestos de trabajo en tres años en los sectores públicos y de asociaciones y se calcula que su coste total por año completo y a pleno rendimiento es de 875.000 millones de pesetas.

Alguno de estos nuevos empleos en el ámbito de la salud son el de "gestor de reinserción a la salida del hospital, acompañante de personas dependientes en instituciones o gestor de prevención sanitaria".

Para Contis, la evolución del programa es positiva, tanto a nivel de total de actividades laborales, de la dimensión local de los proyectos, como del incremento progresivo del programa. "A 31 de enero de 1998, se ha contratado a más de 40.000 jóvenes, ya sea por administraciones públicas o por asociaciones y colectivos locales".⁸¹

El Consejo General, miembro de pleno derecho de la Comisión de Acreditación de la Formación Continuada

⁸¹ Nuñez del Prado, Arturo y Martín P. Gestión Estratégica, Planificación y Presupuesto. Revista de la CEPAL No 49. Abril 1993. pág 41 a la 54.

El presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, ha expuesto la necesidad de regular "la formación continuada en sus aspectos de acreditación y evaluación, aspectos que nos parecen imprescindibles para garantizar la calidad de la educación permanente. Afortunadamente, esta inquietud, sentida y solicitada por todas las profesiones sanitarias, ha tenido eco en el Ministerio de Sanidad. Tras varios meses de análisis y conversaciones entre el Ministerio, Consejos Generales y Comunidades Autónomas, ha cristalizado un convenio de Conferencias Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), por el que se ha creado, con fecha 15 de diciembre de 1997, la Comisión de Formación Continuada del SNS".

Se trata de una Comisión, formada por los Ministerios de Sanidad, Educación, Comunidades Autónomas y representantes legales de las profesiones, que se encargará de establecer los criterios para que los centros y unidades docentes puedan recibir una acreditación válida en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de desarrollar actividades de formación continuada.

El Subdirector General de las Relaciones Profesionales del Ministerio de Sanidad, Jesús Ramírez Díaz Bernardo, que es el actual presidente de la Comisión, clausuró las jornadas, confirmando que el Consejo General de Enfermería se ha incorporado a la Comisión como miembro de pleno derecho. "Tengo grandes esperanzas -ha asegurado-. Va a ser la primera piedra para abrir una nueva dinámica en la formación, en la medida en que seamos capaces de establecer un sistema de acreditación ágil, transparente, que dé credibilidad. No se pretende implantar un mecanismo autoritario, se opta por el consenso, es un mecanismo voluntario. Si este modelo de acreditación funciona, podría ser exportado a otros países de la Unión Europea".

Susan E. Abbe, de la Liga Nacional de Enfermería (EE.UU.) apuesta por la calidad de la formación

Susan E. Abbe, directora adjunta de la Comisión de Acreditación de la Liga Nacional de Enfermería de EE.UU., presentó una ponencia titulada «La Acreditación como Garantía de Calidad». La acreditación es un sistema de reconocimiento de instituciones educacionales y programas que verifican que han alcanzado unos estándares establecidos, que confiere confianza a la comunidad educacional y al público.

En EE.UU. la acreditación es voluntaria y es conferida en principio por instituciones no gubernamentales o asociaciones profesionales. Estos grupos establecen los estándares, organizan las visitas a las instituciones, las evalúan y designan oficialmente cuáles han cumplido los estándares.

“La acreditación -concluyó Abbe- es una garantía primaria de calidad académica, que propicia que enfermeras bien preparadas presten cuidados de calidad”.

El sistema de los EE.UU. de evaluación voluntaria no gubernamental promueve calidad educacional a través de la acreditación institucional o la acreditación especializada. Ambas son complementarias. Las agencias que conceden la acreditación institucional consideran las características de la institución en su totalidad como una unidad operativa. Sin embargo, una agencia de acreditación especializada enfoca su atención en un programa en particular en el ámbito de una institución de enseñanza superior.

Hay expertos que ven la acreditación especializada como una duplicación de esfuerzos y algunos rectores se preguntan si la acreditación institucional no es suficiente.

Nuevas formas imaginativas del ejercicio profesional

José Angel Rodríguez, presidente del Consejo de Enfermería de Canarias, abordó en su conferencia las «Nuevas formas imaginativas del ejercicio profesional», tema indispensable de debate para reorientar la enfermería y tener nuevas salidas ante la situación de desempleo creciente.

SITUACIÓN SOCIAL

- Población envejecida.
- Mayor expectativa de vida.
- Mayor exigencia de cuidados.
- Mejor nivel vida/poder adquisitivo.
- Déficit de servicios públicos sociales.
- Población en hospitales de agudos con patología crónica y geriátrica.

PROPUESTA: Potenciar el autocuidado y la atención en domicilio

COMPARATIVA

- SITUACION PROFESIONAL 1990:
 - 79% Sector público
 - 20% Sector privado
 - 1% ejercicio libre
 - Ejercicio libre como actividad complementaria.
- TENDENCIAS 1997
 - Subarriendo de empresas.
 - Contrato prestación de servicios.
 - Creación de empresas, cooperativas y altas fiscales.

ESTRATEGIAS PROFESIONALES

- Definir estándares y protocolos de actuación para actividad liberal.
- Potenciar formación de postgrado eficaz.
- Apoyo a la licenciatura como garantía de la atención de enfermería al ciudadano.

- Defensa de nuestras parcelas de actividad profesional.
 - Exigencia de niveles de garantía y acreditación de la actividad profesional en sector público y privado.
 - Actuar como elemento aglutinador de los sectores de liderazgo de enfermería.
 - Generar dinámicas positivas en docencia, gestión y profesionales.
 - Crear y potenciar la creación de empresas de trabajo liberal.
- Garantes de calidad profesional.

ESTRATEGIAS PERSONALES

- Planificar el desarrollo profesional individual.
- Realizar una formación complementaria que permita competir.
- Especializarse.
- Asociarse.
- Crear empresas y cooperativas (trabajo liberal).
- Optar al sector público.
- Ser eficientes.

- Asumir los niveles competenciales autónomos.
- Garantes de calidad profesional

FUTURO DE LA ENFERMERÍA

1. Mantener la cota de trabajo público.
 2. De estatutario empleado público a empresario, profesión liberal.
 3. Incidir en la capacidad para la atención domiciliaria de manera autónoma y para la atención geriátrica.
- Asumir cota de trabajo en asuntos sociales

PROSPECCIÓN

- Crecimiento del sector privado.
- Crecimiento sector de asuntos sociales.

- Mayor demanda domiciliaria.
- Mayor demanda geriátrica.
- Énfasis en la gestión empresarial.
- Énfasis en los sistemas de productividad y eficiencia.
- Competitividad.
- Estabilización del sector público como empleador directo

POTENCIAR PROTAGONISMO DE LOS PROFESIONALES

1. Nuevo régimen estatutario.
2. Mantener un régimen común de acceso y movilidad.
3. Flexibilizar el régimen de dedicación (vinculación por acto).
4. Fórmulas retributivas.

2.11.- Los Retos de Enfermería para el Siglo XXI.

Para reflexionar sobre cómo sería la profesión de Enfermería en México del año 2025, creo que habría que preguntarnos primero ¿cómo quisiéramos los mexicanos que fuera nuestro país en ese entonces, y segundo ¿cómo podríamos unirnos y organizarnos nosotros para que el país del futuro respondiera a una visión de largo plazo concensada y mayoritaria, si no unánime, tomando en cuenta no solo nuestras fortalezas y debilidades, sino también lo que acontece en el mundo y en particular en ciertos países con los cuales interaccionamos?.

Bajo esta visión de políticas internacionales y en repuesta a ellas es, como el país enfoca sus estrategias de la actual reforma del programa nacional de salud y es así como la disciplina de enfermería se enfrentara a grandes retos y oportunidades que transformaran su práctica profesional participando activamente en dichas reformas con un renovado espíritu de cambio y de compromiso.

- Los cambios en la prestación de servicios de salud encaminados principalmente en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. con la reforma de la seguridad social, y bajo los principios de eficiencia, solidaridad, integridad, universalidad, unidad y participación, se ha querido que las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, y otros organismos gubernamentales, se comprometan a llevar a cabo programas de prevención y promoción, y que representen hacia el futuro un alto rendimiento económico y social. enfermería tiene un papel predominante en este campo de trabajo: su compromiso de educar para el autocuidado a la población, se tendrá que hacer con calidad, conocimiento y profesionalismo.
- Enfermería tendrá nuevos espacios laborales entre los cuales están: instituciones hospitalarias, espacios escolares, área laboral u ocupacional, el ejercicio libre e independiente, en áreas de investigación y en atención a domicilio.
- En manos de enfermería se concentra un gran porcentaje de la dinámica de educación para la salud de la población. es por ello que debe tener muy claro que no hay ningún proceso de la vida que implique aprendizaje y cambios de conducta si éste no se da a través de la educación.
- Bajo las premisas del tratado de libre comercio; hacia la competitividad, la productividad, y el libre mercado, enfermería debe tener muy claro las exigencias de una profesionalización basada en el nivel académico.⁸²
- Necesitamos mantener el reconocimiento, la credibilidad de la sociedad, y de los demás profesionales de la salud en niveles de decisión de la profesión de

⁸² Antología Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia **Seminario de Problemas Socioeconómicos de México.** Impresión 1998. México D.F. pág. 125

enfermería.

- Se necesitan abrir espacios para que enfermería participe en la formulación y elaboración de políticas de salud, de educación y de desarrollo.
- Promover en la sociedad la imagen e identidad de la enfermera como agente de salud comprometido con sabiduría, conocimientos, valores éticos y humanismo.
- La fuerza motriz de enfermería como disciplina científica estriba en las necesidades tanto del desarrollo de la producción material como del avance de la sociedad. debe descubrir nexos causa - efecto de conexiones relativamente simples a complejas y esenciales, a la formulación de leyes profundas y fundamentales de la salud y de la respuesta ante la enfermedad, se vera obligada a buscar un sustento mayor en la humanidades y la filosofía, a cambiar su denominación y a constituirse en profesión libre e independiente.
- La definición de enfermería como profesión libre e independiente tiene que ver con problemas éticos, de autoapreciación, de participación pero sobre todo de solución de problemas y para conformarse como tal necesita:

Una identidad profesional, una autonomía para tomar decisiones, conformar unidades de servicio profesional con carácter empresarial, donde es y se hace posible la toma de decisiones, conformar una estructura socio - organizativa, acudir a la planeación estratégica y control total de calidad en: el principio de autoridad y liderazgo como forma democrática y la toma de decisiones colectivas con relación a derechos y deberes interrelacionados con pensamiento, método y ejercicio profesional.

- Enfermería debe desarrollar la planeación estratégica y la calidad total para hacer frente a los retos de la competitividad y productividad de las instituciones, definiendo criterios, conceptos, estándares e indicadores que sean aplicados en la práctica y así retroalimentar el desarrollo de acuerdo a

las necesidades y exigencias del momento.

- La globalización en el ejercicio de la profesión de enfermería como resultado de los tratados comerciales, requerirá de la participación de asociaciones y grupos colegiados de enfermeras en la acreditación, y certificación del ejercicio profesional de enfermería, con el propósito de garantizar la calidad del ejercicio tanto de enfermeras nacionales como extranjeras.
- Enfermería deberá estar preparada con conocimientos para los conflictos éticos y legales que se intensificarán como resultado de la exigencia de los usuarios por calidad de los servicios de salud y por demandas de mala práctica en el ejercicio profesional. deberá participar activamente como miembro de comités formados en las instituciones hospitalarias para la normatividad, vigilancia y evaluación de los aspectos ético - legales.
- Se busca una regularización de la práctica de enfermería en el contexto de las reformas sectoriales:

a) Enfermería se enfrenta a cambios en la formación universitaria, con procesos pedagógicos creativos orientados al autoaprendizaje con manejo de la tecnología en el uso de la computadora con multimedia, a la conexión de redes y pistas de información

b) Reformas en la estructura de la práctica clínica, cambios en el rol del profesor, calidad de la educación con desarrollo de pensamiento crítico. preparación de líderes, renovación general en la docencia y flexibilidad de la estructura académica.⁸³

⁸³ Arroyo de Cordero Graciela. **Trabajos y Discursos 1991-1994**. Mimeografo. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 1994. pág. 130.

3.- METODOLOGÍA

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS GENERAL

El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

HIPÓTESIS NULA

El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 no tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

3.2 Variables e Indicadores

Variable Dependiente:

Conocimiento teórico del personal de enfermería acerca de las políticas del Reforma del Sector Salud y del proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

Indicadores:

Grado de conocimiento teórico del personal de Enfermería:

- Conocimiento de la teoría neoliberal y sus implicaciones.
- Conocimiento de los cambios Socioeconómicos y políticos del país.
- Conocimiento sobre el tema: Reformas del Sector Salud.

- Globalización y neoliberalismo son lo mismo.
- Competencias laborales resultado de las nuevas reformas laborales
- Reformas a la ley federal del trabajo
- Conocimiento de los lineamientos de la Certificación de la Institución y del personal.
- Impacto del proceso de globalización en la profesión de Enfermería.
- Consideración del personal de enfermería sobre los cambios al interior de la profesión por implicaciones de la globalización.

Personal de Enfermería.

- Edad
- Puesto actual
- Institución educativa de procedencia
- Antigüedad

Políticas y Reformas del Sector Salud encaminadas a la mejora continua.

- Categoría
- Escolaridad
- Pertenencia a Colegios o Asociaciones de profesionales.
- Cursos de actualización
- Financiamiento de los cursos de actualización
- Participación en labores sindicales
- Número de asistencia a charlas sobre Proceso de Globalización.
- Número de asistencia a charlas.
- Información dada por la institución acerca de las reformas a la Ley del Seguro Social.
- Información dada por los directivos acerca de las Reformas del Sector Salud.
- Asistencia a reuniones programadas de trabajo.
- Calidad de atención.
- Información de los directivos sobre nuevas estrategias de trabajo en la institución.

- Privatización de los servicios de salud.
- Programación de sesiones ordinarias de actualización organizativa de la institución.

3.2.1 Definición de variables

- ◆ La edad es considerada parte del estudio, porque permite determinar a qué grupo etéreo le es de mayor importancia el cambio socioeconómico que se está dando, ya que es un factor que genera variabilidad en la perspectiva del futuro, de acuerdo con la etapa o afectación que se da en las personas determinada también por.
- ◆ El sexo, no se tiene una ubicación igual de la forma de evaluar, afrontar o percibir las situaciones para un varón o una mujer, es interesante analizar en una profesión predominantemente femenina que tanta importancia se le da al aspecto socioeconómico por parte de la mujer, respecto al hombre.
- ◆ Antigüedad, En ésta variable consideramos importante el cruce, respecto a la edad, el sexo y específicamente en sí misma hasta qué punto, a mayor antigüedad se pierde el interés por el futuro de la empresa o por el contrario si aumenta, existe también la importancia de saber si aquellos que tienen menor tiempo de contratados son los más interesados en la problemática que les rodea a futuro.
- ◆ Sueldo mensual, independientemente a los factores que llevan a un individuo a dedicarse a una profesión el factor económico dependiente directamente de la remuneración es determinante para la seguridad, tenemos la idea de que si se percibe un buen sueldo, el interés por la superación puede ser más constante para mantenerlo, o quizá cuando

existen carencias se hace más importante escalar puestos a través de la constante búsqueda de una mejor preparación, por otra parte puede suceder que por contar con un sueldo deficiente para sus necesidades, al personal ya no le interese o no pueda costear los gastos que implica la educación continua o la formación profesional.

- ◆ Tipo de contratación, en particular, éste factor nos parece de importancia, porque de acuerdo con los cambios y reformas económicas, aquellos que dependen de un contrato tendrán mayor necesidad de mantenerse actualizados para conservar sus puestos, de ahí que nos interese el comportamiento de los grupos que ya cuentan con la solidez de una base y aquellos que no, el cruce es con la antigüedad, el sueldo, la edad y el sexo.
- ◆ Incentivos económicos (prestaciones), es un factor que en relación directa con el sueldo, nos permite determinar si esto tiene influencia en su grado de interés y conocimiento respecto a los cambios en el sistema socioeconómico del país.
- ◆ Categoría, de acuerdo con otros aspectos como la escolaridad y tipo de preparación profesional, ésta variable permite saber si quienes ocupan un puesto jerárquico es acorde con el nivel de estudios que tiene el personal de enfermería. Y la institución tiene estrategias de selección de su personal. En otro aspecto el nivel académico nos permite valorar que personal de la institución están informados y se preparan para afrontar los cambios que se están dando y que en breve serán parte de la vivencia diaria.
- ◆ Nivel académico, por sí sólo es un factor que puede delimitar las características de conocimientos generales que se adoptan a través de la

formación o del que se carece de acuerdo con el grado de estudios, que por otra parte puede no estar realmente relacionado, dependiendo del tipo de institución en la que se haya formado el sujeto.

- ◆ Escuela de procedencia, es una variable que nos permite valorar el panorama de la formación quienes están más conscientes de la situación sociopolítica y económica del país, es de acuerdo al rango de estudios o al tipo de escuela que les impartió las bases de la profesión.
- ◆ Capacitación, suele ser un factor individual que se condiciona por situaciones diversas y aspectos muy personales, pero en términos generales, como variable tiene cruce con la edad, el sexo, la formación, el sueldo, la categoría e incluso con el tipo de contratación, ya que en muchos casos uno depende de otro en forma casi directa.
- ◆ Desarrollo laboral del personal de enfermería, cuando se analiza que la persona tiene cierta edad, una antigüedad determinada y un grado académico específico, se delimita por sí misma la relación con el desarrollo que se tiene en una empresa o su estancamiento, la incongruencia de éstos elementos, permitirá observar la forma en la que las personas suelen escalar dentro de la institución.
- ◆ Conocimientos sobre el tema, todos los aspectos anteriores analizados como elementos dispersos no nos permitirían establecer las bases que el presente estudio nos exige, pero al asociarlas en un relación cualitativa y cuantitativa, ofrece toda una gama de posibilidades que arrojará, luz sobre el tema en cuestión.
- ◆ Actividades o participación sindical, es un factor que influye en cuanto al desarrollo profesional, y en el conocimiento de los derechos y

obligaciones por ende sobre los cambios que se están dando en los diferentes niveles no sólo de su unidad, sino de la institución.

- ◆ Asociación a colegios, es otro elemento que tiene que ver con la información y conocimientos que el personal maneja, ya que la asistencia y participación en algún organismo de estos, le permite estar actualizado.
- ◆ Proceso de globalización.- que tiene una connotación mundial en cuanto a la economía la política y lo social, que implica el tránsito libre de mercado y profesionistas y por lo tanto es una influencia de cambio en todos los niveles, principalmente en el referente a la salud ya que es un servicio económico, político (en el caso del IMSS) 100% social.
- ◆ Políticas neoliberales. Debido a que implican las estrategias que se asociará a la globalización desde el punto de vista actualizado, tienen por ende una intervención directa en las estructuras funcionales de las diferentes empresas Estatales y Paraestatales, ello nos traspolo a la necesidad de conocer su grado de intelectualización en el equipo de salud, como parámetro de partida para nuestras conclusiones.
- ◆ Descentralización. Para el estudio que se efectúa, tiene una trascendencia de gran magnitud, ya que analiza directamente el fenómeno al que nos referimos, el IMSS, está a las puertas de éste proceso como parte de las políticas del Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, con en el que México se encuentra comprometido.
- ◆ Privatización. Es el fenómeno clave de las políticas actuales que se gestan para el futuro inmediato del Instituto, de ahí la importancia de estructurar el análisis en su entorno, y el grado de conocimiento del

equipo de enfermería puede contribuir a establecer en qué medida es posible la participación real de éste en el proceso de cambio radical.

3.2.3.- Modelo de relación causal de la variable

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conocimiento de la teoría neoliberal, de los cambios Socioeconómicos y políticos del país, las Reformas del Sector Salud, el proceso de Globalización, las Competencias laborales, impacto de estas en el profesión de enfermería. ❖ Pertenencia a Colegios o Asociaciones Cursos de actualización ❖ Financiamiento de los cursos de actualización ❖ Participación en labores sindicales ❖ Número de asistencia a charlas sobre Proceso de Globalización. ❖ Número de asistencia a charlas. ❖ Información dada por la institución acerca de las reformas a la Ley del Seguro Social. ❖ Información dada por los directivos acerca de las Reformas del Sector Salud. ❖ Asistencia a reuniones programadas de trabajo. ❖ Calidad de atención. 	<p>Conocimiento teórico del personal de enfermería.</p>
<p>Indicadores</p>	<p>Variable Dependiente</p>

Definición de variables

Indicadores	Tipo	Escala						
Edad	Cuantitativo	22 a 50 años						
Categoría	Cualitativo	Masculino				Femenino		
Escolaridad	Cualitativo	A. Enf.	E. Gral S/C Post	E. Gral C/C Post.	Lic. S/C post	Lic. C/C post	Maestria S/C post	Maestria C/C post
Puesto actual	Cualitativo	Enf. Auxiliar	Enf. Gral	Enf. Espec.	Jefe de piso	Supervisión		
Institución educativa de procedencia	Cualitativo	UNAM	IPN	UAM	Condep	Cebetis	Incorp. UNAM	Otras
Antigüedad	Cuantitativo	1-3	4-5	6-10	11-15	16-20	+ de 20	
Pertenencia a Colegios o Asociaciones de profesionales.	Cualitativo	Colegios		Asociaciones		Federaciones	Sociedades	
Cursos de actualización	Cuantitativo	SI				NO		
Financiamiento de los cursos de actualización	Cualitativo	Por la empresa				Por cuenta propia		
Participación en labores sindicales	Cualitativo	SI				NO		

Políticas y Reformas del Sector Salud

Indicador	Tipo	Escala			
Número de asistencia a charlas sobre Proceso de Globalización	Cuantitativo	Una a 3 veces	Más de 3 veces	Ninguna	
Número de asistencia a charlas	Cuantitativo	Una a 3 veces	Más de 3 veces	Ninguna	
Información dada por la institución acerca de las reformas a la Ley del Seguro Social.	Cualitativo	Completa y programada	Incompleta y de manera informal	En algunas ocasiones de manera informal	Nunca
Información dada por los directivos acerca de las Reformas del Sector Salud.	Cualitativo	Completa y programada	Incompleta y de manera informal	En algunas ocasiones de manera informal	Nunca
Asistencia a reuniones programadas mensuales de trabajo	Cualitativo	SI		NO	
Asistencia a cursos de Calidad de atención.	Cuantitativo	De 1 a 3 cursos	Más de 3	Ningún curso	
Asistencia a sesiones para información de los directivos	Cuantitativo	De 1 a 3 veces	Más de 3 veces	Ninguna	

sobre las nuevas estrategias de trabajo en la institución.				
Información sobre la Privatación de los servicios de salud.	Cualitativa	No sabe que se privatizaran	Solo ha escuchado rumores de la privatización	Si sabe que se privatizarán

Grado de Conocimientos del Personal de Enfermería

Indicador	Tipo	Escala		
		SI	NO	
Conocimiento de la teoría neoliberal y sus implicaciones.	Cualitativo	SI	NO	
Asistencia a charlas sobre los cambios Socioeconómicos y políticos del país	Cuantitativo	De 1 a 3 veces	Más de 3 veces	Ninguna
Conocimiento sobre el tema: Reformas del Sector Salud.	Cualitativo	Si tiene	No lo tiene	
Globalización y neoliberalismo son lo mismo	Cualitativo	Son lo mismo	Son diferentes	Se complementan
Las Competencias laborales son resultado de las nuevas reformas	Cualitativo	SI	NO	

laborales					
Reformas a la ley federal del trabajo	Cualitativo	SI			NO
Conocimiento sobre los lineamientos de la Certificación de la Institución y del personal.	Cualitativo	Si conoce el procedimiento	Lo conoce por rumores		No conoce el procedimiento
Impacto del proceso de globalización en la profesión de Enfermería	Cualitativo	No tiene conocimiento del impacto			Si tiene conocimiento del impacto
Consideración del personal de enfermería sobre los cambios al interior de la profesión por implicaciones de la globalización	Cualitativo	Habrà cambios importantes	Habrà muy pocos cambios		No habrá cambios
Conocimiento de la estructura orgánica de la institución	Cualitativo	Si la conoce totalmente	Solo a medias		No la conoce

3.3.- Tipo y Diseño de la investigación

3.3.1.- Tipo

El tipo de investigación que se proyecta para efectuar, es diagnóstica, transversal, descriptiva, analítica y prospectiva.

Es diagnóstica porque nos permitirá establecer el diagnóstico situacional de las variables que conducen al "nivel de conocimientos del proceso de globalización y políticas neoliberales" y "desarrollo laboral del personal de enfermería", para determinar respuestas que conduzcan a la comprobación o disprobación de las hipótesis.

Es trasversal porque esta investigación se hará en un periodo corto de tiempo es decir, durante los meses de Mayo a Noviembre del 2000.

Es descriptiva porque se estudiará y describirá el fenómeno que producen las variables sin establecer comparaciones en el personal de enfermería dell Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S.

Es analítica porque para medir las variables conocimiento del personal de enfermería y se le han descompuesto en sus indicadores básicos para poder estudiarlos.

Prospectiva, ya que los resultados de esta investigación servirán para brindar capacitación y educación continua al personal de enfermería para establecer conciencia y apoyar el cambio de actitudes para lograr la mejora continua a los derechohabientes con características similares.

3.3.2.- Diseño

El diseño de investigación se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Curso de Seminario de Tesis.
- Se hizo revisión bibliográfica a través de la asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el Marco Teórico que permite fundamentar la variable de estudio.
- Realización del diseño de investigación.
- Estructuración del Marco Teórico.
- Elaboración del instrumento de recolección de datos con base a los indicadores de la variable.
- Para realizar la presente investigación, se presentará el proyecto de investigación a la Unidad en estudio y se solicitará autorización para la implementación de los instrumentos tipo cédula.
- Aplicación de la cédula de encuesta a la muestra seleccionada.
- Se organizarán jornadas de recolección de datos en los diferentes turnos y servicios de la Unidad Hospitalaria, mediante entrevistas programadas, en base al análisis de los diferentes turnos que permitirán documentación necesaria, para conocer a través de las estadísticas que se elaborarán sobre los resultados.

- Captura, recuento y clasificación de los datos para la elaboración de tablas, cuadros y gráficas.
- Análisis e interpretación de resultados para el planteamiento de alternativas.
- Comprobación o disprobación de hipótesis utilizando las técnicas estadísticas pertinentes.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones para solucionar en parte la problemática estudiada.

El asesor metodológico, proporcionará orientación oportuna, respecto a las pautas propiamente dichas que se toman en consideración el avance paso a paso de los aspectos de investigación; desde el punto de vista técnico, evalúa la calidad del contenido del documento integral del proceso de investigación y en cuanto a redacción, valora los aspectos relativos a la secuencia del escrito, para que sea claro y objetivo, en lo referente a enlace de ideas, ortografía y formato del documento.

3.3.3.- Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- ◊ Enfermeras auxiliares
- ◊ Enfermeras generales.
- ◊ Enfermeras especialistas (no importando # de especialidades).
- ◊ Licenciadas de enfermería.
- ◊ Todas las enfermeras podrán participar no importando el área donde laboren.
- ◊ Enfermeras de todos los turnos.

- ◊ Enfermeras de base o por contratos.

Exclusión

- ◊ Enfermeras particulares que se encuentren en los servicios.
- ◊ Enfermeras con incapacidad.
- ◊ Enfermeras en tiempo de vacaciones.
- ◊ Enfermeras que no presten servicios en el IMSS.
- ◊ Enfermeras que no deseen participar.

3.4.- Técnicas e instrumentos de investigación

Para desarrollar el trabajo se utilizaron las siguientes técnicas de investigación.

3.4.1 Fichas de trabajo

Con las fichas de trabajo será posible ordenar y clasificar el material recopilado para la elaboración del marco teórico. Se elaborarán no solo fichas bibliográficas sino también fichas de trabajo que contengan los contenidos básicos sobre la investigación en enfermería.

3.4.2 Cuestionarios.

Este es el principal instrumento para la recolección de datos, los cuestionarios se harán con base en preguntas derivadas de los indicadores, a cada pregunta le corresponden diferentes opciones de respuesta que van desde SI y No hasta completo conocimiento y otros sin respuesta para dar opción a los entrevistados que no deseen contestar, este cuestionario durará para su contestación máximo 20 minutos.

Este instrumento se aplicó a la población en estudio, permitiéndonos obtener datos e información concerniente al tema de investigación. Ver anexos.

Antes de aplicar los cuestionarios se hará una prueba piloto para analizar la comprensión de los entrevistados, del sentido de las preguntas. Esta prueba piloto se hará con el 10% de la muestra seleccionada.

3.4.3 Entrevista.

Este método se le aplicó a las enfermeras que realizan actividades administrativas y operativas en el Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S.

El grupo de investigadores, reúne los testimonios orales mediante una relación directa, entrevistado – entrevistador y conoce los pensamientos del personal de enfermería con relación a los conocimientos del proceso de globalización, las nuevas reformas laborales y del sector salud así como sus implicaciones en la calidad de atención del derechohabiente.

4.- INSTRUMENTACIÓN

ESTADÍSTICA

En este capítulo se presenta, el universo, la población y la muestra, al igual que el procesamiento de datos, la comprobación de la hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.

4.1 Universo, población y muestra.

Universo: Lo constituye el 100% del fenómeno en estudio esto significa, que para el Hospital General Regional No. 196 "Fidel Velázquez Sánchez del I.M.S.S. el universo esta constituido por Jefes, Subjefes, Enfermeras especialistas, Enfermeras Generales, Enfermeras auxiliares.

Población: La población abarcó a las enfermeras que realizan actividades operativas y administrativas de todos los turnos matutino y vespertino y nocturnos en sus diferentes guardias del Hospital General Regional 196 del I.M.S.S.

Muestra: Personal de enfermería que realiza actividades operativas y administrativas que estuvieron laborando del 1 de Mayo al 30 de Octubre del 2000. Obteniendo como tal una cantidad de 200 Enfermeras.

4.2 Procesamiento de Datos

Los datos serán procesados utilizando para ello las tarjetas simples, de concentración y matrices que permiten realizar el recuento, captura y hacer posible la realización de los cuadros y gráficas.

F a l t a

P á g i n a

1 | 4 0 |

CUADRO No. 2

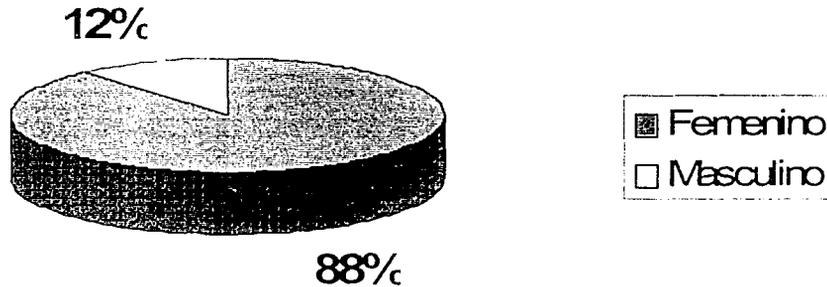
Sexo del personal de enfermería del Hospital General Regional # 196 " Fidel Velázquez Sánchez ".

SEXO	Fc	%
Femenino	177	88.5
Masculino	23	11.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 2

Sexo del personal de enfermería del Hospital General Regional # 196 " Fidel Velázquez Sánchez ".



Fuente: Cuadro No. 2

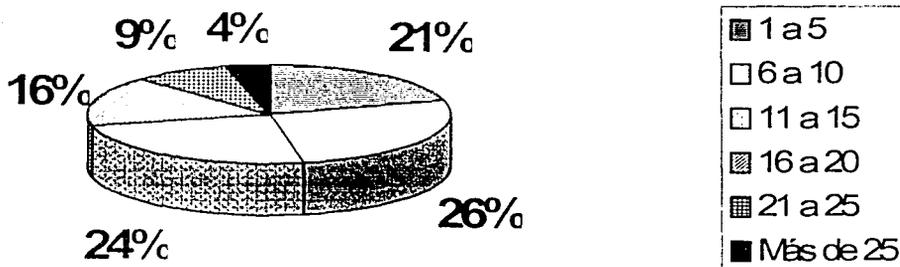
CUADRO No. 3
Antigüedad del personal de enfermería del Hospital General Regional
196 " Fidel Velázquez Sánchez ".

ANTIGÜEDAD	F _c	%
1 a 5	41	20.5
6 a 10	53	26.5
11 a 15	49	24.5
16 a 20	32	16.0
21 a 25	17	8.5
Más de 25	8	4.0
Total	200	100

Fuente: Ibidem Cuadro 1

Gráfica No. 3
Antigüedad del personal de enfermería del Hospital General Regional
196 " Fidel Velázquez Sánchez ".

Antigüedades (Años)



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro 4

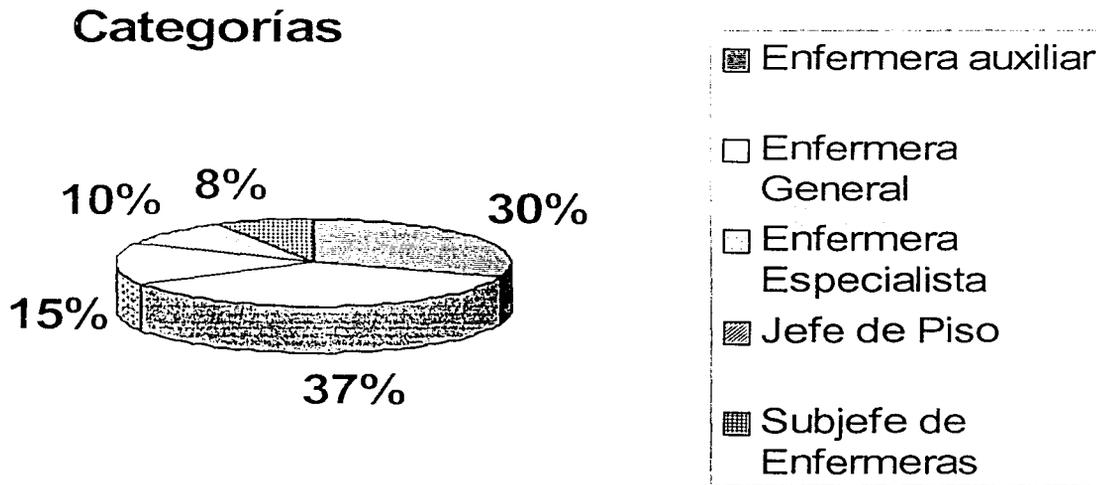
**Categoría actual del personal de enfermería del Hospital General Regional
196 " Fidel Velázquez Sánchez ".**

CATEGORÍA	Fc	%
Enfermera auxiliar	60	30.0
Enfermera General	74	37.0
Enfermera Especialista	30	15.0
Jefe de Piso	20	10.0
Subjefe de Enfermeras	16	8.0
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 4

**Categoría actual del personal de enfermería del Hospital General Regional
196 " Fidel Velázquez Sánchez ".**



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro 5

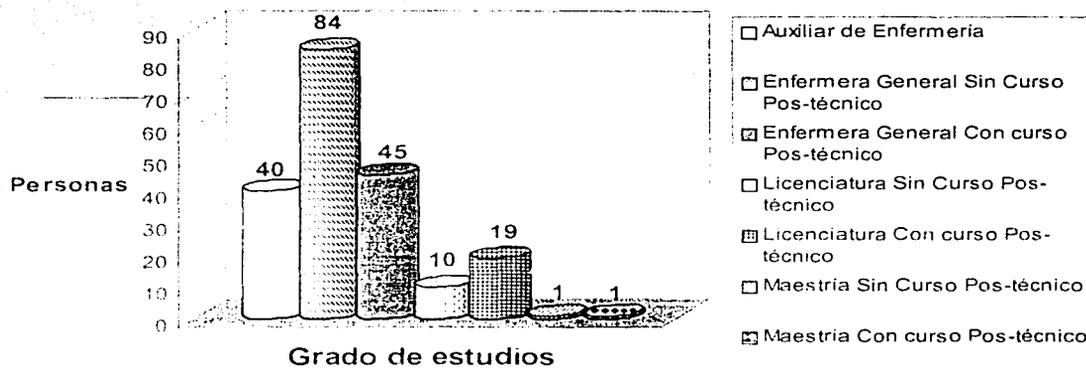
Grado de estudios actual del personal de enfermería del Hospital General Regional # 196 " Fidel Velázquez Sánchez ".

Grado de estudios		Fc	%
Auxiliar de Enfermería		40	20
Enfermera General	Sin Curso Pos-técnico	84	42
	Con curso Pos-técnico	45	22.5
Licenciatura	Sin curso Pos-técnico	10	5.0
	Con curso Pos-técnico	19	9.5
Maestría	Sin curso Pos-técnico	1	0.5
	Con curso Pos-técnico	1	0.5

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 5

Grado de estudios actual del personal de enfermería del Hospital General Regional # 196 " Fidel Velázquez Sánchez ".



Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO 6

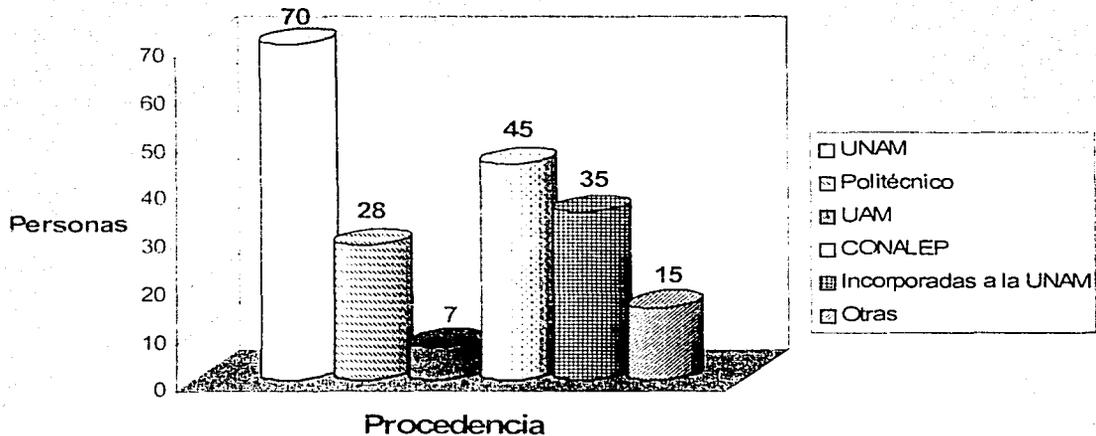
Institución Educativa de procedencia del personal de enfermería estudiado

Institución de procedencia	Fc	%
UNAM	70	35.0
Politécnico	28	14
UAM	7	3.5
CONALEP	45	22.5
Incorporadas a la UNAM	35	17.5
Otras	15	7.5

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 6

Institución Educativa de procedencia del personal de enfermería estudiado



Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO No. 7

Categoría actual acorde con el nivel de estudios del personal de enfermería estudiado.

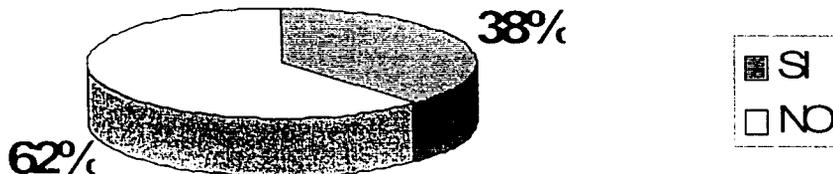
Categoría con el nivel de estudios	Fc	%
SI	76	38
NO	124	62
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 7

Categoría actual acorde con el nivel de estudios del personal de enfermería estudiado.

Categoría acorde a nivel de estudios



Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO No. 8

Relación de Puesto actual con el nivel de estudios del personal de enfermería estudiado

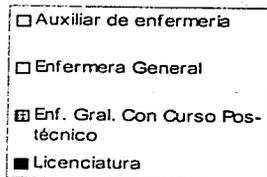
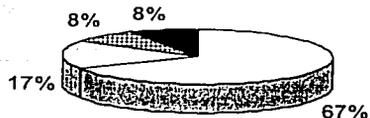
Categoría	Grado Académico	Fc.	%
Auxiliar de enfermería 60	Auxiliar de enfermería	40	20
	Enfermera General	10	5
	Enf. Gral. Con Curso Pos-técnico	5	2.5
	Licenciatura	5	2.5
Enfermera General 74	Enfermera General	41	20.5
	Enf. Gral. Con Curso Pos-técnico	14	7
	Licenciatura	18	9
	Maestría	1	0.5
Enfermera Especialista 30	Enf. Gral. Con Curso Pos-técnico	19	9.5
	Licenciatura	7	3.5
	Licenciatura con Curso Pos-técnico	4	2
	Maestría	0	
Jefe de Piso 20	Enf. Gral. Con Curso Pos-técnico	16	8
	Licenciatura	2	1
	Licenciatura con Curso Pos-técnico	2	1
	Maestría	0	
Subjefe de enfermería 16	Enf. Gral. Con Curso Pos-técnico	9	4.5
	Licenciatura	2	1
	Licenciatura con Curso Pos-técnico	4	2
	Maestría	1	0.5
Total		200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

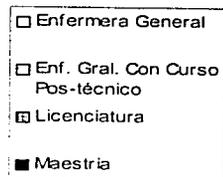
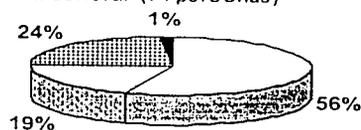
Gráfica No. 8

Relación de Puesto actual con el nivel de estudios del personal de enfermería estudiado

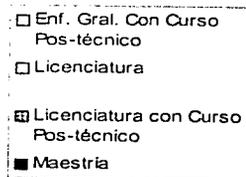
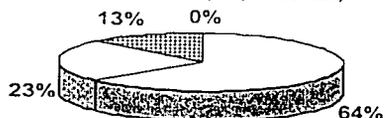
Auxiliar de enfermería (60 personas)



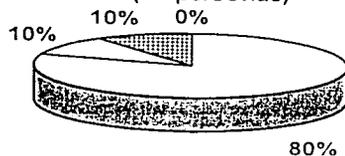
Enfermera General (74 personas)



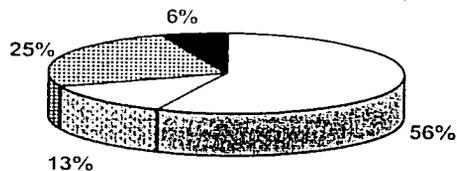
Enfermera Especialista (30 personas)



Jefe de Piso (20 personas)



Subjefe de enfermería (16 personas)



Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO No. 9

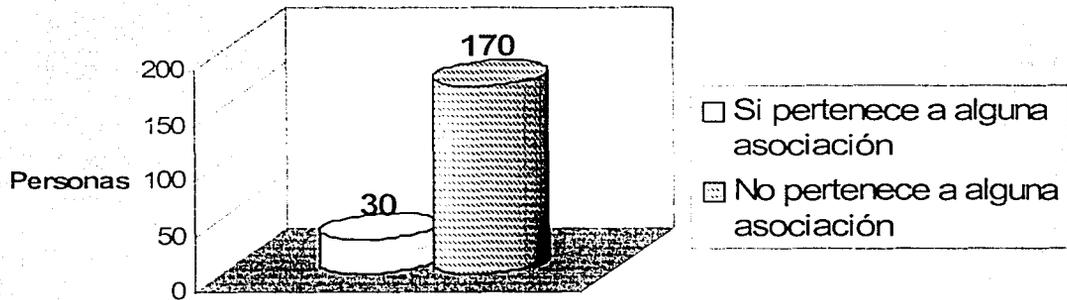
Integración a Asociaciones profesionales del personal de Enfermería estudiado

Integración a asociaciones	Fc	%
Si pertenece a alguna asociación	30	15
No pertenece a alguna asociación	170	85
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 9

Integración a Asociaciones del personal de Enfermería estudiado



Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO No. 10

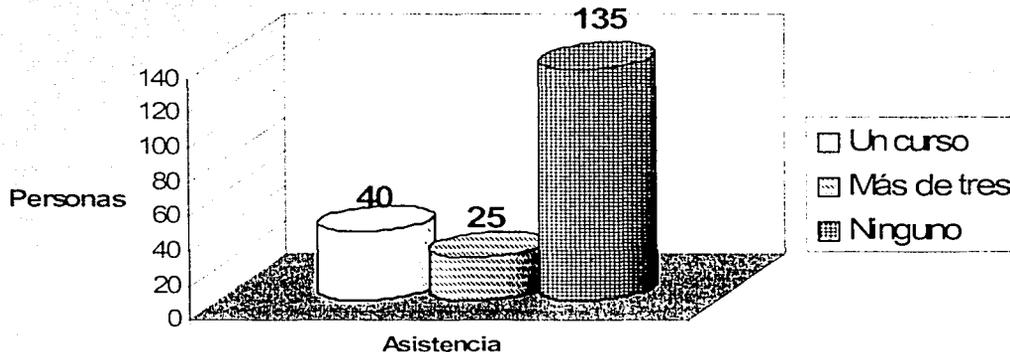
Asistencia del personal de Enfermería estudiado a cursos de educación continua en los dos últimos años

Asistencia a cursos	Fc	%
Un curso	40	20
Más de tres	25	12.5
Ninguno	135	67.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 10

Asistencia del personal de Enfermería estudiado a cursos de educación continua en los dos últimos años



Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO No. 11

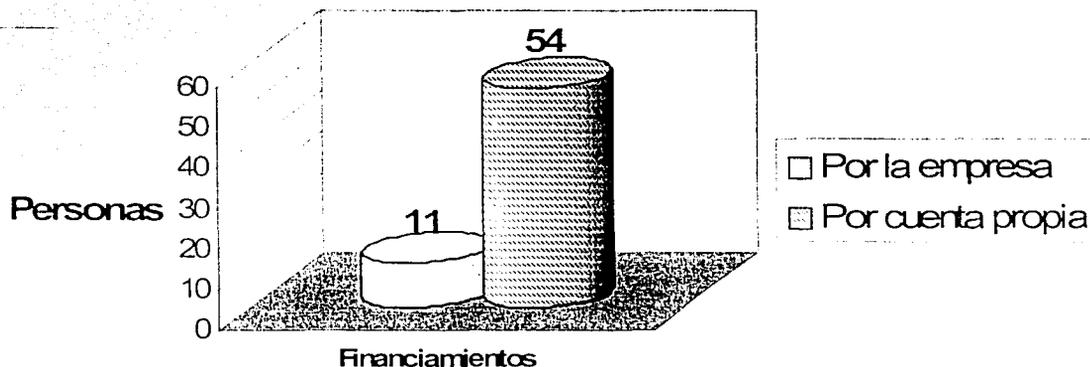
Financiamiento de los cursos de Educación Continua del personal de Enfermería estudiado

Financiamiento	Fc	%
Por la empresa	11	16.9
Por cuenta propia	54	83.07
Total	65	99.97

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 11

Financiamiento de los cursos de Educación Continua del personal de Enfermería estudiado



Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO No. 12

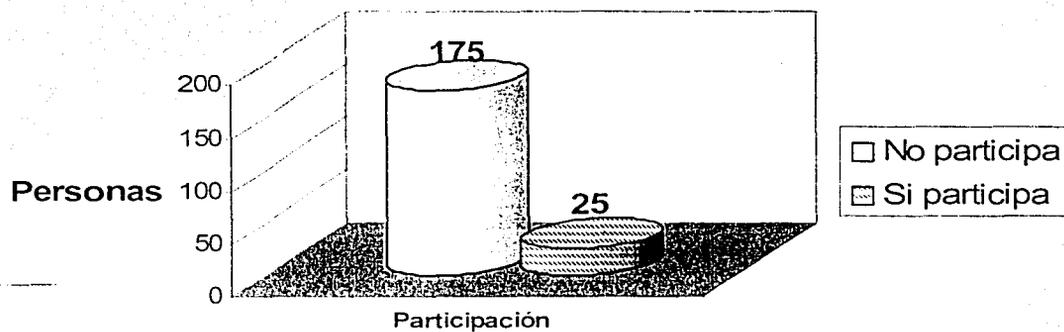
Participación del personal de enfermería estudiado en actividades sindicales

Participación	Fc	%
No participa	175	87.5
Si participa	25	12.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 12

Participación del personal de enfermería estudiado en actividades sindicales



Fuente: Cuadro No. 12

CUADRO No. 13

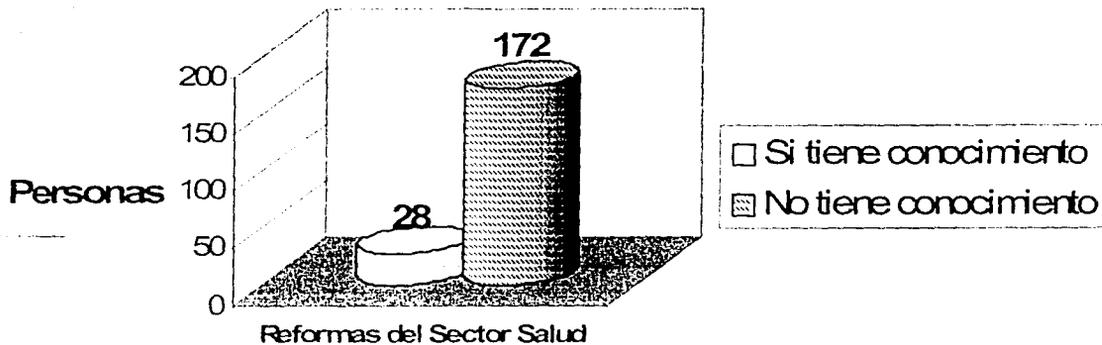
Conocimiento del personal de enfermería estudiado acerca de las Reformas del Sector Salud

Conocimiento	Fc	%
Si tiene conocimiento	28	14
No tiene conocimiento	172	86
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 13

Conocimiento del personal de enfermería estudiado acerca de las Reformas del Sector Salud



Fuente: Cuadro No. 13

CUADRO No. 14

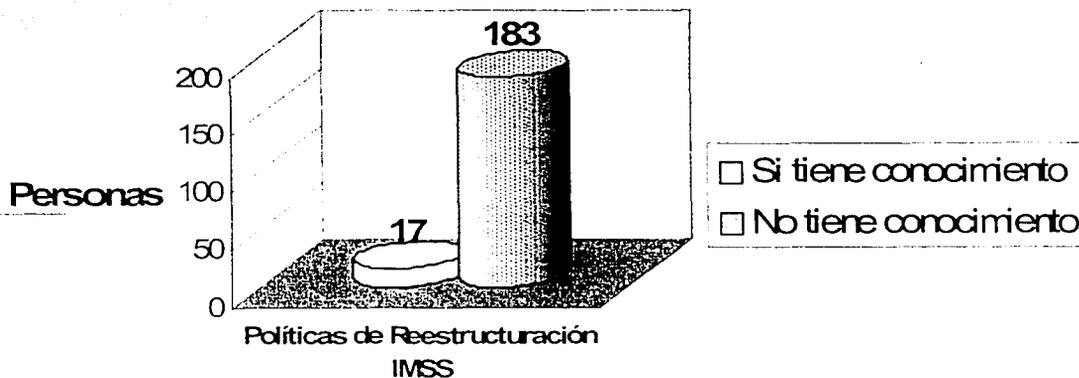
Conocimiento del personal de enfermería estudiado sobre las Políticas de Reestructuración del I.M.S.S.

Conocimiento	Fc	%
Si tiene conocimiento	17	8.5
No tiene conocimiento	183	91.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 14

Conocimiento del personal de enfermería estudiado sobre las Políticas de Reestructuración del I.M.S.S.



Fuente: Cuadro No. 14

Cuadro No. 15

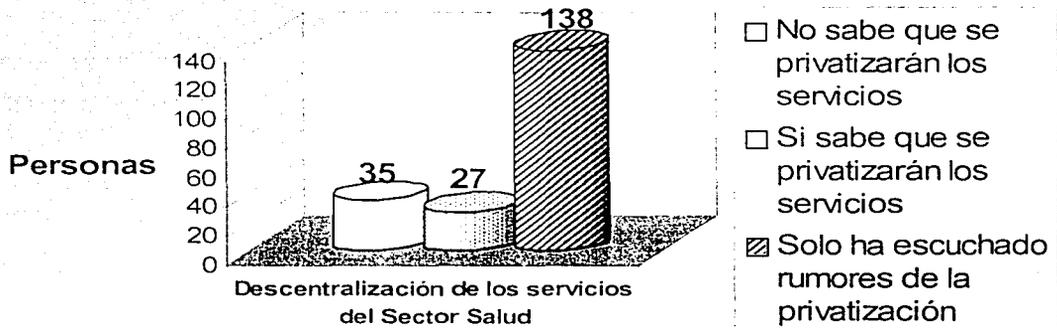
Conocimiento del personal de Enfermería estudiado respecto a la descentralización de los Servicios de Salud

Conocimiento	Fc	%
No sabe que se privatizarán los servicios	35	17.5
Si sabe que se privatizarán los servicios	27	13.5
Solo ha escuchado rumores de la privatización	138	69
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 15

Conocimiento del personal de Enfermería estudiado respecto a la descentralización de los Servicios de Salud



Fuente: Cuadro No. 15

CUADRO No.16

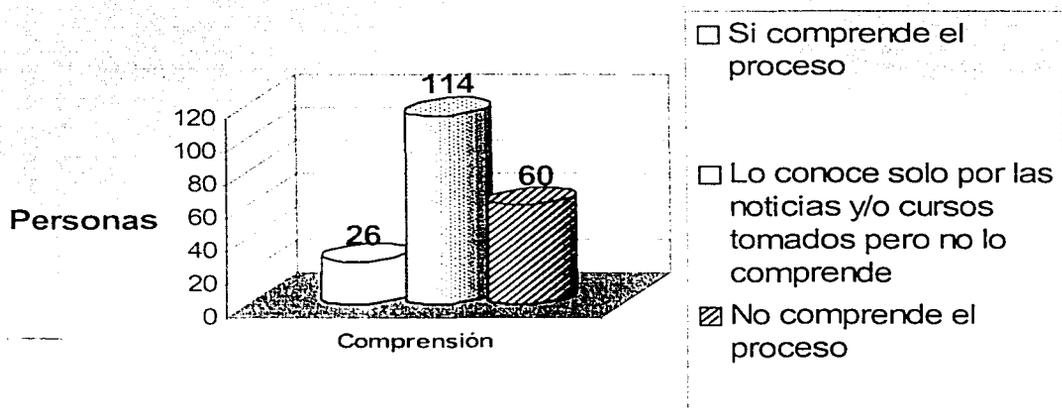
Comprensión del personal de Enfermería estudiado acerca del proceso de globalización

Comprensión	Fc	%
Si comprende el proceso	26	13
Lo conoce solo por las noticias y/o cursos tomados pero no lo comprende	114	57
No comprende el proceso	60	30
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No.16

Comprensión del personal de Enfermería estudiado acerca del proceso de globalización



Fuente: Cuadro No. 16

CUADRO No. 17**Conocimiento del personal de Enfermería estudiado respecto a la Teoría Neoliberal y Globalización**

Neoliberalismo y Globalización son lo mismo	Fc	%
SI	133	66.5
NO	67	33.5
Total	200	100

Son dos estructuras ideológicas totalmente diferentes	Fc	%
SI	43	21.5
NO	157	78.5
Total	200	100

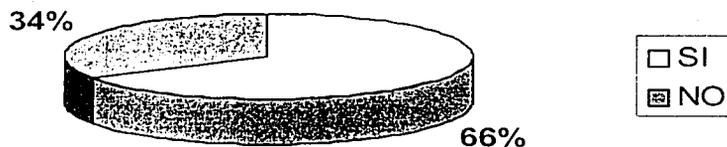
Son dos estructuras ideológicas que se complementan	Fc	%
SI	183	91.5
NO	17	8.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

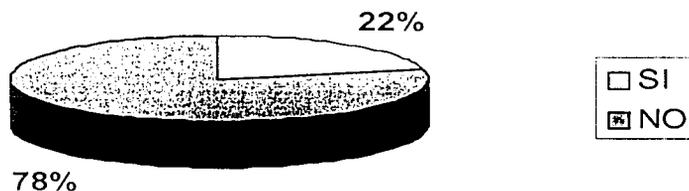
Gráfica No. 17

Conocimiento del personal de Enfermería estudiado respecto a la Teoría Neoliberal y Globalización

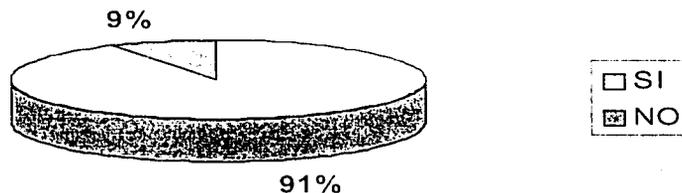
Noliberalismo y Globalización son lo mismo



Son dos estructuras ideológicas totalmente diferentes



Son dos estructuras ideológicas que se complementan



Fuente: Cuadro No. 17

CUADRO No. 18

Asistencia del personal de Enfermería estudiado a charlas sobre los cambios Socioeconómicos y Políticos actuales del País.

Asistencia a charlas	Fc	%
De 1 a 3 veces	26	13
Más de 3 veces	0	0
Ninguna	174	87
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 18

Asistencia del personal de Enfermería estudiado a charlas sobre los cambios Socioeconómicos y Políticos actuales del País.



Fuente: Cuadro No. 18

CUADRO No. 19

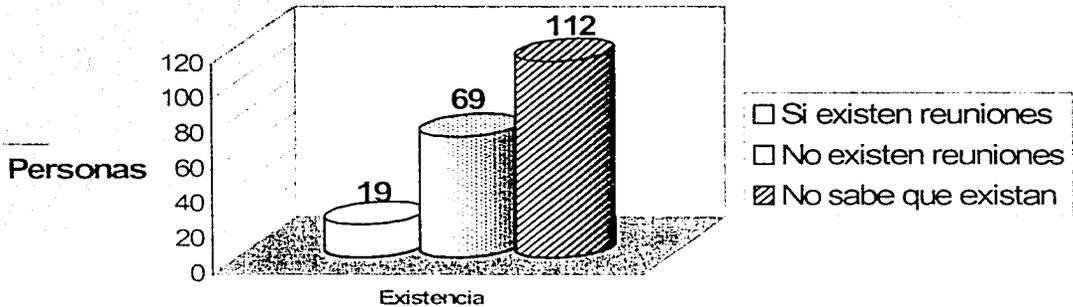
Existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente en el último año del Hospital Regional General No. 196 I.M.S.S

Existencia	Fc	%
Si existen reuniones	19	9.5
No existen reuniones	69	34.5
No sabe que existan	112	56
Total	200	100

Fuente. Idem Cuadro 1

Gráfica No. 19

Existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente en el último año del Hospital Regional General No. 196 I.M.S.S



Fuente: Cuadro No. 19

CUADRO No. 20

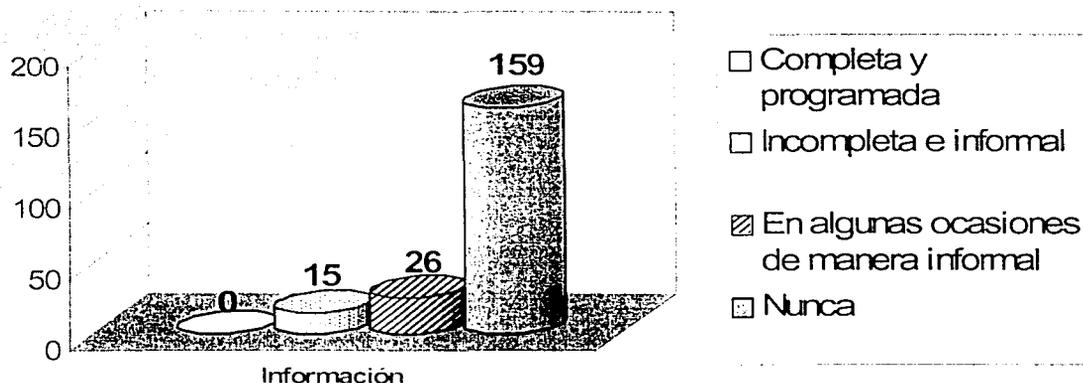
Información recibida del personal de Enfermería por la institución sobre las Reformas a la Ley del Seguro Social.

Información recibida	Fc	%
Completa y programada	0	0
Incompleta e informal	15	7.5
En algunas ocasiones de manera informal	26	13
Nunca	159	79.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 20

Información recibida del personal de Enfermería por la institución sobre las Reformas a la Ley del Seguro Social.



Fuente: Cuadro No. 20

CUADRO No. 21

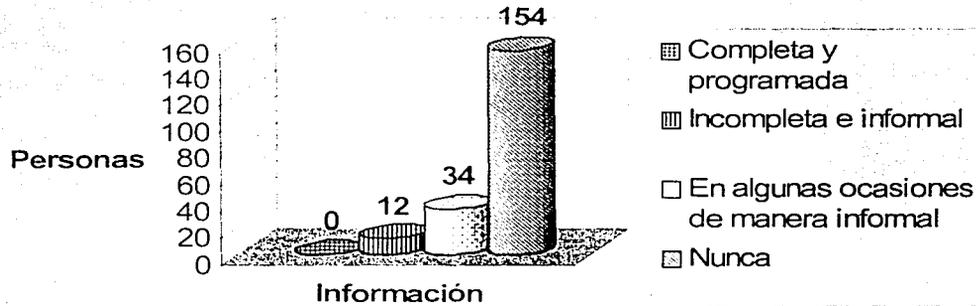
Información proporcionada por los directivos en sesiones al personal de Enfermería sobre las Reformas del Sector Salud.

Información recibida sobre Reformas del Sector Salud	Fc	%
Completa y programada	0	0
Incompleta e informal	12	6
En algunas ocasiones de manera informal	34	17
Nunca	154	77
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 21

Información proporcionada por los directivos en sesiones al personal de Enfermería sobre las Reformas del Sector Salud.



Fuente: Cuadro No. 21

CUADRO No. 22

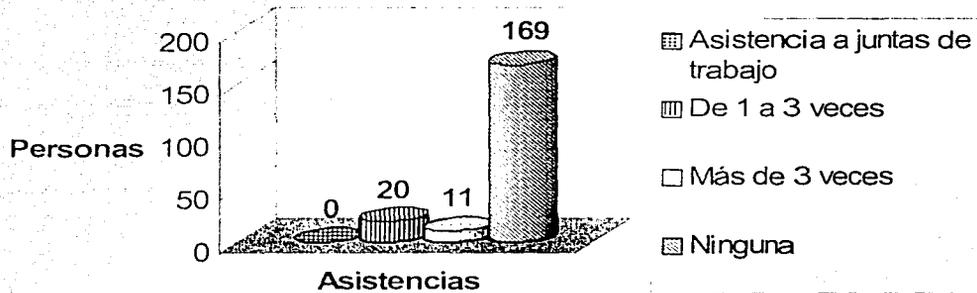
Asistencia a Juntas de trabajo programadas para conocimiento de las nuevas Estrategias Laborales

Asistencia a juntas de trabajo	Fc	%
De 1 a 3 veces	20	10
Más de 3 veces	11	5.5
Ninguna	169	84.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 22

Asistencia a Juntas de trabajo programadas para conocimiento de las nuevas Estrategias Laborales



Fuente: Cuadro No. 22

CUADRO No. 23

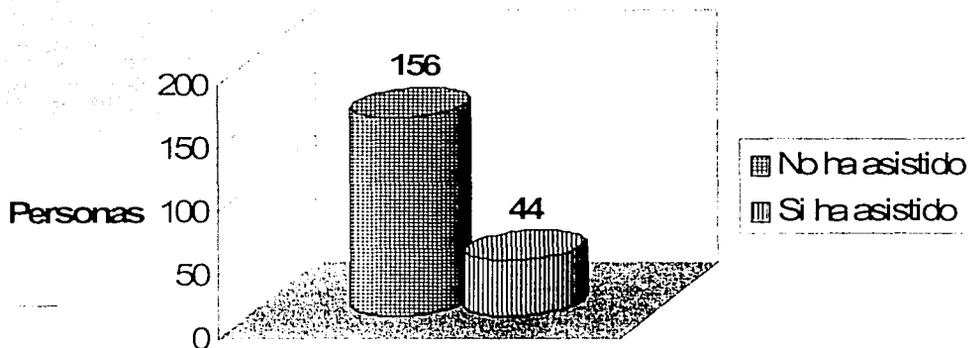
Asistencia del personal de Enfermería estudiado a sesiones de trabajo para información del proceso de Competencias laborales.

Asistencia a sesiones de trabajo	Fc	%
No ha asistido	156	78
Si ha asistido	44	22
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 23

Asistencia del personal de Enfermería estudiado a sesiones de trabajo para información del proceso de Competencias laborales.



Fuente: Cuadro No. 23

CUADRO No. 24

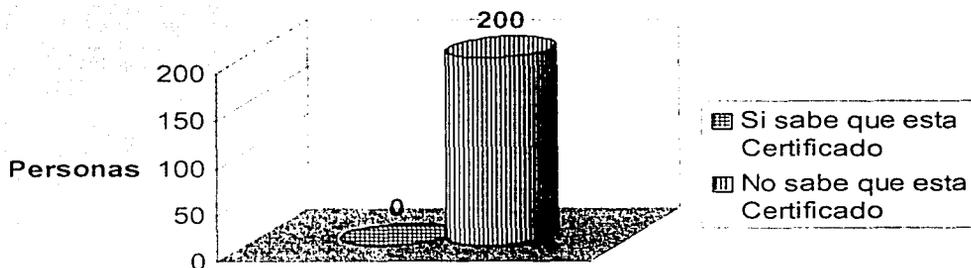
**Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre la
Certificación de la institución.**

Conocimiento	Fc	%
Si sabe que esta Certificado	0	0
No sabe que esta Certificado	200	100
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 24

**Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre la
Certificación de la institución.**



Fuente: Cuadro No. 24

CUADRO No. 25

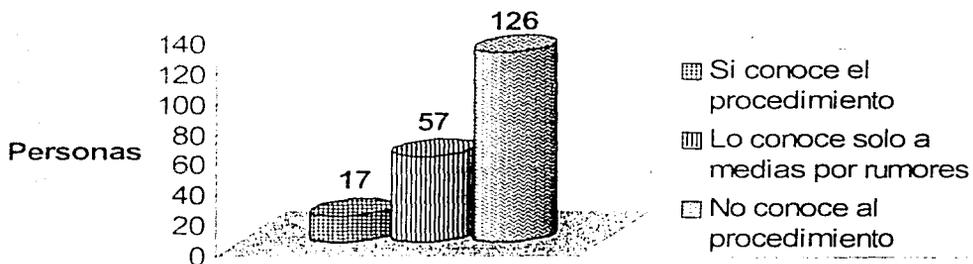
Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre el Proceso y los criterios de Certificación del Hospital.

Conocimiento	Fc	%
Si conoce el procedimiento	17	8.5
Lo conoce solo a medias por rumores	57	28.5
No conoce al procedimiento	126	63
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 25

Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre el Proceso y los criterios de Certificación del Hospital.



Fuente: Cuadro No. 25

CUADRO No. 26

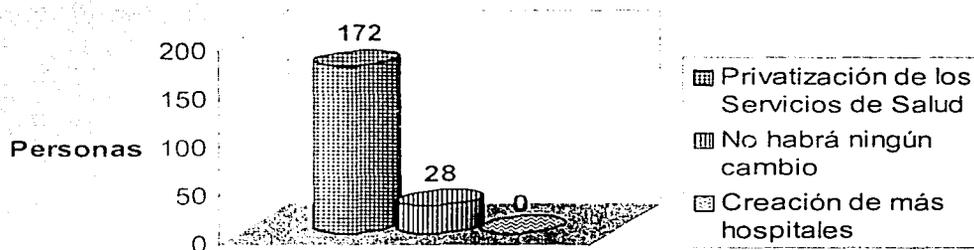
Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre el impacto del Proceso de Globalización en el sector salud.

Conocimiento del impacto	Fc	%
Privatización de los Servicios de Salud	172	86
No habrá ningún cambio	28	14
Creación de más hospitales		
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 26

Conocimiento del personal de Enfermería estudiado sobre el impacto del Proceso de Globalización en el sector salud.



Fuente: Cuadro No. 26

CUADRO No. 27

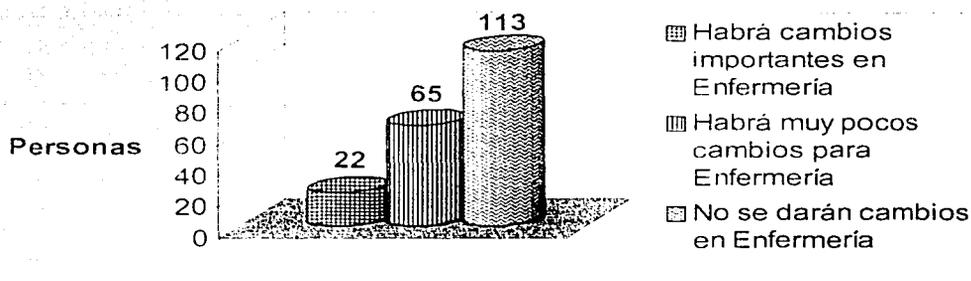
Consideración del personal de Enfermería estudiado sobre los cambios en la profesión por las Reformas del Sector Salud.

Consideraciones	Fc	%
Habrá cambios importantes en Enfermería	22	11
Habrá muy pocos cambios para Enfermería	65	32.5
No se darán cambios en Enfermería	113	56.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 27

Consideración del personal de Enfermería estudiado sobre los cambios en la profesión por las Reformas del Sector Salud.



Fuente: Cuadro No. 27

CUADRO No. 28

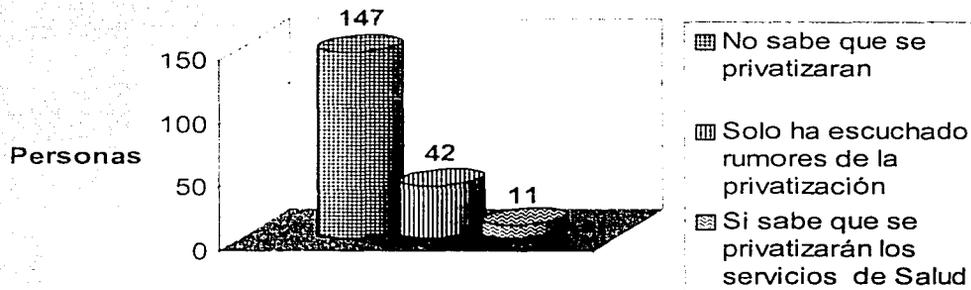
Conocimiento del personal de enfermería de la privatización de los Servicios de Salud.

Conocimiento de la privatización de los Servicios de Salud	Fc	%
No sabe que se privatizaran	147	73.5
Solo ha escuchado rumores de la privatización	42	21
Si sabe que se privatizarán los servicios de Salud	11	5.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 28

Conocimiento del personal de enfermería de la privatización de los Servicios de Salud.



Fuente: Cuadro No. 28

CUADRO No. 29

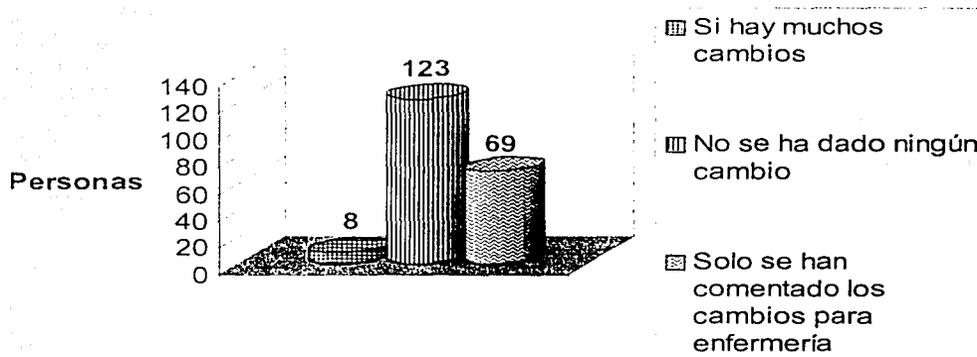
Cambios percibidos en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería en el último año en la institución.

Cambios percibidos	Fc	%
Si hay muchos cambios	8	4
No se ha dado ningún cambio	123	61.5
Solo se han comentado los cambios para enfermería	69	34.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 29

Cambios percibidos en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería en el último año en la institución.



Fuente: Cuadro No. 29

CUADRO No. 29

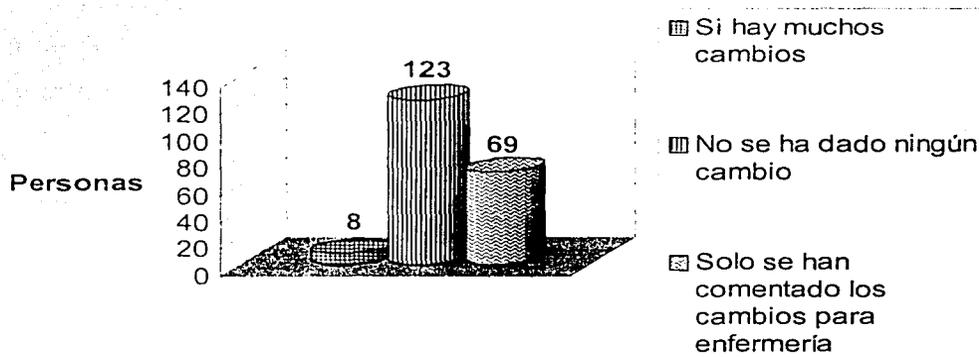
Cambios percibidos en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería en el último año en la institución.

Cambios percibidos	Fc	%
Si hay muchos cambios	8	4
No se ha dado ningún cambio	123	61.5
Solo se han comentado los cambios para enfermería	69	34.5
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 29

Cambios percibidos en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería en el último año en la institución.



Fuente: Cuadro No. 29

CUADRO No. 30

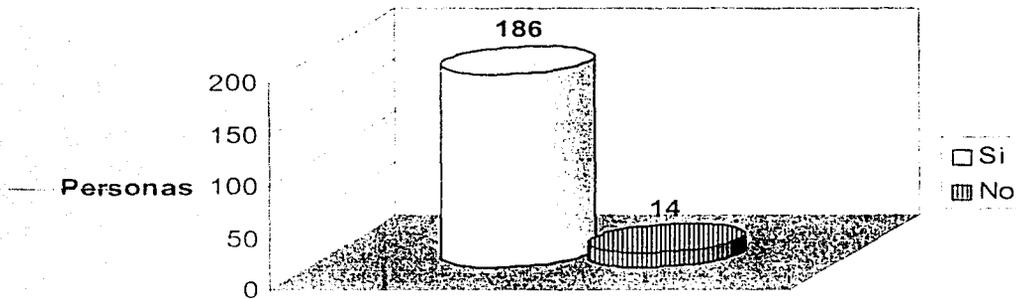
Interés del personal de enfermería por conocer los nuevos cambios socioeconómicos del país y en especial del Sector Salud.

Interés por el conocimiento	Fc	%
Si	186	93
No	14	7
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 30

Interés del personal de enfermería por conocer los nuevos cambios socioeconómicos del país y en especial del Sector Salud.



Fuente: Cuadro No. 30

CUADRO No. 31

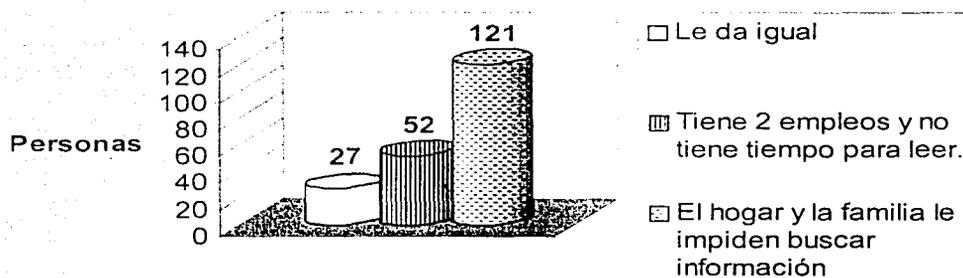
Atribución a la falta de conocimiento del personal de enfermería estudiado acerca de los cambios socioeconómicos políticos en el país y el sector salud así como de los laborales :

Atribución	Fc	%
Le da igual	27	13.5
Tiene 2 empleos y no tiene tiempo para leer.	52	26
El hogar y la familia le impiden buscar información	121	60
Total	200	100

Fuente: Idem Cuadro 1

Gráfica No. 31

Atribución a la falta de conocimiento del personal de enfermería estudiado acerca de los cambios socioeconómicos políticos en el país y el sector salud así como de los laborales :



Fuente: Cuadro No. 31

4.3.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

En cuanto a la comprobación de hipótesis, esta se obtuvo por medio de la aplicación de cuestionarios y entrevistas a 200 personas de enfermería que realizan actividades operativas y administrativas del Hospital General Regional No. 196 de Mayo a Noviembre del 2000.

En el cuadro 7 el 62% del personal encuestado asevero que su nivel de estudios no es acorde con la categoría que esta desempeñando y el 38% explicito que su nombramiento y categoría si va acorde con el nivel de estudios realizado. Lo que pudiera llevarnos a que hay un gran porcentaje de personal que cumple las expectativas de calidad de la institución, más no así del desarrollo profesional del personal.

En el cuadro 8 se puede apreciar que es considerable el personal de enfermería que ocupa puestos inferiores a su nivel curricular, comparado con al currículo académico del personal que ejerce funciones directivas.

En el cuadro 9 el 85% de la población encuestada no pertenece a alguna asociación profesional de enfermería y el 15% si pertenece a alguna asociación. Casi todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General Regional No. 196 no tienen forma de cómo actualizarse en los cambios y adelantos en enfermería así como en las nuevas tendencias socioeconómicas del país.

En el cuadro 10 el 67.5% de la población encuestada no ha asistido a ningún curso de educación continua, el 20% del personal a asistido a un curso y el 12.5 a más de 3 cursos. La educación continua del personal de enfermería en los dos últimos años del Hospital General Regional No. 196 es un elemento de poco interés y éste pudiera darse por múltiples factores y de acuerdo al cuadro 11 uno

de los factores pudiera ser el financiamiento. Dando con ello la falta de conocimiento acerca de los nuevos adelantos y reformas al interior del sistema de Salud del país.

En el cuadro 12 el 87.5% de la población encuestada no participa en actividades sindicales de su institución y el 12.5% del personal si participa en actividades sindicales de manera permanente. El mayor porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 no tiene participación en las labores sindicales, pudiéndose catalogar a la enfermera sin interés político de los procesos que pudieran modificar sus contratos colectivos de trabajo.

En el cuadro 13 el 86% de la población encuestada no tiene conocimiento de las Reformas del Sector Salud y el 14% si tiene conocimiento de las Reformas. El mayor porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 desconoce las Reformas del sector salud. Y de acuerdo con el cuadro 12 se puede apreciar que el desconocimiento de las políticas del país tiene una relación directa con el poco interés de la vida política de la institución.

En el cuadro 14 el 91.5% del personal de enfermería estudiado no tiene conocimiento de las políticas de Reestructuración del I.M.S.S. y el 8.5% si tiene conocimiento de las políticas de reestructuración. Es muy alto el porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que desconoce la Reestructuración del I.M.S.S.

En el cuadro 16 el 57% del personal de enfermería encuestado solo conoce por noticias y cursos el proceso de globalización pero no lo comprende, el 30% no comprende el proceso y el 13% si comprende el proceso. Se observa un gran desconocimiento acerca del proceso de globalización del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196, lo cual se pudiera entender porque hay cierta apatía hacia el cambio y la mejora continua.

En el cuadro 18 el 87% de la población encuestada no ha asistido a ninguna charla para conocimiento acerca de los cambios socioeconómicos y políticos actuales del país, el 13% a asistido solo de una a tres veces. Es evidente la falta de interés acerca de las actualizaciones y actitudes políticas del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196. aunque no se descartan otros factores para informarse de los cambios políticos del país y del sector salud.

En el cuadro 19 el 56% de la población encuestada desconoce la existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente, el 34.5% afirma que no existen reuniones de trabajo programadas y el 9.5% dice que si existen reuniones de trabajo. Un gran porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 desconoce la existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente. Se pudo observar que el grupo minoría es personal administrativo y es el que si ha asistido a reuniones de trabajo.

En el cuadro No. 20 el 79.5% refiere que nunca ha recibido información por parte de la institución acerca de las Reformas a la Ley del Seguro social, el 13% refiere haber recibido información en algunas ocasiones de manera informal y el 7.5% dice haber recibido información incompleta e informal. El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 carece de información formal acerca de las Reformas del Seguro Social.

En el cuadro 21 el 77% de la población encuestada refiere nunca haber recibido información por parte de los directos acerca de las Reformas al Sector Salud. el 17% refiere haber recibido información de manera informal en algunas ocasiones y el 6 % haberla recibido de manera incompleta e informal. Existe un gran porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que carece de información formal proporcionada por los directivos acerca de las Reformas al Sector Salud.

En el cuadro 22 el 84.5% de la población encuestada refiere nunca haber asistido a juntas de trabajo programadas para conocimiento de las nuevas Estrategias Laborales, el 10% declara la asistencia de una a tres veces y el 5.5% expone su asistencia de más de tres veces. El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 tiene una mínima participación y conocimiento de las nuevas estrategias laborales de la institución.

En el cuadro 23 el 78% de la población encuestada refiere no haber asistido a sesiones de trabajo para información del Proceso de Competencias Laborales, y el 22% expone si haber asistido a reuniones de trabajo. Hay una gran parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que desconoce el proceso de Competencias Laborales.

En el cuadro 27 el 56.5% de la población encuestada considera que no se darán cambios en Enfermería por la Reformas del Sector Salud, el 32.5% considera que se presentarán muy pocos cambios para la Profesión de enfermería como consecuencia del proceso de Reformas del Sector Salud y el 11% considera que habrá cambios importantes para la profesión. Hay poca credibilidad de parte del personal de enfermería del Hospital General Regional acerca del desarrollo y mejoras a la profesión de enfermería por el proceso de las Reformas al Sector salud.

En el cuadro 29 el 61.5% de la población encuestada expone que no ha percibido cambios en la institución en la forma de trabajo y las funciones del personal de enfermería, el 34.5% refiere que solo se han comentado los cambios en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería y el 4% si percibe muchos cambios en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería. Existe una percepción irregular del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 acerca de los cambios en las funciones y forma de trabajo del

personal de enfermería.

En el cuadro 30 el 93% de la población encuestada refiere tener un gran interés por conocer los nuevos cambios socioeconómicos y políticos del país, y el 7% no tiene interés por conocer los cambios del país. Hay un gran interés del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 por conocer las nuevas políticas y aspectos socioeconómicos del país y en especial en el Sector Salud.

Y se disprueba la hipótesis de trabajo que dice:

H1: El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

Por lo tanto se comprueba la hipótesis nula que dice:

Ho: El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 no tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

4.4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En el cuadro 1 el 25.5% de la población encuestada corresponde al grupo de edad de 36 a 40 años, el 21.5% se encuentra entre los 31 a 35 años, el 15.5% en los 26 y 30 años, el 14.5% con la edad de 41 a 45, el 10.5% lo encontramos de 46 a 50, el 8% tiene más de 50 años y por último el 4.5% se encuentra entre los 20 a 25 años de edad. Puede observarse que la mayor cantidad del personal de enfermería que labora en el Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S, es de adultos maduros y una proporción de adultos jóvenes. Puede suponerse que debido a las exigencias actuales laborales y educativas, no se observe a enfermeras muy jóvenes de 18 o 20 años como en épocas pasadas.

En el cuadro 2 el 88.5% del personal de enfermería se encuentra constituido por personal femenino y el 11.5% se encuentra por el sexo masculino. Aún la profesión de enfermería sigue constituida en su mayoría por el sexo femenino, muy a pesar de la incorporación del sexo masculino a sus planes de estudios y a la aceptación de estos a las instituciones de Salud. En ocasiones algunos de estos profesionales hacen la carrera no por vocación sino como una segunda opción de sus aspiraciones profesionales.

En el cuadro 3 en lo referente a la antigüedad del personal de enfermería el 26.5% de la población encuestada tiene de 6 a 10 años de servicio, el 24.5% cuenta con 11 a 15, años el 20.5% de 1 a 5 años, el 16% de 16 a 20 años, el 8.5% de 21 a 25 años y el 4% con más de 25 años de antigüedad. Todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S. cuenta con varios años de servicio. Sin embargo esta experiencia no se ha obtenido en el propio Hospital, ya que éste tiene poco tiempo de haberse puesto en operación, por lo cual detectamos que el personal de enfermería fue trasladado de otros Hospitales del propio I.M.S.S. hecho que no les resta experiencia del mismo sistema.

En el cuadro 4 el 37% de la población encuestada tiene una categoría de Enfermera General, el 30% de Enfermera Auxiliar de Enfermera General, el 15% son Enfermeras especialistas, el 10% son Jefes de Piso y el 8% corresponde a Subjefes de Enfermería. La mayor cantidad del personal de enfermería que labora en el Hospital General Regional es personal que realizan actividades operativas y en las cuales recae en gran medida la calidad de atención al derechohabiente del Hospital.

En el cuadro 5 el 42% de la población encuestada tiene estudios de Enfermera General, el 22.5% corresponde a las enfermeras generales con curso Pos-técnico, el 20% lo ocupan las enfermeras con curso de auxiliares de enfermería, el 9.5% se ubican las enfermeras con estudios de Licenciatura en Enfermería y un curso pos-técnico, el 5% de las enfermeras tienen estudios de Licenciatura en enfermería y con el 0.5% se ubica personal de enfermería con estudios de Maestría en igualdad de circunstancias con curso Pos-técnico y sin curso. Se puede observar que sigue prevaleciendo el personal de enfermería con estudios de Enfermera General y en menor escala la enfermera con estudios de Maestría. Cabe hacer mención de la particularidad encontrada del personal de enfermería con Licenciatura y cursos pos-técnicos en lugar de una especialidad es decir, cursos de pos-grado.

En el cuadro 6 el 35% de la población encuestada proviene de la institución educativa de la UNAM, el 22.5% del CONALEP, el 17.5% de escuelas incorporadas a la UNAM, el 14% provienen del Politécnico, y el 7.5% de otras instituciones educativas. Puede apreciarse que existe una mayor tendencia de egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México, y algo singular que se presenta es que no hay egresados de Escuelas privadas, este proceso pudiera deberse, bien a las exigencias de ingreso al institución o que en México no hay muchas Escuelas privadas de Enfermería.

En el cuadro 7 el 62% del personal encuestado asevero que su nivel de estudios no es acorde con la categoría que esta desempeñando y el 38% explicito que su nombramiento y categoría si va acorde con el nivel de estudios realizado. Lo que pudiera llevarnos a que hay un gran porcentaje de personal que cumple las expectativas de calidad de la institución, más no así del desarrollo profesional del personal.

En el cuadro 8 con respecto al personal auxiliar el 20% tienen estudios de enfermeras auxiliares, el 5% son Enfermeras Generales, el 2.5% existen enfermeras con estudios de Pos-técnico y Licenciatura. Lo cual puede decirse que no todo el personal tiene una relación directa entre su nivel de estudios y su categoría.

En el cuadro 8.1, con respecto al personal de Enfermera General el 20.5% tiene estudios de enfermera General, el 9% cuenta con Licenciatura, el 7% tiene estudios de curso Pos-técnico y el 0.5% con estudios de Maestría. El personal que labora en el Hospital No. 196 del I.M.S.S. no tiene una relación directa de su nivel de estudios con su categoría actual.

En el cuadro 8.2, con relación al personal de Enfermeras especialistas el 9.5% tiene curso de enfermería pos-técnico y el 5.5% tiene estudios de licenciatura.

En el cuadro 8.3 relacionado con los Jefes de Servicios, el 8% son enfermeras generales con curso Pos-técnico y el 2% tienen Licenciatura, personal directivo de enfermería que labora en el Hospital No. 196 del I.M.S.S. tiene estudios pos-técnicos. Sin embargo de acuerdo con el cuadro 8.1 existe un 9.5% de personal de enfermería con mayores estudios de Licenciatura que están ubicados en área operativa.

En el cuadro 8.4 de los subjefes de enfermería el 4.5% son enfermeras generales con cursos pos-técnico, el 3% tienen estudios de Licenciatura con curso pos-técnico y el 0.5% con estudios de Maestría. El personal de enfermería con cargos directivos tiene una categoría que no va acorde con su nivel de estudios, con base a que se tomarán indicadores de profesiones. Y se observan mejores niveles de estudios en personal operativo, es decir, que realiza funciones de enfermera general.

En el cuadro 9 el 85% de la población encuestada no pertenece a alguna asociación profesional de enfermería y el 15% si pertenece a alguna asociación. Casi todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General Regional No. 196 no tienen forma de cómo actualizarse en los cambios y adelantos en enfermería.

En el cuadro 10 el 67.5% de la población encuestada no ha asistido a ningún curso de educación continua, el 20% del personal a asistido a un curso y el 12.5 a más de 3 cursos. La educación continua del personal de enfermería en los dos últimos años del Hospital General Regional No. 196 es un elemento de poco interés y éste pudiera darse por múltiples factores y de acuerdo al cuadro 11 uno de los factores pudiera ser el financiamiento.

En el cuadro 11 el 83.07% de la población encuestada, ha tomado por cuenta propia sus cursos de educación continua, y el 16.9% han sido subsidiados por la empresa. El financiamiento de los cursos de educación continua del personal de enfermería del Hospital General Regional No, 196 ha sido pagado en su mayoría por el personal de enfermería.

En el cuadro 12 el 87.5% de la población encuestada no participa en actividades sindicales de su institución y el 12.5% del personal si participa en

actividades sindicales de manera permanente. El mayor porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 no tiene participación en las labores sindicales, pudiéndose catalogar a la enfermera sin interés político de los procesos que pudieran modificar sus contratos colectivos de trabajo.

En el cuadro 13 el 86% de la población encuestada no tiene conocimiento de las Reformas del Sector Salud y el 14% si tiene conocimiento de las Reformas. El mayor porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 desconoce las Reformas del sector salud. Y de acuerdo con el cuadro 12 se puede apreciar que el desconocimiento de las políticas del país tiene una relación directa con el poco interés de la vida política de la institución.

En el cuadro 14 el 91.5% del personal de enfermería estudiado no tiene conocimiento de las políticas de Reestructuración del I.M.S.S. y el 8.5% si tiene conocimiento de las políticas de reestructuración. Es muy alto el porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que desconoce la Reestructuración del I.M.S.S.

En el cuadro 15 el 69% de la población encuestada solo ha escuchado rumores de la descentralización de los servicios de Salud, el 17.5% no sabe que se descentralizarán los servicios y el 13.5% si sabe que se descentralizarán los servicios de salud. El conocimiento acerca de la descentralización de los Servicios de Salud del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 es muy bajo.

En el cuadro 16 el 57% del personal de enfermería encuestado solo conoce por noticias y cursos el proceso de globalización pero no lo comprende, el 30% no comprende el proceso y el 13% si comprende el proceso. Se observa un gran desconocimiento acerca del proceso de globalización del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196, lo cual se pudiera entender porque hay

cierta apatía hacia el cambio y la mejora continua.

En el cuadro 17 el 66.5% de la población encuestada dice que neoliberalismo y globalización son lo mismo y el 33.5% dice que no son lo mismo. El 78.5% dice que no son dos estructuras ideológicas totalmente diferentes y el 21.5% dice que si son diferentes. El 91.5% de la población encuestada dice que son dos estructuras ideológicas que se complementan y el 8.5% dice que son diferentes. Pude observarse cierto grado de dificultad por parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 para entender estas dos tendencias político económicas.

En el cuadro 18 el 87% de la población encuestada no ha asistido a ninguna charla para conocimiento acerca de los cambios socioeconómicos y políticos actuales del país, el 13% a asistido solo de una a tres veces. Es evidente la falta de interés acerca de las actualizaciones y actitudes políticas del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196.

En el cuadro 19 el 56% de la población encuestada desconoce la existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente, el 34.5% afirma que no existen reuniones de trabajo programadas y el 9.5% dice que si existen reuniones de trabajo. Un gran porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 desconoce la existencia de reuniones de trabajo programadas mensualmente.

En el cuadro No. 20 el 79.5% refiere que nunca ha recibido información por parte de la institución acerca de las Reformas a la Ley del Seguro social, el 13% refiere haber recibido información en algunas ocasiones de manera informal y el 7.5% dice haber recibido información incompleta e informal. El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 carece de información formal acerca de las Reformas del Seguro Social.

En el cuadro 21 el 77% de la población encuestada refiere nunca haber recibido información por parte de los directos acerca de las Reformas al Sector Salud, el 17% refiere haber recibido información de manera informal en algunas ocasiones y el 6 % haberla recibido de manera incompleta e informal. El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 carece de información formal proporcionada por los directivos acerca de las reformas al Sector Salud.

En el cuadro 22 el 84.5% de la población encuestada refiere nunca haber asistido a juntas de trabajo programadas para conocimiento de las nuevas Estrategias Laborales, el 10% declara la asistencia de una a tres veces y el 5.5% expone su asistencia de más de tres veces. El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 tiene una mínima participación y conocimiento de las nuevas estrategias laborales de la institución.

En el cuadro 23 el 78% de la población encuestada refiere no haber asistido a sesiones de trabajo para información del Proceso de Competencias Laborales, y el 22% expone si haber asistido a reuniones de trabajo. Hay una gran parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que desconoce el proceso de Competencias Laborales.

En el cuadro 24 el 100% de la población encuestada afirma no saber que el Hospital este Certificado. Hay un claro desconocimiento por parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 acerca del Proceso de Certificación de las instituciones de salud.

En el cuadro 25 el 63% de la población examinada desconoce el proceso y los criterios de Certificación del Hospital, el 28.5% refiere conocer el proceso solo por rumores y el 8.5% declara que si conoce el procedimiento. Hay una gran parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 que no tiene

conocimiento del proceso y criterios de Certificación de la institución.

En el cuadro 26 el 86% de la población examinada considera que el sector salud será privatizado como consecuencias del impacto del proceso de globalización y el 14% del personal expone que no se dará ningún cambio en el sector salud. Hay una tendencia y similitud en la comprensión del proceso de globalización hacia la privatización por parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196.

En el cuadro 27 el 56.5% de la población encuestada considera que no se darán cambios en Enfermería por la Reformas del Sector Salud, el 32.5% considera que se presentarán muy pocos cambios para la Profesión de enfermería como consecuencia del proceso de Reformas del Sector Salud y el 11% considera que habrá cambios importantes para la profesión. Hay poca credibilidad de parte del personal de enfermería del Hospital General Regional acerca del desarrollo y mejoras a la profesión de enfermería por el proceso de las Reformas al Sector salud.

En el cuadro 28 el 73.5% de la población encuestada refiere no tener conocimiento de se privatizarán los servicios de salud, el 21% solo ha escuchado rumores de la privatización y el 5.5% expone tener conocimiento de que sí se privatizarán los servicios de salud. La mayor parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 desconoce los aspectos de la privatización de los Servicios de Salud.

En el cuadro 29 el 61.5% de la población encuestada expone que no ha percibido cambios en la institución en la forma de trabajo y las funciones del personal de enfermería, el 34.5% refiere que solo se han comentado los cambios en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería y el 4% si percibe muchos cambios en la forma de trabajo y funciones del personal de enfermería.

Existe una percepción irregular del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 acerca de los cambios en las funciones y forma de trabajo del personal de enfermería.

En el cuadro 30 el 93% de la población encuestada refiere tener un gran interés por conocer los nuevos cambios socioeconómicos y políticos del país, y el 7% no tiene interés por conocer los cambios del país. Hay un gran interés del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 por conocer las nuevas políticas y aspectos socioeconómicos del país y en especial en el Sector Salud.

En el cuadro 31 el 60% de la población encuestada refiere que el hogar y la familia le impiden buscar información acerca de los cambios socioeconómicos y del sector salud, el 26% argumenta su desconocimiento de los cambios en el sector salud las políticas laborales por tener dos empleos y no tener tiempo para leer y el 13.5% muestra indiferencia por conocer los cambios. Gran parte del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 no dispone de tiempo ni oportunidades para enterarse de los cambios a las Reformas del Sector Salud y de las políticas actuales del país así como de las reformas laborales.

5.- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El objetivo general de la investigación es evaluar el nivel de conocimiento teórico que el personal de enfermería, tiene acerca de las políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención.

Las enfermeras del Hospital General Regional No. 196 son adultos maduros en su mayoría, cuyas edades fluctúan entre los 31 y 40 años, en cuanto al genero es inequitativa, siendo mayormente el sexo femenino.

Al plantearles el objetivo de la investigación, la mayoría se mostraron cooperadores y entusiastas manifestando que hacia falta que se les plantearán aspectos relacionados con los cambios socioeconómicos y políticos del país así como de las nuevas políticas de reforma del sector salud y las implicaciones de estas en la profesión de enfermería y en la calidad de atención al derechohabiente, ya que aunque han recibido algunas charlas sobre globalización y Ley del Seguro Social, les quedan muchas dudas y no plantean los temas a fondo y en ocasiones la institución considera que el personal tiene el pleno conocimiento. Aunque no puede descartarse que haya gente y algunas jefes de piso que se preocupan por brindar temas de competencias laborales, aun cuando estas no son de manera formal.

Vale la pena resaltar que el Hospital Regional General No. 196 es un Hospital de nueva creación que cuenta con equipo electrobiomédico de nueva tecnología. Y bajo los esquemas de calidad y mejora continua se debería de haber seleccionado al personal idóneo para desempeñar sus funciones en el área de enfermería. Sin embargo por ser un Hospital del I.M.S.S. las características de su personal son muy singulares, por lo cual, mucho personal ha sido reubicado de otros ya en operación.

Las nuevas exigencias en la calidad de atención al derechohabiente derivadas del modelo neoliberal y del proceso de globalización con cambios a las Reformas del Sector Salud son sin lugar a dudas una de las prioridades del nuevo modelo de salud en México. Y es enfermería uno de los profesionales de este gran equipo multidisciplinario de salud encargado de proporcionar esta calidad. Sin embargo la reglamentación de profesiones hacia la profesión de enfermería, el interés de la institución en la capacitación continua, la apatía por la superación académica del personal de enfermería, las políticas institucionales de salud, entre otras, son causas por las que se tendrá que trabajar en la concientización del personal de salud para estar acorde con las Reformas de salud.

Sin embargo y a pesar de este prometedor panorama, existe aun mucha ignorancia en el personal de enfermería acerca de las nuevas políticas encaminadas a la calidad de atención y las competencias laborales inmersas en el proceso de globalización y no solo en el área de enfermería o en la institución sino en todo el sector salud del país, ya que a pesar de haber introducidos estos temas en algunas series de cursos y congresos desde hace algunos años, la calidad de la atención médica presenta severos rezagos. El rol de los jefes es ahora el de guía, compañero, facilitador de los nuevos adelantos y nuevos esquemas de producción que fomente cambios de actitud en la mejora continua y en las competencias laborales con el imperativo de apoyar la calidad de atención hacia el derechohabiente. Por ello el nivel académico del personal de enfermería en el desempeño de puestos directivos es clave importante para poder guiar la calidad de los servicios médicos.

Es claro ver que existe una inequitativa designación de las categorías de acuerdo a su preparación académica. Hay una gran cantidad de personal en puestos directivos, sin que estos tengan claro los cambios y las características de líderes para poder concientizar al personal operativo y lograr cambios sustanciales al interior de las instituciones de salud atendiendo a la óptima calidad de atención

al derechohabiente.

Es importante que el personal de enfermería tenga claro cuáles son los cambios políticos del país y las Reformas del Sector Salud para poder actuar conforme a estos cambios, y tener mejores perspectivas de la profesión. Ya que el ignorar éstos, no le permite tener una comprensión total de la importancia crucial de su papel profesional en este esquema de Salud, y mucho menos de su transición profesional.

El Licenciado en Enfermería tienen un amplio campo en la salud de la población en congruencia con las Reformas del Sector Salud, ya sea en escuelas, hospitales, centros de salud, instituciones privadas independientes entre otros, recordando que el actuar de enfermería no necesariamente precisa de hospitales y en donde existan profesionales ansiosos por aprender y estar actualizados.

Es necesario entonces, el conocimiento teórico y la actualización del personal de enfermería en aspectos sociales políticos, y económicos para lograr cambios hacia el interior de la profesión y hacia el exterior a través de la mejora continua en la calidad de atención al derechohabiente y a la población en general.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de realizar el análisis e interpretación de resultados, la comprobación de hipótesis, y con base a objetivos de la investigación, se concluye lo siguiente:

Se logro el objetivo general de la investigación al identificar el nivel de conocimiento teórico que el personal de enfermería, tiene acerca de las políticas de reforma del sistema de salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la optima calidad de atención

Se puede observar que el personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 es adulto maduro, sus edades fluctúan entre los 30 y 40 años con una antigüedad promedio de 6 a 15 años y se puede observar que aún hay un mayor predominio de personal femenino. Se puede clarificar que el personal auxiliar sigue teniendo una presencia muy significativa.

Con respecto a la categoría actual que ocupan no es muy de acuerdo a su nivel de estudios ya que le 62% del personal de enfermería ocupa una categoría menor a su grado académico. Podemos observar que hay personal auxiliar con estudios de Licenciatura y personal enfermera General con estudios de Maestría, más no así con las categorías de Jefe de piso y Subjefe donde el nivel de estudios es menor. Esta situación puede relacionarse con la antigüedad del personal para ocupar puestos de mayor jerarquía, ya que en algunas instituciones esta situación de antigüedad lo interpretan como un elemento de experiencia laboral. Esta situación genera en el personal de enfermería con mayor formación académica conflictos y apatía por emprender mejoras a la profesión y al desempeño laboral.

En lo que respecta al conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de las Reformas del Sector Salud, el proceso de globalización, la

privatización de los servicios de salud, la descentralización, esta puede considerarse mínima debido a la falta de información por parte de las autoridades y la forma organizativa de la institución, donde solo algunos miembros de enfermería tienen conocimiento y este no se ha generado en la propia institución. Alguna de esta información se ha dado de manera informal, incompleta y sin seguimiento, de manera aislada y/o comentada. Lo que se puede traducir en una irregularidad de información, donde el personal de enfermería se siente descontrolado y sin una concepción completa de las nuevas reformas.

Otro elemento importante a considerar es la falta de apoyo financiero por parte de la institución para que el personal de enfermería tome cursos de actualización, ya que el 26% del personal labora en otra institución argumentando la falta de tiempo para informarse.

En lo referente a las reuniones de trabajo programadas mensuales, se pudo detectar que una mínima parte del personal de enfermería está enterado de su existencia y ha asistido a algunas de ellas, entendiendo con esto, que solo el personal directivo o con funciones administrativas está enterado de las nuevas reformas. Sin embargo, los resultados de las encuestas demuestran que no todo el personal administrativo tiene plena información y claridad de los cambios socioeconómicos del país y menos como estos pueden influir en las reformas al sector salud. Dando con ello que tampoco es personal idóneo para actualizar al personal operativo. Esta situación hace que el sistema de enfermería se mantenga con los mismos vicios de trabajo y no haya cambios en la estructura de sus funciones, lo cual redunde en la tan ansiada calidad de atención del derechohabiente.

En la consideración que tiene el personal de enfermería acerca de los cambios que se producirían en la profesión por efecto del proceso de globalización y de las Reformas al Sector Salud el 56.5% no tiene muchas perspectivas y el 32.5% refiere que habrá muy pocos cambios, lo cual se traduce

en la poca credibilidad de cambios a la profesión. Esto también está dado por la poca participación política de enfermería, el interés de informarse y de actualizarse ya sea por educación continua o de manera formal, con mayor grado académico. Esto también se percibe por el desconocimiento de las competencias laborales y la certificación tanto del profesional como de la institución.

La poca participación política del personal de enfermería es un obstáculo para que pueda haber cambios hacia el interior y exterior de la profesión. Es por ello que la apatía y el desinterés están presentes, argumentando que el realizar la Licenciatura en Enfermería no es garantía para mayores incrementos al salario y menos un estatus social más significativo argumentando que la antigüedad es el único elemento válido en instituciones como el Seguro Social.

Aunque existe un alto porcentaje del personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S. que manifiesta un gran interés por conocer los cambios que se están dando en el país y en especial en el Sector Salud, ya que esto redundaría en la participación por una óptima calidad de atención.

En cuanto a los objetivos específicos,

Se identificaron las características generales del personal de enfermería en sexo, edad, categoría, antigüedad y nivel de escolaridad.

Se logró valorar el grado de información sobre el proceso de globalización y los cambios de la reforma del sector salud de las enfermeras en el IMSS HGR No. 196. Fidel Velásquez Sánchez.

Se identificaron los aspectos que requieren retroalimentación, de acuerdo al nivel de conocimientos acerca de las políticas de globalización y competencias laborales observados y que redunden en una atención de calidad al derechohabiente.

Se identificó el grado de interés que manifiesta el personal de enfermería acerca de las políticas actuales de salud y de sus nuevas actuaciones profesionales.

En lo que respecta al marco teórico, se presentaron las principales teorías que fundamentaron el problema de investigación, así como la variable dependiente: Conocimiento teórico del personal de enfermería acerca de las políticas del Reforma del Sector Salud y del proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente. Y sus Indicadores: Grado de conocimiento teórico del personal de Enfermería, Conocimiento de la teoría neoliberal y sus implicaciones, Conocimiento de los cambios Socioeconómicos y políticos del país, Conocimiento sobre el tema: Reformas del Sector Salud, Competencias laborales resultado de las nuevas reformas laborales, Conocimiento de los lineamientos de la Certificación de la Institución y del personal, Impacto del proceso de globalización en la profesión de Enfermería, Edad, Puesto actual, Institución educativa de procedencia, Antigüedad. *Políticas y Reformas del Sector Salud encaminadas a la mejora continua*: Categoría, Escolaridad, Pertenencia a Colegios o Asociaciones de profesionales. Participación en labores sindicales, Número de asistencia a charlas sobre Proceso de Globalización, Número de asistencia a charlas, Información dada por la institución acerca de las reformas a la Ley del Seguro Social, Información dada por los directivos acerca de las Reformas del Sector Salud, Asistencia a reuniones programadas de trabajo, Información de los directivos sobre nuevas estrategias de trabajo en la institución.

En cuanto a la metodología, se trata de una investigación de tipo Diagnóstica, transversal, descriptiva, analítica y prospectiva.

De igual forma, se considera que entre las técnicas e instrumentos utilizados para realizar la investigación están: fichas de trabajo para la recopilación de información, relativa al marco teórico, el cuestionario, la observación y la entrevista.

En lo que respecta a la instrumentación estadística, se encuestaron y entrevistaron a 200 personas de enfermería que realizan actividades administrativas y operativas en el Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S. y se disprobó la hipótesis general que dice:

El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S. tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de Reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

Derivado de la disprobación de la hipótesis general, también se pudo comprobar la hipótesis nula que dice:

El personal de enfermería del Hospital General Regional No. 196 del I.M.S.S. no tiene un amplio conocimiento teórico de las Políticas de reforma del Sector Salud inmersas en el proceso de globalización encaminadas a la óptima calidad de atención del derechohabiente.

En cuanto algunas sugerencias generales exponemos lo siguiente:

[Es necesario que los directivos de las instituciones de salud emprendan una campaña de información a todo el personal acerca de las nuevas Reformas del Sector Salud, así como de las competencias laborales ya que de lo contrario estarán trabajando en ambos sentido y no se lograrán obtener los resultados para la certificación de las instituciones.

Que el personal de enfermería lleve a cabo sesiones de trabajo para

informar de las nuevas estrategias laborales y contribuir a la mejora continua.

Que la capacitación al trabajador sea retributiva a todo el personal de los cuatro turnos y no solamente al turno matutino. Y que este tipo de capacitación sea implementada de acuerdo a las estructuras laborales y no por favoritismos y preferencias, ya que de otra manera el Sistema de Competencias laborales no podrá ser implementado en toda su magnitud.

7.- GLOSARIO

Aptitud: Característica biológica o aprendida que permite a una persona hacer algo mental o físico.

Área de competencia laboral: Sector de actividad productiva delimitado por un mismo género o naturaleza de trabajo; es decir, por el conjunto de funciones productivas con objetivos y propósitos concatenados o análogos para la producción de bienes o servicios de similar especie. Preliminarmente, el marco de clasificación de Normas de Competencia Laboral comprende doce áreas de competencia.

Calificación para el trabajo: Conjunto de habilidades competentes para desarrollar en su totalidad una función productiva.

Campo de aplicación: Parte constitutiva de una Norma Técnica de Competencia Laboral que describe la variedad de circunstancias y ámbitos posibles en los que el trabajador puede demostrar la competencia. Es decir, el campo de aplicación describe el ambiente productivo en donde el individuo aplica el elemento de competencia y ofrece indicadores para juzgar que las demostraciones del desempeño son suficientes para validarlo.

Capacitación basada en Normas de Competencia Laboral (CBNCL): Modelo de capacitación que tiene como propósito central formar individuos con conocimientos, habilidades y destrezas relevantes y pertinentes al desempeño laboral. Se sustenta

en procedimientos de enseñanza y evaluación, orientados a la obtención de resultados observables del desempeño laboral, y su estructura curricular se construye a partir de la información y criterios establecidos en las Normas de Competencia Laboral. Una de las características esenciales de este modelo es que debe ser altamente flexible en métodos y tiempos de aprendizaje y ajustarse a las necesidades del individuo.

Comités de Normalización de Competencia Laboral (cncl): los CNCL tienen como objetivo el desarrollo, formulación y propuesta de Normas de Competencia Laboral que sirvan de base a los Sistemas Normalizado y de Certificación de Competencia Laboral. Un Comité será correspondiente a un área o subárea de competencia que integra la matriz de clasificación del Sistema Normalizado de Competencia Laboral. Cada Comité estará conformado por una Junta Directiva y uno o varios Grupos Técnicos.

Competencia Laboral: Aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresados en el saber, el hacer y el saber hacer.

Competencias Básicas: Describen los comportamientos elementales que deberán mostrar los trabajadores, y que están asociados a conocimientos de índole formativa.

Competencias Genéricas: Describen los comportamientos asociados con desempeños comunes a diversas ocupaciones y ramas de actividad productiva, como son la capacidad de trabajar en equipo, de planear, programar, negociar y entrenar, que son comunes a una gran cantidad de ocupaciones

Competencias Específicas: Identifica comportamientos asociados a conocimientos de índole técnico, vinculados a un cierto lenguaje tecnológico y a una función productiva determinada.

Competente: Persona que posee un repertorio de habilidades, conocimientos y destrezas y la capacidad para aplicarlos en una variedad de contextos y organizaciones laborales.

Conocimiento: Es el componente cognitivo que sustenta a una competencia laboral y que se expresa en el saber cómo ejecutar una actividad productiva. Incluye el conjunto de teorías, principios y datos asociados al desempeño de la competencia laboral de que se trate. (Ver Evidencia de Conocimiento.)

Criterios de Desempeño: Parte constitutiva de una Norma de Competencia Laboral que hace referencia a aquellos aspectos que definen el resultado del desempeño competente, es decir, definen las condiciones con las que el elemento de competencia debe ser desempeñado. Los criterios de desempeño se asocian a los elementos de competencia.

Evaluación de Competencia Laboral: Proceso por medio del cual se recogen suficientes evidencias de la competencia laboral de un individuo, de conformidad con el desempeño descrito por las Normas Técnicas de Competencia Laboral establecidas, y se hacen juicios para apoyar el dictamen de si la persona evaluada es competente, o todavía no competente, en la función laboral en cuestión.

Evidencia de Conocimiento: Parte constitutiva de una Norma Técnica de Competencia Laboral que hace referencia a la posesión individual de un conjunto de conocimientos, teorías y principios que favorecen en el individuo su desempeño eficiente. Dicha evidencia es asociada al proceso de evaluación.

Evidencia por Desempeño: Parte constitutiva de una Norma Técnica de Competencia Laboral, que hace referencia a las situaciones, los resultados y/o productos requeridos para demostrar un desempeño eficiente en las circunstancias y ámbitos productivos en donde el individuo prueba, mediante evaluación, su competencia. Las evidencias por desempeño se encuentran ligadas a los criterios de desempeño y delimitadas por el campo de aplicación.

Función Productiva: Conjunto de actividades laborales que son necesarias para lograr uno o varios objetivos específicos de trabajo con relación al propósito general de un área de competencia * o de una organización productiva.

Grupos Técnicos de los Comités de Normalización de Competencia Laboral:

Los formados por personal experto de las empresas (trabajadores, supervisores, profesionistas), y eventualmente empresarios, clientes o proveedores, todos ellos con experiencia e interés en las funciones a normalizar. La actividad principal del grupo es desarrollar propuestas de las Normas de Competencia Laboral, para lo cual efectuarán las consultas necesarias dentro de las organizaciones del área de competencia para su validación. Asimismo, los Grupos Técnicos se encargarán de establecer criterios para la evaluación y verificación de individuos en el lugar de trabajo.

Habilidad: Destreza y precisión necesaria para ejecutar las tareas propias de una ocupación, de acuerdo con el grado de exactitud requerido.

Nivel de Competencia: Grado de autonomía y de complejidad de conocimientos, habilidades y destrezas que son aplicados en el desempeño de una función productiva.

Norma: Documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido que establece, para un uso común y repetido, reglas, directrices o características para ciertas actividades o sus resultados con el fin de conseguir un grado óptimo de orden en un contexto dado.

Norma de Competencia Laboral de Institución Educativa: Es aquella Norma de Competencia Laboral, de carácter transitorio, que, habiendo sido validada en un proceso de capacitación

basado en Norma de Competencia Laboral, se considera aplicable en un programa de la misma institución educativa.

Normalización: Actividad encaminada a establecer, respecto a problemas reales o potenciales, disposiciones destinadas a un uso común repetido, con el fin de conseguir un grado óptimo de orden en un contexto dado.

Norma Técnica de Competencia Laboral (NTCL): Es el documento en el que se registran las especificaciones con base en las cuales se espera sea desempeñada una función productiva. Cada Norma Técnica de Competencia Laboral estará constituida por unidades y elementos de competencia, criterios de desempeño, campo de aplicación y evidencias por desempeño y conocimiento. Asimismo, cada Norma Técnica de Competencia Laboral expresará el área y el nivel de competencia.

Ocupación: Área laboral referida a un grupo común de competencias. Área definida de competencia que es relevante en el desempeño de diversos puestos de trabajo en diferentes compañías, diferentes sitios e incluso en diferentes industrias.

Puesto de Trabajo: Conjunto de funciones desempeñadas por un individuo en el lugar de trabajo.

Sistema Normalizado de Competencia Laboral (SNCL): Conjunto de acciones y procedimientos encaminados a desarrollar y establecer Normas Técnicas de Competencia Laboral.

Sus objetivos:

- Generar Normas Técnicas que faciliten la toma de decisiones en el mercado laboral y que vinculen, de manera eficiente, a los trabajadores, empleadores y prestadores de servicios de formación y de capacitación para el trabajo.
- Propiciar la correspondencia de las Normas Técnicas de Competencia Laboral con las necesidades de los diversos sectores productivos.
- Facilitar el diagnóstico de las necesidades de personal por las empresas y servir como guía para la aplicación de actividades de formación y de capacitación para el trabajo en las empresas e instituciones educativas, públicas y privadas, que las imparten.
- Facilitar la movilidad del individuo dentro de los diversos sectores productivos y entre las ocupaciones, así como el avance acumulativo de la formación técnica a lo largo de su vida laboral.

Unidad de Competencia: Función integrada por una serie de elementos de competencia y criterios de desempeño asociados, los cuales forman una actividad que puede ser aprendida, evaluada y certificada.

Unidad de Competencia Básica: La referida a las habilidades consideradas como mínimo para la realización de cualquier trabajo.

Unidad de Competencia Genérica: La que se refiere a funciones o actividades comunes a un número significativo de áreas de competencia.

Unidad de Competencia Específica: Se refiere a conocimientos, habilidades y destrezas propios de una función que se identifica generalmente con una ocupación.

8.- ANEXOS

4.2.- Cronograma de actividades

Actividades	Fecha de realización
Planteamiento del problema	Mayo del 2000
Recolección bibliográfica	Mayo a Octubre del 2000
Elaboración del Protocolo de investigación	Mayo - Junio del 2000
Diseño del cuestionario	Junio del 2000
Aplicación del cuestionario	Junio -- Agosto del 2000
Análisis de los datos	Septiembre del 2000
Presentación de los resultados	Octubre del 2000
Entrega del informe	Octubre del 2000
Entrega y registro de protocolo de investigación	Noviembre del 2000

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

*Encuesta acerca del CONOCIMIENTO TEÓRICO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA, DE LAS POLÍTICAS DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD
INMERSAS EN EL PROCESO DE GLOBALIZACIÓN ENCAMINADAS A LA
OPTIMA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #
196 " FIDEL VELÁZQUEZ SÁNCHEZ ".*

Encuesta No. _____

INTRODUCCIÓN.

Los cambios políticos y sociales que se gestan en el momento actual, son parte de la problemática social que se dará en breve en nuestro país, de ahí la necesidad de conocer y determinar el grado de conocimientos con los que cuenta el personal de enfermería de ésta Unidad tendiente al cambio por contar con tecnología de punta.

INSTRUCCIONES.

Por favor responda a las siguientes preguntas, con la confianza de que el cuestionario se mantendrá en términos estrictamente confidenciales, y su aplicación o uso, es sólo parte del presente estudio.

Marque con una cruz, el aspecto que desde su punto de vista responda a la pregunta que se le plantea y en algún caso, puede usted agregar la respuesta que considere correcta.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

- 1.- Registre por favor su edad en años. _____
- 2.- Es usted del sexo M () F ()
- 3.- Anote su Antigüedad laboral en años por favor: _____
- 4.- Actualmente usted se encuentra trabajando con la categoría de:
 Auxiliar de Enfermería. () Enfermera General. ()
 Enfermera Especialista. () Jefe de Piso () Subjefe ()
- 5.- Marque por favor el grado más alto de estudios con los que cuenta en éste momento:

Escolaridad	Complementarios	Respuesta
Auxiliar de Enfermería		()
Enfermera General	Sin Curso Pos-técnico	()
	Con curso Pos-técnico	()
Licenciatura	Sin curso Pos-técnico	()
	Con curso Pos-técnico	()
Maestría	Sin curso Pos-técnico	()
	Con curso Pos-técnico	()

- 6.- Institución educativa de procedencia:

UNAM () INP () UAM ()
 CONALEP () CEBETIS () OTRAS ()

INCORPORADAS A LA UNAM ()

7.- Considera que su categoría es acorde con su nivel de estudios:

SI ()

NO ()

8.- De acuerdo con su formación en enfermería usted es:

Categoría	Grado académico	Respuesta
Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	()
	Enfermera General	()
	Enf. Gral. C/Curso Pos-técnico	()
	Licenciatura	()
Enfermera General	Enfermera General	()
	Enf. Gral. C/Curso Pos-técnico	()
	Licenciatura	()
	Licenciatura C/Curso Pos-técnico	()
Enfermera Especialista	Maestría	()
	Enf. Gral C/Curso Pos-técnico	()
	Licenciatura	()
	Licenciatura C/Curso Pos-técnico	()
Jefe de Piso	Maestría	()
	Enf. General C/Curso Pos-técnico	()
	Licenciatura	()
	Licenciatura C/Curso Pos-técnico	()
Sub Jefe de Enfermeras	Maestría	()
	Enf. Gral. C/Curso Pos-técnico	()
	Licenciatura	()
	Licenciatura C/Curso Pos-técnico	()
	Maestría	()

9.-Pertenece usted a alguna Asociación o Colegio de Enfermería:

SI () NO ()

Si su respuesta es afirmativa especifique a cual: _____

10.- A asistido a cursos de educación continua en los dos últimos años:

- a) Un curso
- b) Más de tres
- c) Ninguno

11.- Los cursos tomados han sido financiados por:

La empresa () Por cuenta propia

12.- Participa usted en las funciones de su sindicato.

SI () NO ()

Políticas y Reformas del Sector Salud.

13.- Tiene usted conocimiento de las reformas del Sector Salud.

SI () NO ()

14.- Conoce las nuevas políticas de reestructuración del IMSS.?

SI () NO ()

15.- Conoce usted la estructura política de la descentralización de los servicios de Salud.

SI () NO ()

16.- Tiene usted conocimiento del proceso de globalización

SI () NO ()

17.- ¿ La teoría neoliberal y el proceso de globalización son:

- a) Neoliberalismo y globalización son los mismo
- b) Son dos estructuras económicas totalmente diferentes
- c) Son dos estructuras que se complementan.

18.- Ha tomado sesiones o charlas sobre los cambios socioeconómicos y políticos actuales del país.

SI () NO ()

19.- A asistido a reuniones de trabajo programadas en el último año.

SI () NO ()

20.- Ha recibido información de parte de las autoridades de la institución acerca de las reformas a la Ley del Seguro Social.

SI () NO ()

21.- Ha recibido información de parte de las autoridades de la institución acerca de las Reformas del Sector Salud.

SI () NO ()

22.- A asistido a juntas de trabajo programadas para conocimiento de las nuevas estrategias de trabajo

a) De una a tres veces

b) Más de tres veces

c) Ninguna

23.- Ha asistido a sesiones de trabajo para conocimiento del proceso de competencias laborales.

SI () NO ()

24.- Conoce usted si el Hospital esta Certificado.

SI esta certificado () NO esta certificado ()

25.- Conoce usted el proceso y los criterios de Certificación de los Hospitales.

a) SI conoce el procedimiento.

b) Lo conoce solo a medias por rumores.

c) No conoce el procedimiento.

26.- Que elementos de impacto considera usted, que tendrá el Sector Salud por el proceso de la Globalización.

a) Privatización de los servicios de salud

b) No habrá ningún cambio

c) Creación de más hospitales

27.- Considera usted que habrá cambios laborales en la profesión de enfermería por las nuevas reformas del Sector Salud.

a) Habrá cambios importantes para enfermería.

b) Habrá muy pocos cambios para enfermería

c) No se darán cambios en enfermería

28.- Tiene usted conocimiento de la privatización del sector salud.

a) No sabe que se privatizarán los servicios de salud

b) Solo ha escuchado rumores de la privatización

c) Si sabe que se privatizarán los servicios de salud.

29.- Ha visto y sentido cambios en la forma de trabajo de las funciones de enfermería en el último año en la institución.

a) Si ha habido muchos cambios

b) No se ha dado ningún cambio

c) Solo se han comentado los cambios para enfermería.

30.- ¿Tiene interés en conocer en qué consisten los cambios del país y en especial del Sector Salud a los que nos hemos venido refiriendo.

SI ()

NO ()

31.- A que atribuye usted, su falta de conocimientos acerca de los cambios socioeconómicos políticos en el país y el sector salud así como de los laborales :

a) Le da igual y es personal de base ()

b) Tiene dos empleos y no tiene tiempo para leer ()

c) El hogar y la familia, le impiden buscar información ()

9.-BIBLIOGRAFÍA

Aguilar V., Luis. **"Política y Racionalidad Administrativa"** Edit FCE México 1992
290 pp..

Aguilar Camín, H. **"Después del Milagro. México. Cal y Arena.** 1991.260 pp..

Arrighi, G. et al. **"La dinámica de la Crisis Global".México.** Edit Siglo XXI México
1995 450pp.

Álvarez Alejandro. **La Crisis Global del Capitalismo en México.** Editorial Era.
Primera edición. México D.F. 1987. 867 p.p.

Antología Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia **Seminario de Problemas
Socioeconómicos de México..** Impresión 1998. México D.F. 130
p.p.

Antología Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia **Seminario de Tesis**
Cuarta reimpresión. México D.F. 2000. 120 p.p.

Arroyo de Cordero Graciela. **Trabajos y Discursos 1991-1994.** Mimeografo.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 1994. 230 p.p.

Ackoff, R. **"Rediseñando el Futuro"**. Ed. Limusa. México. 1995. 260 pp.

Brigham James L. Eugene F.. Papas. **Economía y Administración.** Editorial
Interamericana.S.A. DE C.V. México D.F. 1978.

Boltvinik J. **Pobreza y necesidades básicas.** Venezuela, UNDP, 1990.

Boltvinik J. **Satisfacción desigual de las necesidades esenciales en México.**
Comercio Exterior 1992, 42 (4): 402-410.

Calva. Jose Luis **El modelo Neoliberal Mexicano, Costos Vulnerabilidad
Alternativas.** Editor Juan Apblos. Segunda edición. México

Castillo, G. y Dillanes E. "La administración ante el Desafío de la Competitividad Internacional". El Financiero. Marzo 6, 1992. p. 30.

CONALEP (1997). **Modelo Académico 1997.**

CONOCER, (1996). **Reglas generales y específicas de los sistemas normalizado y de certificación de competencia laboral** (México, CONOCER).

Cuadernos de trabajo ii (1997). **Experiencia Piloto de Formación de formadores Basada en Competencia Laboral.** Responsable: Carvallo Rosa A. CONOCER/REFORMAD, México.

Comercio Exterior **Conocer la pobreza para superarla** 1992, 42 (4), 302-309.

FUNCASE-CFEE (1994). «**Cómo relacionar la educación con la economía y el desarrollo local**», en Educación y Desarrollo (Santiago de Chile, FUNCASE).

García, a.; hernández, a., y wilde, R. (1994). **Innovación en la empresa y dinámica de negociación.** Caso México (Santiago, OIT/ACDI).

Gonzalez carvajal eleuterio. **Diagnostico de salud en méxico.** Editorial trillas. México D.F.1988.

Gonczi, a., y athanasou, J. (1996). «**Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia**», en: Argüelles, A.: Competencia laboral y educación basada en normas de competencia (México DF, Limusa).

Gonczi, a. (1997). «**Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo**

holístico», en Formación basada en competencia laboral
(México, CONOCER-OIT/CINTERFOR).

Gonczi, andrew (1994). **Perspectivas internacionales sobre la Educación Basada en Competencias.**

Haralmbos M. Sociology, themes and perspectives. Sloug, UK: University Tutorial, 1981.

Hernández Laos E. La pobreza en Mexico. Comercio Exterior 1992, 42 (4): 402-410.

Hernández Laos E. El crecimiento económico y la pobreza en México. Una agenda para la investigación. Mexico, D.F.: UAM-I, 1989.

Huerta G. Arturo **La Política Neoliberal de Estabilización Económica en México Límites y Alternativas** . Editorial Diana. México D: F.,1994.

Ibarra, A. (1996). «**El sistema normalizado de competencia laboral**», en Argüelles, A.: Competencia laboral y educación basada en normas de competencia (México DF, Limusa).

Informe Final. Identificación de Competencias Laborales a Partir de una Metodología de Formación, Experiencia Piloto, INTEC de México, S. A. de C.V. STPS/Programa CIMO/CONOCER, México, 1996. Material fotocopiado.

Jeannot,F. "**La Modernización del Estado Empresario en América Latina**". México. UAM-A. 1990 171 pp.

Katzman R. La heterogeneidad de la pobreza. El caso de Montevideo. Rev. CEPAL 1989, 37: 142-160.

Kliksberg Bernardo (compilador). **Innovadoras. como enfrentar la Pobreza Estrategias y Experiencias Organizacionales** Grupo Editor Latino Americano. Primera edición. México D.F. 1989. Reimpresión 1995.

Ley del Seguro Social . Poder ejecutivo federal. Versiones de julio de 1993, y de 1995.

Luhmann, N. (1991). **Sistemas sociales** (México, Alianza).

Mertens, L (1997). **Competencia Laboral: sistemas, surgimiento y modelos** (México, CONOCER-CINTRFOR/OIT).

Miller SM, Roby P. Poverty: **Changing social stratification**. In Townsend P.The concept of poverty. London, Heineman, 1971: 143.

Minujin A. and Vinocur P. **Política Social y pobreza en Argentina**, UNDP, Bogotá 1991.

Núñez del Prado, Arturo y Martín P. **Gestión estratégica, planificación y presupuesto**. Revista de la CEPAL No 49. Abril 1993. Pag 41 a la 54.

OIT **El Costo de la Asistencia Medica en la Seguridad Social: Panorama Internacional..** Editado por el comité permanente interamericano de seguridad social. México 1979.

OIT (1995). **Panorama Laboral 1995** (Lima, OIT).

OPS-OMS. **La Salud como pilar Fundamental del Desarrollo Social de Iberoamérica**. Volumen 41, numero 9. México 1991.

Piñeira S. **Medición, Análisis y Descripción de la Pobreza en algunos países Latinoamericanos**. Santiago, CEPALC. 1978.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000.

Secretaría de Salud **Paquete Básico de Servicios de Salud**. Primera edición.
Octubre de 1997.

Rivera R., Miguel **"Crisis y Reorganización del capitalismo mexicano"**. México.
Ed. Era. 1986. 310 pp.

Schwartz, Bertrand (1996). **Modernizar sin excluir**. Dirección General
Tecnológica Industrial, Secretaría de Educación Pública, México.

Schutter de Anton (1996). **Investigación Participativa, una Opción
Metodológica para la Educación de Adultos**, CREFAL, México.

Weber, M. (1992). **Economía y Sociedad** (Buenos Aires, FCE).