

17  
zej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**LA ATENCION PERINATAL COMO ESPACIO DE PRACTICA  
LIBRE PARA EL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTAN:

**MARIA DOLORES BRISEÑO PIÑA**

**SAIRI VARGAS CARDENAS**

DIRECTORA DE TESIS

*Eda R. Alatorre Wynter*  
L.E.O. EDDA R. ALATORRE WYNTER

U.N.A.M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
MAY 1 1997  
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS  
NACIONALES

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO D.F. 1997



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.

Por la libertad que representa realizar lo que uno desea y, por el enorme y maravilloso reto de iniciar un largo, sólido y firme camino hacia mi desarrollo profesional y personal completo.

**María Dolores**

**A la memoria de mi abuelo Mariano**

**Sairi**

## **AGRADECEMOS A**

**El Centro de Investigación Materno Infantil GEN (CIMIGen).**

**La Dirección General de Profesiones.**

**El Instituto Nacional de Salud Pública.**

**La Dirección General de Salud Reproductiva.**

## **NUESTRO AGRADECIMIENTO ESPECIAL A**

**La L.E.O. Ma. Cristina Castañeda Godinez.**

**La L.E.O. Ma. Antonieta Larios Saldaña.**

**A la L.E.O. María de los Angeles Torres Lagunas por su valiosa amistad y por compartirnos su interés hacia la atención Perinatal.**

Por su entusiasmo, por su apoyo, por su paciencia y sobre todo por el amor que nos brinda durante este trabajo de investigación nuestro más SINCERO AGRADECIMIENTO a la L.E.O. Edda Alatorre W. cuyo compromiso con sus alumnos sigue siendo lo más importante en su vida profesional.

Con todo cariño

Lolita y Sairi

## INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1.
II. JUSTIFICACION	7.
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16.
IV. OBJETIVOS	17.
V. METODOLOGIA	19.
VI. MARCO TEORICO	
1. LAS PRACTICAS DEL CUIDADO A LA SALUD COMO ACTIVIDADES VITALES AUTONOMAS MILENARIAS	22.
1.1. La atención obstétrica, actividad social que aseguró un espacio histórico de prestigio y decisión a la mujer.	24.
1.2. Las modificaciones en la atención a la salud, secundarias al proceso de la Conquista	30.
1.2.1. La atención a la salud en el México Colonial.	31.
1.2.2. La atención a la salud en el México Independiente.	34.
1.2.3. La atención a la salud en México hoy.	42.
1.2.3.1. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.	46.
2. LA SALUD PERINATAL, ¿ UNA PRIORIDAD MUNDIAL O EXCLUSIVA DE NUESTRO PAIS ?.	51.
2.1. Morbilidad y Mortalidad Perinatal alrededor del mundo.	52.
2.2. Problemas demográficos, ecológicos y socioeconómicos relacionados con la atención Perinatal.	54.
2.3. Prioridades en la atención Perinatal en países en desarrollo.	59.



	Pág.
3. MEXICO EN EL CONTEXTO MUNDIAL DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERINATAL.	64.
3.1. Mortalidad Materna: un problema de Salud Pública.	65.
3.2. Estrategias para la atención Perinatal en nuestro país.	68.
3.3. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia una respuesta para la atención Perinatal de bajo riesgo.	73.
4. LOS RECURSOS HUMANOS EN EL AREA PERINATAL EN MEXICO.	79.
4.1. Recursos Médicos.	79.
4.2. Recursos de Enfermería.	85.
4.3. Las Parteras Tradicionales.	101.
5. LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO COMO FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS.	111.
5.1. Antecedentes Históricos.	111.
5.2. La creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.	118.
5.3. Los Planes de Estudio para la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.	126.
5.3.1. El Plan de Estudios de 1975.	126.
5.3.1.1. Antecedentes.	126.
5.3.1.2. Justificación.	130.
5.3.1.3. Perfil Académico Profesional.	132.
5.3.1.4. Mapa Curricular.	136.
5.3.1.5. La formación teórico-práctica en el área Perinatal contemplada en el Plan de Estudios de 1975.	139.
5.3.2. El Plan de estudios de 1991.	141.
5.3.2.1. Antecedentes.	141.
5.3.2.2. Justificación.	142.
5.3.2.3. Perfil Académico Profesional.	148.
5.3.2.4. Mapa Curricular.	156.
5.3.2.5. La formación teórico-práctica en el área Perinatal contemplada en el Plan de Estudios de 1991.	157.

	Pág.
<b>6. MARCO JURIDICO-LEGAL QUE VALIDA EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA .</b>	<b>165.</b>
6.1. Legislación Universitaria.	166.
6.1.1. Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales de la UNAM.	166.
6.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	170.
6.3. Ley de Profesiones.	171.
6.4. Ley Federal del Trabajo.	178.
6.5. Ley General de Salud.	181.
<b>VII. DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.</b>	<b>198.</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.</b>	<b>208.</b>
<b>BIBLIOHEMEROGRAFIA.</b>	<b>221.</b>
<b>ANEXOS.</b>	

## **I. INTRODUCCION**

América Latina sufre una fuerte crisis económica desde principios de los 80's, iniciando el pago de una deuda que refleja sus consecuencias en la falta de presupuesto de los gobiernos para ofrecer servicios y satisfactores básicos en los diferentes sectores de la población. En México, se hace patente a partir de 1982, debido a las fuertes cargas financieras, originadas por el pago de la deuda externa, lo que desencadena una importante crisis en su estructura política, económica y social.

Nuestro país se ha caracterizado por una dinámica social, económica y cultural compleja, que interactúa con el proceso Salud - Enfermedad, dando por resultado una pluralidad de problemas y necesidades que se ponen de manifiesto debido a los efectos de la restricción económica.

En el campo de la salud, la sociedad mexicana tiene uno de sus principales retos considerando el perfil demográfico, la morbimortalidad, los riesgos para la salud y la escasez de recursos que configuran la situación actual. Estos factores dificultan el cumplimiento de los acuerdos de Alma Ata, en donde se fija como estrategia la Atención Primaria para la Salud, como base para lograr las metas comprometidas para el ya próximo año 2000.

Para el cumplimiento de dichas metas en nuestro país, se hace necesario retomar el perfil demográfico actual, en donde, de acuerdo con los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda de 1995 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) el total de la población del país es de 91 120 433 habitantes, de los cuales 46 242 875 (50.8%) son mujeres y 44 877 558 (49.2%) son hombres.

La tasa de mortalidad general se ha mantenido con una tendencia a la baja, y los padecimientos que permanecen como causales de muerte en los distintos grupos de edad son neumonías, diarreas, tumores, cardiopatías, padecimientos cerebrovasculares y enfermedades mentales.

En los niños menores de un año las lesiones al nacer, los partos distócicos y la asfixia perinatal figuran como causas principales de muerte; mientras que en los niños de 1 a 4 años son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía, junto con los accidentes, anomalías congénitas y deficiencias de la nutrición.

A este respecto, cabe señalar lo mencionado por el Gabinete de Bienestar Social, en el sentido de que más de la mitad de las defunciones ocurridas en México en los niños menores de 5 años podrían evitarse si las madres tuvieran información acerca de técnicas simples disponibles en todas las instituciones de salud y seguridad social.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cfr. Kumate, J.; Gabinete de Bienestar Social. Programa Nacional ... s/p.

En la población de 15 a 49 años merece especial mención la mortalidad materna, pues aunque no forma parte de las primeras causas de mortalidad general, el impacto que ésta tiene en el ámbito familiar la hace relevante. Se calcula que por cada 10 000 recién nacidos vivos registrados, mueren de 5 a 6 mujeres por causas del embarazo, parto o puerperio. En el orden de la morbilidad, la causa de ocupación más frecuente de las camas hospitalarias es para atender las complicaciones del embarazo y parto.<sup>2</sup> Esto es realmente alarmante si se tiene en cuenta que estas complicaciones son, en su mayoría, prevenibles.

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido señala que "La mayoría de los riesgos obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que se destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y, adicionalmente, contribuyen a brindar una atención con mayor calidez".

---

<sup>2</sup> Plan de Estudios de la ... pp. 16-17

Ahora bien, si consideramos que el 73% del total de embarazos en nuestro país son de bajo riesgo, el 15% de mediano riesgo y el 12% de alto riesgo y que la cobertura asistencial de la población en un 70% es absorbida por el IMSS, el 10% por el ISSSTE, otro 10% la medicina privada y el resto lo capta la Secretaría de Salud o queda desprovisto de atención médica y es atendido por parteras empíricas, comadronas, brujos o personal no preparado o bien, queda sin asistencia.<sup>3</sup> Y, si consideramos también, que dentro de la formación del profesional de medicina existe una tendencia a la especialización y subespecialización dejando de lado el fomento a la salud y la prevención de padecimientos que puedan causar un daño, podemos explicar los altos índices de morbimortalidad materno infantil existentes.

Si analizamos las tres circunstancias anteriores: 1º el perfil demográfico del país a través del cual podremos darnos cuenta de que la gran mayoría de las mujeres están en edad reproductiva y, que por lo tanto, tienen un alto riesgo de embarazarse; 2º que las cifras de morbimortalidad materno infantil pueden disminuirse en gran manera a través de acciones y estrategias enfocadas a la prevención y el fomento a la salud y 3º la falta de personal médico en el primer nivel de atención que cuente con un enfoque de riesgo para atender y vigilar a las mujeres y sus parejas durante el proceso reproductivo; podemos darnos cuenta de que se está descuidando la salud y el bienestar de uno de los

---

<sup>3</sup> Torres, L. M. A.: Evaluación de la ... p. 3.

grupos de población más vulnerables lo que origina una serie de problemas sociales, culturales y económicos que afectan a la sociedad en conjunto.

Es en esta situación tan paradójica que se fundó nuestro interés por demostrar la existencia de un profesional de la salud, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia (LEO), formado en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) quien cuenta con una alta capacidad resolutive y en cuya formación ocupa un lugar predominante el enfoque de riesgo y la orientación hacia la prevención actuando en el primer nivel de atención y, por lo tanto, idóneo para colaborar en la solución de la problemática Perinatal vivida por nuestro país pero que, sin embargo, no es reconocido o bien, esta siendo subutilizado por las instituciones empleadoras de recursos.

En este sentido, el Sistema Nacional de Salud, con el propósito de brindar una atención integral de calidad y uniforme se encuentra consolidando la Salud Pública, la Atención Médica y la Asistencia Social, para lo cual ha llevado a cabo diversas actividades, dentro de las cuales cobra especial interés para nuestro trabajo la que retoma el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO de la UNAM en el que se señala "... la coordinación de las instancias educativas y de las aplicativas, con el propósito de disminuir las deficiencias cuantitativas y cualitativas en el proceso de formación de recursos

humanos...". Es decir, debe existir un equilibrio entre lo que las instituciones educativas forman en el área de la salud y las necesidades de cobertura de atención para la salud de la población. De esta manera, se cubrirían adecuadamente los servicios de salud con los profesionales en cantidad y de calidad suficiente, disminuyendo así la subutilización y el desempleo.

Lo anterior nos llevó a reflexionar que para aprovechar realmente los recursos humanos para la salud deben analizarse dos procesos: a) la formación académica y b) la utilización en el mercado de trabajo. Evidentemente será mejor la participación de estos cuando entre los dos procesos se aprecie coherencia y congruencia, entendiendo estas en el marco de efectividad de sus acciones en la solución de las necesidades de salud de la población, sobre todo la más desprotegida y al mismo tiempo la formación de recursos debe apuntar al cumplimiento de las expectativas profesionales de los egresados.



## II. JUSTIFICACION

La carrera de Enfermería en México, iniciada a principios de este siglo, ha vivido - especialmente desde la década de los 70's en el que se le ubica en el nivel académico profesional - un importante proceso en búsqueda de la identidad que legitime un hacer y un pertenecer propios. Parece una paradoja pero a medida que la carrera ha ido incrementando sus "saberes" y sus "haceres" más confusa se aprecia su identidad profesional. Hoy a casi 30 años de iniciada la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia sus egresados no tienen aún claridad y seguridad sobre su futuro como profesionistas.

Considerando que la ENEO de la UNAM, ha marcado el eje de desarrollo de la Enfermería en nuestro país, además de ser la principal formadora de profesionales de Enfermería, adquiere un gran compromiso y una gran responsabilidad ante sus alumnos y egresados impulsándolos a un quehacer útil para el bienestar de su sociedad.

Es por lo anterior, que el presente trabajo de investigación analiza la correlación que existe entre el Perfil Académico Profesional (PAP) del egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO de la UNAM, y su práctica profesional a fin de identificar las posibilidades que tiene el egresado para el ejercicio libre e institucional de la atención Perinatal.

Considerando que las diversas áreas para las cuales se pretende formar a los alumnos son de tipo preventivo-terapéuticas, asistenciales (ejercicio libre e institucional), administrativas, docentes y de investigación en todos los procesos que afectan a la salud individual y colectiva; en nuestro caso elegimos analizar de manera particular la congruencia entre lo que la ENEO establece en el PAP relacionado con el ejercicio libre de la atención Perinatal y las posibilidades reales de los egresados para ejercer en esta área.

Estamos conscientes de que el análisis de la coherencia interna y externa curricular es sumamente amplio y complejo y que compete también a un gran número de especialistas en materia de educación. Sin embargo, pretendemos con esta investigación acercarnos un poco a la problemática que encierra la formación y el ejercicio profesional de los recursos que forma la ENEO de la UNAM.

Al referirnos a atención Perinatal nos enfocamos a la preparación que tiene el egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO de la UNAM, para intervenir en la vigilancia y control del proceso Salud-Enfermedad en la reproducción humana, entendiéndolo al Proceso Reproductivo como "la capacidad de la pareja humana para desarrollar su vida sexual regulando su fecundidad mediante protección oportuna y eficaz que permita su reproducción en las mejores condiciones de salud y bienestar de la propia pareja y de sus descendientes".<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Cfr. Mojarro, D.O.: Pediatría y ... pp. 8-9

La capacidad de dar atención Perinatal de Enfermería es ampliamente considerada por la ENEO de la UNAM al explicitar en el PAP del Plan de Estudios de 1991 que "para cumplir adecuadamente con sus responsabilidades profesionales, el LEO se caracteriza por su capacidad para proporcionar atención obstétrica a la paciente de bajo riesgo Perinatal, considerando los métodos clínicos y epidemiológico para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión."

En lo anterior queda implícita la atención preconcepcional, embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, incluyendo al recién nacido sano y la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño sano hasta los cinco años de edad.

Entendemos por:

- Etapa Preconcepcional el periodo en que la pareja tiene la capacidad y el derecho de disfrutar plenamente de su sexualidad sin temor a embarazos no planeados o a la presencia de enfermedades de transmisión sexual, y de igual manera, el de regular su fecundidad y prepararse para el embarazo con el mayor conocimiento posible de las consecuencias sociales y personales de sus decisiones.

- Embarazo de bajo riesgo el estado fisiológico materno que consiste en llevar al producto de la concepción, embrión y feto, desde la fecundación, crecimiento y desarrollo intrauterinos, hasta el inicio del trabajo de parto, en cuya evolución no se presentan factores de riesgo que afecten la salud o integridad del binomio madre-hijo.
- Parto normal (eutócico) el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten el nacimiento del producto de la concepción a término, la placenta y sus anexos por vía vaginal y sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.
- Puerperio fisiológico el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y que tiene una duración de 42 días.
- Recién nacido sano al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad y sin factores de riesgo que pongan en peligro su adaptación al medio extrauterino.

El tema resulta por demás interesante y de gran trascendencia ya que la atención Perinatal ha sido ejercida históricamente por las mujeres "...el cuidado de la salud era preponderante en las culturas prehispánicas...había distintos "especialistas" que atendían la salud de hombres y mujeres, pero estas últimas eran sobre todo atendidas por mujeres. El embarazo, el parto y el puerperio quedaban exclusivamente en manos de las parteras, pues se argumentaba que sólo quien

había parido podía tener esos conocimientos...”<sup>5</sup> Sin embargo, al mismo tiempo este campo ha sido el más invadido por otros profesionales de la salud..

Por otra parte, la atención Perinatal constituye una de las mejores posibilidades de ejercicio libre para el LEO, por lo que resulta impostergable fortalecerlo en estos tiempos donde se requiere dar respuesta por un lado, a las necesidades de una población que dada la crisis económica vivida por el país esta cada vez más alejada de la medicina oficial y. por otro lado, exhortar a los profesionales de Enfermería a que participen más allá de las fronteras nacionales en donde cada vez se incrementan compromisos por medio de los tratados internacionales en materia de prestación de servicios. Finalmente, consideramos que la mejor forma de fortalecer la autoestima profesional de la Enfermería es a través del desarrollo de esta disciplina hacia el ejercicio pleno de su autonomía.

Cabe señalar que al referirnos a los contenidos teórico-prácticos que avalan el ejercicio de la atención Perinatal no nos referimos únicamente a la parte asistencial sino a todo el proceso que involucra los siguientes aspectos:

1. Administrativos, desarrollando una autoridad profesional que propicie la integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de Enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de salud.

---

<sup>5</sup> Alatorre, W. E.: Comisión de ... pp. 227-228.

2. Docentes, participando en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos de Enfermería y del área de la salud en la atención Perinatal.
3. Investigación, aplicando el método científico en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso reproductivo. Todo esto con el fin de proponer alternativas de Enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención Perinatal.

Debemos resaltar que pese a la tendencia en la formación del egresado para participar en el primer nivel de atención, su PAP lo capacita para actuar en instituciones de segundo y tercer nivel de atención, realizando actividades independientes, interdependientes y dependientes dentro del equipo de salud.

Otra de las razones que nos llevó a la selección del tema de investigación es el hecho de que pertenecemos a la primera generación formada con el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, lo cual nos creó el interés y la inquietud de reafirmar la visión de la actual dirección: "... los egresados de la ENEO tienen la capacidad para ejercer una práctica profesional independiente." <sup>6</sup>

En este contexto, resulta importante destacar el paso histórico que ha dado la ENEO al formar únicamente recursos humanos con nivel licenciatura, lo que la

---

<sup>6</sup> Salas, S. S.: Plan de ... s/p.

compromete a no perder de vista la responsabilidad que adquiere en la formación de sus egresados. Resaltando que el proceso de profesionalización exige cambios en Enfermería tanto en la forma de apreciar la salud, como en la manera de actuar profesionalmente.

Estamos convencidas de la importancia que tiene el LEO como profesionalista idóneo para atender la salud Perinatal, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. La situación económica que enfrenta nuestro país lo obliga, entre otras cosas, a disminuir el presupuesto para mejorar la educación y la salud de la población, por lo que se debe favorecer la realización de estudios encaminados al mejor y mayor aprovechamiento en la formación y utilización de los recursos humanos para la salud.

En el caso de la formación de recursos profesionales de Enfermería conviene hacer algunas reflexiones:

- Si los distintos especialistas en el estudio de las profesiones coinciden en señalar que el carácter autónomo y libre de la práctica da a una disciplina el sustento de profesión, ¿ cómo entonces concebimos a la Enfermería cuya práctica es aún eminentemente cautiva y dependiente?.

- ¿En qué medida las desigualdades de género<sup>\*</sup> han incidido en la formación y el ejercicio de la Enfermería en México?

- Si como señala la Fundación Mexicana para la Salud México es el único país en el mundo en donde el número de médicos es mayor que el número de enfermeras, ¿por qué no existe una planeación racional de estos recursos?

- ¿Por qué se desaprovecha el enorme potencial de los recursos de Enfermería con nivel de licenciatura en la atención Perinatal, habiendo tanto rezago en esta área de atención?

En el marco de los acuerdos del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN), en el rubro sobre Comercio Transfronterizo de Servicios, se contempla la participación internacional de la Enfermería con nivel de licenciatura. Revisando algunos indicadores para ubicar la situación de México tales como el número de enfermeras por 10 000 habitantes, encontramos lo siguiente: E.U.A. tiene 137, Canadá 105.2 y México 11,<sup>7</sup> cabe aclarar que los datos para E.U.A. y Canadá se refieren sólo al nivel licenciatura y el de México incluye todos los niveles de formación. Ante esto cabe preguntarnos ¿está la Enfermería profesional de nuestro país en condiciones de competir con estos países?, ¿por

---

\* Entendiendo como género una variable determinada en un contexto social, que cambia según las normas y valores que imponga él o los grupos en el poder y que por el hecho de ser adquirida socialmente es susceptible de modificarse.

<sup>7</sup> Nigenda, G.: Los Recursos Humanos... p. 16.



qué no se apoya la formación de Licenciados en Enfermería y Obstetricia si el número de estos es aún tan bajo<sup>\*\*</sup> y los profesionistas médicos viven una inestabilidad de desempleo y subempleo por sobreproducción, entre otras causas?

Estas reflexiones, por demás importantes, constituyen temas que deben ser abordados en búsqueda, no sólo de respuesta, sino de transformación. Sin pretender que nuestro trabajo de investigación lo haga, si buscamos acercarnos a ellos, tomando una pequeña parte del hacer profesional de los LEO para fundamentar que la atención Perinatal constituye un excelente espacio para la consecución de un ejercicio libre y verdaderamente interprofesional para la Enfermería nacional.

Nuestro interés por lograr un primer acercamiento al problema nos ha permitido demostrar que existen posibilidades reales para que los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia ejerzan de manera libre su profesión, pero que sin embargo la falta de información y decisión siguen siendo el principal impedimento para el pleno desarrollo de sus actividades.

---

<sup>\*\*</sup> La Dirección General de Profesiones reporta que del total de títulos de Enfermería registrados hasta 1994, sólo el 4% corresponde al nivel de licenciatura.

### **III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las condiciones actuales para el ejercicio libre del Licenciado en Enfermería y Obstetricia egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en la atención Perinatal?.

#### **IV. OBJETIVOS**

1. Identificar, en el marco del desarrollo histórico de las parteras universitarias, los factores que favorecieron su desarrollo y aquellos que las llevaron a su extinción.
2. Analizar el desarrollo histórico y social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
3. Describir las tendencias que ha tenido la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la formación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en el área relacionada con la atención Perinatal en los últimos 20 años.
4. Destacar la urgencia de cubrir las necesidades de atención Perinatal en México.
5. Identificar, en una población definida, las actividades relacionadas con la atención Perinatal que realizan y/o que no puedan realizar.
6. Analizar las circunstancias que están "favoreciendo" o "limitando" las actividades de atención Perinatal de los recursos de Enfermería que esta

formando la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

7. Argumentar la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención Perinatal.

## **V. METODOLOGIA**

La presente investigación fue un estudio exploratorio y diagnóstico para descubrir el interés y las posibilidades reales de ejercicio libre en el área Perinatal del LEO. Se llevó a cabo en tres etapas. La primera consistió en la lectura y revisión de diversos documentos que nos permitieron tener un panorama más amplio de la situación a investigar. Además, se tuvo la oportunidad de aplicar un cuestionario a 100 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia antes de iniciar su Servicio Social y a un grupo de docentes de Enfermería de diversas instituciones educativas y de salud, los resultados obtenidos nos permitieron definir la línea de investigación quedando elaborado el protocolo de investigación.

La segunda etapa consistió en la elaboración del marco teórico, para lo cual se realizó investigación documental. La información obtenida fue vaciada en fichas de trabajo las cuales se ordenaron en un fichero de acuerdo al capítulo al que pertenecía la información que contenían. Para llevar a cabo la investigación documental se visitaron las bibliotecas de la ENEO, del Hospital General de México, del Instituto Nacional de Salud Pública y del CONAPO. También fue necesaria la visita a diversas instituciones tales como el INEGI, la Dirección General de Salud Reproductiva y la Dirección General de Profesiones (DGP) con el objeto de recabar información verbal a través de la entrevista a personas claves para la investigación. Se requirió además de entrevistas a profesores de la

ENEO quienes tuvieron la oportunidad de participar de manera directa en los diversos cambios que ha vivido nuestra carrera a lo largo de su existencia. Una vez elaborada la mayor parte del marco teórico se tuvieron los elementos necesarios para estructurar el cuestionario que sirvió como instrumento de recolección de datos.

La tercera etapa consistió en una investigación de campo. En un inicio se eligieron diversas instituciones públicas y privadas pertenecientes a cada uno de los tres niveles de atención con el objeto de tomar como muestra de estudio a los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que estuviesen laborando en ellas. De las instituciones privadas se eligieron el CIMIGen, el Hospital Angeles del Pedregal, el Hospital de México y el Hospital Metropolitano. De las instituciones públicas se eligió la U. M. F. No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, el Hospital de Ginecobstetricia No. 4 del IMSS, el INPer, el Hospital Regional Gral. I. Zaragoza del ISSSTE, el Hospital Materno Infantil Inguarán del DDF, entre otras.

Dado que no se nos permitió el acceso a las plantillas del personal de Enfermería de casi todas las instituciones elegidas para identificar a las unidades de observación, se procedió a modificar la muestra. Se eligió entonces como universo de trabajo a todos los egresados de la ENEO del nivel licenciatura que hubiesen realizado su Servicio Social en el CIMIGen desde 1988 a 1996 dado

que por tratarse de egresados que continuaron su formación en el área Perinatal durante el año de pasantía y, que además, tuvieron la oportunidad de ejercer en el campo de la atención Perinatal dentro del primer nivel de atención, las experiencias y expectativas de este grupo serian particularmente trascendentes para conocer las posibilidades y condiciones de ejercicio libre para este profesional de la salud.

Nos dirigimos a la Subdirección de Enseñanza de este centro con el objeto de obtener la lista de pasantes registrados, encontrando un total de 96 pasantes de la LEO de la ENEO - UNAM que prestaron su Servicio Social en el CIMIGen dentro de los años mencionados.

Posteriormente se acudió a las oficinas de Servicios Escolares de la ENEO con el objeto de obtener los datos de los egresados que integraban la muestra, se contactó una cita con la mayoría de ellos y se logró aplicar el cuestionario al 52% de la muestra. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo de manera directa y en algunos casos por vía telefónica. Los resultados fueron analizados utilizando la estadística descriptiva. Finalmente se presentaron en cuadros.

Con la investigación realizada para el marco teórico y los resultados de la investigación de campo se procedió a elaborar las conclusiones y las sugerencias finales.

## **1. LAS PRACTICAS DEL CUIDADO A LA SALUD COMO ACTIVIDADES VITALES AUTONOMAS MILENARIAS.**

Desde épocas milenarias cada sociedad se ha esmerado en el cuidado y la conservación de la salud de sus integrantes, mediante la práctica de actividades propias establecidas por cada una de ellas. La mayoría de estas actividades son ejercidas, de primera instancia, dentro del núcleo familiar, y es la mujer quien se ha encargado de brindar la atención y los cuidados necesarios para el mantenimiento y la restauración de la salud de sus integrantes.

A este hecho, contribuyó en gran medida la división social del trabajo, pues mientras que el hombre tuvo que salir a trabajar para sustentar a su familia, la mujer se quedaba en casa al cuidado de los niños, los ancianos y los enfermos y se veía en la necesidad de proporcionarles los cuidados que estos requerían para el mantenimiento y la conservación de su salud.

Las sociedades prehispánicas en nuestro país no fueron la excepción. La atención de los enfermos estaba a cargo de la familia y cuando se requería de mayores cuidados se recurría a un grupo de especialistas hombres y mujeres que gozaban del prestigio y de la simpatía de la comunidad.



Se tenía un enfoque primordialmente preventivo y se ponía especial cuidado en la atención materno infantil y de los ancianos.<sup>8</sup>

Dentro de estos pueblos prehispánicos el embarazo y el parto adquirían vital importancia y eran atendidos con el más sumo cuidado, respeto y alegría.

Así por ejemplo, entre los mexicas "... apenas la mujer se sentía embarazada lo hacía saber a su familia, se le rodeaba de especiales cuidados y se practicaban con ella ciertas ceremonias religiosas".<sup>9</sup>

Los trabajos de grandes cronistas como Clavijero, Bernal Díaz del Castillo, Sahagún, etc., nos permiten tener un panorama de la atención Perinatal entre los pueblos indígenas, y resulta evidente que el embarazo era considerado como una bendición de los dioses, y por lo tanto, se celebraba comunicándolo a toda la familia y a toda la comunidad, realizando para ello comidas y celebraciones especiales en las cuales se pronunciaban grandes discursos entre los viejos de la comunidad, la recién preñada, el futuro y afortunado padre, los padres de la pareja y la partera a quien se elegía para el cuidado de la embarazada. En estos discursos se hacía alarde de la gran fortuna de la mujer en quien, decían, los dioses habían puesto dentro "... una piedra preciosa y una pluma rica ...".

---

<sup>8</sup> Cfr. Alatorre, W. E.: Desarrollo Histórico de la ... p. 197.

<sup>9</sup> León, N.: La Obstetricia en ... p.4.

### **1.1. La atención obstétrica, actividad social que aseguró un espacio histórico de prestigio y de decisión a la mujer.**

La partera gozaba de un inmenso prestigio. La llamaban maestra y médica, persona honrada y digna de veneración, y en sus manos ponían a la embarazada.

No sólo participaba en la atención del embarazo y del parto, sino que iniciaba sus servicios con los casados arreglando sus matrimonios, oficiando en sus bodas y llevando a la casa conyugal a la desposada, cargada en sus espaldas.

Nicolás León, en su obra *La Obstetricia en México*, hace una excelente recopilación, de los escritos e investigaciones sobre las prácticas obstétricas en nuestro país. Al referirse a los pueblos prehispánicos señala que: los mandamientos y consejos que la Ticitl daba a la embarazada eran estos: que no se calentase mucho la preñada al fuego, ni la barriga ni las espaldas, ni tampoco al sol, porque no se tostase la criatura; que no durmiese entre día, porque no fuese disforme en la cara el niño que había de nacer; que no comiese (masticase) *tzictli* (chicle prieto) para que la criatura no se enfermara de *tentzoponiliztli* ósea que se le endureciese el paladar, engrosasen las encías, y en este estado no podría mamar y se moriría de hambre. Aconsejabanle también que no se enojara o apenara ni se asustase o expusiese a recibir alguna impresión fuerte, puesto que por todo ello corría peligro de abortar. Ordenaba a los de su familia le diesen

todo lo que les pidiese o se le antojara pues de no ser así recibirían la mujer y su engendro grande daño.

Prohibía a ésta mirar lo colorado pues ello sería causa de que naciera la criatura de lado; que no ayunase para que el feto no padeciera hambre; que no comiese tierra ni *tizatl* pues si lo hacía nacería enferma la criatura o con algún defecto corporal, *toda vez que lo que come la madre se incorpora al feto y de ello toma su substancia.*

Advertían a la preñada que en los tres primeros meses de su embarazo cohabitase moderadamente con su marido, sin que por eso dejara de hacer tal función, pues faltando ello del todo, la criatura saldría enferma y de pocas fuerzas.

Cercano el tiempo del parto prohibían todo acto carnal, para que aquel no se dificultase y también para que el feto no viese aquello y después de nacido lo narrase.

Concretaba sus consejos y preceptos encargando buena alimentación, reposo físico y moral y mucha moderación en los trabajos manuales.

A cierta época del embarazo, pero especialmente en los tres últimos meses, que era cuando ya corría enteramente a cargo de la partera, se administraban a la embarazada cierto número de baños de vapor, en el *Temazcalli*. El uso principal genuino del *Temazcalli* era más bien medicinal que higiénico y se aprovechaba tanto en la preñez como en el puerperio.

Cuando ya la preñada estaba en días de parir se juntaban por segunda vez sus parientes y después de un banquete llamaban a la partera y encargaban a sus buenos servicios a la preñada.

La partera se metía en el *temazcalli* con la embarazada, allí la reconocía palpándole el vientre y arreglándole el feto, si es que estaba mal colocado.

Al acercarse la época probable del parto y con anticipación de cuatro o cinco días, se iba la partera a vivir a la casa de la embarazada y ella misma le preparaba y servía la comida ... al iniciarse el parto arreglaban una sala o recámara donde había de parir, y si la parturienta era mujer principal la acompañaban dos o tres parteras más.

Al regularizarse el trabajo de parto le daban un baño, y después de él, " ... en tiempo y casos oportunos, la hacían bebiese la raíz molida con agua de una planta llamada *Chihuapatli* que gozaba de la propiedad de empeller (empujar) al

feto hacía afuera. Si esta medicina no bastaba a provocar fuertes y útiles contracciones se le administraba en polvo medio dedo de la cola de *Tlacuatzin* que también tenía, en grado mayor, la facultad de empeller ".<sup>10</sup>

Al parecer y por las figurillas y las pinturas de los códices precolombinos, la posición en la que la mujer paría era en cuclillas y el cordón umbilical no se cortaba sino hasta después de la expulsión de la placenta.

Si el recién nacido era varón, la partera entregaba el cordón umbilical a los guerreros para que lo enterrasen en el campo de batalla y con ello el niño quedaba prometido al sol y a la tierra; y si era mujer, lo enterraba dentro de la casa cerca del fogón lo que significaba que esta permanecería en su casa y cuidaría de ella. Posteriormente la partera bañaba al recién nacido pronunciando una nueva serie de oraciones.

Terminado su trabajo la partera se despedía de la familia y regresaba para el día del bautizo en donde ella era el ministro de aquella ceremonia. También se encargaba de proporcionar los cuidados a la madre y al recién nacido durante el puerperio, así por ejemplo, preparaban bebidas para calmar los entuertos, para corregir los loquios sanguinolentos y lavaban los ojos del recién nacido.

---

<sup>10</sup> Ibidem ; p. 20.

En el caso de algún parto distócico "... la partera era hábil y bien diestra en su oficio cuando veía que la criatura estaba muerta dentro de su madre porque no se meneaba, y que la paciente estaba con gran pena ... con una navaja de piedra, cortaba el cuerpo de la criatura y la sacaba en pedazos".<sup>11</sup> Si los familiares de la mujer no se lo permitían, dejaba sola a la mujer y si moría la llamaba mujer valiente.

Si la parturienta moría, la partera se encargaba de lavar el cuerpo y de vestirlo con ropas nuevas y lujosas y junto con todas las parteras acompañaba al marido a sepultar a la mujer. Cuidaban y se enfrentaban a los guerreros jóvenes quienes hacían lo posible por llevarse el cuerpo de la mujer con el fin de cortarle los cabellos y el dedo medio de la mano izquierda, pues creían que esto era un amuleto para hacerse más valientes y temidos durante la batalla. También los hechiceros procuraban cortar el brazo izquierdo con la mano de la mujer pues lo utilizaban en sus encantamientos.

La obra histórica de Clavijero, Díaz del Castillo, etc., nos permite señalar que la atención Perinatal dentro de las sociedades prehispánicas era de suma importancia y que la concepción, el embarazo y el parto eran tomados como un gran privilegio del cual había que disfrutar y cuidar.

---

<sup>11</sup> Ibidem: p. 35.

También es evidente que la mujer ha sido la encargada de brindar atención obstétrica dentro de las diferentes sociedades. La partera se encargaba del cuidado del embarazo, de la atención del parto, de la atención de la mujer en el puerperio y del recién nacido y, esto lo realizaba de manera libre e independiente.

Resulta interesante la participación de la partera dentro de estas sociedades. Hoy en día, entendemos que muchas de sus prácticas y cuidados no tenían un fundamento científico y que todo giraba alrededor de lo místico-religioso; pero no cabe duda de que lograba brindar una atención integral y personalizada a cada una de las mujeres a quienes prestaba sus servicios y que además, involucraba al padre y a las familias en el cuidado de la embarazada.

Es importante mencionar que, además de la importante participación de la mujer en la atención materno infantil, en algunas sociedades prehispánicas los hombres también participaban en la atención obstétrica de manera directa o auxiliando a la partera, a quienes se denominaba "tenedores".<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Cfr. Ibidem: p. 64.

## **1.2. Las modificaciones en la atención a la salud, secundarias al proceso de Conquista.**

Con la Conquista la estructura económica, política, social y religiosa de los pueblos indígenas sufrió una gran conmoción y las prácticas encaminadas a la atención para la salud no quedaron excluidas.

La presencia de la partera y la práctica obstétrica que esta ejercía asombró al médico español, sin embargo, este traía del viejo mundo la concepción judeo-cristiana que consideraba "pecado" todos los aspectos relacionados con la sexualidad, lo que tal vez explica que consideraran denigrante la atención del parto. Esto, aunado a las prácticas obstétricas diferentes e inexplicables para el español, lo hizo señalar a la partera de manera despectiva utilizando términos que aún hoy existen tales como: comadrona, hechicera, chiripera, entre otros.

Nicolás León, ilustra lo que hemos planteado al señalar que: "Luego que la joven india conoce que es madre, se carga de amuletos paganos y cristianos y se entrega a ciertas prácticas hijas de la superstición y la ignorancia ... y cuando está ya próximo, el admirable desenlace de la naturaleza, se somete al examen de una vieja hechicera, comadrona del pueblo ... Esta vieja horrible, encorvada por los

---

\* Utilizaremos el término "partera" o "partero" para designar a la persona encargada de la atención Perinatal incluyendo la atención del parto.



años, con sus cabellos blancos y cerdosos como la crin de un caballo, con su tez amarillenta y con su mirada hundida y penetrante, se acerca a la paciente ... En fin, la prodiga naturaleza vence cuántos obstáculos le oponen la ignorancia y la barbarie y el nuevo ser viene al mundo a participar, sin duda, de la maldición de la raza y de la proscripción social de sus padres.”<sup>13</sup>

### **1.2.1. La atención a la salud en el México Colonial.**

La sociedad novohispana se convirtió en una sociedad con marcadas diferencias sociales. Las clases dominantes recibían únicamente la atención del médico español y aunque este consideraba denigrante dedicarse a la obstetricia, llega un momento en el que debe atender los partos de las mujeres de esta clase social; la población de clase media era atendida por médicos mestizos y la clase más explotada seguía siendo atendida por yerberos, agoreros y parteras indígenas.

Poco a poco, el médico comenzó a apoderarse del campo obstétrico relegando a la partera de quien decían que era al médico “lo que una verruga al cuerpo”.<sup>14</sup> Los partos de la clase alta eran atendidos por un cirujano quien a su vez tenía de ayudante a una partera.

---

<sup>13</sup> Ibidem: p. 82.

<sup>14</sup> Ibidem: p. 119.

El médico español, también empezó a modificar las prácticas de atención del parto, pues mientras que la posición para parir entre los pueblos indígenas era en cuclillas o hincada (posición que favorecía en mucho el periodo expulsivo), este traía la mentalidad europea en donde los partos eran atendidos con la mujer en decúbito dorsal, cosa que no favorecía el periodo expulsivo, pero era mucho más cómoda para quien atendía el parto. Otra modalidad fue la posición sentada, para lo que trajeron de España la silla de parir.

Apesar de las condiciones adversas que las rodeaban, las parteras seguían ejerciendo sabiamente sus actividades y eran muchas las veces que las mujeres preferían las atenciones de estas a las de los médicos y cirujanos quienes se empeñaron en calificarlas de brujas y hechiceras, motivo por el cual fueron controlando cada vez más su ejercicio.

Durante todo el periodo Colonial las parteras cumplieron diversas funciones sociales. Eran requeridas para curar enfermos y heridos, para evitar embarazos, para abortar, para atender partos, entre otras cosas más. Poseían, además de experiencia, una gran información sobre herbolaria sus efectos e indicaciones.

Todo esto las hacía una amenaza para el poder médico y eclesiástico de la Nueva España. Fueron perseguidas por brujas y herejes precisamente porque ofrecían a las mujeres la oportunidad de controlar su sexualidad.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Cfr. Alatorre. W. E.: Hacia la construcción profesional de la ... s/p.

Aunque el grupo médico no se ocupó en un inicio de la obstetricia, si fue controlando su ejercicio mediante diversos reglamentos cuya no observancia sancionaban la iglesia y el Real Tribunal del Protomedicato ( organismo que regulaba la aplicación de las Leyes y los Reglamentos en materia de Salud).

Las primeras restricciones fueron impuestas a través de la publicación del documento "Avisos saludables a las parteras para el cumplimiento de su obligación" en 1775. Más adelante, en 1806 se publicó la "Cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las Matronas que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de Partear". <sup>16</sup>

El mismo Protomedicato comenzó a encargarse de que las parteras además de observar las cartillas presentarán exámenes para acreditar su desempeño en la atención de partos. Debían, además, reunir ciertas características tales como ser viudas o casadas, presentar una serie de documentos y pagar una cuota respectiva para los médicos y personas encargadas de examinarlas. Todo esto limitó en gran manera el ejercicio obstétrico de las parteras pues, si resultaba difícil ser "partera examinada" ya que era muy raro que las mujeres supieran leer y escribir, no lo era menos por los gastos que por derecho de examen cobraba el Protomedicato. Por tal motivo en el año de 1830 sólo se registran dos parteras. <sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> León, N.: La Obstetricia ... op. cit.: pp. 210, 221.

<sup>17</sup> Ibidem: p. 228.

### **1.2.2. La atención a la salud en el México Independiente.**

Con la independencia de la Nueva España se logró hacer nuevas relaciones con los países europeos, principalmente con Francia de donde la enseñanza médica comenzó a tener marcada influencia en el ámbito médico mexicano.

La situación de las parteras comenzó a cambiar al modificarse la práctica médica. Hasta 1833 las Leyes y Reglamentos referentes a la Medicina, la Cirugía y la Obstetricia tenían su origen en el gobierno español y no fue sino hasta la extinción del Protomedicato y la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas, cuando la profesión médica se norma por leyes mexicanas.

Es decir, en este año al clausurarse la Universidad Real y Pontificia (que formaba médicos) y la Escuela de Cirugía se fundó el Establecimiento de las Ciencias Médicas (después llamado Colegio de Medicina, Escuela de Medicina, Escuela Nacional de Medicina y por último Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México) y se inició la carrera de "Médico Cirujano y Partero." <sup>18</sup>

"En diciembre de 1840 se publicó un reglamento para todo el departamento de México. Este reglamento estableció un Consejo Superior de Salubridad del

---

<sup>18</sup> Chávez, I.: México en la ... p. 178.

Departamento de México, encargado entre muchas otras cosas, de expedir el título a todas las personas que quisieran ejercer la medicina o alguna de sus ramas. El interesado luego presentaba el proceso ante el ayuntamiento donde pensaba practicar. Esta nueva versión de lo que sería la Dirección General de Profesiones (DGP) se parecía en algo al antiguo cuerpo del Protomedicato.”<sup>19</sup>

El 12 de enero de 1842 se reformó por el Establecimiento de Ciencias Médicas y el Consejo de Salubridad del Departamento de México el “Reglamento de Enseñanza y Policía Medicas” de donde destacan los siguientes artículos:

- Artículo 22 “El catedrático de obstetricia se encargará por ahora de la clínica del mismo ramo y dará dos cursos en el año, uno a los alumnos de medicina y otro a las mujeres que se dediquen al arte de los partos”.

- Artículo 40 “Los exámenes generales a que deberán sujetarse todos los individuos que quieran ejercer en el Departamento de México medicina, cirugía, farmacia, flebotomía, obstetricia o el ramo de dentista, se harán precisamente en lengua castellana por la Escuela de Medicina.”

- Artículo 41 “Los exámenes de médicos, cirujanos y farmacéuticos se harán por cinco profesores de la escuela ... los de flebotomianos, parteras y dentistas se harán por tres profesores de la escuela nombrados en los mismos términos.”

---

<sup>19</sup> Vázquez, J.Z.: et al: Historia de las ... p. 110.

- Artículo 49 "Las mujeres que pretendan actualmente examinarse de parteras acreditarán con un certificado del catedrático de obstetricia, hallarse en aptitud de sufrir el examen, pero en lo sucesivo ninguna podrá examinarse si no justifica haber asistido por lo menos a dos cursos del ramo con aprovechamiento."

- Artículo 56 "A los dentistas, flebotomianos y parteras se les preguntará la parte anatómica que respectivamente deben saber y la teoría de las pequeñas operaciones que se les permitan ejercer."

- Artículo 63 "... si alguno de los examinados fuese reprobado por segunda vez, no se admitirá a tercer examen."

- Artículo 72 "Son atribuciones del Consejo de Salubridad: Demarcar las operaciones que se permite ejercer a los flebotomianos, dentistas y parteras."

- Artículo 75 "Todos los que quieran ejercer medicina, cirugía, farmacia, flebotomía, obstetricia o el ramo de dentistas depositarán 22 pesos si fueren médicos, cirujanos o farmacéuticos y 16 si fueren flebotomianos, parteras o dentistas."

- Artículo 79 "Una vez calificados de buenos por el Consejo Superior de Salubridad, los documentos de los que pretendan ejercer algún ramo de los

mencionados en el artículo 75, si no necesitaren de ser examinados, registrara dicho consejo su diploma o título. Si se hallaren en el caso de sufrir el exámen, el secretario remitirá un certificado autorizado por él y firmado por el presidente o vicepresidente del consejo, al director de la Escuela de Medicina, para que este cumpla con lo prevenido en el artículo 50."

- Artículo 80 "Si en el acta que mande el establecimiento al Consejo Superior de Salubridad, constare la aprobación del examinado, el secretario de esta corporación, en sesiones de miembros titulares, le tomará el juramento en la forma siguiente: *¿Juráis haberes fiel y legalmente en el ejercicio de la profesión en que habéis sido aprobado? Si así lo hicieréis, Dios os lo premie, y si no os lo demande.*" <sup>20</sup>

A pesar de que la Universidad ya formaba médicos parteros, la carrera de Partos seguía siendo la que más seguían las mujeres.

En el caso de la UNAM, Luz Elena Galván señala que el expediente más antiguo de la carrera de partos data de 1870 y corresponde a María Irinea Aguillón, quien realizó sus estudios de Obstetricia en la Escuela de Medicina. <sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Reglamentos y Planes de Estudio de la ... p. 24.

<sup>21</sup> Galván, L.E.: La Educación Superior de la ... p. 25.

Tal vez, no fue fácil desplazar a las parteras, pero el grupo médico inició a través de un proceso lento y seguro a adentrarse en el área obstétrica e iniciar un crecimiento paralelo al de la práctica de las parteras. Ellas mientras tanto, trataban de conservar todas aquellas funciones que les eran propias y que la comunidad les había reconocido con prestigio social y con profundo respeto.

Edda Alatorre señala que "numerosos documentos nos muestran el interés cada vez mayor de los médicos en el área obstétrica; en el Catálogo de Tesis de Medicina para obtener el título de Médico Cirujano y Partero del siglo XIX publicado por la UNAM, del total de temas abordados el 12 % son de Ginecología y Obstetricia",<sup>22</sup> en muchos otros documentos también se encuentra la postura médica de desprestigiar el ejercicio libre de la partera y de limitar su ejercicio institucional.

Con la profesionalización de la partera dentro de la Universidad Nacional de México, también fue necesario modificar el Plan de Estudios de Medicina, con el fin de iniciar este "despegue paralelo" con la partera. Estas modificaciones apuntaron hacia el crecimiento y desarrollo de la obstetricia, destacando: 1º La

---

<sup>22</sup> Alatorre, W.E.; El proceso Histórico de la ... p. 4.

\* Entendiendo a la profesionalización como el proceso dinámico que permite el desarrollo integral del saber y del quehacer de la disciplina, en forma consciente, comprometida y organizada, tanto individual como grupalmente, considerando los conocimientos, los principios y los valores humanos y sociales como características propias del individuo en capacidad de crear y generar acciones objetivas, racionales y sistemáticas para beneficio propio y de los demás (personas a quien sirve) tomando en cuenta al ser humano en su entorno familiar y social como el centro de la atención.



integración en una sola carrera de los estudios para obtener el título de Médico Cirujano y Partero y, 2º la organización de la enseñanza de medicina a través de clínicas, entre las que figuraron "Operaciones y Obstetricia", que comprendía grandes apartados como "Clínica de Obstetricia" y "Clínica de Ginecología", donde desde el tercer año y hasta el sexto el alumno recibía entrenamiento clínico.

Esto los motivó a adentrarse al mundo inexplorado de crear y aplicar diversas técnicas tanto en la teoría como en la práctica y, por lo tanto, de iniciar una nueva forma de atención obstétrica.

Se puede decir que durante el siglo XIX se dio instrucción formal a las parteras en toda la República, quienes gozaban de un lugar social distinguido - como lo había recibido la Ticitl prehispánica - su práctica no era enfocada al lucro y tenían un grupo destinatario propio.

Al analizar el desarrollo histórico de las parteras en nuestro país, observamos que varios fueron los factores que obstaculizaron y, a largo plazo, llevaron a la eliminación de su ejercicio profesional. Uno de estos factores está relacionado con la condición de las parteras por ser mujeres, puesto que la preparación académica a nivel universitario era, en un principio exclusivamente para los hombres. Ellos tenían la opción de elegir de manera libre una carrera que les

garantizara estabilidad económica y reconocimiento social, en tanto que las mujeres se vieron obligadas a permanecer por mucho tiempo dedicadas a labores domésticas.

Por otro lado, el bajo nivel socioeconómico de la mayoría de la población, no permitía el acceso a las instituciones de educación superior dado que las cuotas de ingreso constituían muchas veces un gasto imposible de cubrir, por lo que pocas eran las mujeres que contaban con el apoyo necesario para estudiar una carrera.

Otro factor importante que limitó el ejercicio de las parteras fue el creciente interés médico por el campo obstétrico al reconocer la gran retribución económica y el prestigio social que acompañaban a su ejercicio, a lo que se sumó el desarrollo y la incorporación de nuevas técnicas y procedimientos médicos como la aplicación de fórceps y la cirugía.

Por último, se destaca la intervención del grupo médico en la reglamentación para la formación de parteras universitarias al obligarlas a cursar la carrera de Enfermería como requisito para poder continuar su formación y ejercer la profesión. Este hecho significaba más tiempo para culminar su preparación y por lo tanto para ejercer, por lo que para muchas de ellas resultaba más accesible quedarse ya como enfermeras.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Cfr. Alatorre, W.E.: op. cit.: p. 4.

Podemos inferir que la condición sociocultural de las parteras por ser mujeres las situaba en desventaja para luchar y defender sus espacios ante el poder médico masculino.

Ahora bien, también existieron factores que contribuyeron al desarrollo y el perfeccionamiento de la práctica obstétrica de las parteras, entre ellos su acceso a estudios de nivel universitario, que si bien en un inicio, constituyó uno de los grandes obstáculos para la gran mayoría, al final permitió que las parteras demostraran su capacidad para aprender y ejercer una profesión a la par del médico dentro de las instituciones de salud, pero sobre todo en la práctica libre.

También el constante avance en el área médica permitió una formación más completa, y por lo tanto, una práctica más sólida por parte de las parteras, ya que al estar en contacto con los nuevos conocimientos y procedimientos ginecobstétricos, también reforzaban sus conocimientos profesionales.

El incremento de las mujeres en otros ámbitos más allá del hogar facilitó que las parteras se desarrollaran con mayor libertad dentro de la comunidad lo cual favoreció la presencia, el respeto y el reconocimiento social quedando perfectamente diferenciadas de las enfermeras, cuya formación las confinaba exclusivamente en áreas hospitalarias y del dominio médico.

Todo esto creó mayor conciencia y capacidad en las parteras universitarias, para afrontar los retos que ellas podían resolver y que, básicamente, se referían a educación y trabajo, sin embargo, notamos que los obstáculos impuestos desde el poder hegemónico médico masculino, no sólo no los resolvió, sino ni siquiera tuvo claridad para explicárselos y fueron limitándola cada vez más, así cuando se extingue su carrera a cambio de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia ellas realmente pensaron que les favorecía y lo aceptaron sin analizar las consecuencias.

### **1.2.3. La atención a la salud en México hoy.**

De acuerdo con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud llevada a cabo en la ciudad de Alma Ata, retomamos el compromiso efectuado acerca de “Salud para Todos en el Año 2000” con el propósito de analizar los aspectos propuestos en dicha reunión y ubicarlos en términos de la atención a la salud en nuestro país.

Esa sede tuvo como principal objetivo el de priorizar la atención primaria como eje a seguir en los servicios de salud. Estableciendo cuando menos ocho elementos esenciales:

1. "La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes,
2. La promoción del suministro de alimentos para un estado nutricional adecuado,
3. El abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico,
4. La asistencia Materno Infantil, incluyendo la Planificación Familiar,
5. La protección contra enfermedades infecciosas,
6. La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales,
7. El tratamiento adecuado de las enfermedades y los traumatismos comunes
8. El suministro de los medicamentos esenciales." <sup>24</sup>

Hoy a 20 años del llamado de la OMS se continúan impulsando acciones encaminadas a cubrir las necesidades básicas de la población. En este sentido el actual Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Ernesto Zedillo, responde a considerar la salud como un hecho "indispensable para el pleno desenvolvimiento de las capacidades humanas, para el trabajo, la educación y la cultura; reformando el Sistema de Salud para incorporar y garantizar un paquete básico de servicios para todos los mexicanos, utilizando como eje la nutrición, la prevención de las enfermedades y la salud reproductiva." <sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Citado por Jurado, G.E. en : La Atención Primaria a la ... p. 64.

<sup>25</sup> Programa de Reforma del Sector Salud. "Programa de Salud Reproductiva y ... s/p.

Sin embargo, a pesar de la visión del presidente Zedillo, México continúa viviendo uno de los períodos más inestables y críticos de la economía nacional que conlleva grandes y graves problemas educativos y de salud para la población.

La cobertura de atención de servicios de salud, se ve altamente afectada por la desigualdad en las condiciones de vida de la población en los diferentes estados de la República. Esto, aunado con la inadecuada distribución y utilización de los recursos materiales y humanos en materia de salud, refuerza el rezago en los indicadores de salud de nuestro país.

De esta forma, entendemos que "el deterioro acelerado de las condiciones de vida de la mayoría de los mexicanos ha impactado negativamente la situación de salud de la población, y ha conformado un panorama complejo y profundamente desigual ante la enfermedad y la muerte"<sup>26</sup> Por lo que no es sorprendente que se encuentren en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad enfermedades completamente prevenibles.

Para 1990 el gobierno decide participar en un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, para lo cual la mayoría de nuestra población no estaba en condiciones de integrarse, pues no sólo era el hecho de formar parte de un primer mundo, sino de reunir las características sociales, económicas,

---

<sup>26</sup> Blanco, G.J.: et al., Chiapas: la emergencia ... p. 95.

políticas y culturales que nos impulsaran a la tarea de desarrollar y perfeccionar nuestras capacidades para beneficiar primordialmente a nuestro país y posteriormente al extranjero.

La profunda desigualdad social existente en el país se agravó en diversas regiones e "... indicadores de muy diversa naturaleza alertaron sobre la precariedad de las condiciones de vida, situación que desde la perspectiva gubernamental estaba sistemáticamente soslayada" <sup>27</sup>

Quizá uno de los problemas prioritarios que se agravó fue la insuficiente cobertura de atención para la salud a poblaciones rurales y urbano-marginadas.

El actual gobierno de la República, trata de rescatar y cubrir el primer nivel de atención como una solución esencial para mejorar los indicadores de Atención Primaria a la Salud, \* propuestos por la OMS y que por lo tanto favorecerían a elevar la calidad de vida de nuestro país y de sus habitantes.

---

<sup>27</sup> Op. cit.... p. 97.

\* Indicadores de Atención Primaria a la Salud propuestos por la OMS: Cuidado prenatal, atención del parto, puericultura, vigilancia del crecimiento, vacunación BCG, vacunación DPT, diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas (enteritis y otras enfermedades diarreicas), atención de la enfermedad terminal, acceso a servicios de salud, consultas por habitante (4 al año por habitante), agua potable e instalaciones sanitarias (acceso a drenaje).

### **1.2.3.1. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.**

El 15 de febrero de 1995 de acuerdo a la Reforma del Sector Salud, se instala el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva con el fin de crear una conciencia de bienestar del individuo y la comunidad al mejorar su calidad de vida. Tomando como punto clave, el fortalecimiento y revalorización de la condición social de la mujer y, por lo tanto, su salud.

Es decir, se involucra al proceso reproductivo en un contexto de atención integral como estrategia para disminuir las tasas de fecundidad, de natalidad y los índices de morbilidad perinatal, infantil y materna; así como, incrementar la esperanza de vida de la población.

La creación e implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar va encaminado a abarcar un mayor número de población con deficiente o escasa atención para la salud. Respondiendo con esto a las demandas de servicios de salud y a la necesidad de cubrir a comunidades rurales y urbano-marginadas desprotegidas.

La Salud Reproductiva es considerada como: "La capacidad de los individuos y las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria,



saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”<sup>28</sup>

De esta manera, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar abarca los siguientes aspectos de la salud del individuo:

- Planificación Familiar.
- Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes.
- Salud Perinatal.
- Riesgo Preconcepcional.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo VIH/SIDA).
- Prevención y Detección de Neoplasias del Tracto Reproductor de la Mujer.
- Climaterio y Posmenopausia.
- Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva.

Los objetivos que pretenden abarcar cada uno de los subprogramas son los siguientes:

**PLANIFICACION FAMILIAR:** Integra a la pareja (hombre-mujer) a tomar decisiones libres y responsables hacia su sexualidad, con el amplio conocimiento

---

<sup>28</sup> Ibidem: s/p .

de las opciones de métodos anticonceptivos que pueden elegir y, que ejerzan su derecho a decidir a cerca del número y espaciamiento de sus hijos.

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES:** Enfocado a informar, educar, orientar y comunicar a los adolescentes a cerca de su sexualidad, fomentando con esto actitudes y conductas, autónomas, responsables y conscientes hacia su salud sexual y reproductiva.

**SALUD PERINATAL:** Fortalece y garantiza la cobertura de servicios de salud perinatal en todos los niveles de atención, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta manera, se incluye el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

**RIESGO PRECONCEPCIONAL:** Tiene como objetivo "prevenir y manejar los factores de riesgo preconcepcional que resulten en fallas reproductivas"<sup>29</sup>

**ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:** Informar, educar y comunicar de manera clara y específica la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH-SIDA.

---

<sup>29</sup> Ibidem : p. 16.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE NEOPLASIAS DEL TRACTO REPRODUCTOR DE LA MUJER: Prevenir, detectar y referir oportunamente casos de cáncer cervicouterino y mamario en todas las poblaciones rurales y urbanas con el propósito de disminuir los índices de morbilidad y mortalidad de estos casos.

CLIMATERIO Y POSMENOPAUSIA. Mejorar la salud de las mujeres en la etapa posreproductiva.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA: Mejorar la condición sociocultural de la mujer al fomentar una salud reproductiva.<sup>30</sup>

Para el cumplimiento de dicho programa, debe tomarse en cuenta que la definición del concepto de Salud Reproductiva constituye un reto no sólo para las instituciones de los sectores público, social y privado, al darlo a conocer, sino también de aceptación por parte de la población al aceptar, integrar y modificar aspectos de su salud sexual y reproductiva.

Es por esto, que la misión del programa enfatiza que "... todas las acciones deben realizarse con un absoluto respeto a la dignidad y libre decisión de los individuos y de las parejas",<sup>31</sup> con lo que sería más aceptable este concepto.

---

<sup>30</sup> Cfr. *Ibidem*; pp. 14-17.

<sup>31</sup> *Ibidem*; s/p.

Por último, queremos aclarar que no sólo consideramos este programa como único aval del mejoramiento de la salud Perinatal en nuestro país, ya que existen diversos grupos, planes y programas entre los que se encuentran:

- La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
- La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- La declaración de México para una Maternidad Sin Riesgos.
- La Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo (CLAP-OPS-OMS) y,
- La Atención Inmediata del Recién Nacido (CLAP-OPS-OMS).

Los cuales encaminan sus metas a la disminución de la problemática Perinatal actual de México, fortaleciendo las actividades de los profesionales de la salud en el primer nivel de atención.

## **2. LA SALUD PERINATAL, ¿UNA PRIORIDAD MUNDIAL O EXCLUSIVA DE NUESTRO PAIS?**

Alrededor de 7 millones de muertes perinatales ocurren por todo el mundo cada año. Siendo el 98 % en países en desarrollo y la mayor parte de estas defunciones por causas prevenibles. Fundamentalmente los aspectos socioeconómicos, éticos y médicos han sido analizados en términos de ubicar la solución a esta problemática hacia la prevención y el uso apropiado de los escasos recursos.<sup>32</sup>

En particular, se toma especial interés en la necesidad de controlar el crecimiento de la población, poniendo énfasis en mejorar la condición de la mujer y hacer más accesibles los servicios de Planificación Familiar (PF), solidificando y ampliando la cobertura de los servicios de salud en el primer nivel de atención en los países en vías de desarrollo.

Investigaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), señalan que la atención materno infantil será atendida en un futuro por profesional capacitado en la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo

---

<sup>32</sup> Dunn, P. M.: Major ethical ... p. 205.

riesgo, teniendo la oportunidad y el criterio de referir embarazos de mediano y alto riesgo a una atención médica específica.<sup>33</sup>

## **2.1. Morbilidad y mortalidad Perinatal alrededor del mundo.**

La población mundial en nuestros días asciende a cinco y medio billones de personas aproximadamente. Por si sólo, este número se muestra estático, pero considerando que representa alrededor de 300 000 nacimientos cada día, es obvio que esta cifra se vuelve completamente dinámica y alarmante. Desafortunadamente el exceso de nacimientos no son el principal problema, sino que estos son acompañados de un sin fin de muertes. "Agregándole al medio millón de muertes maternas al año, por lo menos, 7 millones de muertes perinatales registradas"<sup>34</sup>

"De las 500 000 muertes maternas que ocurren anualmente en todo el mundo, sólo 10 000 corresponden a países adelantados y las 490 000 restantes a las naciones subdesarrolladas, 46 000 de ellas en América Latina, lo que refleja las grandes disparidades económicas, sociales y tecnológicas entre regiones y países. El riesgo de morir por causas maternas es de 1/44 en los países subdesarrollados, mientras que en los del norte de Europa de apenas 1/9 850".<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> *Ibidem*: p. 205.

<sup>34</sup> Fathalla, M. F.: Reproductive health ... pp. 1-10.

<sup>35</sup> Reyes, F.S.: Mortalidad ... p.19.

Por otra parte, 8 millones de niños mueren durante su primer año de vida, siendo las dos terceras partes en el primer mes y sus causas de defunción prevenibles.<sup>36</sup>

El bajo peso al nacer es considerado como una de las principales causas de mortalidad Perinatal, pues cada año nacen alrededor de 22 millones de niños desnutridos en países en desarrollo. Por ejemplo, en los Estados Unidos un producto que nace con bajo peso les cuesta a los servicios de salud en promedio 20 mil dólares más que un niño con adecuado peso. En China, a pesar de estar entre los países en desarrollo, es la excepción de este problema, pues con todo y su sobrepoblación estimada en 1 200 millones de habitantes, la incidencia de nacimientos de bajo peso al nacer es de sólo el 5 %. esto es posible gracias a diversos factores como por ejemplo: casi no tienen mujeres desnutridas, se refuerza la idea de que sólo pueden tener un hijo, en especial durante su mejor etapa reproductiva (20 a 25 años) y, a diferencia de los hombres, las mujeres chinas no fuman, con lo que disminuye en gran medida el factor de riesgo relacionado con el tabaquismo y el bajo peso al nacer.

En contraste, la India cuenta con uno de los porcentajes más elevados de niños con bajo peso al nacer (31 %). Obvio que este factor se ve estrechamente ligado con la situación socioeconómica y cultural de este país. La mayoría de estos recién nacidos son productos de un retraso en el crecimiento intrauterino relacionado con la baja estatura de la mujer y la clásica triada materna de

---

<sup>36</sup> Besley, M.A.: Global overview ... pp. 13-32.

desnutrición, anemia e infección. Esto por supuesto lleva al recién nacido a grandes complicaciones neonatales como asfixia, policitemia, hipoglicemia e infecciones; sin incluir que casi la mitad de las incidencias de recién nacidos con bajo peso al nacer en países tercermundistas, son niños pretérmino y, por lo tanto, con graves problemas de inmadurez funcional.<sup>37</sup>

## **2.2. Problemas demográficos, ecológicos y socioeconómicos relacionados con la Atención a la Salud Perinatal.**

Es lógico preguntarnos dónde ocurren estos 7 millones de muertes perinatales cada año. La respuesta es sorprendente, no menos del 98 % de estas muertes ocurren en Asia, África y Latinoamérica y tan sólo el 2 % restante en países desarrollados. Este contraste tan dramático es completamente explicable por el hecho de que tres cuartas partes de la población mundial vive en países en vías de desarrollo donde el porcentaje de natalidad es de 3.5 % en promedio más alto que en los países desarrollados.

Sin embargo, la segunda explicación se debe a la repentina y rápida disminución de la mortalidad perinatal en países industrializados en los últimos años. En Japón, la magnitud del descenso en el número de nacimientos en los últimos 35 años fue de 40 a 5 por cada mil nacidos vivos. Su organización y el adecuado

---

<sup>37</sup> Cfr. Dunn, P.M.: Major ethical ... op. cit. p. 206.



desarrollo e implementación del control prenatal, ayudaron en gran parte a la disminución de la mortalidad Perinatal. Además si se agrega el beneficio que dan los factores socioeconómicos por mejorar la nutrición, vivienda, educación, condición de la mujer y solidificación de los servicios de planificación familiar, es obvio el desarrollo en la salud Perinatal.

Otro eje que nos llevaría a analizar y a comprender las diferencias entre los países en desarrollo y los desarrollados, sería el modo de vida. Por ejemplo, la población de Bangladesh es 4 veces más alta que en los Estados Unidos, el producto interno bruto (PIB) per capita es 121 veces menor, la demanda de atención médica es 15 veces más alta y por lo tanto la mortalidad infantil es, por lo menos, 14 veces más alta que en los Estados Unidos.

En el caso de Nigeria en relación con la Gran Bretaña resulta casi el mismo patrón, pues la población de Nigeria crece 16 veces más que en Inglaterra, el PIB es 14 veces menor, existen 11 veces menos médicos y una mortalidad infantil 12 veces más alta.<sup>38</sup>

Tal vez resulten absurdas estas comparaciones, pero lo más importante a resaltar es el hecho de que podría existir una solución a tan gran problemática con el simple hecho de empezar a ajustar y adecuar los recursos disponibles en cada país.

---

<sup>38</sup> Ibidem, p. 206.

Los esfuerzos médicos por mejorar la atención Perinatal en países en desarrollo dependen primordialmente de comprender y analizar los problemas esenciales de cada país y en tratar de hallar una solución. Claramente el mayor problema al que se enfrentan los países tercermundistas es la sobrepoblación, problema relativamente reciente. Pero, ¿por qué sucedió esto?, diversos estudios de la FIGO concluyeron que uno de los principales factores que contribuyeron al incremento poblacional fue la disminución a la falta de interés en la lactancia materna. Suena extraño, pero recordemos que la lactancia materna es uno de los métodos naturales para el control de la fertilidad, aunque no el más efectivo.<sup>39</sup>

En Kalaharia, una población del África, las personas aman a los niños, pero en promedio la mujeres sólo tienen un hijo aproximadamente cada cinco años. Esto se debe a que por la gran problemática socioeconómica y las condiciones tan severas de vida, las mujeres deben amamantar a sus hijos hasta casi los cuatro años de edad; originando en ellas una falta de ovulación y, por lo tanto, una disminución de los nacimientos.

Por otra parte, los esfuerzos por implementar métodos artificiales para el control de la natalidad en países tercermundistas ha sido muy difícil, pues se han visto obstaculizados por diversos factores, entre ellos la deficiente educación para las mujeres y su sexualidad, las creencias religiosas y por el hecho de que muchas personas tienen la idea de que una familia extensa es signo de fertilidad

---

<sup>39</sup> Carballo, M.et al.: Breast feeding ... s.p.

y prosperidad, tanto para el trabajo en la tierra como para el soporte económico y afectivo de los padres cuando sean ancianos.

Los embarazos frecuentes de las mujeres es otro problema que contribuye directamente a la sobrepoblación, la problemática Perinatal y a la salud misma de la mujer. Un periodo intergenésico corto aumenta el riesgo de morbimortalidad para el siguiente embarazo tanto para la madre como para su hijo. La mortalidad infantil es tres veces más alta con un periodo intergenésico corto que con uno largo.

Como ejemplo de lo que se ha mencionado en cuanto a la Planificación Familiar, la educación de la mujer, el número de hijos y el espacio entre embarazo y embarazo, tenemos el caso de una mujer que vive en una zona rural de Uruguay. Ella tiene 47 años y 18 hijos, pero 10 de estos fallecieron durante sus primeros tres años de vida (generalmente por diarrea y deshidratación), le sobrevivieron ocho hijos. Ella menciona que si hubiera podido escoger, hubiera deseado una familia con sólo 3 ó 4 hijos.<sup>40</sup>

Otro ejemplo que nos afecta de manera más directa es un caso en la ciudad de México D.F., en donde en el servicio de cardiología del Hospital General de México dependiente de la Secretaría de Salud, en este año una mujer de 57 años cardiópata (utiliza marcapaso definitivo) ha tenido 21 embarazos (5 de ellos

---

<sup>40</sup> Cfr. op. cit. p. 207.

gemelares) todos sus hijos nacieron vía vaginal y la más pequeña tiene tan sólo 5 meses de nacida. Once de sus hijos fallecieron durante el primer año de vida.

Esto muestra un claro ejemplo acerca de la condición social y educativa de la mujer, la falta de conocimiento e interés en la Planificación Familiar, la salud materno infantil y la sobrepoblación. ¿Dónde queda entonces la atención preventiva, el fomento a la salud y el autocuidado?.

Si se continúa como hasta ahora el crecimiento demográfico para el año 2025 será de 7 billones de habitantes en todo el mundo. Pero si la condición de la mujer se eleva y las parejas empiezan a decidir sobre el número de hijos que desean tener, esta cifra puede detenerse en 5.7 billones.<sup>41</sup>

Desafortunadamente, a pesar de que estamos a poco de iniciar el año 2000, la condición de la mujer continúa estando completamente devaluada en la mayoría de los países. Aún se puede observar una marcada discriminación hacia la mujer, una falta de valor hacia ella, sus decisiones y su sexualidad. Con mencionar que todavía podemos encontrar matrimonios arreglados por familias, esposos que imponen el número de hijos que desean tener, sin importar la salud de la mujer y mujeres que no pueden elegir un método temporal o definitivo para controlar su fertilidad por miedo a la reacción de sus parejas.

---

<sup>41</sup> Ibidem, p. 207.

Como ya se ha mencionado, el INEGI reporta en sus resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda de 1995 que del total de la población del país el 50.8% son mujeres. De esta cifra la mayoría se encuentra en edad reproductiva, es decir, entre los 14 y 49 años de edad. Las mayores demandas de atención de salud corresponden a este grupo y son básicamente de tipo ginecoobstétrico.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, un 29.4 % de las embarazadas tenían entre 15 y 19 años de edad y de ellas el 88.4 % eran solteras, es decir, que en su gran mayoría estas madres no cuentan con el apoyo de su pareja ni de su familia. Además, se agrega la situación de que gran número de esos embarazos son no deseados y por lo tanto afectan directa y profundamente la salud de las mujeres y de los niños. ¿No es esto razón de peso para poner más énfasis en la atención a la salud en el primer nivel y con ello fomentar la Salud Reproductiva y Perinatal?

### **2.3. Prioridades en la atención Perinatal en países en desarrollo.**

Tomando en cuenta la problemática socio-económica en la que se encuentran los países en desarrollo, se ven forzados a priorizar sus necesidades para dar solución a dicha problemática. Sin embargo, se observa frecuentemente una inadecuada utilización, distribución y aprovechamiento de los recursos materiales y humanos en el área de la salud que se destinan para estos propósitos.

A pesar de los elevados costos que conlleva la creación de grandes hospitales especializados e instituciones de tercer nivel de atención el continuar poniendo énfasis en estos servicios está provocando que se relegue el área más importante para la cobertura de servicios de salud Perinatal: el primer nivel de atención.

Creemos firmemente que si los países en vías de desarrollo buscan nuevas alternativas para la solución de la problemática de salud Perinatal, deben iniciar con los recursos que se encuentran más disponibles para la población.

¿Qué no sería más fácil atender a la población en centros de salud previniendo sus enfermedades?, ó ¿se prefiere la atención en un segundo y tercer nivel, a pesar de los elevados costos que le produce al país?, ¿no es mejor prevenir a curar?, ¿no son técnicamente prevenibles las causas de morbilidad y mortalidad que se encuentran en los primeros lugares de los países en desarrollo?.

Al analizar el cómo se podría dar respuesta a estas preguntas, resaltamos que actualmente diversos países, entre ellos México, están encontrando en las parteras tradicionales una estrategia para resolver muchas de las necesidades materno infantiles, algo que históricamente han hecho por siglos.

Un alto porcentaje de los embarazos en nuestro país son considerados de bajo riesgo, por lo que pueden ser atendidos por profesionales formados para proporcionar atención Perinatal de bajo riesgo, tal es el caso de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, quienes además pueden capacitar a otros prestadores de servicios de salud, en este caso las parteras tradicionales, con el objeto de extender la cobertura de atención Perinatal a las poblaciones menos accesibles.

La capacitación de las parteras debe considerarse como una posibilidad de cobertura de atención a poblaciones rurales y urbano-marginadas carentes de servicios de salud. Obteniéndose con esto, que por un lado disminuyan los índices de morbilidad Perinatal y que por el otro las parteras renueven sus conocimientos e integren a sus costumbres las nuevas tendencias de atención Perinatal como serían:

1. Mejorar las condiciones de atención al embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido.
2. Utilizar el enfoque preventivo, detectando oportunamente riesgos que alteren el curso fisiológico del proceso reproductivo.
3. Hacer uso de la referencia y contrareferencia a embarazos de mediano y alto riesgo, a centros de salud y/o a unidades más complejas para una atención médica específica.

La cobertura de atención a la salud Perinatal es todo un reto para los países en vías de desarrollo. Se deben crear, planear, analizar, implementar y evaluar las estrategias que lleven a utilizar adecuadamente los recursos humanos y económicos con los que se cuentan.

El embarazo considerado como un proceso fisiológico, debe ser guiado por una atención Perinatal organizada, eficaz y de calidad, orientada a detectar oportunamente los riesgos que podrían complicar el curso del mismo. Dañando así, no sólo la salud de la mujer, sino también del niño y de toda la familia.

Actualmente el renovado concepto de Salud Reproductiva, proporciona las herramientas necesarias para ampliar la cobertura de atención en lo referente al proceso de reproducción humana, transformando la idea de salud materno infantil a la de salud integral de las parejas, de los adolescentes y de la mujer en su etapa posreproductiva.

Desde luego estos planteamientos nos obligan a considerar algunas situaciones:

- Si bien los LEO cuentan con los elementos teóricos y metodológicos para proporcionar atención Perinatal y extender la, tan urgente, cobertura a estos grupos, lo cierto es que aún son muy pocos estos recursos. La Dirección



General de Profesionales (DGP) hasta 1994 registra 5 592 enfermeras tituladas con Nivel Licenciatura, 4% del total de los recursos de Enfermería en el país.

- Aunque las enfermeras con Nivel Técnico (nos referimos concretamente a las formadas en la ENEO) reciben un título y con ello una cédula profesional que les avala el ejercicio libre, su formación académica no abarca la atención independiente del embarazo, el parto, el puerperio y el cuidado del niño en condiciones de bajo riesgo; actividades que sí distinguen el hacer de los LEO como lo apunta el Perfil Académico Profesional con el que egresan.
- Si bien, el número de los LEO no es suficiente para satisfacer las necesidades de atención Perinatal y los recurso médicos, por razones estructurales, no se ubican en las áreas que más necesitan esta atención; los LEO si pueden constituirse en elementos de cambio en la atención Perinatal, sobretodo al desarrollar una serie de acciones de capacitación y evaluación dirigidas a las parteras tradicionales, pudiendo actuar con el liderazgo en esta materia.

En los siguientes capítulos, trataremos de abordar y profundizar en la problemática Perinatal de nuestro país, el papel que desempeña el LEO y las actividades que lo encaminan hacia el ejercicio profesional libre.

### 3. MEXICO EN EL CONTEXTO MUNDIAL DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERINATAL.

El INEGI reporta en los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda de 1995 que el total de la población del país era de 91 120 433 habitantes, de los cuales 46 242 875 (50.8 %) son mujeres y 44 877 558 (49.2 %) son hombres.<sup>42</sup>

Recientemente las estadísticas nacionales han reflejado una considerable reducción en los índices de morbilidad general. Mencionando que para 1994 contábamos con unas tasas brutas de mortalidad de 4.6 por mil habitantes y 25.6 de natalidad; en comparación con las existentes en 1930 de 27 por mil habitantes y 44.8 respectivamente.

En los últimos años se han observado grandes tendencias a la creación, impulsión e implementación de acciones y recursos dirigidos a la salud Materno Infantil y a la Planificación Familiar. Esto dio por resultado que en 1994 se contara con una mortalidad infantil de 30.3 por mil nacidos vivos, una tasa global de fecundidad de 2.9 hijos por mujer y que la esperanza de vida al nacer se elevara a 72.6 años. Esta última cifra difiere entre ambos sexos, pues en las mujeres es de 6.4 años mayor que en los hombres.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> INEGI; Censo de ... s.p.

<sup>43</sup> Cfr. Programa de Salud ... op. cit., p. 1.

Como mencionamos anteriormente, las cifras de mortalidad general de nuestro país tienden a disminuir, sin embargo, se observa gran heterogeneidad en sus índices de acuerdo a la región demográfica y al grupo de población al que afecta. Así por ejemplo, podemos observar una amplia morbimortalidad en estados como Oaxaca, Chiapas o Guerrero e indicadores propios de un país del primer mundo en estados como Nuevo León y el Distrito Federal.

### **3.1. Mortalidad Materna: un problema de Salud Pública.**

La OMS y la FIGO aceptan como definición de muerte materna: "la muerte de una mujer debida a cualquier causa, mientras que este embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del mismo".<sup>44</sup>

Otra definición menciona que " las muertes maternac son aquellas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio a consecuencia de un problema de salud asociado con la reproducción o agravado por esta. La Mortalidad Materna (MM) se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas / mujeres en edad fértil cuando se cuenta con el denominador 100 000. En ausencia, la MM se mide con una razón: muertes maternas / recién nacidos vivos por 10 000".<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Citado por Reyes, F.S., en Mortalidad ... p. 44.

<sup>45</sup> Langer, A.:M. Romero; Diagnóstico de la Salud ... p. 7.

La MM debe considerarse como un problema de salud pública que afecta, no sólo a los indicadores de salud del país, sino como un fenómeno que altera de manera directa el contexto familiar, social y económico.

Para 1991, México contaba con una tasa oficial de MM de 5.8 por cada 10 000 nacidos vivos registrados.<sup>46</sup> Sin embargo, debido a problemas relacionados con el acceso a información en diversas regiones, el inadecuado registro estadístico de la morbilidad y mortalidad y las muertes maternas no reportadas, la cifra puede estar aún más elevada.

Alrededor de toda la República Mexicana, las causas de muerte más frecuentes continúan siendo "... la triada nacional e internacionalmente reportada de hemorragia, infecciones y enfermedad hipertensiva del embarazo..."<sup>47</sup> seguidas por el aborto y las causas obstétricas indirectas.\*

Sin embargo, puede existir alguna variación de las cifras de acuerdo con el lugar y la distribución geográfica. Por lo que podemos mencionar estados como: Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz

---

<sup>46</sup> Cfr. Declaración de México para ... p. 3.

<sup>47</sup> Reyes. F.S.; op. cit. p. 38.

\* Definiendo muerte obstétrica indirecta a la que resulta de una enfermedad preexistente o desarrollada durante el embarazo (no un efecto directo del mismo) que obviamente se agravó por el efecto fisiológico del embarazo y causó la muerte.

con una MM muy alta y, estados como: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Monterrey y el D.F. con una baja MM.

Si analizamos la situación de estos estados, podemos darnos cuenta de que los índices de morbilidad materna están altamente relacionados con las condiciones de vida que existen en los mismos. Por lo que, por un lado concluimos que el nivel socio-económico de un lugar influye directamente en los indicadores de salud, y por el otro nos hacemos la pregunta ¿ por qué en un mismo país existen tan marcadas diferencias en relación a la atención para la salud? y ¿ por qué tenemos estados con cifras propias de un primer mundo y otros que apenas alcanzan a cubrir precariamente los indicadores de Atención Primaria a la Salud propuestos por la OMS?

Las respuestas a estas preguntas nos las podría dar el hecho de que existe un completo desequilibrio entre la formación de recursos humanos en el área de la salud, la mala utilización de estos mismos y la inadecuada distribución de los servicios de salud. Es decir, la mayoría de los recursos humanos son formados para cubrir las necesidades de un segundo y tercer nivel, y al parecer no se han apoyado las estrategias necesarias para darle al primer nivel la debida importancia que conlleva, principalmente en los países subdesarrollados, el promover y fomentar la salud de los individuos y prevenir los daños a la salud oportunamente.

### **3.2. Estrategias para la atención Perinatal en nuestro país.**

Diversos organismos internacionales como la OMS, la OPS y la ONU reconocen que el papel de la mujer en la sociedad y, principalmente en la familia, es fundamental para el óptimo desarrollo y bienestar de la misma, por lo que, en últimas reuniones mundiales en favor de la niñez, se han propuesto medidas iniciales que contribuyen a favorecer la salud de la mujer y disminuir la MM mediante la promoción de una maternidad sin riesgos por todos los medios posibles y con ceder particular importancia a la planificación responsable del tamaño de la familia y el espaciamiento de los nacimientos.<sup>48</sup>

Con lo anterior en 1991 la OMS y la OPS publicaron un Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Y a pesar de que se encontró una gran diversidad de problemas y necesidades de salud muy específicas en cada región, se establecieron estrategias generales aplicables para todos los países.

En el caso de nuestro país, podemos agregar que ya desde el Programa Nacional de Salud de 1990-1994 se manifestaba la importancia de proteger la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y el puerperio, y al niño desde la

---

<sup>48</sup> Cfr. Ibidem, p. 25.

etapa intrauterina hasta los 5 años de edad como solución a la problemática de atención Perinatal.

De manera específica la Dirección de Salud Materno Infantil estableció una serie de acciones encaminadas a la aplicación y promoción de dichas estrategias con el objetivo de lograr la disminución de la MM en México:

- "Considerar que la atención primaria constituye la base esencial del cuidado de la madre y el niño.
- Instalar comités de MM en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Lograr la participación de las parteras y curanderos y promover su preparación técnica.
- Formular y aplicar modelos de atención simplificada.
- Incrementar el alojamiento conjunto en hospitales.
- Capacitar al personal del primer nivel de atención.
- Fomentar la investigación científica.
- Buscar la colaboración de los sectores público, social y privado para el programa de salud materno infantil."<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Ibídem: p.40.

La misma Dirección de Salud Materno Infantil consideró que para reducir la MM es fundamental:

- "Aumentar la cobertura de atención del embarazo y del control prenatal con calidad y calidez.
- Atender adecuadamente el parto y al recién nacido con personal capacitado, a fin de proteger y fomentar la lactancia materna.
- Instrumentar las medidas necesarias para disminuir el bajo peso al nacimiento.
- Vigilar y atender el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo del menor de cinco años.
- Fortalecer las medidas de prevención de los riesgos a la salud materno infantil con la participación comunitaria, y
- Mejorar los sistemas de información y registro para llevar una adecuada supervisión y evaluación.

Las estrategias propuestas son las siguientes:

1. Mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios institucionales.

a) Mejorar los sistemas de información y registro materno e infantil.

- usar la historia clínica y el carnet Perinatal.

b). Capacitar al personal de salud.



c). Mejorar los servicios materno infantiles a nivel hospitalario.

- durante 1991, por iniciativa del director ejecutivo de la UNICEF, se inició en México la conceptualización del Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

2. Capacitación y mejoramiento de la calidad de atención de las parteras tradicionales.

3. Mejoramiento del estado nutricional de las mujeres y los niños.

a). Sistema de vigilancia nutricional a toda mujer embarazada y puerpera, así como a todo niño menor de 5 años.

4. Fortalecimiento de las medidas para prevenir los riesgos de la salud materno infantil con base en la participación comunitaria.”<sup>50</sup>

Las estrategias propuestas para la disminución de la MM en nuestro país han sido debidamente delimitadas, y han surgido en respuesta ha contribuir con las metas propuestas por los organismos internacionales encargados del cuidado y mejoramiento de la salud, sin que esto signifique que están ajenas a las necesidades de nuestra población.

Consideramos, que si bien, la implementación real de dichas estrategias no sólo contribuiría sino que además daría solución a uno de los más grandes problemas de salud en nuestra nación, la salud materno infantil, aún existen diversas situaciones que dificultan una exitosa operacionalización de las mismas y, por lo tanto, una constante carencia en los resultados y avances.

---

<sup>50</sup> Ibidem: pp. 40-41.

Uno de los principales obstáculos lo constituye el bajo presupuesto destinado a la obtención de recursos físicos y materiales, así como a la contratación de los recursos humanos necesarios y suficientes para poner en marcha las diferentes actividades.

Sin embargo, si analizamos detalladamente estas estrategias, no se requiere de la inversión de grandes cantidades de dinero para su implementación; de hecho están diseñadas para realizarse a un bajo costo dado su carácter preventivo, es decir, se pueden llevar a cabo exitosamente con métodos y tecnologías prácticas y seguras al alcance de la comunidad y con la participación activa de la misma.

Tal vez es aquí donde entra otra situación que dificulta dicha operacionalización, la formación y capacitación de los recursos humanos, ya que si bien, es cierto que participan una diversidad de profesionales en el área de la salud o bien a fines a ésta, en no pocas ocasiones se da prioridad al profesional médico cuya formación está enfocada a la curación más que a la prevención; a laborar en grandes centros hospitalarios más que a trabajar directamente con la comunidad y/o en el primer nivel de atención y, a la subespecialidad más que a la atención primaria a la salud.

Con esto no queremos decir que los médicos sean los menos indicados para ésta tarea o que deban excluirse de la misma, simplemente que existen otros

profesionales capacitados con este concepto preventivo desde su formación y que, pueden ser de gran utilidad no sólo para la aplicación sino para la supervisión y el mejoramiento de las estrategias establecidas y, que sin embargo, a pesar de haber invertido en su instrucción profesional están siendo desaprovechados o subutilizados en otras áreas.

### **3.3. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia una respuesta para la atención Perinatal de bajo riesgo.**

Desde 1968 la ENEO de la UNAM crea una licenciatura con el propósito de cubrir y dar respuesta a las necesidades de salud de nuestro país. Las autoridades universitarias así como de las instituciones de salud buscaban que este profesional fuese formado con un criterio completamente dirigido hacia el fomento de la salud y a la prevención.

Uno de los principales objetivos de ésta investigación es el de demostrar y difundir la importancia que tiene el LEO como profesional de la salud, capaz de cubrir gran parte de una de las áreas más vulnerables en cuanto a salud se refiere: el área Perinatal.

Al haber analizado las cifras de morbilidad y mortalidad general, la problemática Perinatal, las demandas de atención a la salud y las diversas respuestas

gubernamentales para el mejoramiento y cobertura de los servicios de salud en nuestro país, concluimos que la base para la solución de dicha problemática es el fortalecimiento de la atención primaria a la salud, para lo que se requiere de la participación activa de profesionales con conocimientos y habilidades específicas.

Con todo lo anterior queremos enlazar y ubicar la realidad del LEO, un profesional que a casi 30 años de su creación ha sido continuamente subutilizado por las instituciones de salud y al que se le ha obstaculizado su práctica y desarrollo profesional en una de las áreas más importantes de su formación.

El LEO sin la menor intención de invadir áreas específicas del grupo médico, o de algún otro profesional de la salud (que invariablemente se ven enfocadas al 2do. y 3er. nivel de atención), complementa al equipo de salud ubicando sus actividades y conocimientos en la solución de la problemática Perinatal en nuestro país logrando además el acercamiento y la aceptación de la comunidad. Además, su formación no sólo lo conduce a fomentar y prevenir sino que su actividad más importante dentro del primer nivel es el de detectar oportunamente los riesgos y tener el criterio de canalizarlos a instituciones de mayor nivel de atención, para que sean resueltos por el personal especializado.

Esto se puede demostrar al analizar las estrategias establecidas por las autoridades de salud y los conocimientos y habilidades del LEO para participar en el desarrollo de las mismas. Por ejemplo, uno de los aspectos que la Dirección de Salud Materno Infantil considera fundamental para la reducción de la MM, y que nosotros consideramos fundamental también para la disminución de la mortalidad infantil, es el de "aumentar la cobertura de atención del embarazo y del control prenatal con calidad y calidez".<sup>51</sup> El LEO está capacitado para el control prenatal de bajo riesgo y para la detección y referencia oportuna del mediano y alto riesgo; situación que disminuiría los costos y la saturación innecesaria de los hospitales de 2do. y 3er. nivel de atención, al proporcionar servicios a un gran número de mujeres con embarazos no complicados, y que a la vez hace difícil proporcionar la calidad y calidez recomendada.

También se considera fundamental "atender adecuadamente el parto y al recién nacido con personal capacitado..."<sup>52</sup>. Durante su formación profesional el LEO obtiene los conocimientos y habilidades para la atención del parto eutócico y la atención del recién nacido sano, por lo que puede llevar a cabo estas actividades de forma autónoma. Sigue señalando la importancia de "...proteger y fomentar la lactancia materna"<sup>53</sup> si bien es cierto que en la actualidad se está difundiendo una cultura por la lactancia materna entre la población y el personal de salud, dentro de este último ha sido Enfermería quien ha tenido una participación mucho

---

<sup>51</sup> Ibidem: p. 40.

<sup>52</sup> Ibidem: p. 40.

<sup>53</sup> Ibidem: p. 40.

más activa en la difusión de éste programa. El LEO desde su formación recibe los conocimientos y la práctica en lo referente a la lactancia materna, por lo que bien puede contribuir en la implementación y continuo desarrollo de ésta importante estrategia para la disminución de la morbilidad materna e infantil.

Considera fundamental también el "incrementar el alojamiento conjunto en hospitales... Mejorar los servicios materno infantiles a nivel hospitalario (conceptualizando el programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre)".<sup>54</sup> La formación holística del LEO le permite identificarse con mayor facilidad con ésta conceptualización del binomio madre-hijo, logrando un mayor impacto y aceptación de la familia, lo que a la vez le permite gozar de identidad profesional.

De igual manera, el "mejoramiento de la calidad de atención de las parteras tradicionales" <sup>55</sup> forma parte de las estrategias propuestas, en donde el LEO podría contribuir de manera directa a la capacitación de estos grupos. Actualmente, la ENEO contribuye en la capacitación de este personal a través de sus programas de Servicio Social en diversos estados de la República. Sin embargo, consideramos que hace falta reforzar y difundir la capacidad que tienen los LEO para el trabajo comunitario con las parteras.

---

<sup>54</sup> Ibidem: p. 40.

<sup>55</sup> Ibidem: p. 40.

Cobra especial interés la estrategia de "formular y aplicar modelos de atención simplificada" <sup>56</sup> dado que ésta constituye un campo abierto para el ejercicio libre de nuestra profesión. Pues si bien, la formación del LEO lo ubica en instituciones de salud, también le permite desarrollarse de forma independiente.

Existen ejemplos de modelos de atención en donde el LEO es el eje central para la atención primaria a la salud, los cuales han dado resultados positivos no sólo para su desarrollo profesional, sino en beneficio de la población. Contribuyendo de manera directa en el mejoramiento de la calidad de vida materna e infantil.

Es en este espacio donde el LEO puede encontrar lo necesario para desarrollar su potencialidad al crear su propio campo de trabajo y obtener todos los beneficios que esto implica, sin estar lejos de cumplir con las metas del país para mejorar la salud Perinatal y logrando su propia identidad profesional.

Como podemos observar, el LEO no es un profesional que este ajeno a las estrategias de salud materno infantil del Sistema de Salud de nuestro país, sino que representa un elemento que puede ser útil para el cumplimiento exitoso de las mismas. Entonces, ¿por qué esto no ha sido posible?, ¿por qué no se ha dado credibilidad a este gremio?, ¿son los licenciados quienes no han aprovechado las oportunidades que se han tenido?, la respuesta a estas interrogantes es precisamente la serie de situaciones coyunturales a las que se ha enfrentado esta

---

<sup>56</sup> Ibidem: p. 40.

profesión desde su origen y a lo largo de su existencia, a través de las cuales ha perdido espacios y haceres propios sin darse cuenta de las consecuencias futuras. Pero hoy en día, una nueva serie de situaciones vuelven a demandar un cambio en el curso de la misma, en donde es necesario que los egresados de esta licenciatura se comprometan en la búsqueda y recuperación de espacios que no difieren de su realidad y en los cuales puede desenvolverse activamente para lograr no sólo beneficiar la situación Perinatal en el país, sino obtener el reconocimiento que tanto desea y merece recuperar.



## **4. LOS RECURSOS HUMANOS EN EL AREA PERINATAL EN MÉXICO.**

El análisis de la oferta y la demanda de los recursos humanos para la salud y su congruencia con las necesidades de cada población, ha cobrado importancia en el mundo entero. En el caso de nuestro país, pocos han sido los esfuerzos que se han llevado a cabo para reconocer los requerimientos de los recursos humanos en esta área, lo cual se pone de manifiesto al analizar el desequilibrio que existe entre los trabajadores de la salud sin empleo o subempleados y la existencia de grandes grupos de población sin servicios de salud. En México estos estudios han quedado ubicados de manera casi exclusiva para los recursos médicos.

### **4.1 Recursos Médicos.**

Uno de los factores que más ha influido en el desarrollo de la profesión médica, es la intensa participación del Estado mexicano como productor y empleador de médicos. En la actualidad esta participación ha declinado lo que ha provocado grandes problemas para dichos profesionales.<sup>57</sup>

Para intentar comprender la situación actual de la profesión médica, haremos mención de los aspectos históricos más sobresalientes de la misma.

---

<sup>57</sup> Cfr. Cardaci, D.: González de León, D.: Las profesiones en ... p. 97.

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

En 1917, el Estado inicio la creación de las instituciones de salud con el propósito de establecer el dominio de la política de salud en el país. En un inicio los recursos médicos existentes eran suficientes para cubrir las necesidades de dichas instituciones, pero dado el crecimiento y desarrollo de las mismas y la tendencia hacia la creación de especialidades médicas se hacia necesario mayor número de personal, lo cual se logro afrontar con la incorporación del año rotatorio de internado de pregrado al curriculum de la carrera, con la creación de las residencias de especialidad médica y con la ampliación del servicio médico social a un año en 1962.

Cuando las instituciones de salud redujeron substancialmente su tasa de crecimiento, esta situación se invirtió y hubo un desajuste entre los egresados y las plazas institucionales. Este hecho coincidió con la masificación de la carrera de medicina al inicio de la década de los setentas, la creación inusitada de escuelas de medicina y la saturación de la capacidad del sistema de formación de médicos especialistas. Todo esto trajo como consecuencias importantes entre otras, la disminución en la calidad de formación de los profesionales médicos y la ubicación en el sector privado de los médicos que no lograban ingresar a la especialidad o que no lograban ubicarse dentro de las instituciones públicas, provocando así la saturación en las zonas urbanas y la existencia de médicos subempleados y/o desempleados.

En la década de los ochentas, se presentó un cambio en la orientación de los servicios de salud establecidos por el Estado, que se basaba en la estrategia de Atención Primaria a la Salud con la creación del programa IMSS-Coplamar (IMSS-Solidaridad) y la atención a las poblaciones marginadas de las grandes urbes. Con esto, se abrieron nuevas fuentes de trabajo para el grupo médico, sin embargo, no eran suficientes para absorber al número de egresados y además, no existía disponibilidad por parte de estos profesionales para ubicarse en las zonas rurales.

En 1983, se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) cuya acción se enfocó al control del número de escuelas y de la matrícula de primer ingreso. La tendencia a la disminución y regulación, fortalecida por la CIFRHS continua a la fecha, sin embargo, aún no se logra establecer un ajuste entre el perfil y la calidad del médico formado y los requerimientos del sistema de salud.<sup>58</sup>

Ahora bien, a pesar de la reducción del total de egresados, se siguen presentando las siguientes situaciones: uno de cada dos médicos egresados no puede ingresar al sector público, sólo uno de cada cinco médicos que presentan el examen de ingreso a la residencia de especialidad logra ingresar a ella, siete

---

<sup>58</sup> Cfr. Frenk, M.J.; et. al.: Políticas de ... pp. 4-6.

de cada diez médicos viven en zonas altamente urbanizadas y es indudable que existe un fuerte deterioro de la calidad de la educación médica.<sup>59</sup>

No obstante, "El crecimiento relativo de la oferta de médicos con respecto a la población indica la posibilidad real de dicho recurso...de 24 médicos por cada 100 mil habitantes que había en 1939, para 1989 la cifra es de 176. En el momento actual hay un médico por cada 568 habitantes... con estos datos se muestra que la oferta total de médicos en el país se mantiene alta y que incluso se acerca a la encontrada en países desarrollados \_ de alrededor de 220 médicos por cada 1000 mil habitantes \_ de seguir con las tasas de crecimiento obtenidas, en el año 2005 tendremos un médico por cada 285 habitantes, cifra semejante a la que actualmente existe en el D.F." <sup>60</sup>

Tenemos entonces que varios son los problemas que vive la profesión médica en este momento, en primer lugar aún en la mayoría de las escuelas continúa habiendo una formación deficiente y ajena a las necesidades de salud actuales de nuestro país, aunque cabe señalar que " Los programas orientados hacia la atención primaria a la salud en México son previos a la declaración de Alma Ata. Los más importantes son el Plan A-36 de Facultad de Medicina, de la ENEP-Iztacala y de la FES-Zaragoza de la UNAM, de la UAM Xochimilco y el Plan Guadalupe de la Universidad Autónoma de Nuevo León... ",<sup>61</sup> sin embargo todos

---

<sup>59</sup> Cfr. Cardaci, D.; *op. cit.*; p. 99.

<sup>60</sup> Duran, A.L.; Frenk, M.J.; Los médicos en ... p. 7.

<sup>61</sup> Nigenda, G.; *op. cit.*; p. 22.

han sufrido modificaciones en su estructura curricular retomando la orientación del modelo Flexner, que postula la medicina curativa más que la preventiva. Por otro lado, existe un constante desequilibrio entre el número de médicos y las áreas sin atención, es decir, la mala distribución de estos recursos en el territorio nacional sigue siendo un problema al cual no se ha dado solución. "Actualmente el 80 % de los médicos se encuentran ubicados en las 12 zonas metropolitanas y las cuatro ciudades más importantes de la frontera norte",<sup>62</sup> esto puede traducirse en que una gran cantidad de médicos prefiere el subempleo o desempleo en las zonas urbanas antes que ubicarse en las zonas rurales donde es necesario el mejoramiento de la atención para la salud.

También encontramos que se ha perdido de vista, o mejor dicho, aún no se ha dado la importancia que requiere la atención primaria a la salud \_ ni por parte del Estado, ni por parte de las autoridades del sector salud, ni por las escuelas formadoras de recursos humanos y por lo tanto, ni por parte de los egresados \_ como estrategia no sólo para alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000" , sino para mejorar la calidad de vida de los mexicanos, esto se ve reflejado en la gran cantidad de médicos especialistas quienes ascienden a 61 % en las instituciones de salud, contra 22 % de médicos generales, porcentaje que disminuye conforme el nivel de complejidad de la unidad aumenta.<sup>63</sup> Así por ejemplo, en 1983 por cada plaza de ginecología y obstetricia existían 4.7

---

<sup>62</sup> Duran, A.L.: op. cit.: p. 8.

<sup>63</sup> Nigenda, G.: op. cit.: p. 27.

aspirantes, mientras que sólo hubo demanda para el 48 % de las plazas de medicina familiar.<sup>64</sup> Y es mucho más factible que un médico encuentre trabajo bien remunerado siendo especialista y que quede subempleado o desempleado siendo general.

Otro aspecto importante de resaltar dentro de la profesión, es el hecho de que entre los médicos mexicanos existe un mecanismo que permite el acceso preferencial de ciertos grupos de médicos al mercado de trabajo, es decir, hay una relación entre el origen social de los médicos y su ubicación dentro del mercado de trabajo. Esta relación se encuentra mediada por un conjunto de factores, principalmente de tipo educativo. Dependiendo del origen social del médico es la calidad de la escuela de medicina a la que ingresa; los médicos que provienen de clases sociales media y alta tienen mayor acceso a escuelas de medicina de mejor calidad, por lo tanto, la oportunidad de ingreso a la especialidad o subespecialidad también será mucho más alta ( se estima que tres veces mayor) que la de los egresados de escuelas de menor calidad, lo que a su vez propiciará que el médico especialista tenga 3.4 veces mayor probabilidad de tener dos o más empleos que un médico general.<sup>65</sup>

En lo referente a la atención Perinatal, el embarazo y el parto son los motivos de salud con mayor desatención médica, pese a que esta carencia implica riesgos

---

<sup>64</sup> *Ibidem*: p. 24.

<sup>65</sup> Cfr.: *Ibidem*: p. 43.

conocidos, no solamente de costosas complicaciones, sino de muerte materna e infantil. A la vez indica la falta de acceso a servicios preventivos que incluyen la planificación familiar y la nutrición y el cuidado del infante. El 25 % de las mujeres embarazadas nunca pasan por revisión médica alguna y el 34 % de ellas da a luz sin atención médica. El acceso a la seguridad social no es garantía de atención médica del parto, ya que el 15 % de estas mujeres carecen de atención ... las mujeres con acceso al IMSS-Solidaridad carecen de atención para un 69 % de los partos ... El resto de la población no asegurada carece de atención en el 47 % de los casos.<sup>66</sup>

Tenemos entonces que, en nuestro país, la formación y utilización de los recursos médicos, más que hacerse con base en las necesidades de salud de nuestra población, se ha hecho considerando las necesidades que ha tenido el Estado para resolver la problemática económica, política y social del mismo.

#### **4.2 Recursos de Enfermería.**

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, la Enfermería como profesión ha tenido un desarrollo dependiente de situaciones ajenas a sus necesidades e intereses, tales como la necesidad del Estado por satisfacer los requerimientos de las instituciones de salud para resolver la problemática de carga excesiva de

---

<sup>66</sup> González, B. M.; et. al.: Demanda y Oferta de Servicios ... pp. 20-21.

trabajo ó el interés del grupo médico de contar con la ayuda incondicional de un personal que atienda a sus necesidades y al mismo tiempo que le ceda espacios propios con gran prestigio y remuneración económica. Estas pueden ser unas de las razones por las que en la actualidad la formación y el ejercicio de Enfermería carece de una reglamentación específica y uniforme, lo cual da como resultado una heterogeneidad de los recursos humanos de Enfermería, situación que se convierte en un obstáculo difícil de vencer para lograr su autonomía y reconocimiento.

Consideramos pertinente resaltar que esta no es la primera vez que se aborda y reflexiona acerca de la situación de la Enfermería mexicana y que muchas de las situaciones adversas a las que se enfrenta esta profesión hoy en día, no distan mucho de las que le afectaban en antaño, pues desde 1953 la entonces directora de la Escuela de Enfermería de la UNAM, Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz <sup>67</sup> hacía mención de los principales problemas a los que constantemente se enfrentaba la profesión resumiéndolos en 3:

1. La escasez de enfermeras tituladas (Nivel Técnico).
2. Falta de preparación básica de ellas.
3. Falta de estímulo para la enfermera profesional (Nivel Técnico).

Si bien es cierto que se han tenido avances ante estas situaciones, por ejemplo, el lograr un incremento en la preparación de los aspirantes a la carrera

---

<sup>67</sup> Leija, P. E.; Algunos Problemas de Enfermería en ... s/p.



(bachillerato para el caso de la Licenciatura en Enfermería), existen otras en las que no se ha logrado avanzar o en las que el avance ha sido a "pasos lentísimos" como lo mencionaba la misma Dra. Leija.

Ella proponía como parte de la solución a tal problemática el estudio de los factores que impedían el ingreso a las escuelas de Enfermería y de esta manera se incrementara el número de enfermeras tituladas. Factores como: depreciación de la profesión; los sueldos bajos; las malas condiciones de vida y de trabajo para estudiantes y profesionistas; la explotación de las estudiantes durante su preparación (pues muchos servicios resolvían sus problemas de atención al enfermo con estudiantes); la apertura dentro de los hospitales de escuelas de baja o mediana calidad cuyos estudiantes atendían a los pacientes a cambio de la enseñanza o de una pequeña remuneración; la inestabilidad e inseguridad de los puestos; la desigualdad entre el personal titulado y el empírico; la falta de estímulos e incentivos para el estudio de la Enfermería y el ejercicio profesional; la falta de escuelas de categoría y facilidades para el estudio.<sup>68</sup>

La Dra. Leija proponía entre otros: la creación de un organismo que se encargara de la educación en Enfermería lo que daría solución a la anarquía existente en la formación de enfermeras; que se modificaran los planes de estudio creando dos tipos de enseñanza una en el nivel universitario y otra para el nivel técnico; que la Secretaria de Hacienda ubicara a la enfermera titulada dentro de la

---

<sup>68</sup> Cfr. Ibidem: p. 3.

clasificación de los grupos profesionales; que se realizara un estudio acerca de la oferta y la demanda existente en ese momento de personal de Enfermería titulado y de personal auxiliar con el objeto de propiciar una correcta utilización de estos recursos; que se diera solución a los factores que obstaculizaban la formación de enfermeras tituladas y, finalmente, la selección del personal encargado de la formación de las enfermeras con el objeto de garantizar la enseñanza y el mejoramiento de la Enfermería nacional.

Hasta la fecha cuántas veces y de cuántas personas hemos escuchado propuestas de solución semejantes y, sin embargo, tal parece que la situación continúa sin mejorar.

Observamos que aún no existe una reglamentación en la formación de los recursos humanos de Enfermería. La UNAM actualmente forma a este recurso en 2 niveles académicos: el nivel técnico\* que ingresa con secundaria, tiene un total de 320 créditos y se cursa en 6 semestres. El otro es la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia al que se ingresa con el bachillerato, tiene un total de 424 créditos y se cursa en 8 semestres.

Ante esta situación, es difícil pensar en una congruencia entre la formación de los recursos humanos de Enfermería y su ubicación dentro de las instituciones de

---

\* En el documento Planes y Programas de Estudio de 1986 se ubica como nivel técnico auxiliar.

salud. Pues independientemente del grado académico obtenido, los egresados, la mayoría de las veces, se insertaran al mercado de trabajo bajo la misma categoría y con las mismas condiciones en cuanto a salario y reconocimiento se refiere. Sin dejar de mencionar el hecho de que no en pocas ocasiones los profesionales formados a nivel licenciatura tienen que recurrir a estudiar cursos postecnicos con el objeto de mejorar sus condiciones laborales, lo que si bien constituye una estrategia de ascenso para ambos niveles, es preocupante que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tenga que recurrir a cursos de menor nivel académico que el suyo para mejorar sus condiciones salariales.

En cuanto a la práctica dentro de las instituciones prestadoras de servicios, el documento "Bases para el Proyecto de Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería" elaborado por la Secretaría de Salud (enero 1994), aborda aspectos actuales de la Enfermería, en nuestro país que nos ayudan a tener un panorama amplio sobre la gran problemática que afecta a nuestra profesión. Según datos proporcionados por el Boletín de Información Estadística del Sistema Nacional de Salud, en 1990 existían 130 620 recursos de Enfermería en el Sector Salud más 10 784 en las dependencias privadas de salud que hacen un total de 141 404 de los cuales el 47.8 % son personal profesional y un 52.2 % personal no profesional.

Con respecto al personal no profesional sus antecedentes académicos son de educación primaria o secundaria y capacitados con cursos de primeros auxilios o cursos para auxiliares, dentro de este grupo también se consideran los pasantes de Enfermería independientemente de que sean del nivel técnico o del nivel licenciatura, en razón de que no están tituladas.

Dentro del grupo de enfermeras profesionales se incluye a los Licenciados en Enfermería, las enfermeras con Nivel Técnico y enfermeras con cursos posttécnicos. Es importante mencionar que en este grupo quedan incluidas enfermeras auxiliares que, de acuerdo a políticas internas de algunas instituciones, después de ciertos años de trabajo (10 ó más) son ascendidas automáticamente a la categoría de enfermeras de Nivel Técnico, aún cuando no reúnan los requisitos de escolaridad requeridos para este puesto.

En cuanto a la asignación de recursos humanos por nivel de atención, el mayor número de recursos de Enfermería se haya ubicado en el 2do. y 3er. nivel, quedando un número muy reducido para el primer nivel. Además de reducido, este grupo designado al primer nivel de atención, tiene la característica de que casi en su totalidad son elementos no profesionales con poca o nula formación académica agregando a ello la inexistencia de supervisión, asesoría y capacitación por parte de las enfermeras técnicas y profesionales. Estos recursos dependen directamente del médico de cada uno de los módulos de atención

primaria a los que pertenecen desde que se estableció la desaparición de las Jefaturas Sanitarias de Enfermería en las unidades de este nivel de atención.

El mismo documento sigue señalando que además se aprecia la existencia de una enfermera profesional por cada 1200 habitantes que dista mucho de lo recomendado por la OMS, que señala la necesidad de contar con una enfermera titulada para cada 750 habitantes. Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud utiliza un indicador de 2.4 de personal de Enfermería por cama para poder cubrir adecuadamente las demandas operativas de salud, sin embargo, se cuenta con 1.25 de personal de Enfermería por cama.

A diferencia de la mayoría de los países desarrollados, en México el número de médicos por unidad de población supera al de las enfermeras. Así, el número de médicos por cada 10 000 habitantes para 1985 era de 12.3 mientras que el de enfermeras (incluyendo profesionales y auxiliares) sólo alcanzaba 11 por cada 10 000 habitantes <sup>69</sup> por lo tanto en nuestro país la disponibilidad de médicos formados es mayor que la de enfermeras. De hecho, el promedio nacional es de 1.7 médicos por cada enfermera. El D.F. y Puebla tienen un valor más alto con 2.3 médicos por cada enfermera. La única entidad con relación inversa es Coahuila con 0.9 médicos por cada enfermera. Si bien la disponibilidad de médicos es mayor que la de enfermeras, también los primeros enfrentan el

---

<sup>69</sup> Nigenda, G.: Los Recursos Humanos... op. cit.: p. 17.

subempleo más severamente. Así por cada enfermera subempleada en el país, existen 2.3 médicos subempleados.<sup>70</sup>

Esta situación, en donde se conjugan la preparación académica del personal con la cantidad insuficiente de este recurso en las instituciones de salud, hace que no se logre alcanzar la calidad deseada en la atención a la salud dentro de las mismas y consideramos que la solución se basa en lograr un balance adecuado entre la demanda y oferta de los recursos de Enfermería, lo que juntamente llevaría a la solución de muchas otras carencias dentro de la profesión.

El personal de Enfermería, laboralmente se ubica en las instituciones pública, social y privada, tanto en el área asistencial ó de servicios como en el área de docencia. Existe una gran variedad de categorías de Enfermería dividida en dos grandes grupos: personal de base y personal de confianza. Dentro del grupo de personal de base se encuentran las categorías de Auxiliares de Enfermería, Enfermeras Generales, Enfermeras Especialistas y Enfermeras Jefes de Piso. Las categorías de confianza comunes son las de Subjefe de Enfermeras, Supervisora de Enfermeras y la de Jefe de Enfermeras, aunque esta última ha quedado subordinada al subjefe ó subdirector médico, cuando anteriormente dependía directamente del director médico. Los requisitos que se establecen para la ocupación de estos puestos son diferentes en cada una de las instituciones, siendo determinados por estas de acuerdo a sus necesidades muy

---

<sup>70</sup> Ibidem.: p. 34.

particulares. En algunas ocasiones los movimientos escalafonarios se realizan por situaciones de carácter político, sin que el personal de Enfermería cubra los requisitos académicos que el puesto demanda.

En otros casos se observan situaciones muy particulares como:

- La promoción de Auxiliares de Enfermería a la categoría de Enfermera General, Especialista y Jefe de Enfermeras sin reunir los requisitos académicos que el puesto establece.
- La ocupación de puestos de Auxiliar de Enfermería por enfermeras profesionales, debido a que no existen plazas suficientes.
- Puestos de Enfermería ocupados por otros profesionales.
- Enfermeras con nivel de licenciatura ubicados en servicios como la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) y auxiliares de Enfermería ubicadas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Estos tres últimos puntos hablan de la subutilización del profesional de Enfermería, es decir, existe un desaprovechamiento de recursos más calificados.

En lo que se refiere a la proporción que guarda el personal profesional, se destaca que en las instituciones del sector público predominan las categorías

profesionales, en tanto que en las instituciones de carácter privado el porcentaje mayor lo ocupa el personal no profesional.

Las diferencias salariales que existen entre las categorías de base como las de confianza no son significativas, lo que ocasiona el desinterés por ascender así como por continuar con una preparación académica. En el área docente, la remuneración es superior a la de los servicios y además existe a nivel nacional un escalafón formal de categorías que se rige por requisitos académicos bien definidos; a medida que se asciende en dichas categorías se percibe mayor salario. Cabe aclarar que esta situación no se da en las instituciones de salud que forman recursos de Enfermería, en las cuales no existe la diversidad de categorías para los docentes, ni los requisitos académicos tan marcados.

Se observa además, que las categorías de Enfermería superan en requisitos académicos a otras profesiones subprofesionales de las áreas técnico administrativas afines, sin embargo, la asignación de los salarios es la misma o inferior aunque el grado de responsabilidad que conllevan las funciones de Enfermería es definitivamente superior a los de las otras categorías con las que se establece la comparación.

Consideramos que esta crítica situación, referente a la asignación de los salarios de los recursos de Enfermería, puede tener su origen en el hecho de figura en



la Lista General de Oficios, es decir, como trabajadores manuales o artesanos, dentro de la Ley Federal del Trabajo.

Las actividades específicas de Enfermería dentro de las instituciones de salud, se hayan contempladas dentro de los profesiogramas existentes en el sector público, sin embargo, la imprecisión, indefinición o interpretación de los mismos, hecha por personal de otras categorías, trae consigo que Enfermería tenga limitaciones para cumplir con las funciones propias en virtud de que realiza otras que no son de su competencia.

Finalmente, las agrupaciones de Enfermería se han integrado con el fin de resolver los problemas comúnmente presentados para lograr la superación académica y el desarrollo del ejercicio profesional en general o en áreas específicas.

Dichas asociaciones presentan muchas limitaciones entre las que figuran:

- Bajo número de asociados.
- Falta de recursos económicos.
- Apatía por parte de las socias para asistir a las reuniones.
- Desconocimiento de las ventajas que se tienen al pertenecer a una agrupación.

- Ausencia de mecanismos para la eficiente interacción con las dependencias de salud y educación.
- Múltiples responsabilidades que la enfermera tiene como trabajadora, madre o esposa, que le restan oportunidad para participar en las acciones propias de la asociación.
- Falta de cohesión del grupo de Enfermería

Estas situaciones han propiciado insatisfacción tanto de las necesidades de sus asociados como los de la población, al no haber una relación entre las actividades desarrolladas por el profesional de Enfermería y las expectativas y programas del Sistema Nacional de Salud.

Enfermería, al igual que ocurrió con Medicina, se encuentra con dos grandes problemas que afectan de manera determinante el ejercicio de la misma por parte de sus egresados, por un lado el enorme desajuste en cuanto a la cantidad y calidad de sus recursos humanos, y por otro lado, aunque tal vez a diferencia de medicina en donde a mayor preparación más y mejores oportunidades de trabajo, una gran falta de estratificación laboral cuyas bases se fundamenten en la preparación y capacidad académica de sus recursos para que la ubicación de los mismos en el mercado laboral sea justa y equitativa.

Medicina logró mediar e iniciar la solución de la crisis; Enfermería aún no lo logra. Son innumerables las escuelas que forman recursos humanos, por ende, son innumerables los planes y programas de estudio y el grado académico recibido, esto trae como consecuencia grandes diferencias en la calidad de formación. Otro problema aún más alarmante, es la incoherencia entre la formación de los recursos de Enfermería y su ubicación dentro de las instituciones de salud, en donde no en pocas situaciones importan más las decisiones políticas que la preparación académica y la experiencia clínica, situación que afecta en mayor grado al Licenciado en Enfermería y Obstetricia quien tras una preparación académica que implicó inversión económica y de tiempo, menos que nadie tiene sus funciones bien delimitadas dentro de dichas instituciones, sin dejar de lado todo el desequilibrio existente con el resto de las categorías.

También existe semejanza con la profesión médica en relación con la ubicación masiva en las unidades de 2do. y 3er. nivel y en las grandes áreas urbanas, esto puede responder al hecho de que si son pocos los estímulos para que los profesionales médicos accedan a desplazarse a las zonas rurales, cuanto más escasos no serán para promover al personal de Enfermería a las zonas en donde se requiere de personal capacitado para fomentar la Atención Primaria a la Salud.

Es realmente desalentador el reconocer que Enfermería no ha logrado poner un alto a las situaciones mencionadas, lo cual se refleja en el desinterés e indiferencia por parte de los y las enfermeras hacia las asociaciones de profesionales con el objetivo de luchar por un trato justo y digno no sólo para los integrantes de las mismas, sino también para el resto del gremio, situación que pone de manifiesto el lento avance para que Enfermería realmente florezca en nuestro país como una profesión no sólo útil y necesaria, sino con poder de decisión y compromiso en la resolución de la problemática de salud vivida actualmente en México.

Estamos convencidas de que una de las principales soluciones a tan crítica situación es, precisamente, la asociación y el fortalecimiento de la conciencia de gremio de los recursos humanos profesionales de Enfermería, porque no será sino hasta que nosotros mismos comencemos a defender nuestros propios espacios, derechos e intereses que el Estado y los profesionales de otras áreas los respeten también y entonces la sociedad reconocerá la existencia e importancia de los profesionales de Enfermería.

El hecho de que Enfermería no logre superar estas situaciones que desde sus orígenes han impedido su pleno desarrollo puede estar relacionado con que "algunos análisis realizados a la profesión demuestran que ella misma no se percibe como tal, siente que le falta status profesional y no cree en su capacidad

para tener autonomía. De manera similar la Enfermería es percibida por otros profesionales y por el público".<sup>71</sup>

Nelly Garzón, menciona la importancia de la profesionalización para que Enfermería logre su autonomía y reconocimiento, y como ésta se verá reflejada y se medirá en el beneficio e impacto que tenga su práctica en el individuo, la familia y la comunidad.

Para esto es necesario elevar la calidad de los recursos de Enfermería y esto tiene una estrecha relación con el nivel de formación de los mismos. "... si Enfermería continua dando un servicio asistencial con métodos tradicionales, dependientes y además delegando un gran porcentaje en personal auxiliar, es difícil lograr una auténtica profesionalización."<sup>72</sup>

Continúa señalando que la finalidad de la profesionalización no es competir por status con otros grupos, sino ubicar a la Enfermería en el campo profesional que le corresponde, no es buscar una supremacía, sino asumir plenamente las responsabilidades de su función social. Menciona que la profesionalización se orienta a:

1. Enriquecer el conocimiento de Enfermería, de la ciencia y arte de Enfermería,

---

<sup>71</sup> Garzón, A. N.: La profesionalización en ... s/p.

<sup>72</sup> Ibidem: s/p.

por medio de la investigación. La cual se dirige a definir su esencia (fundamentación teórica), sus propias metodologías y procesos, sus técnicas apropiadas, acordes en el desarrollo actual de la ciencia, y tecnología y necesidades de atención de salud.

2. La coordinación docente-asistencial unificando la práctica y la docencia por medio de un marco conceptual de metodologías y de procesos.

3. La movilización de la práctica profesional, de la práctica centrada en el hospital, en el proceso curativo hacia la asistencia directa a la comunidad, la familia, la persona en el hogar, en el lugar de trabajo, dentro de los principios y estrategias de la atención primaria a la salud.

Entonces, el primer elemento a fortalecer es la investigación, si no existe investigación de Enfermería, por Enfermería y para Enfermería, nunca se logrará definir el saber y el quehacer de la misma, es decir, jamás sabremos qué es lo que necesitamos, ni cómo, ni cuándo, ni dónde, para poder hacer nuestra práctica verdaderamente útil y autónoma. A través de la investigación construiremos el eje de nuestro ejercicio. El segundo paso, y para lograrlo nos tendremos que valer del primero, es saber que es lo que necesitamos como profesión para participar de manera activa en la solución de la problemática de salud, es decir cuales son las necesidades de nuestra población para saber así

como debemos formar a nuestros recursos y eliminar la ya conocida incongruencia, existente hasta la fecha, entre la formación y la ubicación y práctica dentro del mercado de trabajo. Y finalmente, el ejercicio libre con enfoque hacia la promoción de la salud, hacia la prevención y el autocuidado. Cuando logremos dominar estos tres aspectos, todo lo demás vendrá por añadidura y la Enfermería tendrá bien definido su lugar dentro del equipo de salud y dentro de la comunidad.

#### **4.3. Las parteras tradicionales.**

Es imposible negar que en nuestro país, al igual que en muchos otros, a pesar de los grandes avances logrados en los programas y las estrategias del Sector Salud para ampliar y mejorar la cobertura de servicios hacia los grupos de población más vulnerables y necesitados, existen poblaciones que aún carecen de servicios o bien estos resultan insuficientes lo que provoca que individuos de las mismas comunidades funjan como proveedores de atención para la salud a quienes se ha denominado "terapeutas tradicionales".

Este es el caso de las parteras tradicionales, quienes no sólo existen por la necesidad de las comunidades en donde no hay servicios de salud, sino por toda una situación cultural cuyos orígenes se remontan a la época prehispánica y, que

por lo tanto, no en pocas ocasiones sus servicios son preferidos a los de los recursos profesionales.

En un estudio realizado a inicios de los años ochenta, se observó que en todas las localidades en donde existía una unidad de atención del IMSS-Solidaridad, el número de terapeutas tradicionales superaba en mayor cantidad a los médicos institucionales y de acuerdo al porcentaje encontrado según el tipo de práctica las parteras fueron las que representaron mayor cantidad con un 53 % del total.<sup>73</sup>

Es precisamente por la importancia sociocultural que estas adquieren dentro de las comunidades en donde gozan de reconocimiento y son líderes naturales de las mismas, y por la importancia que adquieren para el sector Salud como un elevado número de recursos que proporcionan atención materno infantil, que se hacen merecedoras de mención dentro de este trabajo.

La partera tradicional tiene una importante participación en la proporción de cuidados a la mujer durante su etapa reproductiva, especialmente durante el parto y en la atención al recién nacido. Esta es una de las razones por las que en los últimos años ha comenzado a ser aceptada por las instituciones de salud propiciando el interés de las mismas por iniciar la capacitación formal a las parteras, pues si bien constituyen un numeroso grupo de recursos para la atención a la salud materno infantil, en ocasiones, dadas las circunstancias

---

<sup>73</sup> Nigenda, G. : op. cit.; p. 46.



técnicas, higiénicas y de conocimiento, constituyen también un factor de riesgo en el incremento de los problemas de salud Perinatal.<sup>74</sup>

Se define como partera tradicional a la "persona que surge de la propia comunidad y que por tradición, convivencia o vocación se dedica a atender partos y algunos otros problemas de salud, de acuerdo a los hábitos y costumbres de la región, lo que la convierte en un líder natural aceptada y reconocida por la comunidad. En algunas culturas su actividad puede estar asociada a motivos religiosos o místicos."<sup>75</sup>

La Secretaria de Salud reporta que de acuerdo a las 11, 254 parteras que respondieron a la Encuesta Nacional de Parteras Tradicionales entre 1990 y 1991 (cifra que no representa el total de parteras en nuestro país), la tercera parte (28.8 %) tiene 61 años o más y que sólo un 4.7 % tiene menos de 30 años de edad, situación que puede estar siendo promovida por una falta de sustitución de las parteras "viejas" ó bien por el inicio a edad avanzada del oficio de partera ó porque las parteras más viejas son las más conocidas. El 84 % habla español, un 10.7 % habla español y algún otro idioma y sólo el 5.3 % son indígenas que hablan un idioma diferente al español. Una tercera parte no sabe leer ni escribir, lo que se relaciona con la edad y el idioma dominado, es decir, las más jóvenes tienen mayor conocimiento del español, saben leer y escribir en mayor grado y

---

<sup>74</sup> Cfr.: S.S.A.: El perfil de la ... s/p.

<sup>75</sup> Ibidem: p. 5.

tienen mayor escolaridad que las ancianas, fenómeno que no es privativo de las parteras, sino que se trata de una tendencia generalizada de las mujeres en nuestro país.

La mayoría de los partos se atienden en casa, ya sea de la parturienta o de la partera. De estas últimas el 38.8 % habitan en viviendas con condiciones buenas, 19.8 % en viviendas con condiciones regulares y 41.4 % con condiciones malas. También se observó que las parteras encuestadas tienden a concentrarse en las áreas más rurales, situación que se traduce en menor disponibilidad de servicios públicos. Estas dos características cobran importancia en la elevación de los factores de riesgo para el binomio en el momento del parto.

“Si bien la distribución de las parteras por edad no varía entre los distintos niveles de ruralidad y de marginación<sup>\*</sup> el hablar un idioma diferente al español, el analfabetismo, la baja o nula escolaridad y las viviendas con malas condiciones predominan en las áreas más rurales y más marginadas. La prevalencia de estas deficiencias va decreciendo a medida que los niveles de ruralidad y de marginación son menores”.<sup>76</sup> Como se ha mencionado, esta característica no es exclusiva de las parteras tradicionales, sino es una tendencia general de la

---

\* Índice de “ruralidad” se refiere a que las comunidades rurales, en comparación con las más urbanas se caracterizan por una falta de servicios públicos.

Índice de “marginación” mide el porcentaje de la población total no participante del disfrute de bienes y servicios accesibles a los ciudadanos no marginados, cuyas cantidades y calidades se consideran mínimos de bienestar en atención al nivel de desarrollo alcanzado por el país.

<sup>76</sup> *Ibidem*: p. 29.

población del país. Sin embargo en este caso, es un factor doblemente desfavorable dado que resulta más difícil la capacitación de las parteras que habitan en zonas más rurales y marginadas por las características sociodemográficas de estas, pero que es ahí en donde los servicios de salud son más escasos e insuficientes, situaciones que hacen que la atención del parto se lleve a cabo en condiciones que, al igual que las anteriores, elevan los factores de riesgo para la morbilidad materna e infantil.

De la manera en como las parteras aprendieron a atender partos, más de la mitad lo hizo sola, con algún familiar o con otra partera, el 19.9 % aprendió con algún profesional de la salud, el 9.1 % aprendió en un hospital o clínica. y sólo el 4.3 % se enseñó en una escuela.<sup>77</sup> Tenemos entonces, que una cuarta parte de las parteras nunca ha tenido un contacto formal de capacitación dentro del ámbito de la llamada medicina moderna. Esta situación resulta interesante dado que las parteras tradicionales aún proporcionan atención obstétrica a una gran cantidad de población lo que debería obligar a las autoridades de salud a incrementar sus esfuerzos por brindar capacitación a dichos recursos, con el fin de disminuir la morbilidad materna e infantil. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia representa un profesional idóneo para colaborar en los programas de capacitación a las parteras tradicionales y, sin embargo, tampoco se ha aprovechado en esta área.

---

<sup>77</sup> Ibidem: p. 34.

Existe, al igual que en el caso anterior, una relación directa con la edad, el idioma, el grado de alfabetización y el grado de ruralidad o marginación que caracterizan a las parteras con la manera en como ellas aprendieron a atender partos. Así, la mayoría de las que aprendieron solas son las de mayor edad en tanto que las más jóvenes lo hicieron en un ámbito hospitalario o con algún profesional de la salud.

En relación a la experiencia en la atención de partos, existe una obvia relación con la edad, entre más edad más experiencia. El 58.6 % de las parteras tiene 16 o más años ejerciendo, el 11.9 % 5 años o menos, 15.4 % 6 a 10 años y 14.1 % 11 a 15 años.<sup>78</sup>

Podemos observar entonces que pese a representar un recurso importante para la atención Perinatal en el país, las instituciones no han logrado el contacto necesario con un gran número de parteras, lo que podría explicar que muchas de sus prácticas para proporcionar atención no hayan sido aún modificadas, sin embargo es importante mencionar que en ocasiones es el perfil sociocultural de las mismas lo que no les permite aceptar las modificaciones de sus prácticas aunque estas vayan en favor de la salud de la madre y su hijo. Igual que con las situaciones anteriores son las parteras más viejas en quienes se logra poca influencia en su práctica lo que representa una situación desfavorable si

---

<sup>78</sup> Ibidem: p. 37.

pensamos que ellas son el mayor número de las parteras entrevistadas en la Encuesta Nacional de Parteras Tradicionales 1990-1991.

Del total de parteras, el 52.6 % lleva a cabo actividades de detección de embarazos, 74.5 % da consultas a embarazadas, 88 % refiere a las mujeres cuando detecta complicaciones durante el embarazo, 86.8 % reporta ser activa en la atención de partos y sólo el 13.2 % reporto no atender partos al momento de la entrevista.

Al respecto es más probable que las parteras de mayor edad, con más experiencia, con menor escolaridad, en condiciones de vida más deficientes, y en zonas más rurales y marginadas, sean activas en la atención del parto, es decir, son las que están sustituyendo a los servicios de salud al cubrir la demanda de la atención de parto de las mujeres que tienen menor disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud y que adicionalmente tienen condiciones socioeconómicas y culturales similares. En forma complementaria, las parteras que no atienden partos son las más jóvenes, con menor experiencia, aunque con mayor frecuencia hablan español, son alfabetas, tienen algún grado de escolaridad y viven en condiciones socioeconómicas más favorables, en zonas menos rurales y menos marginadas. En estos contextos, probablemente no estén tanto sustituyendo a los servicios de salud como complementando sus acciones. Por su perfil, cabe la posibilidad de que en este grupo se encuentre un número

importante del tipo de partera empírica no adiestrada, que ha venido surgiendo en las zonas suburbanas marginadas, que no tienen ni identidad cultural, ni tradición, ni capacitación.<sup>79</sup>

En suma, el resto de las actividades de las parteras como: el lugar en donde atienden los partos (casa, posada de nacimientos, clínica o centro de salud); el sitio en donde colocan a la mujer para el parto (suelo, cama, mesa de expulsión); la posición en la que colocan a la mujer para parir (cuclillas, acostada); la higiene y prácticas durante la atención del parto (lavado de manos, lavado de la paciente, corte de cordón umbilical, atención del alumbramiento); la atención en el puerperio (consultas, recomendaciones); la atención del recién nacido, incluyendo las recomendaciones sobre la lactancia materna (inicio y duración); las prácticas e información sobre planificación familiar; utilización de remedios y medicamentos durante el embarazo, el parto y el puerperio; la referencia de pacientes por complicaciones durante cualquiera de estas etapas y otras actividades más (inyectar, vacunar, pertenecer al comité de salud, etc.) la mayoría de las veces estarán en función de su edad, su experiencia, su situación cultural y la de la comunidad a la que presta sus servicios, el idioma que domine, le escolaridad que tenga y, por lo tanto, si es o no alfabeto, su situación económica, el grado de ruralidad y marginación de su comunidad, la disponibilidad y el acceso que tenga a los servicios de salud y por último, si ha recibido o no capacitación para la realización de sus actividades.

---

<sup>79</sup> Ibidem; pp. 56-57.

Las parteras tradicionales son, como ya hemos mencionado, un recurso importante dado su número y su papel dentro de las comunidades, que proporciona atención Perinatal a un amplio grupo de población y es un recurso que, por las características de nuestro país y las suyas propias, no desaparecerá en mucho tiempo, ya que "su función es un tipo de respuesta social a las necesidades de salud reproductiva".<sup>80</sup> Sea por la falta de servicios o por la insuficiencia de estos, lo cierto es que en gran parte la demanda de las parteras se debe a que estas y las mujeres a las que atienden tienen un concepto común sobre la salud reproductiva y que este es muy diferente del concepto del médico y de las instituciones de salud, es decir, "la partera responde a cierto tipo de necesidades de salud, aquellas que sienten las mujeres con quienes coincide culturalmente".<sup>81</sup>

Es innegable el beneficio que representa y la necesidad de la capacitación y del acercamiento a las parteras, y es innegable que conforme continúe el fenómeno de urbanización en el país, con todo lo que esto significa (educación, servicios públicos, etc.), es probable que la concepción de las parteras tradicionales y la de la medicina moderna sobre las necesidades de atención Perinatal se asemejen y, por lo tanto, se logre proporcionar mejor atención y con ello elevar la calidad de vida de numerosas familias; pero no debemos olvidar que

---

<sup>80</sup> Ibidem; p. 135.

<sup>81</sup> Ibidem; p. 135.

**la mujer prefiere y busca el trato cálido y personalizado de la partera a la atención fría y despersonalizada de la llamada medicina moderna.**



## **5. LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO COMO FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS.**

### **5.1. Antecedentes históricos.**

El origen de la actual Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UNAM tuvo como antecedente el inicio del verdadero auge de la medicina pues en 1830, después de la extinción del Protomedicato, se creó la "Facultad Médica del Distrito" y, posteriormente en 1833 se fundó el "Establecimiento de Ciencias Medicas" que por reglamento en 1842 recibió el nombre de "Escuela de Medicina".

En 1867 la Escuela de Medicina quedó como establecimiento dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y se inició la carrera de partera para la que se pedía como requisitos de ingreso: realizarse sólo por personas del sexo femenino preferentemente casadas o viudas, y tener como educación previa solamente la instrucción primaria superior. Esta carrera tenía duración de un año.

En relación a la Enfermería, esta no tuvo preparación formal sino hasta 1902, cuando siendo el Dr. Eduardo Liceaga presidente del Consejo de Salubridad y director de la Escuela de Medicina, proyectó el curso "Clases Preparatorias para Adiestramiento de Enfermeras" pensando en que las egresadas se hicieran cargo

del Hospital General que estaba en construcción. Iniciaron el curso 30 alumnas quienes recibían clases y practicaban en el Hospital de Maternidad de Revillagigedo. El curso tuvo una duración de 2 años y quienes supervisaban e impartían las clases a las alumnas eran médicos.

En 1905 se inauguró el Hospital General y en 1907 se fundó su Escuela de Enfermería (verdadero antecedente de la actual ENEO), el curso tuvo una duración de 2 años y se pedía a las aspirantes instrucción primaria completa. La enseñanza y la práctica continuaba a cargo de médicos.

En 1908 la escuela pasó a depender de la Secretaría de Educación Pública y, en 1911, después de la reapertura de la Universidad Nacional Autónoma de México, pasó a depender de la Escuela de Medicina, quedando como anexo de la misma. A finales de ese mismo año y principios de 1912, se aprobó el primer plan de estudios en el que se fusionaban dos carreras desiguales en origen, estructura y status social, ya que se establecieron 2 años para la carrera de Enfermera y 2 para la de Partera, esta última debería tener antes los estudios completos de Enfermería y tanto enfermeras como parteras debían ser exclusivamente mujeres.<sup>82</sup>

Esta fusión fue el resultado de diversas circunstancias entre las que destacan de manera importante dos:

---

<sup>82</sup> Cfr. Alatorre, W. E.; Antecedentes Históricos de la ... s/p.

1. En las instituciones hospitalarias ya no se disponía de órdenes religiosas que brindaran atención a los enfermos por lo que se tenía que considerar al personal de Enfermería laico para seguir cubriendo las necesidades de asistencia hospitalaria de las cuales los médicos no querían ocuparse por considerarlas denigrantes y de menor importancia.

2. El grupo médico necesitaba frenar el desarrollo de las parteras al reconocer el área obstétrica como campo de trabajo con gran remuneración económica y posibilidades de desarrollo tecnológico.

Las alumnas para tener su título universitario además de cursar el plan de estudios completo debían cubrir 40 guardias en el departamento de maternidad del Hospital General y concurrir, en el último año de la carrera de partera, a conferencias sobre deontología médica y farmacéutica. Las clases teóricas y las prácticas se impartían en el Hospital General y el Hospital Juárez y las oficinas administrativas se encontraban dentro de la Escuela de Medicina. En 1927 se hizo una reestructuración del plan de estudios para ambas carreras estableciéndose además como requisito un "año preparatorio" después de la primaria. En 1935 el Dr. Ignacio Chávez director de la ya Facultad de Medicina estableció la secundaria como requisito para estudiar Enfermería.

En 1942 se inició la reestructuración del Plan de Estudios de la carrera de Enfermería el cual entró en vigor en 1945 cuando la Escuela de Enfermería se independizó administrativamente de la Facultad de Medicina designándosele desde entonces como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) teniendo como primer director al Dr. Everardo Landa. Sin embargo, la escuela seguía dependiendo académicamente de la Facultad de Medicina, pues tanto el director como el profesorado continuaban siendo médicos designados por la misma, así la formación de Enfermería siguió al ritmo de las necesidades médicas. Sólo se contaba con personal de Enfermería en el Hospital Juárez y en el Hospital General, quienes se encargaban de auxiliar a profesores y estudiantes durante las prácticas recibiendo a cambio una compensación económica.

En 1947 se integra el Consejo Técnico de la ENEO, quedando integrado en su totalidad por médicos y 2 alumnas que representaban a la comunidad estudiantil.<sup>83</sup>

El Dr. Everardo Landa consigna en su informe de actividades la insistencia que habían tenido las enfermeras para que la UNAM pusiera en manos de ellas la dirección de la ENEO. Él, como todo el grupo de profesores médicos, estaba en contra de esta propuesta pues argumentaban que las enfermeras no tenían el nivel ni la capacidad para dirigir la escuela. Sin embargo, la negativa del grupo médico para que Enfermería dirigiera la escuela no sólo se debía a cuestiones de

---

<sup>83</sup> Cfr. Ibidem: s.p.

orden profesional sino de género, como lo prueba su oposición para que en 1948 asumiera la dirección de la escuela una mujer, aún siendo médica, la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz, quien gracias al apoyo de profesoras enfermeras-parteras, entre ellas su hermana Carmen Leija Paz de Ibarra, asumió el cargo de directora de la ENEO en ese mismo año.

La Dra. Leija se preocupó por estudiar y resolver los principales problemas de la escuela, considerando como prioritario el administrativo dada la falta de un local que sirviera de oficinas, por lo que se tramita el cambio a un edificio de despachos situado en Pasaje Catedral, Donceles 91 y Guatemala 10, ocupando el despacho 119. La práctica y las clases se continuaban impartiendo en los hospitales Juárez y General.

Durante su gestión, la Dra. Leija tuvo grandes logros para la profesión y para la ENEO, pero aún en 1954 la escuela no contaba con local propio y en un nuevo intento por solucionarlo se alquila una casa en la calle de Lerma # 74 la cual se adapta para oficinas administrativas, aulas para clases teóricas y prácticas y se equipa un pequeño laboratorio.

Fue hasta 1960 que la ENEO contó con un edificio propio al obtener el que albergaba a la Facultad de Medicina cuando esta última se trasladó a Ciudad Universitaria. Ya en la nueva escuela se equiparon laboratorios de fisiología,

bioquímica, microbiología y parasitología. En 1961 asume a la dirección el Dr. Lázaro Pavia Crespo quien continuó con la ampliación de algunos locales de la escuela y se equipó el laboratorio para prácticas de Enfermería.

En 1964 la ENEO tuvo por primera vez a una Enfermera en la subdirección, la profesora Enfermera-Partera Delia Otero de Pérez Beltrán. La maestra Otero junto con el director Dr. Rafael Tovar Villagorda lograron dar un importante impulso a la ENEO dentro de los programas de la UNAM y elevar las condiciones académicas y laborales de la enfermeras docentes.

En 1966 asumió la dirección de la escuela el Dr. Alejandro Guevara Rojas quien exigió que la prueba de admisión para los alumnos aspirantes a la ENEO tuviera un nivel superior pedido para preparatoria, dió facilidades a las profesoras enfermeras para realizar el bachillerato e inició con las modificaciones al plan de estudios que culminaron con el establecimiento de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y la supresión de la carrera de partos.

En 1975 después de grandes luchas tanto de alumnos como de profesores la Enfermería en la UNAM logra tener a una enfermera en la dirección de su escuela la Enfermera en Salud Pública y Licenciada en Psicología Marina Guzmán Vanmeeter de Cisneros.<sup>B4</sup>

---

<sup>B4</sup> Cfr. Ibidem: s/p.

En 1978 la ENEO tuvo otro logro importante y trascendental al dejar el edificio de la antigua Facultad de Medicina y recibir instalaciones nuevas y construidas especialmente para su establecimiento las cuales ocupa hasta la actualidad.

La Licenciada Marina Guzmán estuvo en la dirección de 1975 a 1982 en dos periodos lectivos. Durante su gestión la escuela tuvo un crecimiento rápido. Uno de los objetivos principales fue la superación del personal académico pues sólo el 8 % tenía entonces la licenciatura para lo cual se creó el curso especial transitorio para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, se formó una "Coordinación de Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia" integrada por 11 profesores coordinadores de materias y áreas de Enfermería y se dió gran importancia a la investigación creándose el Programa de Educación Continua.

En 1983 y hasta 1986 es directora de la ENEO la Licenciada en Enfermería y Obstetricia Esther Hernández Torres. Durante su gestión se retoman los proyectos anteriores para impulsar la investigación y se reorganiza la División de Estudios Superiores. Nuevamente se trabaja en la regulación del personal docente de Enfermería ya no sólo en la ENEO sino en las demás escuelas del país.

De 1987 a 1994 asume la dirección de la escuela la Licenciada en Enfermería y Obstetricia Graciela Arroyo de Cordero quien consideró para la ENEO cuatro "Funciones Sustantivas": Docencia, Investigación, Extensión Universitaria y Apoyos y Servicios.

Fué durante el primer período electivo de la Licenciada Graciela Arroyo de Cordero, donde comenzó el proyecto para la evaluación y reestructuración del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia vigente hasta ese momento.

Desde 1995 es directora de esta institución la Licenciada en Enfermería y Obstetricia Susana Salas Segura en cuyo Plan de Desarrollo Académico 1995-2000, resalta la importancia de consolidar un sistema superior de enseñanza, basado en el mejoramiento de las condiciones para el trabajo académico y el aprendizaje.

## **5.2. La creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.**

Como ya hemos mencionado, una vez que la educación se desligó del clero y pasó a ser responsabilidad del Estado, la educación de las mujeres tuvo gran impulso y varias de ellas comenzaron a ingresar a las escuelas de educación superior. Específicamente las primeras mujeres que ingresaron a la universidad



lo hicieron a la Escuela de Medicina, por lo tanto, se trató de las parteras.<sup>85</sup> Es así como, a partir de la 2ª mitad del siglo XIX, además de la carrera de medicina se inicia la de partera universitaria.

Posteriormente, dadas las grandes reformas y transformaciones que van sufriendo las carreras de Partos y de Enfermería y, dadas también las necesidades del grupo médico de personal capacitado para encargarse de actividades asistenciales hospitalarias, se comienza a exigir a las aspirantes mayor preparación académica al ingreso, así se establece la instrucción primaria y, posteriormente, la secundaria. En 1948 al asumir la dirección de la ENEO la Dra. Emilia Leija Paz se contempla el estudio de las posibilidades para organizar un bachillerato y dar así a la enfermera la situación universitaria que le correspondía.

Fue hasta 1957 en la gestión del Dr. Alfredo López de Nava que se llevó a cabo la formación de un grupo piloto con alumnas que habían cursado el bachillerato o bien lo estaban cursando, la idea era iniciar la integración de la Enfermería en el campo superior en México. El proyecto no tuvo continuidad al parecer por diferencias ideológicas con el director sucesor.

El segundo intento por iniciar la formación de enfermeras con nivel de licenciatura se llevó a cabo siendo director de la ENEO el Dr. Rafael Tovar

---

<sup>85</sup> Galván, L. E.: La educación superior de la ...

Villagorda quien auspició la formación de un grupo semejante al anterior. Simultáneamente a la integración del grupo piloto se integró una comisión encargada de estudiar el Plan de Estudios de la nueva carrera, esta comisión la formaron profesores de la escuela (médicos y enfermeras) entre ellos el Dr. Alejandro Guevara Rojas, Eduardo Medina Maldonado, Carlos Fuentes Gutiérrez y las enfermeras Juventina Hernández Márquez y Ofelia Rojas Mejía.<sup>86</sup>

En 1966 se forma el primer grupo de nivel licenciatura aunque esta todavía no se validaba oficialmente, sino que fué un acuerdo de palabra entre el Dr. Ignacio Chávez, rector de la UNAM, y la ENEO, dadas las buenas relaciones de éste con la maestra Delia Otero y la insistencia de alumnas y profesoras por elevar el nivel académico en la escuela. Sin embargo, al morir el Dr. Tovar Villagorda asume la dirección de la ENEO la Dra. Esther Chapa Tijerina quien al no compartir la idea de un nivel superior para Enfermería, desintegra el grupo de licenciatura reubicando a las alumnas en los grupos de nivel técnico las cuales terminan hasta 6º semestre.\*

Hubo un nuevo intento por establecer el nivel de licenciatura en la ENEO siendo director de esta el Dr. Alejandro Guevara Rojas, pero este volvió a quedar sin

---

<sup>86</sup> Corona, S. J.: La formación profesional del ... p. 112.

\* Entrevista con la LEO María Cristina Castañeda Godínez. Coordinación de Extensión Académica. ENEO - UNAM. México D. F. 1997.

éxito al adoptarse el sistema de créditos y estructurar el Plan de Estudios en 6 semestres.<sup>87</sup>

Después de la reforma educativa en la que la UNAM exigió que todas las escuelas que la integraran estuvieran dentro de la legislación universitaria y tuvieran el grado mínimo de licenciatura los planes de estudio de varias carreras tuvieron que modificarse con el objeto de incorporar este nivel. "... así fue como escuelas que de mucho tiempo atrás venían funcionando con nivel intermedio como la Escuela Nacional de Artes Plásticas, la Escuela Nacional de Música, la Escuela de Trabajo Social y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, realizaron los estudios de curriculum para ajustarse a la nueva disposición administrativa, esto le dio vigor a la idea bastante cimentada de la creación del nivel licenciatura en la ENEO."<sup>88</sup>

En 1967 el Dr. Guevara Rojas presenta el nuevo plan de estudios, en el que señala entre otras cosas, la aprobación del Consejo Técnico para estructurar un plan de estudios especial para la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con lo que se suprimía la carrera de partos. Para esta última decisión se argumentó "... resulta improcedente propiciar los gastos que hasta ahora ha venido realizando la Universidad en la carrera de Obstetricia. Los programas correspondientes quedan incluidos satisfactoriamente en los dos semestres que

---

<sup>87</sup> Cfr. Corona, S. J.; op. cit. p. 113.

<sup>88</sup> Ibidem: p. 113.

se agregan a la licenciatura, con lo cual se reporta economía en los fondos presupuestales (pues se disminuye en dos semestres el tiempo que se empleaba para la preparación de parteras) y el tiempo de estudios que compensa en parte el que aprovecharon para su preparación en el bachillerato." <sup>89</sup>

En la gaceta de la UNAM con fecha 15 de febrero de 1968 apareció publicada la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que textualmente se transcribe: "En la ENEO, podrá optarse por el grado de licenciado, lo anterior no implica la desaparición del actual grado académico, las alumnas que sólo tienen estudios de secundaria están en posibilidad de diplomarse en Enfermería y Obstetricia, para estudios de licenciado es necesario que los alumnos sean bachilleres. Además de la creación de la licenciatura ... desaparece la carrera de Obstetricia ... Como los estudios anteriores carecían del rigor académico necesario para la licenciatura, se agregan materias y cursos que contribuyen a una formación más completa de la enfermera ... El nuevo plan obliga a la supresión de materias complementarias que necesariamente se cursaron en el bachillerato... se suprimió la carrera de Obstetricia debido a que los programas incluidos a los dos últimos semestres de la licenciatura comprenden esos conocimientos." <sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Alatorre, W. E.; Desarrollo Histórico de la... p. 174.

<sup>90</sup> Citado por Corona, S. J.: op. cit., p. 114.

Es realmente sorprendente observar cómo desde que pudo optarse por el grado de licenciatura en la ENEO, queda perfectamente establecido por las autoridades que los alumnos con estudios de secundaria sólo podrían ingresar al Nivel Técnico recibiendo al finalizar sus estudios un *diploma*. Hasta la fecha los alumnos del Nivel Técnico reciben un *título y, por lo tanto, una cédula profesional*, pese a no contar con estudios de nivel bachillerato, y por lo tanto no tener acceso a la licenciatura.

En ese mismo año se hace el primer ingreso oficial a la ENEO para cursar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Sin embargo, seguían ingresando alumnas únicamente con secundaria al Nivel Técnico. Ante esta situación, las alumnas realizan un movimiento estudiantil exigiendo que el ingreso a la ENEO fuese exclusivamente con el nivel de bachillerato y se impartiera sólo el nivel licenciatura obteniendo por respuesta de las autoridades universitarias que dada la insuficiencia de recursos se seguirían aceptando estudiantes sin bachillerato.\*

Como podemos observar varias fueron las situaciones coyunturales a las que responde la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. La primera de ellas corresponde a la ardua lucha de alumnas y profesoras por lograr el reconocimiento de dos profesiones, Enfermería y Partos, que requerían elevar su nivel académico para responder satisfactoriamente a las necesidades de

---

\* Entrevista con la LEO María Cristina Castañeda Godínez. Coordinación de Extensión Académica. ENEO - UNAM, México D. F. 1997.

salud vividas en ese momento por nuestro país y, al mismo tiempo, les permitiera mejorar su condición laboral, situación inteligentemente aprovechada por los médicos y el Estado para dar lugar a las siguientes. La segunda corresponde al momento histórico en el cual el grupo médico continuaba invadiendo los espacios propios de las parteras universitarias, a quienes veían como un "rival", cosa que no sucedería con las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia puesto que su campo de acción no sería exclusivamente la atención obstétrica sino que tendrían la opción de ejercer también la Enfermería y, la tercera, el Estado respondía a las presiones estudiantiles por mejoras académicas sin que esto significara el reconocimiento de los recursos formados al insertarse en el campo de trabajo.

Podemos concluir entonces que la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la UNAM:

- No surgió de un proceso planeado en el que se justificara la necesidad de un recurso que verdaderamente respondiera a las necesidades de salud del país, en el que participaran las autoridades de salud y las autoridades universitarias para proporcionar a los egresados reconocimiento profesional.
- No logró elevar el nivel académico de la Enfermería universitaria dado que "... se formó de la aglutinación de las asignaturas de la carrera de Enfermería y de las asignaturas de la carrera de Obstetricia..."<sup>91</sup> utilizándose el mismo plan de estudios para el Nivel Técnico y el Nivel Licenciatura.

---

<sup>91</sup> Corona, S. J.; op. cit., p. 115.

- A pesar de su creación y de la reforma educativa de la UNAM no se eliminó la formación de recursos de Enfermería de Nivel Técnico lo cual hasta la actualidad ha venido afectando gravemente a la Enfermería nacional.
- Con su creación, se frenó y se abolió la práctica obstétrica universitaria que había pertenecido a las parteras durante mucho tiempo y en la cual ellas contaban con el mismo profesionalismo y prestigio que los médicos ginecobstetras quienes reconocían que habían aprendido de las parteras.
- Por razones estructurales el Estado ha cimentado sus programas de atención a la salud buscando la mayor cobertura al precio más bajo con lo que resulta más rentable utilizar recursos menos calificados sin que importe la calidad de sus servicios.

Con todo esto podemos entender que existan poblaciones sin recursos de salud con tantos problemas sobre todo en mujeres y niños y, al mismo tiempo, existan recursos médicos concentrados en las grandes ciudades en instituciones de 2do. y 3er. nivel (si es que no están desempleados) y personal de Enfermería formado en universidades con un perfil de egreso que les capacita para brindar atención primaria a las mujeres y a los niños y sin embargo, estén siendo subutilizados y, que con sus matices, esta problemática se viene reproduciendo a lo largo ya de 30 años de existencia de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

### **5.3. Los Planes de Estudio para la Licenciatura en Enfermería y en Obstetricia la ENEO - UNAM.**

#### **5.3.1. El Plan de Estudios de 1975.**

Para el análisis del Plan de Estudios de 1975, se utilizó gran parte de lo expuesto en dicho plan, pues con ello resaltamos las oportunidades que el LEO, tenía con su preparación académica (teórico-práctica) dentro del área Perinatal.

##### **5.3.1.1. Antecedentes.**

Para que la reestructuración del Plan de Estudios de Enfermería contemplara los aspectos cualitativos del ejercicio profesional, acorde con la realidad socioeconómica y conceptual de la salud la ENEO realizó una evaluación del Plan de Estudios existente (el cual empezó a funcionar como Plan Piloto en el año de 1958) con la participación no sólo de docentes y alumnos de la propia escuela, sino también con representantes de las escuelas incorporadas y de las instituciones de salud.

En esta evaluación se señalaron los siguientes aspectos para investigar de los cuales consideramos más importantes:



- El estudio de las características socioeconómicas y de las necesidades de salud de la población de la República Mexicana.
- Las funciones que realiza el personal de Enfermería profesional en las instituciones médicas del área metropolitana.
- La revisión de objetivos y contenidos de los programas que integran el Plan de Estudios de la ENEO.
- Las motivaciones e interés del alumnado.

De la investigación de estos puntos, la ENEO concluyó en 1975 lo siguiente en relación con las características socioeconómicas y necesidades de salud de la población:

- "El disfrute de los bienes y servicios en México es muy desigual, pues grandes grupos de población están en la miseria y una minoría en la opulencia.
- El trabajo productivo recae en un reducido número de población (26.86%).
- Del 76 al 78% de los trabajadores tiene salarios bajos, por consiguiente con estos salarios, únicamente se les permiten cubrir muy precariamente sus necesidades básicas.
- Las clases baja y media son grandes demandantes de los servicios de salud, por la escasez de recursos económicos que impide satisfacer a plenitud sus necesidades.

- Existen grandes grupos de población urbana y rural carentes de los servicios públicos indispensables. Como son: agua potable, drenaje, luz eléctrica y pavimentación entre otros.
- Las 3 primeras causas de mortalidad en el país son problemas de salud evitables.\*
- La elevada tasa de mortalidad infantil, 68.5 por 1000 habitantes, señala demandas de atención pediátrica y nutricional.
- La relación de camas de hospital por mil habitantes es muy baja (1.29 por 1000).
- Existe carencia de personal de Enfermería.
- Es evidente la necesidad de preparar a los egresados de las escuelas de las ciencias de la salud, y en particular, a la enfermera en la atención domiciliaria al paciente.
- El personal profesional que labora en hospitales y centros de salud, son egresados en su gran mayoría de la ENEO - UNAM.
- La tasa de natalidad de 42.9 por mil habitantes determina una gran demanda de atención obstétrica y pediátrica." <sup>91</sup>

De lo anterior, podemos inferir que dada la situación socioeconómica del país los grupos de población no sólo no contaban con los recursos económicos para

---

\* El INEGI menciona a las enfermedades infecciosas y parasitarias, del aparato respiratorio y del aparato circulatorio como principales causas de mortalidad en 1975.

<sup>91</sup> ENEO - UNAM. Plan de Estudios de la ... s/p.

solventar sus necesidades básicas de vida como alimentación, vestido, vivienda y educación, sino que mucho menos podrían preocuparse por el cuidado hacia su salud individual y/o colectiva.

Sin embargo, esta misma situación originaba una elevada demanda en la atención curativa por parte de grupos prioritarios como el materno infantil. A quienes se les proporcionaba una atención deficiente dada la escasez de profesionales de la salud y la falta de cobertura para su atención. Lo que originaba por lo tanto, elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.

Esta situación dió lugar a que instituciones formadoras de profesionales en el área de la salud, específicamente la ENEO, se interesara en adecuar la formación teórico-práctica de sus alumnos, para solucionar dos problemas:

1. La demanda de personal para las instituciones de salud; y
2. El de iniciar con un enfoque preventivo a través de la atención domiciliaria al paciente. Es decir, ubicar la formación del alumno hacia el primer nivel de atención. Lo que nos llama la atención, pues desde este Plan de Estudios la ENEO ubica a su egresado en el ejercicio libre de su profesión, no importando el área a la cual éste eligiera, lo importante es que pusiera en práctica su formación preventiva para el desarrollo óptimo de su profesión.

Por otro lado, se llevó a cabo un taller que estuvo integrado por personal docente, alumnos de la ENEO y representantes de los organismos incorporados. La metodología consistió en elaborar un marco conceptual que contemplara los aspectos de educación (enseñanza - aprendizaje) de Enfermería, vistos a través de la Reforma Educativa y el Plan Nacional de Salud.

Las aportaciones dadas por el grupo enfatizaron en el concepto de Enfermería, que "la salud es una responsabilidad compartida por los profesionales de la misma, y donde Enfermería tiene funciones específicas en la comunidad. Abarcando la problemática de atención a la salud con los propios recursos que la población dispone y en el cual la enfermedad, será vista como un accidente en la vida de los individuos ya que, el mayor número de la población se encuentra en estado de aparente salud." <sup>92</sup>

#### **5.3.1.2. Justificación.**

Siguiendo con el análisis del plan de estudios mencionado, resalta el planteamiento en el que se justifica la reestructuración del currículum de la ENEO; donde se menciona que: "Tomando en cuenta que el personal de Enfermería debía prepararse en forma idónea para contribuir a la solución de las necesidades de salud, expresadas en el Plan de Salud, era necesario efectuar cambios en los Planes de Estudio de la ENEO, ya que ésta, era quien debía marcar las pautas de

---

<sup>92</sup> Ibidem.: p. 10.

la educación de Enfermería en México, y contribuir en forma activa a la solución de dichos problemas.”<sup>93</sup>

El mismo plan menciona que, tanto la salud como la educación son derechos innatos e inalienables en la existencia del hombre que originan una serie de interacciones biológicas, psicológicas, socio-antropológicas y epidemiológicas, que influyen en los cambios que caracterizan al ser humano como ser social; siendo éste el principal motivo de la participación directa e indirecta de las acciones de Enfermería, por lo que se hace necesario su conocimiento integral, tanto del medio ambiente que lo rodea, como de las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo; dando a conocer las necesidades reales de nuestro país que nos indican por una parte, un alto índice de natalidad y morbimortalidad, y por la otra; el deseo de aumentar la esperanza de vida, el mantener la integridad familiar, el mejorar las condiciones económicas y el aumentar la productividad que manifiesten un óptimo desarrollo de la vida, fomentando en el alumno el juicio crítico, la reflexión y su transformación para que sea capaz de analizar, evaluar y participar en la solución de problemas.<sup>94</sup>

A esto podemos concluir que, el Plan de Estudios de 1975, se enfocaba entonces a formar egresados que atendieran la salud individual y colectiva, tomando en cuenta al ser humano en sus diferentes etapas evolutivas. Dentro de las cuales la

---

<sup>93</sup> Ibidem; p. 13.

<sup>94</sup> Ibidem; pp. 13-14.

etapa reproductiva sería una de las principales áreas por cubrir. Y que además tenía la capacidad para desarrollarse en cualquier campo de la salud, tanto institucionalmente como en el ejercicio libre de su profesión. Contando con los criterios para implementar programas que ayudarían a la solución de los problemas de salud, priorizando las necesidades de la población en donde se estableciera a trabajar.

### **5.3.1.3 Perfil Académico Profesional.**

Es importante resaltar que el Plan de Estudios de 1975 no contemplaba el concepto de Perfil Académico Profesional (PAP), sin embargo, las características de sus egresados quedan implícitas en su Filosofía, sus Objetivos y su Marco Conceptual, por lo que, para efectos de éste análisis los consideraremos como el PAP de dicho plan.

La ENEO fundamentaba su filosofía en los postulados expresados en la Ley Orgánica, en el Plan Nacional de Salud y en la Reforma Educativa, definiendo a Enfermería como: *un servicio con proyección social que se realiza a diversos niveles de manera multi e interdisciplinariamente, tendiente a promover, mejorar y conservar las condiciones de salud de la comunidad a través de funciones específicas de integración, coordinación, instrumentalización, reintegración, investigación, docencia y administración.*<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup> *Ibidem*: p. 15.

Conceptualizando estas características de la siguiente manera:

- **"INTEGRACION:** son todas aquellas actividades que realiza el personal de Enfermería para enlazar el Sistema de Salud y la comunidad en la promoción, conservación y fomento de la salud, así como en el tratamiento y prevención de las enfermedades.
- **COORDINACION:** es el conjunto de acciones que Enfermería realiza para integrar los servicios del equipo de salud en la satisfacción de las necesidades del individuo.
- **INSTRUMENTALES:** son las actividades que se relacionan con los procedimientos que el personal de Enfermería realiza para desempeñar las funciones de atención del individuo y de la comunidad.
- **REINTEGRACION:** son las actividades encaminadas a facilitar la reincorporación del individuo a la comunidad, después de una estancia en el Sistema de Salud.
- **INVESTIGACION:** función encaminada a incrementar el acervo de conocimientos científicos de la Enfermería, para proporcionar un servicio de mejor calidad a la comunidad.

- **ADMINISTRACION:** son las acciones que el personal de Enfermería realiza para la organización, dirección y control de los servicios de Enfermería en el Sistema de Salud.

Por otra parte la educación de Enfermería se considera como un proceso dinámico y permanente encaminado al desarrollo armónico de las potencialidades del alumno que le permita desenvolverse como ciudadano y profesionalista, responsable ante si mismo y ante la comunidad. Con sólidas bases éticas, técnicas y científicas que lo conduzcan a actuar eficazmente como integrante del equipo de salud, en la atención del individuo y la comunidad en el Proceso Salud Enfermedad ".<sup>96</sup>

De acuerdo a este propósito el PAP del egresado del Plan de Estudios de 1975 se enfocaba a:

- Analizar la realidad nacional social, política y económica, como bases para identificar y relacionar los problemas de salud y, precisar el campo de acción de Enfermería en la solución de dicha problemática.
- Utilizar el método científico como eje central de toda la enseñanza.
- Diseñar la enseñanza para que el estudiante por si mismo, busque e integre conocimientos en el estudio de problemas concretos.

---

<sup>96</sup> Cfr. Ibidem: p. 19.



- Diseñar las áreas de enseñanza de tal forma que se considere al individuo tanto en el estado de salud como en el de enfermedad dentro de su ambiente social.
- Fomentar en el estudiante el deseo de continuar su desarrollo profesional hasta donde sus potencialidades se lo permitan.
- Orientar la enseñanza a la promoción de la salud del individuo en las diferentes etapas de su desarrollo, para aumentar la esperanza de vida.
- Considerar a la comunidad como un campo de acción del estudiante, y por lo tanto del egresado.
- Utilizar los servicios de salud para la atención de las necesidades principalmente de los grupos mayoritarios ( mujeres, niños: atención Perinatal ).
- Trabajar en forma coordinada con el equipo de salud multidisciplinario en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

En base a este PAP era evidente que la formación y el ejercicio profesional de Enfermería tomaba un nuevo giro al enfocar su práctica hacia la atención comunitaria. Priorizando las necesidades y demandas de atención de la población, para el fomento de la salud. Entendiendo con esto, la importancia que cobra desde entonces la práctica libre del LEO.

Con este nuevo PAP del egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se redefinieron las categorías y funciones concluyendo que de acuerdo a la

estructura política, social y económica del país, se requería de la formación de tres categorías: auxiliares de Enfermería, Enfermería a Nivel Técnico y Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

Así, se considera de esta forma al LEO como el nivel profesional universitario de Enfermería. Requiriendo bachillerato para su ingreso. Y las acciones a realizar serían encaminadas hacia aspectos *administrativos, docentes, de investigación y actividades del área materno infantil.*

#### **5.3.1.4. Mapa Curricular.**

##### **AREA I: El hombre y su ambiente.**

Dos semestres o períodos de formación general, aspectos biopsicosociales del ser humano en su medio ambiente. Los alumnos identificarían el papel del profesional de Enfermería en la comunidad. Materias que comprende el área Y:

1er. semestre: Anatomía y Fisiología, Ecología y Salud, Antropología Social, Método Científico y Proceso Atención de Enfermería, Estadística e Introducción a la Salud Pública.

2do. semestre: Nutrición Básica y Aplicada. Sociología, Ética, Etimologías Técnicas Médicas, Fundamentos de Enfermería y Psicología General.

## AREA II: Crecimiento y Desarrollo.

Un semestre que ubicaba el participar en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades del individuo en las diferentes etapas de su vida, logrando un crecimiento y desarrollo óptimo. Al final de esta etapa, el alumno sería capaz de funcionar como auxiliar de Enfermería pudiendo ingresar al mercado de trabajo ya que habría alcanzado la capacitación necesaria para atender bajo la supervisión del profesional de Enfermería. las actividades que se realizan en las instituciones sanitario asistenciales.

3er. semestre: Comunicación, Técnicas de la Enseñanza, Crecimiento y Desarrollo y Psicología Evolutiva.

## AREA III: Historia Natural de las Enfermedades.

Tres semestres enfocados hacia las patologías, el tratamiento y los cuidados de Enfermería, padecimientos propios de la infancia y salud mental comunitaria, su tratamiento y cuidados generales y específicos de Enfermería. Con esta área finalizaba su preparación a nivel técnico.

4to. semestre: Patología I y Dietoterapia.

5to. semestre: Patología II, Ética Profesional y Legislación y Principios de Administración.

6to. semestre: Patología III y IV y Administración en Instituciones de Salud.

AREA IV: Enfermería Avanzada.

Dos semestres que complementan la preparación del estudiante para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, con materias que lo capacitaban para realizar funciones de Obstetricia, Pediatría o Salud Mental Comunitaria. Así como su participación en: Programas de Planificación de la Salud, Administración en Servicios de Enfermería y Programas Educativos y de Investigación.

7o. semestre: Enfermería Avanzada, Administración en Servicios de Enfermería y Gineco-obstetricia I. Esta última materia aportaba los conocimientos necesarios para el control de la embarazada, atención del parto eutócico, puerperio fisiológico y cuidados al recién nacido, en instituciones de salud urbanas y en el medio rural.

8o. semestre: Sistemas de Enfermería, Tecnología Educativa, Seminario de Tesis y Gineco-obstetricia II. Esta última proporcionaba los conocimientos teórico-prácticos de la patología del aparato reproductor femenino y las alteraciones que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio.

### **5.3.1.5. La formación teórico-práctica en el área Perinatal contemplada en el Plan de Estudios de 1975.**

Con todo lo anterior podemos concluir, que el egresado contaba en su preparación teórico-práctica con un enfoque totalmente preventivo, congruente con las necesidades de salud del país en ese momento, ya que como analizamos anteriormente las principales causas de morbimortalidad estaban constituidas por padecimientos fáciles de controlar en un primer nivel de atención. Y, por otra parte que uno de los más grandes grupos demandantes de atención para la salud lo constituía el materno infantil, área en la cual el egresado de la licenciatura podía desenvolverse completamente dado que su formación a lo largo de su carrera le proporcionaba los conocimientos y las bases necesarias para la atención Perinatal, abarcando con esto la promoción, prevención y conservación de la salud.

Sin embargo, consideramos que existe una gran contradicción entre el PAP del egresado y las necesidades del mercado laboral en ese momento, puesto que, por un lado existía una saturación en la demanda de atención de los servicios de salud, principalmente el 2do. y 3er. nivel, secundario a la elevada migración de población de zonas rurales hacia la ciudad. Y por otro, no había oferta laboral por parte de las instituciones de primer nivel para los egresados.

Esta situación originó que las instituciones requirieran de un gran número de personal de Enfermería que ayudara a cubrir las necesidades asistenciales no importando el nivel académico con que contaran y ubicándolos única y exclusivamente en áreas hospitalarias. Entre tanto, las instituciones formadoras de profesionales de Enfermería, entre ellas la ENEO, contaban con un reducido número de egresados con nivel licenciatura lo que además originó que las instituciones iniciaran la capacitación de su propio personal de Enfermería en menor tiempo y a menor costo. Estas dos circunstancias, propiciaron que no existiera distinción alguna entre el nivel académico del personal que ingresaba a las instituciones, lo que lejos de motivar al LEO para ubicarse en otras áreas que no fueran asistenciales, como por ejemplo: el primer nivel de atención, el ejercicio libre, el área administrativa, de docencia o de investigación; lo obligaron a ubicarse en las instituciones de 2do. y 3er. nivel de atención. En donde contaban con un ingreso seguro y prestaciones laborales, que les permitiría enfrentar la situación económica del momento.

## **5.3.2 . El Plan de Estudios de 1991.**

### **5.3.2.1. Antecedentes.**

Al actual Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO de la UNAM, le anteceden la revisión y el análisis de una serie de situaciones que fué necesario contemplar para continuar cumpliendo con el principal objetivo de la Universidad y, por lo tanto, también de la ENEO: la formación de profesionales útiles a la sociedad.

En primer lugar, se realizó un análisis del contexto socio-económico que caracterizaba al país en ese momento, en donde se resaltó el hecho de que la economía nacional no permitía que el Estado brindara el presupuesto necesario para atender, de manera idónea, las necesidades de salud que presentaba la población, lo cual se reflejaba en una falta de calidad y cobertura en los servicios de salud nacionales. Además de esto, dado que México se encontraba dentro de los 157 países que se comprometieron a alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000", el Sistema Nacional de Salud se veía obligado a realizar una serie de modificaciones y de nuevos programas y a plantearse nuevos objetivos en los cuales debería predominar un enfoque evidentemente preventivo y que deberían ser encaminados a fomentar la participación de la comunidad en el autocuidado a la salud individual y colectiva; para lograr esto se

hacia necesaria la participación de profesionales de la salud dentro del primer nivel de atención que prestaran mayor atención al campo de la Salud Pública.

Se hizo además, una evaluación del Plan de Estudios vigente desde 1975 con la colaboración de alumnos, maestros y especialistas en pedagogía y se realizaron una serie de modificaciones con la intención de lograr la formación de egresados que fueran capaces y, además, acertados para enfrentar y colaborar en la solución de la problemática de salud vivida en el país, bajo la premisa de que una sociedad con individuos sanos contribuye a lograr la recuperación económica y social del mismo.

A esto se agregaba el hecho de que con el plan de estudios de 1975 existía una carga excesiva de trabajo durante los primeros semestres de la carrera lo que traía como consecuencia altos índices de reprobación entre la comunidad estudiantil, a lo cual se trato de dar solución mediante la modificación del mapa curricular de 1991.

#### **5.3.2.2. Justificación.**

A través de los estudios antecedentes que fueron llevados a cabo para la elaboración de este nuevo Plan de Estudios, se pudieron identificar una serie de elementos que sirvieron para justificar la necesidad de formar un profesional de



Enfermería que estuviera acorde con las necesidades de salud del país. Dentro de los argumentos que lo justificaron se encuentran los siguientes:

En el Plan de Estudios de 1991 se menciona que de acuerdo con el perfil demográfico con que contaba nuestro país en ese momento, se encontró que se estaba presentando un envejecimiento paulatino de la población, lo que hacía presuponer que el número de padecimientos y problemas de salud propios de ese grupo de edad tenderían a aumentar en los siguientes años, además, en base a estudios realizados por la Federación Mexicana para la Salud, se estimaba que dadas las tasas de natalidad y fecundidad pronto no podría darse atención prenatal institucional y menos aún profesional a un gran número de población.

Por otro lado, también menciona que dada la constante tendencia a la urbanización y a la creación de comunidades dispersas de menos de 2500 habitantes se hacía esperar que los problemas de salud característicos de las zonas marginadas con deficientes servicios básicos y saneamiento ambiental aumentarán rápidamente.

Se estimaba también, que la morbimortalidad materna e infantil podría disminuir en un alto porcentaje proporcionando atención de calidad en un primer nivel de atención, para lo cual tendría que darse gran importancia a la educación para la

salud. Esto implicaba mayor trabajo y mayor campo de acción en el área de salud comunitaria.

Se justificó la necesidad de personal de Enfermería profesional (nivel licenciatura) en los diferentes niveles de atención a fin de lograr que, al menos el 15 % del total del personal de Enfermería tuviera el nivel licenciatura para el año 2000.

Con esto no sólo se podría mejorar la calidad de atención y cobertura de los servicios de salud, sino que dado que el profesional de Enfermería estaría capacitado para laborar con enfoque de riesgo, se aprovecharían más y mejor los recursos humanos y materiales de los diferentes niveles de atención, participando así en el cumplimiento de las dos metas primordiales que el Sistema Nacional de Salud se planteó: 1º ampliar la cobertura de atención y 2º elevar la calidad de los servicios con la participación efectiva y organizada de la comunidad.

Para reforzar lo anterior, el plan de estudios establecía que el personal de Enfermería tendría la capacidad para desarrollar el ejercicio libre dentro del primer nivel de atención, con énfasis en la atención Materno Infantil.

Es por esta razón que la ENEO mantuvo su interés en la formación de recursos capacitados en la atención obstétrica, debido a que la problemática de salud materno infantil era una de las más importantes por resolver.

También se resalto el hecho de que Enfermería había resentido limitaciones funcionales debido a una falta de formación superior y especializada que la había ubicado en desventaja con las demás disciplinas del equipo de salud, por lo tanto, se hizo énfasis en la necesidad de impulsar con mayor decisión la educación superior de esta carrera para lograr revertir esta situación.

Es entonces que con base en los resultados obtenidos de este análisis y con interés por resolver cada uno de los factores identificados se reestructuro el Plan de Estudios de la licenciatura vigente desde 1975, con el propósito de crear un profesional idóneo para colaborar en la solución de la problemática de salud que en ese momento existía y que a su vez, hacía prever la problemática futura.

Ahora, a 6 años de la reestructuración e implantación del Plan de Estudios de 1991, podemos percatarnos de que la problemática de salud no ha cambiado su curso, que aún predomina la atención a la salud curativa sobre la preventiva, que aún las instituciones de 2do. y 3er. nivel de atención se encuentran saturadas de pacientes que no necesitan una atención tan especializada o en quienes se presentan complicaciones de procesos patológicos la mayoría de las veces

prevenibles, aún las enfermedades crónico-degenerativas y por malos hábitos continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad, aún la problemática materno infantil no se ha resuelto satisfactoriamente, aún el hambre y la pobreza siguen azotando a un gran número de personas y ahora podemos agregar un nuevo problema, la constante privatización de la atención médica.

Por todo esto es que surgen una serie de interrogantes como ¿se ha cumplido el objetivo con el cual se reestructuro el Plan de Estudios de 1975?, ¿verdaderamente los egresados de este nuevo plan tienen como parte de su formación una cultura preventiva? y de ser así, ¿pueden aplicarla al insertarse en las instituciones de salud?, ¿los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia han tenido impacto en la solución de la problemática de atención materno infantil?, ¿Por qué la UNAM continúa formando recursos de Enfermería con Nivel Técnico a pesar de la necesidad de impulsar la educación superior?, ¿qué ha hecho la ENEO al respecto?, ¿por qué si durante su formación los alumnos de la licenciatura tienen una práctica comunitaria importante al egresar no tienen oportunidad de laborar en esta área?, ¿por qué si las estrategias del Sistema Nacional de Salud están claramente definidas existen una gran diversidad de planes y programas de estudio para Enfermería?.

Consideramos que si bien hubo una reestructuración objetiva del Plan de Estudios de la licenciatura, la ideología de las instituciones educativas,

incluyendo a la ENEO; de las instituciones de salud, la mayoría de los egresados y la misma comunidad, aún no han podido introyectar el valor de Enfermería como una profesión con identidad propia y con un ejercicio profesional claramente delimitado.

Con esto queremos resaltar el hecho de que desde la creación de la licenciatura se ha pretendido formar profesionales que respondan a la problemática de salud vivida por el país, capaces de involucrarse no sólo en la atención institucionalizada, sino fomentando como eje primordial el ejercicio libre y, por lo tanto, con un enfoque prioritario en la atención primaria a la salud, en la cual fusione la calidad y el humanismo con el propósito de favorecer la integración del individuo y la familia.

De manera particular debemos resaltar la participación que este profesional debería tener en la atención materno infantil en donde, se supone, tiene mayor influencia y desarrollo profesional. Lamentablemente no existe el aprovechamiento de este recurso humano con una formación especializada lo cual se refleja en el poco o nulo impacto sobre la problemática de salud más grave en nuestro país, la salud Perinatal, situación realmente alarmante considerando que los dos planes de estudio del nivel licenciatura que ha tenido la ENEO, dedican gran parte de su estructura curricular y un mayor número de créditos a las materias del área obstétrica.

### **5.3.2.3. Perfil Académico Profesional.**

La UNAM menciona como uno de sus principales objetivos el formar profesionales capaces de contribuir a la solución de los principales problemas que aqueja a nuestro país mediante su participación activa y a través de una actitud crítica y objetiva.

El Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de 1991 señala que conforme los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica, "... los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a las grandes mayorías proponiendo e impulsando las transformaciones que deriven de una sociedad más sana, justa y democrática."<sup>97</sup>

Para cumplir adecuadamente con sus responsabilidades profesionales el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia señala que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia se caracteriza por su capacidad para:

- Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de Enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.

---

<sup>97</sup> ENEO - UNAM. Plan de Estudios de la ... p. 25.

- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso Salud-Enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con el Sector Salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.
- Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de Enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los tres niveles de atención; y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.
- Participar multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del Sector Salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodología simplificada, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.
- Aplicar los métodos clínico y epidemiológico con enfoque social para conocer y delimitar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del

individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos; así mismo diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento del nivel de salud y de bienestar.

- Aplicar acciones preventivo-terapéuticas de Enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en un criterio anticipatorio al daño potencial a la salud en función de revertir o limitar la evolución de los procesos patológicos en el ámbito hospitalario, comunitario y de asistencia social.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementan el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.
- Sistematizar el estudio clínico integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración orgánico-funcional, durante las diversas etapas de la vida.
- Elaborar juicios críticos que permitan la toma de decisiones acerca de la atención específica de Enfermería que debe proporcionarse al paciente para



contribuir con las cuatro ramas troncales de la medicina y las diversas especialidades, en los procesos hospitalarios de restablecimiento de la salud.

- Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo Perinatal, considerando los métodos clínico y epidemiológico para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.\*
- Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de Enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de salud.
- Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad a fin de proponer alternativas de Enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud.
- Aplicar los conocimientos de docencia participando en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos.

---

\* El subrayado es nuestro.

- Distinguir los aspectos legales relacionados con la práctica de Enfermería, tanto en las instituciones como en al ejercicio libre de la profesión.
- Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos.
- Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional.

Tenemos entonces que, en teoría, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia es un profesional con una formación universitaria completa e integral, con funciones perfectamente bien definidas, capaz de formar parte del equipo de salud e interactuar con los diferentes profesionales que lo integran, contribuyendo en la solución de la problemática de salud en nuestro país.

Es un profesional que tiene un gran campo de acción ya que puede desempeñar funciones administrativas, técnicas, docentes y de investigación en las diferentes áreas relacionadas con la salud, dentro de las instituciones hospitalarias, así como también de manera independiente mediante el ejercicio libre de su profesión.

El hecho de conocer el desarrollo histórico de la atención a la salud en México y el papel que ha jugado Enfermería dentro de este, le dan bases suficientes para entender el ejercicio de la Enfermería en la actualidad, y a la vez, le da la oportunidad de mantener y mejorar las condiciones de su desarrollo profesional; además, puesto que conoce la problemática de salud del país y los factores que la condicionan puede tener una condición directa y activa en el cumplimiento y evaluación de los programas y estrategias nacionales y locales que se han diseñado para proporcionar soluciones, así mismo, puesto que su formación tiene un enfoque eminentemente preventivo y orientado hacia la valoración del riesgo, su desempeño primordial en el primer nivel de atención tiene impacto en el mejor aprovechamiento de recursos humanos y técnicos para la atención a la salud y, por lo tanto, en la disminución de la morbimortalidad general, a través de acciones preventivas y de educación para la salud individual y colectiva, lo cual quiere decir que es el primer contacto entre la población y los servicios de salud.

Es aquí, donde de manera específica, destaca su capacidad para brindar atención Perinatal de bajo riesgo, no sólo dentro de las instituciones asistenciales, sino también de manera libre, lo cual es una valiosa alternativa para dar solución al principal problema de salud de nuestro país: la atención materno infantil; contribuyendo así a mejorar el nivel de vida de nuestra población, recuperando de alguna manera lo que alguna vez le perteneció a este gremio con el reconocimiento social que esto implica y por lo que ya bastante ha

pugnado Enfermería, además, para que una profesión alcance su máximo desarrollo es necesario que logre su autonomía y para ello es indispensable el ejercicio libre de la misma.

Esta participación preferente dentro del primer nivel de atención, no disminuye su capacidad para participar dentro de las instituciones de 2do. y 3er. nivel de atención con acciones específicas de Enfermería dependientes, interdependientes e independientes con el fin de colaborar con el restablecimiento de la salud.

Para realizar todas estas actividades el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene pleno conocimiento de todos los aspectos legales relacionados con su práctica, así como también adquiere valores éticos y sentido humano para lograr el desarrollo de su profesión con mayor éxito.

Por último, el egresado de la licenciatura es capaz de formar y actualizar recursos humanos tanto de su profesión como de otras áreas y de llevar a cabo investigaciones de Enfermería con lo cual logra acrecentar y hacer valida la práctica de su profesión buscando beneficios a futuro para la misma.

Sin embargo, pese a todo lo anterior, la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia no a alcanzado el nivel de desarrollo profesional que otras licenciaturas y son

muy pocos los egresados que ejercen de manera libre, y menos aún los que se dedican a la atención Perinatal. La realidad es que la gran mayoría, por razones diversas, aspira a ubicarse en los grandes centros hospitalarios y acaban siendo parte de un grupo de trabajadores que se integran a las diferentes rutinas y en vez de interactuar con otras profesiones terminan dependiendo de ellas perdiendo la capacidad crítica para la toma de decisiones con la que fue formado. Esta situación, en la mayoría de los casos, no depende de los egresados, sino del complejo sistema que el Estado ha utilizado desde hace tiempo al formar profesionales que posteriormente no tienen la oportunidad de desenvolverse de acuerdo a su profesión dentro del mercado de trabajo y a quienes se subutiliza en actividades técnicas para atender la gran cantidad de trabajo que resulta de la sobrecarga innecesaria de las instituciones de salud, sin tomar en cuenta que este profesional con el Perfil Académico Profesional con el que cuenta puede contribuir en gran manera en la solución de los problemas prioritarios de salud a un bajo costo, con un menor esfuerzo y con mayor calidad.

Consideramos que el Estado, a través de la UNAM y de la ENEO, forma recursos humanos de Enfermería con un Perfil Académico Profesional acorde a las necesidades actuales de salud, pero que al insertarse en el mercado de trabajo, el mismo Estado le impide desarrollar satisfactoriamente sus potencialidades, desaprovechando un recurso humano que le costo tiempo, dinero y esfuerzo preparar.

#### **5.3.2.4. Mapa Curricular.**

El Plan de Estudios se encuentra organizado por áreas de conocimiento, cuyo propósito fundamental es la integración y el facilitar el aprendizaje de los contenidos. Las áreas que lo integran son: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas y Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana.

AREA I: Enfermería y Salud en México contiene las asignaturas de las disciplinas fundamentales las cuales proporcionan los conocimientos básicos del área de la salud en general y de la Enfermería en particular. Tiene como objeto de estudio al hombre de manera individual y colectiva en interacción con su ambiente considerando este último como determinante del proceso salud-enfermedad. Esta área abarca los tres primeros semestres.

AREA II: Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas incluyen las asignaturas que proporcionan los conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la práctica profesional.

El área Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas tiene como objeto de estudio la intervención de Enfermería en la conservación, fomento y restauración de la salud, considerando las características propias de

las diferentes etapas de la vida del ser humano, así como los riesgos a la salud y enfermedades de mayor prevalencia en ellas. Esta área abarca los siguientes tres semestres.

AREA III: Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana se enfoca a la participación del licenciado en los procesos preventivo-terapéuticos de la reproducción humana con un enfoque de riesgo y desde la perspectiva de la atención primaria Perinatal. En esta área el alumno, además, tiene la oportunidad de ampliar sus conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos de su interés a través, de los seminarios optativos. Esta área abarca los dos últimos semestres de la carrera.

#### **5.3.2.5. La formación teórico-práctica en el área Perinatal contemplada en el Plan de Estudios de 1991.**

La ENEO como formadora de recursos especializados en el área Obstétrica y Perinatal, tiene el compromiso de proporcionar a sus egresados los conocimientos y la capacitación necesarios para el ejercicio de su práctica profesional dentro de las instituciones de salud o de manera independiente.

Lo anterior, se pretende lograr a través del contenido curricular del Plan de Estudios en donde, son abordados los temas teóricos que confieren esos

conocimientos y, estipuladas el tipo y el tiempo de las prácticas necesarias para completar la formación.

Nuestro interés está en señalar aquellos contenidos teóricos y prácticos en los que se fundamenta la capacidad de los egresados de la licenciatura para el ejercicio de su profesión, y muy en particular del ejercicio libre.

Reconocemos por experiencia, la existencia de situaciones ajenas y circunstanciales que pudieren causar una formación heterogénea fuera de lo que significa la calidad generalizada de los egresados de la ENEO; entre estas podemos mencionar desde la conformidad o inconformidad con la carrera; la capacidad del profesorado; el hecho de abarcar o no todos los programas; el tiempo de práctica y el campo clínico donde ésta se realiza. Este trabajo no pretende analizar el contexto que rodea la exitosa formación del LEO, sino que parte de lo que teóricamente está establecido en los planes y programas de estudio que el alumno recibirá en las aulas y en los campos clínicos ó comunitarios para el desarrollo de su práctica Perinatal.

La estructura curricular de las asignaturas se divide en 3 áreas específicas. El Area I Enfermería y Salud en México comprende las materias de:



- Historia de la Enfermería en México el contenido de los hechos históricos de Enfermería en el marco de la atención a la salud en México, en particular de la atención obstétrica: ticitl, partera, enfermera partera y LEO, resultan elementos necesarios para que el egresado conceptualice su rol profesional y su ubicación en el equipo de salud, permitiéndole así identificar las situaciones que obstaculizan su pleno desarrollo dándole bases para resolverlas, participando en la transformación de su práctica profesional y delimitando su hacer en el área Perinatal.
- Atención a la Salud en México le permite tener conocimiento de las diferentes etapas del proceso salud-enfermedad y de la organización para la atención de la salud en nuestro país, así como del perfil epidemiológico del mismo en el área Perinatal, le facilita la aplicación del enfoque de riesgo y con ello le permite colaborar en el aprovechamiento de los servicios de salud y en la cobertura de la atención materno infantil y reproductiva.
- Socioantropología le ayuda a interpretar el proceso reproductivo como fenómeno social condicionado por una serie de circunstancias ambientales, económicas, culturales, políticas e ideológicas que requieren de una práctica de Enfermería profesional acorde con las características de nuestra población y con las necesidades de salud Perinatal de la misma.

- Metodología de la Investigación le debe permitir adquirir los conocimientos teórico-metodológicos para la realización de investigaciones que apoyen el crecimiento profesional y, por lo tanto, la autonomía de la licenciatura en el área Perinatal fomentando una actitud crítica y analítica en los egresados.
- Anatomía y Fisiología Humana I y II provee los conocimientos de anatomía y fisiología que sirven como base para entender los cambios normales y patológicos durante el proceso reproductivo.
- Ecología y Salud se logra conocer y entender la integración del ser humano en su ecosistema y la manera en que éste hecho influye en el proceso Salud-Enfermedad del individuo y la comunidad durante su etapa reproductiva.
- Psicología General sus conocimientos nos orientan a la comprensión de la personalidad humana ante su salud reproductiva.
- Fundamentos de Enfermería I y II proporciona los conocimientos teórico-prácticos para llevar a cabo las actividades técnicas encaminadas a realizar la valoración del estado de salud de la mujer durante el proceso reproductivo, así como del recién nacido y del niño sano hasta los 5 años de edad, de manera individual o auxiliando a otros miembros del equipo de salud, dentro de los tres diferentes niveles de atención.

- Farmacología al analizar los contenidos de ésta asignatura nos encontramos con la omisión del estudio de los fármacos en relación con su utilización ante el proceso reproductivo y sus diferentes etapas: embarazo, parto, puerperio, período de lactancia materna y, el uso de los mismos en el recién nacido y el niño. Por lo que consideramos que ésta materia no tiene un enfoque específico para el área Perinatal. Es importante señalar que estos conocimientos son adquiridos por el alumno en las materias de ginecoobstetricia y que esto se hace de manera muy general.
- Nutrición Básica y Aplicada permite identificar y conocer los requerimientos nutricionales de la pareja en etapa reproductiva, del recién nacido y del niño sano hasta los 5-años de edad. Así como los elementos teóricos para orientar a la población sobre los hábitos higiénico-nutricionales de acuerdo con sus posibilidades económicas y costumbres alimentarias.

El Area II Proceso Salud - Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas comprende las materias de:

- Proceso Salud - Enfermedad en el Niño se identifican los factores de riesgo que condicionan la morbimortalidad de la población infantil, así como de las patologías más frecuentes, su diagnóstico, su tratamiento y modo de prevención en los diferentes niveles de atención.

- Enfermería del Niño junto con los conocimientos de la asignatura anterior se delimitan las actividades generales y específicas de Enfermería que se pueden y deben realizar tanto en las instituciones de salud como en el ejercicio libre de la profesión, para conservar, restaurar y mejorar la salud infantil.
- Desarrollo de la Personalidad Infantil esta materia proporciona los elementos necesarios para conocer la personalidad del niño en sus diferentes etapas evolutivas, abarcando desde la etapa Perinatal hasta la edad escolar, vigilando su adecuado crecimiento y desarrollo.
- Didáctica en la Educación para la Salud apoya la formación integral del LEO permitiendo su participación en el área de docencia, por un lado formando nuevos recursos humanos para la atención Perinatal del LEO, y por otro, le es útil para promover la educación a la comunidad en cuanto a salud reproductiva.
- Proceso Salud - Enfermedad en el Adolescente, Adulto y Anciano I y II ; Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II estas asignaturas si bien tienen contenidos relacionados con el área Perinatal, no resultan relevantes para la formación Perinatal debido a que sus enfoques se dirigen hacia los procesos crónico-degenerativos.
- Administración General y Administración de Servicios de Enfermería se obtienen los elementos básicos para la planeación y organización de los

servicios de Enfermería para su aplicación tanto, en las instituciones como en el ejercicio libre de la profesión en las diferentes áreas de atención.

- Ética Profesional y Legislación sus conocimientos se retoman para hacerlos válidos en el área Perinatal. A través de esta materia los egresados conocen sus derechos y obligaciones como profesionales del área de la salud, incluyendo las leyes que avalan su ejercicio institucional y específicamente de su ejercicio libre.

Y por último, el Área III Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana.

- Obstetricia I y II constituyen la parte más importante para la formación dentro del área Perinatal, a través de ellas se logra integrar el marco de conocimientos básicos que le permiten proporcionar atención en las diferentes etapas del proceso reproductivo, particularmente, la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto, el puerperio de bajo riesgo y el recién nacido eutócico; así como también conocer las patologías que puedan complicar cada una de estas etapas, utilizando el enfoque de riesgo para identificar oportunamente las situaciones de mediano y alto riesgo, pudiendo precisar las acciones y procedimientos para su control y/o solución realizando de manera oportuna la referencia de los casos a instituciones de mayor nivel de atención.

- Docencia en Enfermería refuerza los conocimientos adquiridos en la materia de didáctica para la salud, ampliando los criterios para el análisis del proceso enseñanza-aprendizaje, la planeación y coordinación de Enfermería y las tendencias actuales en la formación de sus recursos humanos.

En cuanto a los seminarios optativos que se imparten en los dos últimos semestres de la carrera, mencionaremos que de 7 sólo 3 seminarios son los que consideramos útiles para la formación Perinatal del LEO. Estos son: Genética Humana, Investigación en Enfermería y Problemas Socio-Económicos de México.

## **6. MARCO JURIDICO - LEGAL QUE VALIDA EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

A lo largo de este trabajo se ha demostrado la capacidad del LEO para el ejercicio libre de su profesión y la importancia de su participación en la resolución de la problemática Perinatal en nuestro país. Sin embargo, a pesar de ello consideramos que uno de los factores que pudiesen estar limitando el ejercicio profesional de éste lo constituye el desconocimiento o la desinformación de la existencia de leyes que sustentan y avalan el hacer de las diferentes disciplinas relacionadas con la salud en las que queda incluida la Enfermería profesional.

Esto es alarmante, pues suponemos que durante su formación académica el LEO recibe la información necesaria sobre los aspectos ético-legales a los cuales está expuesto durante su hacer profesional, así como los derechos y las obligaciones a las cuales se hace acreedor con fundamento en las leyes mexicanas, pues la revisión de estos aspectos está considerada en el Plan de Estudios.

De manera específica, en lo que a atención Perinatal se refiere, a través de nuestra experiencia nos hemos percatado de que un gran número de Licenciados

en Enfermería y Obstetricia no ejerce de manera libre en esta área por que desconoce la existencia del marco jurídico que respalda sus actividades.

Al llevar a cabo el análisis de esta situación, nos parece realmente interesante que el egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia cuenta con el derecho que le confiere la Legislación Universitaria de un grado académico profesional que avala su denominación como profesión haciendo una clara distinción de los estudios técnicos de Enfermería pero que, sin embargo, es la misma Universidad quien por años ha propiciado una situación arbitraria al no respetar sus propios reglamentos en cuanto a estudios técnicos y profesionales se refiere, situación que ha afectado directamente a los recursos profesionales de Enfermería que forma.

## **6.1. Legislación Universitaria.**

### **6.1.1. Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales de la UNAM.**

" *Artículo 1.* Se consideran estudios técnicos y estudios profesionales en la UNAM los que se realizan después del bachillerato ...".<sup>98</sup> Esto significa que aún para los estudios de Nivel Técnico se requiere de alumnos que hallan cursado

---

<sup>98</sup> UNAM.Legislación Universitaria, normas fundamentales ... p. 147.



previamente el bachillerato, por eso es que el reglamento habla de técnicos profesionales y profesionales, ¿por qué entonces la UNAM consciente el ingreso de estudiantes con estudios de secundaria para la carrera de Enfermería?. Cabe aclarar entonces, que en el caso de Enfermería, la UNAM forma técnicos auxiliares y no técnicos profesionales lo que entorpece aún más la situación de esta profesión.

Por otra parte, los alumnos que ingresan a la carrera de Enfermería a nivel licenciatura cuentan con el bachillerato, al igual que los que ingresan a Derecho, Química, Medicina, Biología, Ingeniería, etc. quienes a su egreso son considerados como profesionales con derecho de ejercer su profesión de manera libre y quienes gozan del reconocimiento de las instituciones empleadoras, en tanto que el profesional de Enfermería aún esta considerado en la Lista General de Oficios de la Ley Federal del Trabajo. Entonces, de acuerdo con la Legislación Universitaria la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia es una profesión no un oficio.

" *Artículo 2.* El propósito de los estudios técnicos y el de los profesionales es enriquecer y hacer aplicables los conocimientos adquiridos en los niveles de estudio anteriores; dar al estudiante formación ética y cultural y capacitarlo científica y técnicamente dentro del campo de estudios correspondientes, con el fin de que, como técnico, profesional, profesor o investigador pueda prestar

servicios útiles a la sociedad.”<sup>99</sup> La formación universitaria del LEO le permite cumplir su propósito como profesional al utilizar sus conocimientos y experiencia en beneficio de su sociedad, ya que teóricamente estará mejor preparado y tendrá mayor capacidad profesional que los recursos formados en el nivel técnico.

“Artículo 3. A quienes completen una carrera de las que se imparten a nivel técnico o profesional la UNAM otorgará... a) Diploma de técnico b) Título profesional.”<sup>100</sup>

Es este artículo el que muestra la incongruencia que desde hace años se viene presentando entre lo estipulado en los reglamentos universitarios y la realidad vivida en las instituciones universitarias encargadas de formar recursos de Enfermería (incluyendo a la ENEO) en donde aún continúan expidiéndose títulos profesionales a los egresados de Nivel Técnico y Nivel Licenciatura por igual. Pero también nos muestra que el LEO al contar con un título profesional tiene el derecho de solicitar una cédula profesional la que, como en cualquier otra licenciatura, respalda el ejercicio libre de su profesión y valida su grado académico.

---

<sup>99</sup> Ibidem; p. 147.

<sup>100</sup> Ibidem; p. 147.

"*Artículo 4.* Se otorgará diploma de técnico a quienes hayan cubierto entre 80 y 250 créditos después del bachillerato ...

*Artículo 5.* Se otorgará título profesional a quienes hayan cubierto de 300 a 450 créditos después del bachillerato ... El título profesional implica el grado académico de licenciatura." <sup>101</sup> La legislación universitaria continua estableciendo la diferencia entre la formación de los recursos de Enfermería a nivel técnico y licenciatura cuya no observancia constituye uno de los principales factores que afectan el desarrollo de la Enfermería profesional y, por lo tanto, su impacto social.

Podemos concluir entonces que el egresado de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia cumple con los requisitos para considerarse un profesional capacitado científica y técnicamente para ejercer y desarrollarse dentro de su área de formación y que, pese al incumplimiento de la reglamentación para el otorgamiento de títulos profesionales, el ejercicio de la Enfermería en el nivel técnico auxiliar pese a que la UNAM le otorga un título profesional su formación académica no garantiza su ejercicio libre mucho menos en el área Perinatal donde se requieren recursos calificados y con una formación integral para brindar atención de Enfermería que garantice el mejoramiento de la salud materno infantil. Este es otro aspecto que favorece el ejercicio libre en el área Perinatal del LEO que tal vez no ha sido considerado por estos profesionales y que sin embargo es clave para contribuir en la profesionalización de la

---

<sup>101</sup> Ibidem; p. 147.

Enfermería considerando que una profesión se solidifica gracias a la práctica libre y autónoma de sus integrantes. En suma, es la Legislación Universitaria la primera ley que a través de sus artículos avala el ejercicio libre del LEO.

Además de la Legislación Universitaria existen una serie de leyes e instancias gubernamentales encargadas de regular el ejercicio de las profesiones. En ellas podemos encontrar que la reglamentación para el ejercicio libre del LEO se encuentra claramente establecida aún cuando no se reconozca la profesión como tal.

## **6.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

La Carta Magna de nuestro país establece lo siguiente en relación con el ejercicio de las profesiones en el artículo 5º constitucional: " A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode siendo lícitos ...".<sup>102</sup> El contenido de este artículo nos hace reflexionar en el hecho de que el LEO cuenta con un título y una cédula profesional que oficialmente hacen lícito el ejercicio libre o institucional de su profesión, por lo tanto, si es de su interés proporcionar al público los servicios de atención Perinatal para los cuales fue capacitado legalmente no hay nada que se lo impida. Nuevamente, si tomamos en cuenta que - por la razón que sea -

---

<sup>102</sup> Constitución Política de los ... p. 34.

el Nivel Técnico recibe título y la Dirección General de Profesiones (DGP) le otorga una cédula profesional esto también hace lícito que este personal pueda dedicarse a "su profesión" y nos preguntamos ¿ esta validación oficial es acorde con el nivel de preparación para ejercer libremente en cualquier área ?.

### **6.3. Ley de Profesiones.**

La Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el D.F. menciona en su artículo segundo transitorio que: " ... las profesiones que en sus diversas ramas necesitan título para su ejercicio, son las siguientes ... Enfermera, Enfermera y partera ..." <sup>103</sup> Cabe señalar que este planteamiento considera a la Enfermera y a la Enfermera y partera desde 1945 en que es publicado. Hoy, a 52 años, la categoría de Enfermera y partera ya es obsoleta y se agrega un nivel no existente entonces, el del LEO, que no aparece en la Ley General de Profesiones pese a que surge hace casi 30 años.

Suponiendo que la DGP agregara al LEO dentro de la lista de profesiones, esto no bastaría, pues tendría que definir claramente su perfil y funciones. En 1994, la DGP lanzó una convocatoria para presentar propuestas a efecto de actualizar la legislación en materia de ejercicio profesional, cuyo objetivo sería el de promover la superación de dicho ejercicio para asegurar la excelencia y calidad de las

---

<sup>103</sup> Ley General de ... p. 8.

actividades profesionales. Las propuestas deberían formularse de acuerdo a ciertos criterios básicos entre los que se encontraban los siguientes:

- Elevar la calidad del ejercicio profesional.
- Alentar la actualización de los conocimientos de la profesión o ejercicio...
- Asumir responsablemente los compromisos de nuestro país en los tratados internacionales.
- Cuidar el equilibrio entre los derechos de los profesionales por un lado, y los intereses de la sociedad por el otro...
- Disuadir con mayor rigor y eficacia las conductas infractoras de los profesionales en ejercicio y los derechos de los usuarios del servicio profesional, mediante la delimitación de los campos de responsabilidad profesional...

Esta era una oportunidad muy grande para el cumplimiento de las demandas de Enfermería, sin embargo desconocemos si hubo respuesta de parte de los profesionales de Enfermería a dicha convocatoria.

En ese mismo año el Colegio Nacional de Enfermeras (CNE) presentó a la Cámara de Diputados un REGLAMENTO DE ENFERMERIA EN MATERIA DE LA FORMACION Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL en el cual se subrayaba que en la Ley General de Profesiones se determina que Enfermería requiere título y

cédula profesional para su ejercicio, previo cumplimiento de los requisitos académicos y, sin embargo, en el campo laboral se le incluye en la Lista General de Oficios, situación que, hasta la fecha, propicia confusión en los salarios que se asignan, en la contratación y en las funciones que desempeña y en la formación académica de este personal. Los trámites para la aceptación del proyecto se vieron interrumpidos por problemas originados por el cambio de sexenio, sin embargo, el CNE se encargó de redactar de nuevo el documento y en la actualidad éste se encuentra en la misma Cámara para su aprobación

Ahora bien, sabemos que la DGP ha preparado una propuesta de Ley para actualizar la vigente desde 1945. En este proyecto se establece que en el caso de Enfermería sólo dará cédula profesional a los profesionales con licenciatura. Esto nos hace suponer que entonces sólo tendrán título profesional los Licenciados en Enfermería puesto que el requisito para obtener una cédula es la existencia de un título.

Si esto resulta aprobado, consideramos que con más razón se justifica la necesidad de que desde las propias instituciones educativas (especialmente la ENEO), se definan las competencias profesionales de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, a fin de desempeñar libre e institucionalmente una práctica profesional regulada oficialmente a través de la cédula profesional.

Nos preguntamos entonces, que pasará con el Nivel Técnico cuyo número es inmensamente mayoritario y cuya práctica está tan cerca del paciente, si no tiene cédula ¿cómo se regularía profesional y jurídicamente su ejercicio?. Es urgente encontrar alternativas de solución para que este recurso de Enfermería también defina su situación. Lo más coherente sería que se unificará el nivel académico de las enfermeras por lo menos en dos niveles: el técnico profesional de Enfermería y el Licenciado en Enfermería, que oficialmente son los niveles académicos establecidos por la UNAM. Consideramos que sólo entonces se lograrán delimitar las condiciones de contratación, los salarios y las funciones de ambos recursos.

La misma Ley, en su artículo 3º menciona que " Toda persona a quien legalmente se le halla expedido título profesional o grado académico equivalente, podrá obtener cédula de ejercicio con efectos de patente, previo registro de dicho título o grado." <sup>104</sup> El LEO al obtener su título profesional tiene el derecho y la obligación de obtener su cédula de ejercicio para el desempeño de sus funciones. El personal de Enfermería del nivel técnico también cuenta con un título otorgado por la UNAM, por lo tanto la DGP le otorga una cédula profesional, ¿acaso esta última como máxima autoridad en materia de profesiones no podría tener acuerdos con las instituciones de nivel superior a fin de formar y aprovechar los recursos idóneos para las necesidades sociales?. Tal vez aquí es donde juega un papel muy importante la intervención de los Colegios

---

<sup>104</sup> Ibidem: p. 9.



y las Asociaciones de Enfermería con el fin de modificar estas situaciones tan perjudiciales para la profesionalización de la misma y que se están repitiendo desde hace ya tanto tiempo.

En relación con el ejercicio profesional señalado en el Capítulo V de esta Ley, los siguientes artículos mencionan que:

*Artículo 24.* " Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios placas, insignias o de cualquier otro modo..." <sup>105</sup>

El LEO se encuentra capacitado para proporcionar atención Perinatal de bajo riesgo, por lo tanto, además de ejercer libremente lo anterior puede y debe ejercer la atención Perinatal a través del control del embarazo, la atención del parto, la atención del recién nacido y del niño sano, la planificación familiar, etc., actividades propias de su profesión. Cuenta además con un título y una cédula profesional que le permite ostentar su carácter profesional del modo que el lo desee.

---

<sup>105</sup> Ibidem; p. 21.

*Artículo 25.* " Para ejercer en el Distrito Federal cualquiera de las profesiones se requiere:

- I. Estar en pleno goce y ejercicio de los derechos civiles.
- II. Poseer títulos legalmente expedidos y debidamente registrados, y
- III. Obtener de la Dirección General de Profesiones patente de ejercicio."<sup>106</sup>

El egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM cuenta con un título que le hace acreedor a una cédula, lo que a su vez le otorga el derecho de ejercer su profesión de manera libre. Nuevamente nos preguntamos ¿qué pasa entonces con el personal de Enfermería de Nivel Técnico a quien la UNAM también otorga un título profesional?.

*Artículo 33.* " El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como el desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran al profesionista, se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos..."<sup>107</sup>

La formación en el área Perinatal del LEO, basada en el enfoque de riesgo, a diferencia del Nivel Técnico quien tiene funciones específicas y que en su mayoría son dependientes, le permite poner en práctica sus conocimientos

---

<sup>106</sup> *Ibidem*: p. 21.

<sup>107</sup> *Ibidem*: p. 23.

aprovechando al máximo los recursos técnicos con los que cuenta, pudiendo actuar en los casos de urgencia.

*Artículo 40.* " Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas; pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual."<sup>108</sup>

Los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tienen el respaldo legal para asociarse con el objeto de proporcionar atención Perinatal de bajo riesgo. Esta es una de las mejores posibilidades que tiene el LEO para desempeñarse como profesional autónomo gozando de la retribución de su trabajo, y sobre todo, para sustentar su hacer profesional.

En suma, aunque de acuerdo con la Ley General de Profesiones los Licenciados en Enfermería y Obstetricia cuentan con el carácter de profesionales capaces de ejercer libremente las actividades para las que fueron capacitados cuidando de no incurrir en alguno de los ilícitos citados, aún no está considerada específicamente la figura de este profesional de la Enfermería. Consideramos que aún falta mucho por hacer para regular la situación profesional entre los diferentes niveles de formación de los recursos humanos de Enfermería, no sólo en la UNAM, sino en el territorio nacional. Los Colegios y Asociaciones profesionales de Enfermería también juegan un papel primordial en la resolución

---

<sup>108</sup> Ibíd.; p. 25.

de esta situación y han trabajado al respecto desde hace tiempo ¿qué es entonces lo que impide que esta situación sea resuelta? ¿cuánto tiempo más tiene que pasar para lograr solucionarla? ¿hasta cuándo la DGP incluirá el nivel licenciatura para Enfermería? ¿por cuánto tiempo más Enfermería seguirá considerada dentro de la Lista General de Oficios? ¿por qué sus integrantes no gozan del reconocimiento social que tienen los de cualquier otra profesión?

Nuevamente la respuesta a estas interrogantes se encuentra en los sucesos y situaciones coyunturales que ha vivido Enfermería a lo largo de su historia, pero consideramos que estamos a tiempo de comenzar a crear una historia diferente para la Enfermería moderna y que uno de los primeros cambios requeridos es hacer valer la reglamentación para la formación y el ejercicio profesional de estos recursos para la salud desde el interior de la misma profesión.

#### **6.4. Ley Federal del Trabajo.**

La Ley Federal del Trabajo contempla dentro de la Lista de Oficios y Trabajos Especiales a la enfermera con título y al auxiliar práctico de Enfermería describiendo y definiendo a cada uno de estos "profesionales" y designando el salario mínimo correspondiente.

"ENFERMERO (A) CON TITULO. Es el trabajador que dispensa cuidados profesionales a enfermos; supervisa personal de enfermería y auxilia médicos en hospitales, clínicas, laboratorios u otros establecimientos de salud. Recibe pacientes, revisa y formula expedientes clínicos, ordena o administra medicamentos, toma signos vitales, inyecta, aplica oxígeno, prepara pacientes para operaciones, ayuda en el quirófano y atiende en la convalecencia. Asiste en partos, supervisa la cuna y vigila la correcta administración de medicinas y alimentos a los niños." Supervisa la sala y distribuye el trabajo entre auxiliares de enfermería. Generalmente es jefe de enfermeros (as) auxiliares."

AUXILIAR PRACTICO DE ENFERMERIA. Dice exactamente lo mismo enfocado a cuidados simples, y agrega "... Desempeña su trabajo bajo vigilancia de un médico o enfermera titulada."<sup>109</sup>

Consideramos que al no estar el LEO contemplado en la Ley Federal del Trabajo es ubicado en el rubro de ENFERMERA CON TITULO dentro de la Lista de Oficios y Trabajos Especiales junto con el oficial de albañilería, el cantinero o preparador de bebidas, el cocinero en restaurantes y fondas, el oficial en fabricación y reparación de colchones, el costurero, el chofer, el fogonero, el gasolinero, el manejador de gallinero, el peinador (a) y manicurista, pintor, plomero, repostero o pastelero, recepcionista en general, recamarero (a),

---

\* El subrayado es nuestro.

<sup>109</sup> Ley Federal del ... pp. 596-597.

carnicero, vaquero ordeñador, velador y zapatero entre otros.<sup>110</sup> Quedando por lógica, sus actividades entre las señaladas: "Asiste en partos, supervisa la cuna y vigila la correcta administración de medicinas y alimentos a los niños..." Entonces cómo esperar que el egresado pueda alcanzar los propósitos que señala la ENEO (por ejemplo) en el PAP en el sentido de que el LEO está capacitado para "Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo Perinatal, considerando los métodos clínico y epidemiológico para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión."<sup>111</sup>

Cabe aclarar que nos referimos únicamente a los contenidos de la atención Perinatal pero que, consideramos, difícilmente pueden ser alcanzados otros contenidos señalados en el PAP.

No es congruente y resulta patético que una profesión con 30 años de existencia que ofrece una carrera universitaria con 424 créditos académicos se incluya en la lista de oficios que no requieren preparación académica formal.

Con este planteamiento nunca sería posible el ejercicio libre del LEO en ninguna de las áreas de la salud y mucho menos en el área Perinatal pues lejos de "asistir en partos y cuidar cunas" cuenta con una preparación que garantiza su

---

<sup>110</sup> Cfr. Ley Federal del ... pp. 578-630.

<sup>111</sup> Plan de Estudios de la ... p. 26.

capacidad para la atención del embarazo, del parto y del recién nacido de bajo riesgo y la detección y referencia oportuna del mediano y alto riesgo, funciones que evidentemente deben quedar legitimados más allá de los límites meramente académicos.

La realidad es que a través de este trabajo ha quedado demostrado que el LEO puede realizar actividades, no sólo dependientes, sino interdependientes e independientes dentro del área Perinatal y que a pesar de ello no cuenta con el reconocimiento oficial que le otorga su carácter de profesionista. No es posible que se continúe tolerando esta situación. Consideramos que ya es tiempo de hechar mano de las situaciones coyunturales del presente, tales como los acuerdos internacionales sobre prestación transfronteriza de servicios (el TLCAN, entre otros) para cambiar la historia de la Enfermería nacional, esta vez a su favor.

### **6.5. Ley General de Salud.**

La Ley General de Salud constituye el máximo estatuto en lo referente a: los servicios de salud que deberán proporcionar las instituciones y los profesionales, y el derecho que tienen los ciudadanos a la salud y al bienestar.

El ejercicio del LEO se ve incluido en las disposiciones de este documento al respaldar sus actividades como profesional de la salud con derecho al ejercicio de su profesión.

#### Título Primero. Disposiciones Generales.

##### Capítulo Único.

*Artículo 1.* " La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud ... Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social."<sup>112</sup> La Ley establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo tanto tiene derecho a recibir de los prestadores de salud una atención que garantice su eficacia y eficiencia. Las autoridades en materia de formación (UNAM) y de ejercicio profesional (DGP) deberán responsabilizarse de otorgar título y cédula profesional a aquellos que realmente oferten un servicio altamente calificado.

*Artículo 2.*" El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

---

<sup>112</sup> Ley General de ... p. 1.



- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud."<sup>113</sup>

Consideramos que uno de los aspectos más importantes para la protección de la salud del individuo y la familia es la atención de ésta durante el proceso reproductivo. La formación profesional en el área Perinatal del LEO le otorga bases para contribuir a operacionalizar el derecho a la salud y al óptimo desarrollo de las capacidades del ser humano. Además tiene un amplio potencial y un vasto campo para la investigación pudiendo hacer uso de su experiencia dada su mayor permanencia y contacto con los usuarios de los servicios para proponer soluciones reales y eficaces.

---

<sup>113</sup> Ibidem: p. 1.

**Artículo 3.** " En los términos de esta ley, es materia de salubridad general: ...

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

IV. La atención materno infantil;

V. La planificación familiar;

VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

XI. La educación para la salud;

XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles; ..."114

Las actividades de atención Perinatal para las cuales el LEO esta capacitado, son coherentes con lo estipulado en la Ley General de Salud. Estas actividades están encaminadas al beneficio de uno de los grupos más vulnerables: el materno infantil; a través de su participación en la asistencia social, la atención médica, la docencia y la investigación. Este profesional no sólo colabora en el cumplimiento de los lineamientos de atención para la salud, sino que deberá consolidar su práctica mediante el ejercicio libre de su profesión.

Título Segundo. Sistema Nacional de Salud.

Capítulo I Disposiciones Comunes

**Artículo 5.** "El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud,

---

<sup>114</sup> Ibidem: p. 2.

así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud."<sup>115</sup>

El LEO como persona física que presta sus servicios de salud en el sector social o privado, a través de su ejercicio libre o institucional, forma parte del Sistema Nacional de Salud adquiriendo la responsabilidad de colaborar para el cumplimiento de las metas y objetivos de este. Su formación para la prevención y la utilización del enfoque de riesgo lo convierte en un elemento clave para la resolución de la problemática de salud Perinatal en nuestro país que, sin embargo, no ha sido considerado como tal por las autoridades sanitarias.

*Artículo 6.* " El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas..."<sup>116</sup>

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrenta una crisis causada por la saturación de los servicios de salud de 2do. y 3er. nivel de atención y el desequilibrio entre los recursos humanos para la atención en todas las áreas, situación que no le permite cumplir uno de sus objetivos primordiales. El área de

---

<sup>115</sup> *Ibidem*; p. 3.

<sup>116</sup> *Ibidem*; p. 3.

atención materno infantil no es la excepción, pero si uno de los grupos más afectados. La formación Perinatal con enfoque de riesgo del LEO le permite desarrollar su capacidad en el primer nivel de atención para el manejo del bajo riesgo y la referencia oportuna del mediano y alto riesgo. La consciente utilización de este profesional permitiría descongestionar los grandes centros de atención a la salud en donde la demanda hace deficiente la calidad de la misma y, por lo tanto, la prevención del daño.

El mismo artículo sigue señalando como objetivos del SNS: contribuir al desarrollo demográfico armónico del país; colaborar al bienestar social de la población mediante la asistencia social; dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez; la administración y el desarrollo racional de los recursos humanos para mejorar la salud; entre otros.<sup>117</sup> Si analizamos cada uno de estos objetivos, la participación del LEO tiene cabida en todos y cada uno de ellos, y su intervención contribuiría al cumplimiento exitoso de los mismos.

*Artículo 7.* " La coordinación del Sistema Nacional de salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

---

<sup>117</sup> Cfr. Ibidem; p. 3.

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades de salud del SNS."<sup>118</sup>

La Secretaría de Salud es el organismo que conoce cuales son las prioridades de salud en el país. La presente Ley ha demostrado que la atención de calidad a grupos vulnerables como el materno infantil es un objetivo prioritario para el SNS. Siendo la Secretaría de Salud la encargada de coordinar la formación y capacitación de recursos humanos que respondan a las necesidades de salud reales, ¿por qué no se ha dado solución a la situación profesional y laboral del LEO egresado de la UNAM?, es decir, si la Secretaría de Salud conoce de la formación de un profesional que responde de manera idónea a la problemática de cobertura y atención a la salud materno infantil, por qué entonces no lo apoya cuando este se inserta dentro de las instituciones de salud y permite que se le ubique en la categoría de auxiliar de Enfermería y en servicios como la CEYE, vacunas, etc. para los cuales sí está capacitado, pero suele ser subutilizado. O, por qué ni siquiera aparece en su plantilla de personal un rubro para los recursos de Enfermería con nivel licenciatura. Se apoya a los recursos médicos para extender la cobertura de atención al resto del país - a quienes no siempre les interesa - pero en cambio, poco es el apoyo que se da a Enfermería, quien ha demostrado en más de una ocasión tener capacidad resolutive en las diferentes áreas. Ahora bien, esta situación se da cuando el egresado de la LEO se inserta dentro del SNS a través de alguna institución del Sector Salud, pero esto no

---

<sup>118</sup> Ibidem; p. 4.

quiere decir que de igual manera suceda con el ejercicio libre del mismo, tal vez si se comenzara de afuera hacia dentro, es decir, si se apoyara el interés por el ejercicio libre de los LEO en el área Perinatal por los Colegios, las Universidades formadoras, la Secretaría de Salud y las diversas instancias encargadas del bienestar de las mujeres, los niños y la familia, la situación institucional de estos profesionistas cambiaría mucho más rápido de lo que en la actualidad esperamos, por que se verían resultados asombrosos que beneficiarían la calidad de vida de nuestra población.

Título Tercero., Prestación de los Servicios de Salud.

Capítulo I Disposiciones Comunes.

*Artículo 23.* " Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover, y restaurar la salud de la persona y de la colectividad."<sup>119</sup> El ejercicio profesional del LEO se basa en el mantenimiento, la prevención, la protección y la recuperación de la salud, con especial capacidad en el área Perinatal, buscando el bienestar de las mujeres, los niños y la familia. Por ésta razón, podemos considerar que el LEO proporciona servicios de salud conforme a lo establecido por la ley.

*Artículo 25.* " Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud,

---

<sup>119</sup> Ibidem: p. 8.

preferentemente a los grupos vulnerables." <sup>120</sup> Indudablemente la atención a los grupos vulnerables, entre ellos el materno infantil, es una de las prioridades del Sistema Nacional de Salud y aunque en la actualidad aún es muy reducido el número de Licenciados en Enfermería y Obstetricia la calidad de atención Perinatal que brindan puede garantizar la extensión cualitativa de los servicios de salud.

*Artículo 27.* " Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

IV. La atención materno infantil;

V. La planificación familiar; ... <sup>121</sup>

La práctica profesional del LEO garantiza que se lleve a cabo el cumplimiento del derecho a la salud en estas dos importantes áreas de la atención Perinatal.

Capítulo II Atención Médica.

*Artículo 32.* " Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud."<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> *ibidem*; p. 8.

<sup>121</sup> *ibidem*; pp. 8, 9.

<sup>122</sup> *ibidem*; p. 9.

A través de su práctica profesional el LEO participa en cada una de las etapas de atención a la salud mencionadas por este artículo y esta capacitado para realizarlo de manera efectiva con los casos de bajo riesgo dentro del área Perinatal.

*Artículo 33.* " Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales."<sup>123</sup>

La formación del LEO, con base en la detección y referencia oportuna de los casos de mediano y alto riesgo, le permite llevar a cabo las actividades de atención médica necesarias para la protección y el mejoramiento de la salud Perinatal, es entonces el ejercicio profesional del LEO en esta área lo que hace la diferencia con el Nivel Técnico, pues si bien la UNAM (contrario a lo establecido en su legislación) les proporciona un título profesional a ambos niveles, lo que les da derecho a ambos de adquirir una cédula profesional, la formación del Nivel Técnico no le permite el ejercicio libre específicamente en el área Perinatal.

---

<sup>123</sup> Ibidem: p. 9.



## Capítulo V Atención Materno Infantil.

**Artículo 61.** " La atención materno infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio ;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar."<sup>124</sup>

El PAP del LEO egresado de la ENEO-UNAM menciona que éste está capacitado para "proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo Perinatal...",<sup>125</sup> es decir, tiene los suficientes conocimientos para atender el embarazo, el parto y el puerperio de bajo riesgo tanto en las instituciones de salud como en el ejercicio libre de su profesión. Su formación también lo capacita para la vigilancia y el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano hasta los cinco años de edad, así como para proporcionar atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad ubicando sus acciones hacia la protección primaria a la salud. Por lo tanto, la práctica Perinatal del LEO no es ajena a las prioridades de salud mencionadas por las autoridades y reglamentos sanitarios, sino que su participación activa contribuye al cumplimiento de las metas y objetivos de las mismas. Además con lo mencionado por los artículos analizados hasta el momento, queda demostrado que al llevar a cabo su práctica

---

<sup>124</sup> *Ibidem*; p. 13.

<sup>125</sup> Plan de Estudios de la ... p. 26.

libre dentro del área Perinatal el LEO no incurre en ningún ilícito que la ley sancione.

#### Capitulo VI Planificación Familiar.

*Artículo 67.* " La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja."<sup>126</sup>

Nuevamente, la capacitación del LEO le permite participar de manera responsable en el cumplimiento de dar carácter prioritario a éste aspecto del área Perinatal en el ejercicio libre de su profesión. De manera particular en este aspecto cumple no sólo con el derecho a la salud que tiene todo individuo, sino que contribuye con el derecho de cada individuo para decidir de manera libre e informada el número y espaciamiento de sus hijos.

---

<sup>126</sup> Op. cit.; p. 14.

Título Cuarto. Recursos Humanos para los Servicios de Salud.

Capítulo I Profesionales, Técnicos y Auxiliares.

*Artículo 78.* " El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

- I. La ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el D.F.;
- II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;
- III. Las disposiciones de esta ley y demás normas jurídicas aplicables ... ".<sup>127</sup>

Como podemos observar la presente ley delimita perfectamente a los profesionales, a los técnicos y a los auxiliares y, en base a ello, reglamenta su ejercicio dentro del área de la salud. Esto entorpece la situación del LEO ya que ni la UNAM ni la DGP cumplen con respetar el grado académico otorgado de acuerdo a los niveles de formación, es decir, la UNAM proporciona título profesional a los egresados de nivel técnico auxiliar lo mismo que a los egresados con nivel licenciatura por lo que la DGP otorga cédula profesional indistintamente y contempla dentro de las profesiones que requieren título profesional para su ejercicio a la Enfermera (que generalmente no tiene estudios de bachillerato y que por lo tanto se debería considerar como auxiliar) y a la Enfermera y Partera (profesional que en la actualidad ya no es formado por las instituciones educativas) dejando completamente fuera a los Licenciados en Enfermería. Sin

---

<sup>127</sup> Ibidem: p. 16.

embargo las autoridades educativas y las autoridades sanitarias no han hecho nada por corregir esta situación y por el contrario la fomentan al contratar a los recursos humanos sin tomar en cuenta su grado académico para ubicarlo en una categoría acorde con el mismo.

*Artículo 79.* " Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la ... Enfermería ... y sus ramas ... se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes ... Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la ... Enfermería ... y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes."<sup>128</sup>

Esta claro que la ley reglamenta la diferencia entre las profesiones y las actividades técnicas y auxiliares y delimita el ejercicio de cada una de ellas. De esto podemos rescatar dos situaciones, la primera que no hay ninguna ley que limite o prohíba el ejercicio libre del LEO en el área Perinatal si este cuenta con su título profesional legalmente expedido y se responsabiliza de no incurrir en ninguna de las acciones que la ley sanciona y, la segunda, que las autoridades sanitarias y de las instituciones de salud no respetan el presente artículo al ubicar a los recursos humanos de Enfermería sin tomar en cuenta su

---

<sup>128</sup> Ibidem: p. 16.

preparación académica para la realización de las actividades competentes a cada nivel, esto incluye a auxiliares de Enfermería como jefes de servicio, enfermeras de Nivel Técnico (que si no tienen bachillerato son auxiliares) como jefes de enfermeras y a los Licenciados en Enfermería en puestos de auxiliares.

Capítulo III Formación, Capacitación y Actualización del Personal.

*Artículo 89.* " Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud."<sup>129</sup>

Si el SNS considera necesaria la atención prioritaria de la salud materno infantil y la UNAM forma a un recurso humano con características específicas para atender a esta necesidad, ¿ por qué aún existe incoherencia entre la formación académica y las actividades que realiza este profesional al insertarse en las instituciones de salud?.

Titulo Séptimo. Promoción de la Salud.

Capítulo I Disposiciones Comunes.

*Artículo 110.* " La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en

---

<sup>129</sup> Ibidem: p. 17.

el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva."<sup>130</sup>

A través de su formación con enfoque preventivo, el LEO es capaz de contribuir en la promoción de la salud dentro del área Perinatal. Su práctica libre tiene un campo bastante amplio y se basa, justamente, en actividades comunitarias independientes en el primer nivel de atención.

## Capítulo II Educación para la Salud.

*Artículo 112.* "La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades ... y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes ..."<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Ibidem: p. 21.

<sup>131</sup> Ibidem: p. 21.

Dentro del área Perinatal la educación para la salud se convierte en un instrumento básico para optimar los resultados deseados. El LEO durante su ejercicio libre basa el 80% de su práctica profesional en la promoción y la educación para la salud de las mujeres y sus parejas durante y después del embarazo, es decir, en el puerperio y con el recién nacido y niño sano.

Considerando el análisis de las principales leyes podemos concluir que no sólo respaldan, sino que fundamentan la necesidad de la práctica profesional de recursos humanos para la salud con características específicas como en el caso del LEO; que en ellas se encuentra claramente establecida la diferencia entre tres niveles académicos diferentes: el profesional, el técnico y el auxiliar; que la UNAM se contradice al establecer en su legislación para el otorgamiento de títulos y diplomas normas que ella misma no aplica; que la DGP sigue registrando como profesional a un recurso que por el nivel académico de su formación no puede ser considerado como tal: Enfermera y, a otro que en la actualidad ya no existe: Enfermera y partera y que todo este marco jurídico en conjunto fundamenta la urgencia de agregar a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el espacio profesional que le corresponde.

## VII. DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Como se señaló en un inicio la intención de ésta investigación fue conocer el interés y las posibilidades reales de ejercicio libre en el área Perinatal del Licenciado en Enfermería y Obstetricia egresado de la ENEO-UNAM en este momento, para ello se eligió como universo de estudio a todos aquellos egresados de la licenciatura que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen, a quienes se entrevistó con el fin de obtener los datos necesarios para el estudio.

Del total de entrevistados, el grupo de edad entre 24 y 26 años ocupa el mayor porcentaje (40%) , seguido del grupo de 27 a 29 años y el de 30 a 32 años (Cuadro No.1). Encontrando una edad promedio de 25 años, lo que muestra que se trata de profesionales jóvenes con grandes oportunidades de desarrollo profesional.

El 90% de los entrevistados son del sexo femenino (Cuadro No.2), esto puede hablarnos de que aún prevalece la idea creada desde los orígenes de la Enfermería acerca de que se trata de una carrera femenina y que son las mujeres "las más adecuadas" para esta profesión de servicio.



Se observa también que el 30% de la muestra corresponde a los egresados formados con el actual Plan de Estudios y el 70% por el Plan de Estudios anterior (Cuadro No. 3). Y, como fué demostrado en ambos planes, se destaca la participación del LEO en la atención Perinatal de bajo riesgo tanto en las instituciones de salud como en el ejercicio libre de la profesión.

De la situación académica de los entrevistados el 48% están ya titulados y el 52% aún son pasantes ( Cuadro No. 4). Es importante mencionar que del total de egresados del Plan de Estudios anterior el 31.4% aún no están titulados y de los egresados del Plan de Estudios vigente el 100% no están titulados. Estos últimos corresponden en su totalidad a la primera generación de egresados formados con el Plan de Estudios de 1991 los cuales terminaron su Servicio Social en el CIMIGen en el mes de agosto de 1996.

De los egresados titulados, el 33.3% lo hizo a través del EPAC y el 66.6% con tesis. (Cuadro No. 5). El 100% de los temas de investigación elegidos para la tesis están relacionados con el área Perinatal. De esto podemos rescatar lo siguiente:

- Existe la probabilidad de que el haber continuado en relación con la atención Perinatal durante el servicio social en el CIMIGen haya influido en la elección del tema de investigación, o bien que se halla presentado la oportunidad de

aprovechar parte de la información de las líneas de investigación preexistentes en este centro.

- Que el interés por el área Perinatal predomina entre los entrevistados durante y al final del Servicio Social.
- Aunque fue mayor el porcentaje de egresados cuya opción de titulación fue la tesis consideramos que hace falta reforzar el interés del egresado por la investigación con el objeto de lograr que el 100% elija esta opción de titulación.
- Tomando en cuenta la fecha de egreso de los alumnos y la situación académica de éstos aún existen grandes periodos entre el egreso y la titulación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia situación que disminuye las posibilidades del ejercicio libre y que, además, fomenta que al insertarse en las instituciones de salud siendo pasantes, se les contrate en puestos de auxiliares lo que continuará haciendo precaria la falta de delimitación de funciones en vez de favorecerla.

Otro de los rubros considerados en la encuesta fué el interés de los egresados por continuar su preparación académica. En ese sentido, el 48% de los egresados han continuado estudiando algo relacionado con la Licenciatura en

Enfermería y Obstetricia (Cuadro No. 6). La mayoría lo han hecho en las áreas de pediatría y ginecobstetricia y con menor tendencia en áreas como administración, docencia y diversas subespecialidades médicas. Sin embargo, casi en la totalidad se trata de cursos posttécnicos que tienen menor grado académico que la licenciatura y que han sido creados para el nivel técnico. Lo ideal sería que el LEO incursionará en la realización de maestrías y doctorados buscando elevar su grado académico para mejorar su desarrollo profesional. Suponemos que esta situación se debe a que el egresado de la licenciatura se ve obligado a aceptar las condiciones de trabajo de las instituciones en las cuales vale más contar con un posttécnico que con la licenciatura para poder ubicarse en una mejor categoría y aspirar a mayor nivel jerárquico y mejores sueldos dada la falta de delimitación de funciones para los Licenciados en Enfermería y su ausencia de las planillas de personal.

Entre los egresados que se han interesado por áreas diferentes a la Enfermería y que representan el 42% de la muestra (Cuadro No. 7), encontramos una gran heterogeneidad de las mismas y muchas de ellas totalmente ajenas al área de la salud, lo cual puede responder a la falta de reconocimiento social y profesional; a los bajos salarios; a las deficientes condiciones laborales en las que se encuentra Enfermería; a la ubicación de los egresados en los grandes hospitales en donde, como ya hemos mencionado, se obtiene mayor categoría y mejor salario con un posttécnico que con la licenciatura (aún con la obstetricia como especialidad) lo

que, en la mayoría de los casos, los conduce a buscar nuevas alternativas de formación y desarrollo profesional

Por otra parte, del total de entrevistados sólo el 14% pertenece a algún grupo Colegiado ó Asociación de Enfermería (Cuadro No.8). Es alarmante que Enfermería aún no tenga conciencia de gremio y que, por lo tanto, poco sea lo que se puede lograr para mejorar las condiciones laborales, académicas, económicas, etc., de quienes la integramos. Del 86% de egresados que no pertenecen a ningún grupo Colegiado o Asociación de Enfermería, casi el 100% menciona que se debe a la falta de información para el ingreso a ellos o bien de la existencia de los mismos. ¿cómo lograremos entonces acrecentar y fortalecer el 4% de licenciados que existen en el país?.

Para los entrevistados, el área de atención de mayor importancia para Enfermería es la atención Perinatal (64%), seguida por la salud pública, la docencia, la administración y por ultimo la geriatría (Cuadro No. 9). Tal vez la influencia que tiene la formación en el área Perinatal que se prolonga un año más por la prestación del Servicio Social en el CIMIGen crea conciencia del potencial del LEO para desarrollarse dentro de la misma y de la importancia que adquiere su trabajo al participar en la disminución de la problemática Perinatal de nuestro país, además de tener la oportunidad de elevar su autoestima al experimentar que la población prefiere la calidad de atención brindada por este

profesional que la proporcionada por las grandes instituciones del Sector Salud y comparándola, en no pocas ocasiones, como muy superior a la proporcionada por el personal médico.

Lo anterior se puede relacionar con que un 53.06% opinen que el profesional más idóneo para proporcionar atención Perinatal es el LEO (Cuadro No. 10), y que el 92% opine que la participación de este profesional de la salud tiene mayor impacto para la solución de la problemática Perinatal en el primer nivel de atención (Cuadro No. 11) dada su formación para aplicar el enfoque de riesgo y la educación para la salud con objeto de prevenir daños oportunamente. Sería interesante buscar éste interés por el área Perinatal en grupos de egresados que no hayan estado en el CIMIGen, a fin de conocer si esta institución está influyendo de alguna manera en el interés por esta área.

El 78% considera también que cuenta con una cédula profesional que le autoriza prestar su servicios de manera independiente (Cuadro No. 12). Sin embargo, a pesar de la idea clara que tienen estos egresados del valor de la participación del LEO en el área Perinatal, el 36% aún atribuye la poca actividad de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia al hecho de desconocer la existencia de un marco jurídico que respalde el ejercicio libre de su profesión (Cuadro No. 13). También atribuyen la poca actividad del LEO a la falta de iniciativa y decisión que han tenido los egresados para retomar su lugar y para dejar de ceder estos

espacios tan importantes a otros profesionales de la salud. Cabe mencionar que un tercer factor limitante lo representa la falta de recursos económicos para la adquisición de material y equipo necesario para proporcionar atención Perinatal de manera independiente.

Es contradictorio que pese a la justificación del ejercicio libre del LEO en el área Perinatal, el 34% opine que se ha convertido en un campo exclusivo de los médicos por que la población los acepta más fácilmente y que el 20% opine que se debe a que este profesional cuenta con una cédula y un título que respalda su ejercicio libre (Cuadro No. 14). Podemos decir entonces que:

- La formación del médico se dirige de manera concreta a fomentar su autonomía y su liderazgo dentro del equipo de salud, por lo que al egresar busca áreas que le permitan su desarrollo profesional y a la vez le aseguren prestigio social y remuneración económica.
- A diferencia de los médicos, la formación del profesional de Enfermería tiende hacia la dependencia y servicio, con nulo o escaso énfasis en su capacidad para desarrollarse de manera independiente en el ejercicio de su profesión. Lo que puede responder a que los egresados le den crédito al médico por contar con título y cédula profesional sin considerar que tienen la misma legalidad que el que se otorga a Enfermería con nivel licenciatura. ¿Pudiese ser este

concepto erróneo el que esta permitiendo que se cedan áreas propias de Enfermería, como la obstetricia, a distintos profesionales de la salud? Esto resalta la importancia de redoblar esfuerzos por crear egresados con criterio y capaces de tomar decisiones que cambien la dirección de la Enfermería profesional.

Sin embargo, al analizar los cuadros 15, 16 y 17 queda demostrado que el ejercicio Perinatal por parte del LEO no es una utopía, pues más del 50% de los egresados entrevistados realizan actividades relacionadas con la atención Perinatal, el 44% ha atendido o atiende partos y el 30% se ha asociado con algún otro profesional de la salud con objeto de proporcionar atención Perinatal de manera independiente o interdependiente.

Consideramos que los egresados a lo largo de su formación académica y después de experimentar su inserción dentro de una institución que le permite realizar las actividades para las cuales fue preparado se da cuenta de su potencialidad y capacidad para proporcionar atención en esta área y de la satisfacción que causa el reconocimiento de su trabajo por parte de la población y de otros profesionales de la salud. Esta puede ser la razón por la que el 84% considera que la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia debe fortalecerse dado que distingue el hacer de este profesional (Cuadro No. 18).

Podemos reflexionar en los resultados de este último cuadro con el objeto de que la ENEO tome la decisión de continuar fortaleciendo el área obstétrica dentro de la formación de sus egresados como lo ha venido realizando hasta la fecha, apoyando la creación de maestrías y doctorados en el área Perinatal.

Podemos concluir entonces que la existencia de campos clínicos para la prestación del Servicios Social relacionados con el área Perinatal continua fortaleciendo la formación del egresado y le permite experimentar cierto grado de autonomía que beneficia y favorece la posibilidad de una futura práctica libre pero que, a pesar de esto, son muchos los factores que continúan impidiendo a este grupo de profesionales una participación decisiva dentro de la atención a la salud.

En suma, al analizar los resultados obtenidos podemos observar que los egresados entrevistados tuvieron un año más de formación en el área Perinatal y que sus respuestas reflejan que están conscientes de que:

- La atención Perinatal es primordial y que el LEO es el profesional idóneo para proporcionarla.
- Es en el primer nivel de atención donde el papel del LEO será verdaderamente reconocido y aprovechada su formación.



- La falta de iniciativa y decisión del gremio ha sido uno de los principales obstáculos para ejercer de manera independiente y la pauta para ceder espacios de atención obstétrica al grupo médico y otros profesionales de la salud.
- Cuentan con una cédula que avala su ejercicio profesional.
- La atención Perinatal se puede brindar, pues ya son varios quienes lo han logrado, sin embargo, aún no son los suficientes.
- La Licenciatura en Enfermería y Obstetricia debe fortalecerse porque a través de ella se logrará garantizar el reconocimiento y aceptación de esta profesión.

Pero a pesar de esto su situación actual como profesionales al insertarse en el mercado de trabajo no es diferente de la de los egresados que nada tuvieron que ver con el área Perinatal al terminar el último año de su carrera. Urge, por lo tanto, comenzar a cambiar las cosas y consideramos que esto puede iniciar a través de una verdadera coordinación entre la Secretaria de Salud y la ENEO como principal formadora de este recurso humano, para la creación de Centros de Atención Perinatal en el primer nivel de atención que sirvan como sede de prácticas y para la prestación del Servicio Social, además a mediano plazo como fuentes de empleo para sus egresados dando oportunidad de demostrar la utilidad de éste profesional.

## VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

"Hemos partido de la idea que la salud empieza en casa, se afianza en la escuela y debe continuar en los centros de trabajo. Así, la reforma a nuestro Sistema Nacional de Salud, está orientada más a la prevención que a la curación; más a la salud que a la enfermedad." \*

Las anteriores palabras nos orientan a pensar que la problemática actual de nuestro país en cuanto a servicios, atención y salud se refiere es completamente moldeable, dependiendo de cómo actúen y participen los profesionales encargados de la salud en los diferentes niveles de atención.

A la fecha, en México, la atención materno infantil sigue constituyendo uno de los problemas de salud más difíciles, pero a la vez más urgentes por resolver, ya que pese a las grandes mejoras que se han logrado en los últimos años en la cobertura y extensión de los servicios de salud, aún existen cifras de morbilidad materna e infantil considerables y causadas por situaciones que en su mayoría pueden ser prevenidas y resueltas a tiempo.

Si consideráramos el perfil demográfico de nuestro país, podremos darnos cuenta de que la necesidad de cubrir las demandas de atención de mujeres y niños

---

\* 3er. Informe de Gobierno. Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León. Septiembre de 1997.

seguirá siendo una prioridad en los años subsecuentes, ya que del total de la población mexicana el 50.8% son mujeres y una gran parte de ellas se encuentran en edad reproductiva.

La solución a esta problemática no es la falta de personal médico que se encargue de brindar atención, pues ya los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), mencionan que uno de cada dos estudiantes del área de las ciencias de la salud está inscrito en la carrera de medicina. Por lo que puede considerarse suficiente el número de médicos para nuestro país.<sup>132</sup> Tampoco es solución la creación de grandes centros hospitalarios con tecnología compleja o cientos de subespecialidades que reproducen el modelo existente fundamentalmente curativo, individualista y fragmentador, en vez de una atención integral y cálida con un sentido humanístico y social. Al fin de cuentas ha quedado demostrado que médicos hay y de sobra, lo que incluso ha originado que el Sector Salud sea incapaz de absorber su demanda laboral, pero también ha quedado demostrado que no son el único personal, ni el más idóneo para proporcionar atención Perinatal con enfoque de riesgo en el primer nivel de atención.

Desde que la universidad abrió sus puertas a las mujeres, estas comenzaron a recibir educación formal para la atención obstétrica, demostrando gran capacidad y superioridad en esta área, sin embargo, varias fueron las situaciones

---

<sup>132</sup> Cfr. CIEES, Comité de Ciencias de la Salud, Marco de... pp. 9, 18.

circunstanciales que llevaron a la eliminación de este profesional, entre las cuales podemos mencionar el interés médico por el campo obstétrico, la necesidad de personal para cubrir la atención a los enfermos en las nascentes instituciones de salud y el requisito de cursar Enfermería para poder estudiar partos. Estas en conjunto tuvieron como consecuencia la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia la cual lejos de surgir como respuesta a la necesidad de cobertura de atención a la problemática existente, se crea a beneficio de las instituciones y de otros profesionales de la salud.

Debemos reconocer entonces que las parteras universitarias no consideraron que su práctica autónoma e independiente se vería afectada por el poder hegemónico médico, y que su condición de género impidió que argumentaran y defendieran su espacio laboral.

Actualmente, la formación académica universitaria del LEO en la ENEO-UNAM se basa en una completa orientación preventiva y en el desarrollo y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Situación acorde con la resolución de la 45a. Asamblea Mundial de la Salud (1993) en donde se establece la "necesidad urgente de contratar, retener, capacitar y motivar..." a personal de Enfermería y Partería para atender las necesidades de salud presentes y futuras de las comunidades en los países en vías de desarrollo.

El PAP del egresado establece que el LEO puede atender la problemática Perinatal de bajo riesgo, ubicándose en el primer nivel, es decir, cuenta con los conocimientos y la capacidad resolutoria para el control y atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y niño sano hasta los cinco años de edad.

Con esto reforzamos nuestra convicción de que el primer nivel de atención es un campo virgen para la práctica libre del LEO en el área Perinatal; que no es en las instituciones hospitalarias donde va a encontrar respuesta a su autonomía profesional, sin que esto signifique que quede excluido de sus actividades propias en el 2do. y 3er. nivel, sino que es en el primer nivel donde su ejercicio profesional puede ser mejor aprovechado y reconocido por el equipo de salud y la comunidad. Dejemos que los médicos ginecobstetras, perinatólogos, biólogos de la reproducción, pediatras, neonatólogos, etc. se encarguen del mediano y alto riesgo en las grandes instituciones. Al LEO, le corresponde atender el bajo riesgo, detectando y refiriendo oportunamente, ya que la finalidad de la atención Perinatal consiste en garantizar en todo lo posible un embarazo normoevolutivo y el nacimiento de un recién nacido sano.

El Plan de Estudios vigente desde 1991, contempla asignaturas que, teóricamente, garantizan una formación obstétrica sólida para un ejercicio profesional independiente. Sin embargo, a pesar de que durante su formación académica el LEO ocupa gran parte de sus horas prácticas para el trabajo

comunitario, al final de su formación no existe suficiente apoyo y motivación para desarrollarse y aprovechar ésta área como espacio laboral autónomo.

La ENEO, aparentemente, ha tenido una tendencia positiva hacia la formación obstétrica, tal como se ha demostrado con el hecho de haber creado un posgrado en Enfermería Perinatal. Sin embargo, al haber analizado su pasividad ante la situación laboral tan indefinida de sus egresados y el poco reconocimiento social, consideramos que si ésta verdaderamente tuviera visión sobre la prioridad que conlleva la atención Perinatal para nuestro país y siendo ella eje de la Enfermería nacional, consolidaría la preparación teórico-práctica de sus egresados, mejorando y ampliando sus campos para prácticas comunitarias y Servicio Social en la atención Perinatal de bajo riesgo.

En la actualidad se cuenta con una sede de prácticas propia en donde se han obtenido excelentes resultados en la atención autónoma de bajo riesgo por parte del LEO. Beneficiando no sólo a la comunidad al otorgar atención de calidad, sino al profesional mismo al reforzar su capacidad para el ejercicio libre y su aceptación laboral en la población. Lamentablemente, este espacio no se ha aprovechado eficazmente para proporcionar atención Perinatal donde retomar la atención del parto domiciliario podría ser una práctica trascendente y distintiva de su hacer profesional.

Es decir, si los Licenciados en Enfermería y Obstetricia iniciaran su ejercicio libre en el área Perinatal aprovechando este espacio, y demostraran que es funcional, mayor sería la posibilidad de fundamentar y avalar su hacer profesional en esta área, ante las autoridades y demás profesionales de la salud.

Por otra parte, la ENEO cuenta con programas de Servicio Social relacionados con el área Perinatal, donde resalta el de Capacitación a Parteras Empíricas, espacio también desaprovechado por los egresados de la LEO, pues representa un campo completamente accesible en el cual este profesional puede tener una participación activa y determinante en la sensibilización de estos recursos humanos para la cobertura de poblaciones marginadas con falta de atención oportuna, contribuyendo así a dar respuesta a la estrategias de salud establecidas por las autoridades sanitarias.

En suma, consideramos que nuestra formación académica es adecuada y que las condiciones de Salud Perinatal de nuestra población pueden mejorarse con la participación activa del LEO. Sin embargo, a diferencia de la formación que reciben los alumnos de Medicina, a los alumnos de Enfermería y Obstetricia, no se les introyecta el concepto de autonomía profesional, factor que obstaculiza el desarrollo del egresado ante su práctica libre.

Otra situación desfavorable para el reconocimiento de la profesión es el hecho de que la UNAM y la ENEO, en el caso de Enfermería, han violado su Legislación Universitaria durante casi 30 años, pues a pesar de que estipula que: "... se consideran estudios técnicos y estudios profesionales en la UNAM los que se realizan después del bachillerato ..." <sup>133</sup> otorgando a los egresados diploma de técnico y título profesional respectivamente, la ENEO acepta estudiantes con secundaria terminada para el nivel técnico y otorga indistintamente título profesional a ambos niveles. Esto es realmente negativo para la Enfermería profesional, pues al egresar las instituciones aceptan y ubican al LEO como simple recurso titulado sin tomar en cuenta su nivel académico. Ya el Comité de Ciencias para la Salud perteneciente a los CIEES menciona que, al ser las instituciones de salud la principal fuente de empleo, las enfermeras con licenciatura y posgrado cuentan con un nivel salarial similar o igual al de las enfermeras con nivel técnico auxiliar, situación que debe ser analizada conjuntamente por las instituciones educativas y las de salud para establecer correspondencia entre la remuneración y la preparación académica de las enfermeras. <sup>134</sup>

Continuando con la situación laboral de Enfermería esta sigue siendo desfavorable al encontrarnos que no existe un marco jurídico propio para el LEO que legisle su actividad profesional, por lo que debe adaptarse a perfiles

---

<sup>133</sup> UNAM; Legislación Universitaria; *op.cit.*; p. 147.

<sup>134</sup> Cfr. *op.cit.* p. 30.



profesionales que no le corresponden. Así por ejemplo, la DGP no contempla al Licenciado en Enfermería dentro de su lista de profesiones sino que ubica los rubros de Enfermera y Enfermera y Partera. Esto trae como consecuencia que al ubicar al LEO dentro de estos rubros se vea también desfavorecida su situación dentro de la Ley Federal del Trabajo, en la que se ubica a Enfermería dentro de la Lista General de Oficios y aún no se registra la categoría de Licenciado en Enfermería. Este hecho tan incongruente es lo que ha dado pauta a que continúe la indefinida identidad y la falta de delimitación del LEO y sus actividades dentro del equipo de salud.

Es por esto que la ENEO y la UNAM son quienes deben de iniciar por apegar a la Legislación Universitaria y hacer válidos los niveles académicos en los que sus alumnos fueron formados para proporcionarles el grado académico correspondiente a su egreso.

La ENEO ha dado el primer paso al dejar de formar el Nivel Técnico de Enfermería, sin embargo, esto no significa que la UNAM lo haya eliminado de su lista de carreras pues aún se continúa impartiendo este nivel en la ENEP- Iztacala, en la FES - Zaragoza y en sus escuelas incorporadas.

Además, con esto la ENEO, siendo el eje de la formación de Enfermería a nivel nacional debe frenar la creación de escuelas de Enfermería de menor nivel

profesional que actualmente tienen gran auge, con objeto de cuidar y mejorar la profesionalización de Enfermería.

Por otra parte, ante estas situaciones consideramos urgente que los Grupos Colegiados y Asociaciones de Enfermería redoblen esfuerzos para consolidar y legitimizar el marco jurídico propio para los profesionales de Enfermería, pues como ya es conocido los actuales tratados internacionales en materia de profesiones requieren de calidad en los recursos humanos y de la integración del gremio de Enfermería, con el propósito de establecer un amplio vínculo de competitividad entre las naciones.

En la opinión del grupo de egresados entrevistados pudimos observar que existe una convicción sobre la importancia de la participación del LEO en el área Perinatal y del desarrollo de sus actividades para fortalecer el primer nivel de atención, esto queda reflejado en la práctica libre dentro de ésta área, que si bien es escasa, habla de la posibilidad real del ejercicio libre y del interés de los egresados hacia el área Perinatal. Sin embargo, su ejercicio profesional no se ha visto excluido de los factores que hemos analizado y que afectan a todo recurso de Enfermería en nuestro país. Es decir, que pese a haber tenido un año más de formación Perinatal durante su Servicio Social, un gran número de estos desconoce el patente de ejercicio libre que le otorga su cédula profesional; considera también que la falta de iniciativa de los mismos egresados es factor

limitante para no incursionar en atención Perinatal de bajo riesgo lo que además no ha evitado que se continúen cediendo espacios propios al profesional médico.

Tampoco ha contemplado la posibilidad de asociarse con diversos profesionales de la salud o inclusive con profesionales del mismo gremio, a fin de desarrollar y consolidar su ejercicio profesional autónomo. Sin embargo, a pesar de su situación laboral actual la mayoría considera que se debe continuar y reforzar la formación obstétrica dentro de la Licenciatura en Enfermería.

Tenemos entonces que las condiciones actuales del ejercicio libre del LEO egresado de la ENEO de la UNAM se ven favorecidas por la necesidad de atención que requiere la problemática Perinatal del país en este momento, por el desequilibrio en la formación y utilización de los recursos médicos y por la capacidad que le otorga su PAP para incidir en dicha problemática.

Sin embargo, el ejercicio libre del LEO se ha visto limitado por diversas situaciones que han surgido a través del desarrollo histórico social de la Enfermería, siendo una de las más importantes la falta de definición de un marco jurídico propio que delimite los "saberes" y los "haceres" del LEO como profesional.

En la actualidad los profesionales de Enfermería hemos reconocido la necesidad de desarrollar el conocimiento básico que sustente nuestra práctica profesional independiente a través de interactuar en las diversas áreas consideradas útiles para consolidar una profesión. Para lograr esto, el papel que juegan los Colegios y Asociaciones de Enfermería es determinante, como determinante es también la participación de las instituciones formadoras de recursos de Enfermería en el proceso de profesionalización.

Coincidimos con la L.E.O. Graciela Arroyo de Cordero (1992) en destacar como inaplazable una mayor participación del LEO en áreas como la Salud Pública, la Atención Perinatal, la Investigación y la Docencia como herramienta necesaria para proporcionar seguridad, confianza, decisión y autoestima para el desarrollo integral de la Enfermería nacional y mejorar de esta manera la situación académico - laboral de este profesional.

Ante estas situaciones hacemos las siguientes sugerencias:

- Que la UNAM y la ENEO respeten la Legislación Universitaria en cuanto al otorgamiento de diplomas y títulos.
- Que la UNAM elimine en su totalidad la formación del nivel técnico auxiliar.
- Que de continuar con la formación de recursos de Enfermería a nivel técnico se respete lo establecido por la Legislación Universitaria y se estudie la

posibilidad de formar técnicos profesionales en Enfermería, es decir, después de haber cursado los estudios previos de bachillerato.

- Que se continúe con la formación obstétrica dentro de la Licenciatura en Enfermería en la ENEO, pues lejos de considerarse una "especialidad precoz" debe fortalecerse esta área como espacio de práctica libre para el LEO.
- Que la ENEO contemple la búsqueda de campos comunitarios para el Servicio Social que brinden mayor oportunidad de desarrollar la práctica libre en el área Perinatal.
- Que la ENEO fortalezca las actividades perinatales dentro de la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS - ENEO) ubicada en San Luis Tlaxialtemalco, tanto para los alumnos en formación como para los pasantes que prestan su Servicio Social.
- Que la ENEO contemple la necesidad de crear sedes de prácticas específicas para la atención Perinatal para los alumnos en formación y para los pasantes en Servicio Social con el objeto de favorecer el ejercicio libre de sus egresados.
- Que se redoblen esfuerzos para que los egresados durante su formación académica reciban información suficiente y veraz acerca del marco jurídico que avala su ejercicio profesional libre e institucional.
- Que la ENEO continúe fortaleciendo la investigación en Enfermería con el fin de favorecer el ejercicio libre y la autonomía profesional.

- Que la ENEO en coordinación con las diversas estancias educativas y de salud y con los Colegios y Asociaciones de Enfermería reflexionen sobre la oferta y la demanda de este profesional en el mercado laboral, considerando las necesidades de salud actuales en el área Perinatal, con el objeto de mejorar la congruencia entre la formación de este profesional y su ubicación y utilización dentro de las instituciones empleadoras.
- Que la ENEO participe de forma activa en coordinación con los Colegios y Asociaciones de Enfermería para promover la revisión y modificación de la Ley de Profesiones, en lo que a Enfermería concierne, fundamentando la necesidad de incluir al Licenciado en Enfermería y al Técnico Profesional de Enfermería, eliminando cualquier otro y respetando el otorgamiento de cédula profesional sólo para aquellos que cuentan con título legalmente expedido.
- Que la ENEO participe de forma activa en coordinación con los grupos Colegiados para la eliminación de Enfermería de la Lista General de Oficios contemplada en la Ley Federal del Trabajo.
- Que la ENEO participe en la legislación en materia de formación de recursos humanos de Enfermería, con el objeto de eliminar la proliferación de escuelas de Enfermería que forman recursos no profesionales.
- La propuesta más importante para nosotros es la de crear en los alumnos durante su etapa formativa (teórico - práctica) un criterio de seguridad y autoestima para la práctica de Enfermería con el objeto de favorecer su ejercicio independiente y su reconocimiento social como profesión.

# BIBLIOHEMEROGRAFIA

## BIBLIOHEMEROGRAFIA

- ALATORRE; W., Edda  
"Algunas reflexiones en torno al proceso histórico de la formación de enfermeras en México". IX Reunión Anual de la FENAFEE y Congreso Nacional de Intercambio Académico; México; 1994.
- ALATORRE; W., Edda  
El "deber ser " de las mujeres, una ojeada al pasado.; Semana Científico Cultural. Asociación de Mujeres Universitarias de El Salvador. Mecanograma.; San Salvador; 1996.
- ALATORRE; W., Edda  
"El proceso histórico de la educación de Enfermería en México". XII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. Memorias. México; 1992 .
- ALATORRE; W., Edda  
"Reflexiones sobre la formación de recursos en Enfermería y su inserción en el mercado de trabajo". III Taller Nacional de Reglamentación de Enfermería. CNE.; México; 1990.
- ALATORRE; W., Edda  
"Hacia la construcción profesional de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia". México. Primer Congreso Nacional Enfermería Perinatal. ENEO-CIMIGen; noviembre 1995.
- ALATORRE; W., Edda  
"La Salud de las Mujeres, Responsabilidad de las Mujeres". La condición de la Mujer en el Estado de Jalisco. Memorias FEMU. Universidad Autónoma de Jalisco. México 1992.
- ALATORRE; W., Edda  
"La teoría feminista del género y su relación con Enfermería". III Aniversario de la Asociación de Egresados de la ENEO; ENEO-UNAM; 1990.
- ALATORRE; W., Edda  
Desarrollo Histórico de la Enfermería en México; Tesis; ENEO-UNAM; México; 1984. pp 213.



- ALATORRE; W., Edda "Antecedentes históricos de la enseñanza de la Enfermería en la ENEO-UNAM". Material Impreso; México; 1979. pp. 27.
- ARROYO; de Cordero, Graciela "Perspectivas en la profesión de Enfermería" Revista de Enfermería del IMSS. No. 1 Vol. 5 enero-abril; México; 1992.
- BOBADILLA; F., José Luis Quality of perinatal medical care in Mexico City: and epidemiological care quality on perinatal mortality. INSP. Secretaría de Salud.; México, 1988. pp. 255.
- BOBADILLA; F., José Luis "Perfil de reproducción y mortalidad infantil en México" Revista Síntesis Ejecutiva-INSP México; 1990.
- BOBADILLA; F., José Luis "Estructura hospitalaria y su efecto sobre la mortalidad perinatal" Revista Síntesis Ejecutiva INSP. México; 1990.
- BOBADILLA; F., José Luis "Cantidad, contenido y oportunidad de la Atención Perinatal y sus beneficios en la sobrevivencia perinatal". Revista Síntesis Ejecutiva-INSP; México; 1990.
- BELSEY; M. A. Global overview of newborn health; International Child Health; 1993.
- BLANCO; G., José; et.al. "Chiapas la emergencia sanitaria permanente" México; 1990.
- CARBALLO; M.; M. A. Belsey Breast feeding, contraception and fertility; Joint WHO/FIGO Task Force for the "Promotion of Maternal and Child Health including Family Planning in Primary Health Care" Int. Journal of Gynecology and Obstetrics 25 (Suppl.); 1987.
- CARDACI; Dora (compiladora) "Las recién Llegadas". Volar hasta el otro lado. Revista Mujeres y Medicina. México; UAM Xochimilco; 1990.

- CARDACI; Dora (compiladora) "Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres" Volar hasta el otro lado. Revista Mujeres y Medicina. No. 4 UAM Xochimilco; México; 1990.
- CARDACI; Dora.; Deyanira González de León, (compiladoras) "Distribución y utilización del personal médico". Las profesiones en México No. 3 Medicina. UAM Xochimilco; México; 1990.
- CARDACI; Dora.; Deyanira González de León, (compiladoras) Las Profesiones en México. No. 3 Medicina. UAM Xochimilco; México D.F.; 1990.
- CIEES Comité de Ciencias de la Salud. "Marco de referencia para la evaluación." México D.F.; 1985. pp. 89.
- COHEN; Helen. A "El proceso de socialización profesional en la formación médica. La enfermería y su identidad profesional. Ed. Grijalbo, Barcelona, 1988.
- CORONA; Sánchez, Juan La formación profesional del personal de Enfermería. Tesis Recepcional.; ENEO-UNAM; México; 1977.
- CRESPO; Horacio, et. al. El historiador frente a la Historia; UNAM; México; 1992.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer. México; 1995.
- Consejo Nacional de Población "Situación de la mujer; desafíos para el año 2000" IV Conferencia Mundial sobre la mujer.
- CIE "Informe sobre la reglamentación de Enfermería" México; 1986. pp. 51.
- Comisión Federal Electoral Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México; 1982; pp. 149.
- Dirección General de Profesiones "Ley de Profesiones". Legislación en materia de educación y profesiones., Ed. PAC., 7ª edición., México, D.F., 1996. pp. 102

- DE SAHAGUN; Bernardino Fray Historia General de las cosas de la Nueva España, Ed. Porrúa. México; 1992.
- DUNN; P.M. Major ethical problems confronting perinatal care around the world; International Journal of Gynecology and Obstetrics; Volume 51; No.3; december 1995.
- DURAN; A.L.; J.M. Frenk Los médicos en México ¿cuántos, quiénes y donde?; INSP; México; 1992.
- ENEO-UNAM Plan de Estudios de la Carrera Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, México; 1979. pp. 380.
- ENEO-UNAM Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México; 1991. pp 344.
- ENEO-UNAM "Guía del tutor" Plan Unico de Especialización en Enfermería, División de Estudios de Posgrado. México; 1996. pp.32.
- ESTEBAN; Albert, Manuel "La construcción de una disciplina". Mecanograma. Murcia, España; 1995.
- FATHALLA; M.F. Reproductive health: a global overview; In Frontiers in Human Reproduction; Annals of the New York Academy of Science; 1991; pp. 626.
- FRENK; M, Julio. et al. "Políticas de formación y empleo de médicos en México. Revista Sintesis Ejecutiva-INSP México; 1990.
- FUERBRINGER; Bermeo, Mady "La educación médica". El conocimiento y el trabajador de la salud. México. Universidad Autónoma de Puebla, Universidad de Veracruz. UNAM 1988.
- GALVAN; Luz Elena "La educación superior de la mujer en México: 1876-1940". Cuadernos de la Casa Chata; No. 109; México; 1985.

- GARZON; A., Nelly "La profesionalización en Enfermería y su impacto social". Revista de Enfermería - IMSS. No. 2-3, Vol. mayo-diciembre. México; 1988.
- GEN "La atención primaria a la salud Materno Infantil" V Simposio Gen. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la UNAM. México; 1992. pp. 243.
- GEN "Los defectos al nacimiento, estado del arte", Memoria del 1er. Congreso sobre Defectos al Nacimiento. Ed. Huesca. México; 1990. pp.151.
- GONZALEZ; B.M.; et.al. "Demanda y Oferta de Servicios: Obstáculos a la mejoría del Sistema de Salud en México"; Serie Economía y Salud. No.6 FUNSALUD; México D.F.; 1994.
- HERNANDEZ; Conesa Juana Historia de la Enfermería. Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill. Madrid, España; 1995. pp. 196.
- INEGI Resumen General. XI Censo de Población y Vivienda 1990. México; 1992. pp. 770.
- KUMATE; Jesús Gabinete de Bienestar Social. Programa Nacional de Promoción y Cuidado a la Salud. 1a. Reunión. Documento preliminar 1990.
- LANGER; Ana; Mariana Romero "Diagnóstico de la Salud Reproductiva en México" Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año 1 No. 3 mayo 1995.
- LEIJA; P. Emilia Algunos problemas de Enfermería en la República; Trabajo que presenta la Dirección General de Servicios Coordinados y Rurales Cooperativos en los Estados ante la XI Reunión de la Asociación Fronteriza México Estadounidense de Salubridad Pública. 1953.
- LEON; Nicolás La Obstetricia en México; Tomo I - II. S/E; México; 1910.

- MOJARRO; D.O. "Pediatria y Salud Reproductiva". Medicina  
Pediátrica. Ed. Merck. No. 6 México D.F.; 1993.
- MORIEL; C. Leticia "La Globalización de la Educación Superior y  
las Profesiones. El Caso de America del Norte"  
Cancún Quintana Roo, México; 1994.
- Mc. DERMIT, Ma. Teresa "Nuevas direcciones en el ejercicio de la  
Enfermería". Revista de Enfermería - IMSS.  
Vol. 1 No. 2-3. México D.F.; 1988.
- NIGENDA; Gustavo "Los recursos humanos para la salud: en busca  
del equilibrio". Serie de Economía y Salud.  
No. 5 FUNSALUD. México D.F.; 1994. pp. 75.
- Normas básicas de enseñanza de Enfermería.  
Comisión Interinstitucional para la formación de  
recursos humanos para la salud. Grupo  
permanente de Enfermería. México D.F.; 1985.
- OPS Salud Materno-Infantil y Atención Primaria a la  
Salud. 1984.
- OPS/OMS-CLAP Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo.  
Publicación Científica CLAP No. 1234.  
Montevideo, Uruguay; 1991. pp.161.
- OPS/OMS-CLAP Atención Inmediata del Recién Nacido.  
Publicación Científica CLAP No. 1253.  
Montevideo Uruguay; 1992. pp. 44.
- Poder Ejecutivo Federal Programa de Salud Reproductiva y  
Planificación Familiar 1995 - 2000. México  
D.F.; pp. 38.
- REYES; Frausto Sandra Mortalidad Materna en México; IMSS; México;  
1994. pp. 220
- SALAS, Segura, Susana Plan de Desarrollo Académico 1995 - 2000.  
ENEO-UNAM. México D.F.; 1995.

Secretaría de Salud	<u>Ley General de Salud</u> ; Ed.Porrúa. 13ª edición; México; 1996. pp. 1137.
Secretaría de Salud	<u>Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Recién Nacido</u> ; 1995. pp. 52.
Secretaría de Salud	<u>Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar</u> ; 1994. pp. 63.
Secretaría de Salud	"Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos". Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos. Cuernavaca, Morelos; México; 1993. pp. 16.
Secretaría de Salud	El Perfil de la Partera en México; 1991.
Secretaría de Educación Pública	"Legislación en Materia de Profesiones"; México; 1994. pp. 51.
Secretaría de Educación Pública	"Reporte Ejecutivo de Avances en las Negociaciones Internacionales de los Servicios Profesionales en el Marco del TLCAN" Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica/DGP-Dirección de Colegios de Profesionistas. México; 1997.
TORRES; Lagunas, A.	<u>Evaluación de la enseñanza de la Enfermería Obstétrica en la ENEO-UNAM</u> . Mecanograma México; 1995. pp. 8.
UNAM	Legislación Universitaria; Normas Fundamentales. México; 1991. pp. 269.
UNAM	Guía de Carreras; Dirección General de Orientación Vocacional. México; 1988.
UNAM	Planes y Programas de Estudios. México; 1986.
VAZQUEZ; Josefina Z.; <u>et. al.</u>	<u>Historia de las Profesiones</u> . México. El Colegio de México; 1982.

# A N E X O S

## Cuadro No. 1

Edad de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

EDAD	Fo	%
23 o menos	3	6
24 - 26	20	40
27 - 29	11	22
30 - 32	11	22
33 - 35	3	6
36 o más	0	0
No contestó	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Mismas autoras con base en la encuesta aplicada en el mes de agosto de 1997 a los egresados de la LEO que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen durante los años de 1988 a 1996. México D.F. CIMIGen ENEO-UNAM.



## Cuadro No. 2

Sexo de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

SEXO	Fo	%
Femenino	45	90
Masculino	5	10
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

### Cuadro No. 3

Generación de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

GENERACION	Fo	%
83	0	0
84	4	8
85	6	12
86	1	2
87	2	4
88	6	12
89	5	10
90	3	6
91	8	16
92	15	30
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 4

Situación académica de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

SITUACION ACADEMICA	Fo	%
Pasantes	26	52
Titulados	24	48
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 5

Opción de titulación elegida por los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

OPCION DE TITULACION	Fo	%
EPAC	8	33.3
PAE	0	0
Tesis	16	66.6
TOTAL	24	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 6

Interés de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen por estudios posteriores a la carrera relacionados con Enfermería.

1997

ESTUDIOS POSTERIORES	Fo	%
Si	24	48
No	26	52
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 7

Interés de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMiGen por estudios posteriores a la carrera NO relacionados con Enfermería.

1997

INTERES POR OTRA CARRERA	Fo	%
Si	21	42
No	28	56
No contestó	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 8

Egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen que pertenecen a algún grupo colegiado o asociación de profesionales de Enfermería.

1997

GRUPO COLEGIADO	Fo	%
Si	7	14
No	43	86
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 9

Area de atención de Enfermería más importante para los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

ÁREA \ IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	TOTAL
Geriatría	0	3	6	5	36	50
Administración	5	8	6	24	7	50
Atención Perinatal	32	12	2	4	0	50
Salud Pública	12	18	11	9	0	50
Docencia	1	9	25	8	7	50
TOTAL	50	50	50	50	50	50

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

1. Atención Perinatal
2. Salud Pública
3. Docencia
4. Administración
5. Geriatría



## Cuadro No.10

Profesional más idóneo para proporcionar atención Perinatal de bajo riesgo según los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

PROFESIONAL \ IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	TOTAL
Partera	1	3	4	10	31	49
Perinatólogo	14	8	20	5	2	49
Médico General	0	0	4	29	16	49
L.E.O.	26	8	13	2	0	49
Ginocobstetra	8	30	8	3	0	49
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

\* Una respuesta fue anulada

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

1. L.E.O.
2. Ginocobstetra
3. Perinatólogo
4. Médico General
5. Partera

## Cuadro No. 11

Nivel de atención donde el Lic. en Enfermería y Obstetricia tiene mayor impacto para la solución de la problemática Perinatal según los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

NIVEL DE ATENCION	Fo	%
1er. Nivel	46	92
2do. Nivel	3	6
3er. Nivel	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 12

Conocimiento sobre la cédula profesional como patente para el ejercicio libre del Lic. en Enfermería y Obstetricia por parte de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

CEDULA AVAL PROFESIONAL	Fo	%
Si	39	78
No	9	18
No contestó	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

### Cuadro No. 13

Factores que limitan el ejercicio libre del Lic. en Enfermería y Obstetricia según los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

FACTORES	Fo	%
Falta de conocimientos	1	2
Ausencia de un marco jurídico	18	36
No son aceptados por la población	6	12
A todo lo anterior	11	22
A otra causa distinta	10	20
Respuesta anulada	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 14

Factores que favorecen el ejercicio libre del Médico en el área obstétrica según los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

FACTORES	Fo	%
Mejor formación académica	0	0
Son mejor aceptados por la población	17	34
No hay otro profesional para dar esta atención	3	6
Cuentan con título y cédula profesional	10	20
A todo lo anterior	9	18
Ninguna de las anteriores	1	2
A otra causa distinta	8	16
Respuesta anulada	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 15

Ejercicio profesional en el área Perinatal de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

Ejercicio en el área Perinatal	Fo	%
Si	39	78
No	11	22
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 16

Atención de partos en el ejercicio profesional de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

ATENCIÓN DE PARTOS	Fo	%
Si	22	44
No	28	56
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

## Cuadro No. 17

**Asociación con otros profesionales de la salud de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen para brindar atención Perinatal.**

1997

ASOCIACION PROFESIONAL	Fo	%
Si	15	30
No	33	66
No contestó	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



## Cuadro No. 18

Opinión de la tendencia en la formación obstétrica en la ENEO de los egresados de la LEO de la ENEO-UNAM que realizaron su Servicio Social en el CIMIGen.

1997

FORMACION EN EL AREA OBSTETRICA	Fo	%
La obstetricia debe ser especialidad sólo para quienes lo deseen	7	14
La obstetricia debe eliminarse de la Licenciatura en Enfermería	1	2
La obstetricia debe continuar dentro de la licenciatura	42	84
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1