

01070



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

## LA ENSEÑANZA DE LOS SABERES PRÁCTICOS EN EL AULA UNIVERSITARIA: EL CASO DE ENFERMERÍA

### TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

IRMA PIÑA JIMÉNEZ



FACULTAD DE FILOSOFÍA  
Y LETRAS

FAB. DE FILOSOFÍA Y LETRAS

Director de Tesis: Mtro. VÍCTOR CABELLO BONILLA



DIVISION DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Ciudad Universitaria, D.F., Diciembre 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

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

NOMBRE: Ismael Peña

FECHA: 6 de Enero / 2007.

FIRMA: [Firma]

## ÍNDICE

	pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b><i>CAPÍTULO I Consideraciones metodológicas sobre el estudio de la enseñanza del conocimiento práctico. El caso de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la ENEO/ UNAM.</i></b> .....	6
1.1 Procedimiento metodológico.....	8
• Instrumento de investigación. Piloteo	
• Instrumento definitivo	
• Población de estudio	
<b><i>CAPÍTULO II. La profesión de la enfermería en el contexto universitario</i></b>	
Introducción .....	13
2.1 Primer período 1910-1940. Incorporación de la enfermería al contexto universitario .....	13
2.2 Segundo período: 1940-1980 consolidación de la enfermería en un ambiente que promueve la industrialización y el desarrollo científico y tecnológico .....	24
2.3 Tercer período: 1982 a 2000. El proyecto modernizador del Estado y el pensamiento neoliberal .....	29
<b><i>CAPÍTULO III. Enfermería, una profesión eminentemente práctica.</i></b>	
Introducción .....	36
3.1 La conformación de los conocimientos y las habilidades técnicas	

de la profesión de enfermería .....	37
3.2 El concepto de techné. ....	43
3.3 Saberes del oficio y racionalidad del contexto escolar universitario.....	46
3.4 La lógica del ámbito hospitalario y la lógica del ámbito escolar universitario en la enseñanza del saber práctico. ....	49
3.5 Profesionales prácticos, conocimientos prácticos y situaciones de incertidumbre y cambio. ....	52
3.6 Un saber que se aprende en forma gradual.....	54

***CAPÍTULO IV. La enseñanza del conocimiento práctico.***

Introducción.....	60
4.1 El hospital y el aula escenarios en la enseñanza del conocimiento práctico. ....	60
4.2 Una enseñanza en la que hay un predominio de la demostración y la palabra oral por parte del maestro y de la observación y la imitación por parte del alumno. ....	62
4.3 La naturaleza del conocimiento práctico supone maneras distintas de enseñanza. ....	66
4.4 Los docentes clínicos orientan al alumno en su iniciación. ....	69
4.5 Los docentes, el programa y la experiencia del docente. ....	70
4.6 Aprender la enfermería en su parte clínica supone una relación individualizada con el alumno. ....	73
4.7 Iniciativa y creatividad en el arte de la enfermería.....	75

***Capítulo V. La enseñanza del conocimiento práctico desde la perspectiva de los docentes clínicos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM.***

Introducción .....	78
5.1 ¿Quiénes son los docentes que tienen a su cargo la enseñanza del	

conocimiento práctico de enfermería? .....	81
5.2 Conocimiento práctico. Concepción, importancia y referentes para su enseñanza. ....	108
5.3 Formas que asume la enseñanza de los saberes prácticos .....	117
<b>CONCLUSIONES</b> .....	144
<b>FUENTES CONSULTADAS</b> .....	153
<b>ANEXOS</b> .....	163

## **Agradecimientos**

*Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Mtro. Víctor Cabello Bonilla por su dirección en este trabajo de tesis y por haber contribuido indirectamente a su génesis, en virtud de las múltiples reflexiones que compartió en algún momento con varios profesores de la Escuela de Enfermería.*

*Su dirección y asesoría de la tesis, fueron siempre comprometidas y pacientes, su disposición para hacer un espacio dentro de sus múltiples actividades académicas y de investigación para revisar este trabajo, su atenta escucha a mis interrogantes e inquietudes, sus sugerencias y comentarios siempre agudos, profundos y directos, fueron para mi de gran valor y sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.*

*Mi admiración y respeto para usted Mtro. Víctor Cabello B., siempre estaré en deuda con usted.*

*A Marco Antonio  
compañero de mi vida*

*y a nuestros hijos*

*Antonio y Bárbara  
con todo mi amor.*

## **INTRODUCCIÓN**

En el origen de esta investigación estaba presente una interrogante que comúnmente se plantea a los pedagogos, ¿cómo puede ser mejorada la enseñanza de una profesión? y en este caso concreto ¿de la profesión de enfermería?. Las indagaciones me llevaron inicialmente a identificar la naturaleza de la profesión, a sus antecedentes y trayectoria hacia su estado actual en los espacios universitarios.

Revisar la manera en que se conformó la enfermería y transmitió sus saberes a través del tiempo, permite identificar que ha asumido las características de un oficio, con los retos que esto implica para su enseñanza, es decir la presencia de maestros expertos y alumnos aprendices que se inician en estos saberes, así como la presencia de numerosos ritos.

Centrándome en el conocimiento que actualmente se prescribe a nivel curricular en la profesión, advertí que existe una clara diferenciación de dos territorios, el teórico conceptual y el práctico, y que si bien desde el currículo existe un pronunciamiento en favor de su integración, son aspectos que no comparten ni naturalezas, ni origen, ni formas de transmisión, por ello nuevas interrogantes aparecieron en la investigación ¿qué es el conocimiento práctico?, ¿cómo se concibe en enfermería?, ¿cómo lo conciben los docentes clínicos que tienen a su cargo su enseñanza?, ¿cómo puede ser enseñado este conocimiento práctico?

El terreno de lo práctico es el terreno que mejor caracteriza a esta profesión, sin embargo al no ser un elemento documentado, resulta difícil asirlo, dentro del espacio académico. Se trata de un saber que por su misma naturaleza no ha sido paralelamente documentado, constituyendo un conjunto de saberes que si bien se consideran tácitos e inseparables de la figura de la enfermera, no logran asirse ni configurarse claramente como un cuerpo de conocimientos tangible, entre otras razones porque se trata de un conocimiento que sólo puede ser objetivado mediante

---

la acción que realiza quien lo posee, es decir mediante la acción del experto que lo ejecuta. Es inherente a la persona que lo ha adquirido y sólo puede ser mostrado, para los que se inician en él.

Puede advertirse que de manera no explícita se trata de un saber que posee un estatus distinto al del conocimiento teórico, y que paradójicamente este conocimiento que supone un menor estatus dentro del espacio académico, constituye la parte medular de la profesión de enfermería. Renunciar a la práctica de este conocimiento y a su enseñanza, implicaría correr el riesgo de dejar extinguir este saber y de perder un terreno de dominio, conquistado legítimamente por el gremio enfermero y un elemento que le confiere identidad social a la profesión.

Ubicar la naturaleza del conocimiento práctico, nos permite acceder a la dimensión pedagógica, pues en función de las características que asume este conocimiento, es que podemos concebir las formas de propiciarlo, así como de los contextos que requiere su enseñanza. A su vez, indagar la naturaleza del conocimiento práctico, nos permite ubicar en una justa dimensión, su presencia, importancia y proporción dentro de la formación profesional de la enfermera.

En función de las consideraciones anteriores, el presente trabajo se estructuró con los siguientes apartados: un primer capítulo que establece consideraciones preliminares previas sobre la metodología del estudio exploratorio llevado a cabo, aludiendo al caso estudiado de enseñanza de los saberes prácticos en la enfermería universitaria, en la ENEO/ UNAM.

Un segundo capítulo que abarca a grandes rasgos las características económicas, políticas y sociales que prevalecieron en el país durante el siglo XX, siglo en el que se incorporó la enfermería al contexto universitario. Este apartado se ha agrupado para su presentación en tres grandes periodos, (1910 a 1940, 1940 a 1980 y 1982 a finales del siglo) identificando respectivamente, las posturas que asumió el proyecto del Estado postrevolucionario, posteriormente el repunte en el desarrollo científico y

---

tecnológico en virtud de las dos grandes conflagraciones mundiales y más tarde el proyecto modernizador del Estado, en razón del contexto de la globalización del mercado. Se analiza la injerencia del Estado en las políticas universitarias y la existencia previa de la enfermería como oficio en los espacios hospitalarios y religiosos. A través de este capítulo, el desarrollo de la enfermería como profesión, muestra claramente las tendencias formativas que asumió en función del contexto económico, político y social que presentó el país.

El tercer capítulo destaca la naturaleza del conjunto de conocimientos y de habilidades que ha conformado la profesión de enfermería, para lo cual resulta central recuperar el concepto de *techné*, como ese conjunto de saberes que se derivan del ejercicio práctico, independientemente del estado de desarrollo de la construcción disciplinar de la profesión, pues el desarrollo y consolidación de algunas profesiones durante el siglo XX, se explican más en función de las características que asume el proyecto del Estado en el país, así como de las circunstancias del contexto mundial que en un momento dado favorecieron su desarrollo, y la presencia paralela de ciertos grupos que apoyaron y promovieron su emergencia y despliegue, antes que la consolidación de una estructura disciplinaria de la profesión.

El capítulo también aborda la lógica que prevalece en los espacios áulicos a diferencia de la lógica que prevalece en los espacios hospitalarios, como los dos principales ámbitos de enseñanza de la enfermería. Ubicando cómo es desarrollada una habilidad, en ambientes de incertidumbre en los que tienen lugar estos saberes, así como de su desarrollo en una forma gradual y progresiva, es decir estados de menor conocimiento que se identifican con la enfermera principiante y estados de mayor conocimiento que se asocian con la enfermera competente o la experta.

Una vez abordada la naturaleza del conocimiento práctico, se pasa en el cuarto capítulo, a señalar las implicaciones educativas que comprende la enseñanza del conocimiento práctico, en los dos escenarios que comparten la formación de las enfermeras, a saber el aula y el hospital. Tratándose de una enseñanza en la que

---

predomina la demostración y la palabra del docente clínico, así como el desarrollo de una gran capacidad de observación por parte del alumno y de la imitación.

Este apartado también destaca la presencia de dos referentes que emplean los docentes clínicos de enfermería en su enseñanza. Por un lado, los programas curriculares en el terreno académico y por otro, referentes que se encuentran en el terreno práctico y que aluden al arte enfermero, identificando además de dos lógicas distintas, que la naturaleza de estos saberes hace imprescindible la vigencia y actualización de los docente en este último terreno.

En el quinto y último capítulo se incluye la interpretación del referente empírico estudiado, por lo que se hace una descripción y un análisis de la información que aportaron el grupo de docentes de enseñanza clínica, que fungieron como tales durante el semestre escolar 2001- 3, semestre en que por única ocasión se ofrecieron todos los semestres de la licenciatura, en razón del paro estudiantil universitario de 1999, es decir todas las asignaturas teórico-prácticas que comprende el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO/ UNAM.

Estos docentes clínicos, comparten espacios áulicos y espacios hospitalarios al realizar su enseñanza, pues se desplazan a las instituciones de salud que son asignadas a los alumnos, como espacios de práctica, lo que nos permitió adentrarnos en una serie de aspectos que giran alrededor de este conocimiento desde varias dimensiones, como son: la formación académica de estos docentes clínicos, la experiencia y actualización profesional que poseen, la concepción que tienen los docentes del conocimiento práctico y sus referentes para su enseñanza; el vínculo pedagógico que establece quien transmite este conocimientos con los alumnos (sean docentes, sea gremio enfermero) y la injerencia de las autoridades y jerarquías institucionales para su enseñanza.

La investigación se apoya en la consulta de fuentes bibliográficas y hemerográficas, nacionales e internacionales en el caso de estas últimas, así como documentos generales e internos elaborados por la propia ENEO, tales como planes de estudio y documentos de archivos. Fueron también consultados documentos de memorias de congresos.

Profundizar en un aspecto de esta naturaleza que es medular para la profesión de enfermería, puede aportar elementos de índole epistemológico sobre este conocimiento, pues es un aspecto que comúnmente no recibe atención, por lo que resulta en principio difícil identificarlo y apartarlo para su estudio, antes de siquiera descubrir el tratamiento pedagógico que conlleva. Así pues, espero que las reflexiones que el estudio y el análisis que este caso arrojan, sean de utilidad para las personas interesadas en abordar una pedagogía de los saberes prácticos, elemento de gran importancia en la formación de los profesionales universitarios del nuevo milenio.

## **Capítulo I. Consideraciones metodológicas sobre el estudio de la enseñanza del conocimiento práctico. El caso de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la ENEO/ UNAM.**

La enseñanza de los saberes prácticos constituye un elemento ineludible en la enseñanza de toda profesión universitaria, pero resulta aún más relevante, si se trata de una licenciatura con una especial tendencia profesionalizante, como es la enfermería, para la que alcanzar un nivel de intervención adecuado resulta no sólo medular, sino absolutamente necesario por las implicaciones que las actuaciones de estos profesionales tienen en los pacientes.

En este sentido el presente estudio de tipo exploratorio y descriptivo se propuso, incursionar en la naturaleza del conocimiento práctico y en las formas que asume su enseñanza, a partir de un estudio de caso, es decir el de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM.

A partir de la elaboración de un marco teórico, así como de un análisis de los datos que aportaron los docentes clínicos que tienen a su cargo esta enseñanza, se incursionó en la enseñanza de los conocimientos prácticos de la enfermería, destacando la naturaleza de este conocimiento, los referentes que tienen presentes los docentes para ello, así como las formas que asume esta práctica educativa, que comparte escenarios escolares y hospitalarios para su enseñanza, que poseen lógicas, fines y estructuras distintas, pero que resultan imprescindibles para lograr los fines formativos.

Estudiar la enfermería como una profesión eminentemente práctica, que se ha caracterizado por su capacidad de intervención en los escenarios institucionales de atención a la salud, más que por un desarrollo disciplinario propio, en el que se ubica el conocimiento práctico en el centro del escenario, no es un tema estudiado en forma recurrente, al menos desde esta perspectiva. Por el contrario es un tema

cuya existencia se da por hecho, pero en el que no se profundiza con fines de su reflexión.

Ello obedece en buena medida a que a nivel discursivo los argumentos que pretenden explicarlo, se repliegan de manera automática bajo una explicación causal, derivada de una lógica científica en el que la práctica es una aplicación de la teoría, sin que exista claridad de que el terreno de los saberes de la enfermería, no se entrecruza con este conocimiento, por lo que al interrogar a los docentes clínicos respecto a la naturaleza y a la enseñanza de éstos, los supuestos se diluyen, aflorando en su lugar la construcción de saberes que se gestan en los espacios clínicos cotidianos y que encabezan aquellos profesionales de la enfermería que reúnen la mayor experiencia.

El estudio exploratorio partió de los siguientes supuestos:

- El conocimiento práctico de enfermería constituye un cuerpo de saberes, que son producto de la experiencia directa de las enfermeras en su intervención clínica con los pacientes. Se trata de un saber al que sólo puede accederse por la vía de la ejecución directa, por lo que su enseñanza asume las características de una enseñanza artesanal, en la que la experiencia coloca en el frente a los maestros y a los carentes de experiencia en la situación de aprendices que se inician en este arte.
- La enseñanza de los saberes prácticos de enfermería tiene lugar en escenarios educativos formales como es el aula universitaria y en escenarios no formales de educación como son los hospitales, en los que la presencia del gremio profesional de enfermería, se torna en el principal agente socializador, marcando pautas y rituales que van mostrando a los alumnos entre otras cosas, las reglas, costumbres, valores, jerarquías y lenguajes que comparte el gremio.

- La enseñanza de estos saberes por parte de los docentes clínicos dentro del ámbito académico, parte de un ritual que cumple con la formalidad de reconocer a los programas curriculares de carácter teórico- práctico como los principales referentes de este conocimiento, sin embargo es la experiencia profesional de la enfermera, la que marca la posibilidad de mostrar este conocimiento a los alumnos, por lo que se convierte en su principal referente y en un factor imprescindible para ello.
- La enseñanza de los saberes prácticos de enfermería requiere de un método propio, en tanto lo que se enseña es un saber hacer, en una diversidad de circunstancias que son permanentemente cambiantes. Esto implica el desarrollo de una gran capacidad de observación por parte del alumno, como una herramienta indispensable para acceder al mismo, y el desarrollo de un pensamiento analógico que le permite vislumbrar semejanzas y diferencias en una heterogeneidad de situaciones.

### **1.1 Procedimiento metodológico.**

Para llevar a cabo esta investigación se consideró pertinente recuperar información de sus principales protagonistas , es decir, quienes se han abocado a su enseñanza, en este caso, los profesores que imparten la enseñanza clínica en la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Todos los docentes que imparten alguna(s) asignaturas teórico prácticas, dentro del plan de estudios quedaron comprendidos. Se trata en todos los casos de enfermeras y enfermeros que fueron incorporados a tales asignaturas, bajo el supuesto institucional de la ENEO, de que cuentan con experiencia profesional en el campo de la enfermería, en alguno o en varios de los servicios por los que transita el alumno en

sus prácticas clínicas de enfermería y que cuentan por consiguiente con los dominios prácticos que requiere esta enseñanza.

### **Instrumento de investigación. Piloteo**

Se elaboró originalmente un cuestionario compuesto por 51 preguntas, y se sometió a un piloteo. Este cuestionario constaba de 45 preguntas de carácter cerrado con opciones de respuesta, que podían contener desde dos hasta catorce opciones de respuesta, según la naturaleza de la pregunta, y 6 preguntas de carácter totalmente abierto, con el fin de ubicar las posibles respuestas y poder plantearlas posteriormente en forma cerrada.

La mayoría de las preguntas con opción de respuesta, incluyó la alternativa "otra razón... especifique", con el fin de que en aquellos casos en los que las opciones de respuestas no incluyeran aquellas que quisieran emitir los docentes, contaran con la posibilidad de hacerlo, no dejando fuera posibles opciones de respuesta.

Las dimensiones que comprendió el instrumento para el estudio fueron: datos personales, formación académica, actualización profesional, experiencia docente, conocimiento práctico, método y enseñanza, proceso de socialización profesional, plan de estudios y conocimiento práctico, y autoridad institucional.

El instrumento se aplicó con fines de piloteo a un grupo de profesores de enfermería que impartían asignaturas teórico- prácticas en la licenciatura en enfermería, en la escuela de Enfermería del Departamento del Distrito Federal, esto se hizo con el propósito de que ninguno de los profesores a los que finalmente se les aplicaría el instrumento, tuviera contacto con el cuestionario en forma previa. Una pregunta que hace alusión al tipo de nombramiento que tiene dentro de la ENEO, evidentemente fue anulada en el piloteo, pues los profesores del piloteo, no podían contestarla.

A partir de las respuestas obtenidas, se reestructuró el instrumento y se procedió a elaborar una primera base de datos, para poder realizar la concentración de respuestas.

Esta primera base de datos, permitió reunir una gama de posibles opciones de respuesta en varias preguntas que tenían un carácter totalmente abierto, de manera que se pudieron transformar en preguntas cerradas con opciones de respuesta. Paralelamente nuevas opciones de respuesta en algunas preguntas cerradas, fueron agregadas, cuando en el piloteo fueron marcadas como “otra razón...especifique”.

Algunas preguntas fueron afinadas o replanteadas, en función de las interrogantes que hicieron algunos maestros en el piloteo, obteniendo una mayor precisión, y dejando fuera dudas o confusiones.

Una vez que se tuvieron contestados los cuestionarios, se capturó la información en el programa SPSS, y se hizo una primera apreciación e interpretación de los datos obtenidos.

### **Instrumento definitivo.**

El cuestionario definitivo de la investigación, quedó finalmente conformado por 50 preguntas con opciones de respuesta, que van desde 2 hasta 14 opciones, según la naturaleza de la pregunta.

Las preguntas se elaboraron y se agruparon atendiendo a las dimensiones del estudio, a saber: datos personales, formación académica, actualización profesional, experiencia docente, experiencia clínica, conocimiento práctico, método y enseñanza, proceso de socialización profesional, plan de estudios y por último autoridad institucional.

### **Población de estudio.**

Se elaboró una relación de todos los profesores que tienen a su cargo alguna(s) de las materias teórico prácticas que se imparten en la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, sistema escolarizado, y que requieren la realización de prácticas en los espacios clínicos y hospitalarios de las instituciones de salud. Se tomó como referente, el semestre escolar 2001-3, en virtud de que durante este periodo escolar, se impartieron tanto los semestres nones como pares de la licenciatura, es decir, se impartieron durante ese semestre escolar, todos los semestres, de manera que quedaron incluidas todas las materias teórico prácticas que requieren práctica clínica y todos los profesores que imparten estas materias en el plan de estudios de la licenciatura.

Cabe mencionar que esta circunstancia fue una situación fortuita, en razón del paro estudiantil que se presentó en Ciudad Universitaria durante el año de 1999, motivo por cual, en el calendario escolar universitario se implementó como estrategia de recuperación, el ofrecimiento de un semestre extra a los que normalmente abarca el ciclo escolar anual, situación que en el año 2001 en el que se iniciaron las aplicaciones de los cuestionarios, facilitó el listado de la población estudiada, con la presencia conjunta de todos los docentes y todas las asignaturas que debía abarcar el estudio, en un solo semestre

El listado de docentes que participarían en el estudio, quedó conformada por 50 profesores, de los cuales se obtuvieron respuesta de 40, los 10 restantes, si bien fueron contactados telefónicamente, dichos profesores argumentaron no estar dispuestos a contestar el cuestionario por las siguientes razones: gozar de una licencia de incapacidad, estar disfrutando del año sabático, dejaron de ser recontratados para el siguiente semestre y en tres casos no asistieron a la cita, pese a que habían aceptado telefónicamente responder al cuestionario en dos diversas ocasiones.

El instrumento se aplicó en las instalaciones de la ENEO, a partir del mes de agosto del 2001 y se concluyó en febrero del 2002. Se solicitó la participación de los profesores y una vez que se contó con su aceptación, se acordó una cita individual, pues el cuestionario requería un tiempo estimado de 30 minutos para ser contestado en su totalidad, sin embargo en la mayoría de los casos los profesores requirieron de 35 a 45 minutos para ello.

Para la presentación del análisis e interpretación de los datos obtenidos, se organizó la información en tres grandes apartados.

Un primer apartado que reunió el análisis de los datos que perfilan quiénes son los profesores que enseñan este conocimiento práctico en la ENEO, en el que se incluyen datos generales que perfilan la población del estudio, así como datos sobre su formación. Un segundo apartado que se centra en cómo conciben estos docentes el conocimiento práctico y cuáles son sus referentes al enseñarlo, dentro de los cuales los programas de las asignaturas y la experiencia profesional de los docentes tienen presencia; y un tercer apartado cuyo análisis destaca cómo llevan a cabo los docentes la enseñanza de los saberes prácticos, cuyos datos fueron perfilando la enfermería más como un arte que como una profesión.

## **Capítulo II. La profesión de la enfermería en el contexto universitario.**

### **Introducción**

El propósito de este apartado es ubicar cómo se perfiló la enfermería como profesión a lo largo del siglo XX, siglo en el que se insertó al contexto universitario, vinculándose directamente con el proyecto del Estado. Es un punto de partida para ubicar sus características generales como profesión, y poder centrarnos posteriormente, en el análisis del conocimiento práctico y de las características de su enseñanza como un componente central de la misma.

El texto que a continuación se presenta, ha sido dividido en tres grandes épocas; la primera que abarca de 1910 a 1940 y que caracteriza los primeros años en los que el conocimiento de la enfermería se incorpora al ámbito universitario; un segundo período que abarca los años de 1940 a 1980 que se caracteriza por un proyecto de Estado que prioriza la incorporación de los adelantos científicos y tecnológicos a la profesión, en virtud del proceso de industrialización que vive el país y finalmente una tercera época que abarca los años de 1982 al 2000 en los que el Estado se incorpora a una economía de globalización del mercado, replanteando la formación de los profesionales en función de los criterios y parámetros del mercado de trabajo. Es una clasificación que presenta, a muy grandes rasgos, el devenir de la profesión de enfermería a lo largo del siglo XX, sin pretender profundizar en alguna época en particular, simplemente ubicar y contextualizar el entorno en que surge y se desarrolla esta profesión, anotando la presencia de algunos aspectos que posteriormente se abordan de manera más detenida.

### **2.1 Primer período 1910-1940. Incorporación de la enfermería al contexto universitario.**

La enseñanza de la enfermería en México a lo largo del siglo XX, en el que se incorpora al contexto universitario, se ha visto configurada por las diferentes

---

características que ha presentado el proyecto social del Estado mexicano en su interrelación con la Universidad, como principal entidad formadora de profesionistas.

A principios del siglo XX, el proyecto de desarrollo que plantea el Estado mexicano después de la revolución de 1910, busca su consolidación y legitimación como tal, llevando a cabo la reconstrucción económica y la nueva organización administrativa del país. En su afán modernizador el Estado controla la economía, la seguridad pública y la ideología, implementando estrategias de desarrollo y bienestar social que hacen necesaria la participación de diversos profesionales calificados que den cauce a estas nuevas expectativas.

Peter Cleaves<sup>1</sup> sostiene que la consolidación del Estado moderno mexicano, guarda estrecha vinculación con la trayectoria que presentan las profesiones en nuestro país, en el que estas últimas vieron aplazados sus intereses como grupo de profesionistas, en virtud de ser absorbidos por un Estado directivo, que marcó las pautas y directrices de las profesiones de mayor tradición (medicina, derecho e ingeniería), de manera que se propiciara el desarrollo y la contribución a un modelo consensual de desarrollo nacional. El Estado se constituyó además, como la principal fuente empleadora de los profesionistas, en virtud de la creación de las diferentes instituciones del sector público.

La educación, la salud y la asistencia social se concibieron como un asunto de interés nacional en el que el Estado debía intervenir de manera creciente, en un

---

<sup>1</sup> "En México la consolidación del Estado moderno después de la revolución de 1910 excluyó toda pretensión de los médicos, los abogados y los ingenieros por establecer agrupaciones profesionales independientes. Las profesiones no propusieron proyectos específicos para el desarrollo nacional basados en sus respectivas especializaciones o en sus intereses; en lugar de ello, las profesiones se incorporaron al Estado a medida que éste se desarrolló...el aparato estatal es la fuente de trabajo empleador más importante para los profesionistas mexicanos..."

CLEAVES, P. (1985). *Las Profesiones y el estado: el caso de México*. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos. pp.21 y 22. (Jornadas, 107).

intento de ser coherentes con los ideales de justicia social proclamados por la revolución.<sup>2</sup>

Delimitar las fronteras entre el Estado y la sociedad y establecer cuál es el terreno de las intervenciones estatales, es uno de los aspectos que forman parte del debate del liberalismo, campo de ideas y posiciones diversificado, que surge en protesta a la intrusión del poder estatal, intentado establecer una limitación de su intervención y una división de la autoridad para mantener limitado su poder, frente a las libertades individuales conquistadas. José Guilherme Merquior<sup>3</sup> menciona que esto ocurre al llegar la democracia al occidente industrial, desde la década de 1870, lo cual significó la preservación definitiva de logros liberales como fueron: la libertad religiosa, los derechos humanos, el imperio de la ley, el gobierno representativo responsable y la legitimación de la movilidad social.

La intervención del Estado en varios aspectos de organización y articulación de la vida social, es una tendencia que se observa a lo largo de casi dos siglos (siglos XIX y XX), en los que el nacionalismo, la revolución y el populismo desempeñaron un papel importante, conduciendo a diversas formas de estados empresarios y de bienestar.<sup>4</sup>

Las educación superior mexicana se concibe a principios del siglo XX bajo un esquema positivista con elementos nacionalistas. Hablamos de una universidad como centro del saber, donde rige la academia y es fundamental la transmisión del conocimiento enciclopédico. Su interés está centrado en la formación de

---

<sup>2</sup> MORENO CUETO, E. et. al. (1982). "Organismos públicos para la salud e institucionalización del Estado". En *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*. México: IMSS, pp. 1 y ss. (Serie Manuales Básicos y Estudios).

<sup>3</sup> MERQUIOR, J.G. (1990). "Definiciones y puntos de partida", En *Liberalismo viejo y nuevo*. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 15-31.

<sup>4</sup> KLIKSBURG, B. (1994). "El rediseño del estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una agenda estratégica para la discusión". En KLIKSBURG, B. (Compilador) *El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional*. México: INAP, Fondo de Cultura Económica. pp. 17-78.

---

profesionistas que transmitan y acrecienten el conocimiento y la cultura, y que sirvan a su sociedad.

La educación universitaria es considerada como el espacio en el que los sujetos se preparan para la vida, es así que ésta se constituye en la vía válida de acceso a los conocimientos propios de la profesión y en la forma de obtener la aprobación legalizada para su ejercicio.<sup>5</sup>

Los antecedentes que refieren la presencia de la profesión de la enfermería en México, mencionan que aparece de manera posterior al de partera, actividad generalmente encomendada a una mujer, que era inicialmente aprendida como un oficio y practicada en forma empírica, a través de la observación y la tradición oral, antes de que se formalizara su instrucción.<sup>6</sup>

En México la formación de parteras en forma institucional se registra desde 1833 en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México, "... se exigía que fueran sólo mujeres, que tuvieran la educación primaria, que aprobaran al ingresar un examen preparatorio y tener conocimiento del idioma francés. La carrera duraba dos años..."<sup>7</sup>.

El ejercicio de partera se consideraba perfectamente congruente con el género femenino que predominantemente lo practicaba y era una profesión que gozaba de reconocimiento social y que se ejercía sobre la base de un reglamento emitido por la

---

<sup>5</sup> PACHECO, T. y A. DÍAZ BARRIGA (coord.). (1997). *La profesión. Su condición social e institucional*. México: CESU- Grupo editorial Miguel Angel Porrúa. pp.79-80.

<sup>6</sup> LUCIO CRUZ, A.M. (1994). *La enfermera y su imagen social*. Tesis de licenciatura. ENEO-UNAM. pp. 65-66.

<sup>7</sup> El conocimiento del idioma francés, obedecía a que los conocimientos básicos de la clínica fueron aportados al campo de la medicina, desde Francia principalmente, y el trabajo de la enfermera derivó del enfoque médico que entonces era predominante.

ALATORRE WYNTER, E. (1998). "El Proceso histórico de la educación en enfermería en México". *En Memorias de la XII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería: del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna*. México: ENEO-UNAM. p. 50.

Secretaría de Gobernación en 1892<sup>8</sup>. Los títulos que se expedían en el Distrito Federal, tenían mayor reconocimiento que los que se expedían en otros estados, por ejemplo en los estados de Nuevo León y Jalisco. La partera era considerada una especialidad médica, que requería menor tiempo de estudio (dos años).<sup>9</sup>

Históricamente la mujer al estar vinculada estrechamente al ámbito del hogar y de los hijos, ha proporcionado a través del tiempo los cuidados y los remedios caseros cuando algún miembro de la familia perdía la salud, y ha estado presente en los acontecimientos del surgimiento de la vida y la llegada de la muerte. La mujer asume la responsabilidad de estas tareas, en función de una primera división social del trabajo que se establece entre el hombre y la mujer, en virtud de la procreación de los hijos, generando con ello la instauración de un predominio del sexo masculino sobre el femenino. La concentración de las riquezas en las manos de un solo hombre y el deseo de transmitirlos por herencia a sus hijos, excluyendo a los de cualquier otro, es en consecuencia la razón de la monogamia.<sup>10</sup>

Esto significa, que los cimientos de nuestra cultura y de la moral sexual que nos rige<sup>11</sup>, tiene su origen en la propiedad privada. La pareja monogámica gira en torno a esta base, en la que el hombre ejerce un poder de pater familia sobre la esposa y los hijos, así como de todos aquellos miembros que se integran bajo su techo. Bajo esta forma, la esposa se restringe al ámbito doméstico, haciéndose cargo de proveer el

---

<sup>8</sup> En estos reglamentos se indican claramente los instrumentos que requiere la partera para asistir los partos, las substancias y soluciones desinfectantes, las prescripciones de asepsia y antisepsia que marcaba el Consejo Superior de Salubridad, así como la vestimenta y el aseo de la partera. Se menciona en forma reiterada que la partera debía sujetarse a las prescripciones del médico y en su ausencia debía realizar el servicio e informar posteriormente al médico. No podían aplicar anestésicos, mas que bajo la dirección del médico. En estos reglamentos se hacen conocer las multas a que se hacen acreedoras por infraccionar el reglamento.

"Reglamento al que debían sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión", "Instrucciones para la práctica de la antisepsia en los partos, a los que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión". En SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, 24 de marzo de 1892. *Legislación Mexicana*. Tomo XXII, pp. 80 - 82.

<sup>9</sup> ARCE GURZA, F., M. BAZANT, A. STAPLES, D. TANCK de ESTRADA y J. Z. VÁZQUEZ (1982). *Historia de las profesiones*. México: Colegio de México. pp 161-162.

<sup>10</sup> ENGELS, F. (1984). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. 12 ed. México: Ediciones de Cultura Popular. pp. 73 y ss.

<sup>11</sup> FUCHS, E. (1996). "Origen y esencia de la moralidad". En *Historia ilustrada de la moral sexual*. Madrid: Alianza Editorial, Vol. I, pp.33-67.

cuidado y la educación de los hijos, la limpieza de la casa, la preparación de los alimentos y la realización de todas aquellas tareas domésticas.

En la historia se registra que la partera empírica o con alguna preparación, ha estado presente una y otra vez en el suceso del alumbramiento. Esto que ha sido una práctica histórica y social, es asumida posteriormente por los gremios religiosos, con toda la mística y simbología del servicio, la salvación a través de la ayuda al desvalido etc., que de alguna forma aún se conservan en los códigos de ética de la enfermera.<sup>12</sup>

Las tareas propiamente de enfermería estuvieron inicialmente vinculadas con los quehaceres domésticos del ámbito hospitalario, (limpieza, ropería, preparación de alimentos, etc.) de ahí que su desempeño se vinculara con personas sin estudios formales, de escasos recursos que requerían de un trabajo remunerado y generalmente de condición femenina. Se consideraba que bastaba con ser mujer para ser capaz de realizar las tareas de enfermería, tareas de servidumbre supeditadas al médico, a la partera o a la orden religiosa,<sup>13</sup> según fuera la estructura

---

<sup>12</sup> COLLIERE, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill. pp. 33-58.

<sup>13</sup> En el siglo XIX la concepción de la vida apostólica había cambiado, pues las órdenes religiosas abocadas a la vida contemplativa, se había abandonado y se habían creado una serie de nuevas congregaciones. Estas congregaciones tenían mayor cabida en la mentalidad liberal, pues se dedicaban a tareas de utilidad social. Los clérigos se percataban de las debilidades de las órdenes religiosas femeninas entre las que destaca la falta de profesiones, en este sentido puede entenderse que la actividad de la enfermería tuviera gran aceptación entre éstas, pues permitía realizar una actividad externa con los menesterosos, más acorde con los intereses del Estado, con las necesidades de la sociedad y los anhelos de las jóvenes que deseaban consagrarse a la vida religiosa. Este tránsito a la vida activa, se inició en México durante la República Restaurada, y se consolidó durante el porfiriato, con diversas congregaciones, como las de las Hermanas de la Caridad que provinieron de Europa, y de las Josefinas que realizaron votos de pobreza, castidad, obediencia y caridad con el que adquirían el compromiso de consagrarse a la educación de los jóvenes, la atención de hospitales y asilos, "...Algunas fundaciones eran propias y se sostenían con recursos internos. Otras les eran confiadas casas en encargo. Se las entregaban los organismos gubernamentales encargados de administrar los establecimientos particulares que los promovían....el porfiriato, constituye una etapa intermedia entre una beneficencia administrada por el clero y el surgimiento del Estado Social, configurado en la Constitución de 1917. A partir de ese momento el gobierno asume responsabilidades de salvaguardar las necesidades de la sociedad en su conjunto y solventar los problemas de los sectores necesitados."

En 1861 todos los establecimientos pasaron al dominio del Estado, por la disposición juarista que decretó la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia. Los bienes fueron nacionalizados, pero se permitió que los antiguos propietarios los siguieran manejando, el gobierno de

organizacional del hospital, cuyo nivel de competencia podía adquirirse a través de una simple habilitación en el lugar de trabajo.

La profesionalización de la enfermería en el presente siglo se vincula directamente con las necesidades de personal que reclaman las instituciones de salud, cuyos desempeños deben realizarse en apego a ciertas normas exigidas en el ofrecimiento de estos servicios en las instituciones de salud,<sup>14</sup> así como de las necesidades prácticas del grupo médico, que demandan la colaboración de un personal adjunto que atienda una serie de necesidades que derivan de sus intervenciones como médico.

Edda Alatorre señala <sup>15</sup> que el grupo médico vislumbró la necesidad de formar enfermeras fundamentalmente porque ya no se disponía del grupo de religiosas que atendieran a los enfermos. Las parteras no podían ser vistas como enfermeras porque éstas tenían perfectamente definidas sus tareas obstétricas, e incluso gozaban de un prestigio social; el desarrollo tecnológico en el área de la salud que trae aparejado el desarrollo de nuevas habilidades, así como la oferta de servicios de salud hospitalarios, reclamaban una gran cantidad y variedad de tareas, algunas relacionadas con el tratamiento de los pacientes, prescrito por el médico y otras digamos de carácter administrativo como es la distribución de las tareas, y el resguardo de los materiales y equipo de curación.

Esta situación explica por qué los primeros planes de estudio de las enfermeras estuvieron fuertemente ligados a concepciones médicas caracterizadas por una fuerte presencia de aspectos patológicos, infecciosos y curativos de enfoque

---

Juárez se proponía deslindar a la Iglesia de esferas que consideraba terrenos de intervención propios del Estado, sin embargo hacia 1885, el Estado se percató que la beneficencia pública resultaba insuficiente y de difícil manutención por lo que aceptó otras iniciativas, de tal manera que durante el porfiriato se observaron sistemas mixtos, es decir tanto beneficencia pública como beneficencia particular .

SPECKMAN, E. (1996). "Congregaciones femeninas en la segunda mitad del siglo XIX". En *Tesis de Maestría*. México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM. pp. 62- 74.

<sup>14</sup> Ver "Reglamentos para las parteras.....". En SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, *Op. Cit.*, pp. 80 - 83.

<sup>15</sup>ALATORRE WYNTER, E., *Op. Cit.*, p. 53.

---

biologista, que aspiraban a formar un personal que funcionara bajo la supervisión médica, de ahí que se hable de la formación de personal paramédico o semiprofesional que se subordina en el proceso de división del trabajo, a la autoridad superior del médico.

J.L. Medina (1999), refiere que en el caso de la enfermería en los Estados Unidos de Norteamérica, si bien la enfermería durante la primera mitad del siglo XX, intentaba perfilarse como una profesión autónoma, las escuelas no poseían suficientes recursos financieros y aunado a esto, el crecimiento de los hospitales que ofertaban servicios asistenciales de la salud, **requerían de una gran cantidad de personal de enfermería, y para que su incorporación no representara paralelamente la elevación de los costos, las escuelas de enfermería intercambiaron fuerza de trabajo por soporte financiero** "... Los administradores de los hospitales conciben las escuelas de enfermería,,, como una fuente muy barata para el reclutamiento. De ese modo, empieza a desarrollarse con rapidez un sistema en el que las **estudiantes de enfermería actuaban como una fuerza de trabajo muy barata porque por su calidad de aprendices no cobraban**. A partir de 1910 uno de cada cuatro hospitales poseía una escuela de entrenamiento de enfermeras... Este sistema de explotación de las estudiantes se llevó a cabo sin el más mínimo control legal o profesional y fue desarrollándose hasta los años sesenta".<sup>16</sup>

La incorporación formal de la enseñanza de la enfermería dentro del ámbito universitario en México, tiene lugar en diciembre de 1911, año en que se incorpora lo que fuera la Escuela de Enfermería del Hospital General de México<sup>17</sup> a la Escuela de

---

<sup>16</sup> MEDINA, J.L. (1999). "La profesión de enfermería: el paradigma de la crítica feminista de la dominación". En *La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes. pp. 120- 121. El subrayado es mío.

<sup>17</sup> La Escuela de Enfermería del Hospital General aparece en 1907 y en un afán de captar un mayor número de aspirantes, los requisitos de ingreso llegan a aceptar a personas con 4º año de primaria,- que dadas las características educativas que prevalecían en el grueso de la población mexicana en esos años, no era desdeñable. Un año después el grupo médico establece de manera más formal, los conocimientos que las enfermeras debían poseer para convertirse en sus auxiliares. Los estudios de enfermería comprendían un plan de 3 años y a partir de 1908 se registran los estudios en la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Medicina de la Universidad Nacional, y se ofrecen los estudios formalmente a partir de 1912, año en el que los estudios de enfermería tenían una duración de dos años, después de los estudios de primaria.<sup>18</sup>

Al pasar la enfermería al ámbito universitario, adquiere un reconocimiento oficial, un status y una legitimación de su actividad profesional.<sup>19</sup>

Durante este período (1910-1940) si bien es cierto la universidad contó en un primer momento con un gran apoyo gubernamental, cabe señalar que no existía en nuestro país en la tradición revolucionaria, un genuino interés por la educación superior. Más bien el profesional era visto como un intelectual, generalmente perteneciente a la clase acomodada, que había tenido el privilegio de estudiar, pero cuyos servicios no beneficiaban a la clase desfavorecida, sino que lucraban a costa de la ignorancia de un pueblo empobrecido y carente de la educación más elemental.<sup>20</sup>

De ahí que el Estado insistiera en la necesidad de que la formación de los universitarios se impregnara de un gran sentido social y que la sociedad se viera beneficiada.<sup>21</sup> <sup>22</sup> La presencia de los intelectuales y su participación en la

---

*Ibidem*, pp. 6-7.

<sup>18</sup> "... El 16 de diciembre de 1911, la escuela pasa a depender de medicina donde se modifica el esquema de formación. En 1912 se establece el primer plan de estudios de dos años con cuatro cursos básicos : Anatomía, Fisiología, Higiene y clínica para enfermeras...Patología , Farmacia y Terapéutica en el segundo curso de clínica que comprendía la práctica de procedimientos para la atención de enfermos en el hospital..."

SALAS SEGURA, S. (1997). *Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias*. Conferencia presentada en el 90 aniversario de la enfermería universitaria. México: ENEO-UNAM. p. 20.

<sup>19</sup> "...la universidad ayudó a reforzar el status de élite de las profesiones..."CLEAVES, P., *Op.cit.*, pp 50-51.

<sup>20</sup> ARCE GURZA, F. et. al., *Op. Cit.*, pp. 234.

<sup>21</sup> Este aspecto es especialmente destacado por el pensamiento de José Vasconcelos, al ser rector de la universidad y encierra también el sentido que se le confiere a la realización del servicio social por parte del profesionista.

".....Vasconcelos.....sabía que la Universidad no podría justificar su existencia si no orientaba sus actividades hacia un propósito inequívocamente social. Al mismo tiempo, comprendía que para el estado revolucionario era indispensable el concurso de los intelectuales, no sólo para organizar la educación y abrir nuevos cauces a la cultura revolucionaria, sino también para diseñar y llevar a cabo la reconstrucción económica y la nueva organización administrativa.

*Ibidem*. p. 235.

<sup>22</sup>Cabe también mencionar como otro antecedente a la idea de que los profesionales prestaran un servicio a la sociedad, el Acuerdo dictado por el presidente Lázaro Cárdenas, para resolver el conflicto

---

reconstrucción económica y la nueva organización administrativa, así como en la renovación de la cultura, eran vistas como necesarias y en este sentido la medicina y la enfermería se vislumbran como actividades profesionales de alta demanda, acordes con el proyecto del Estado en materia de salud.

A través del otorgamiento del título profesional, se vislumbró una forma de control por parte del Estado, en tanto a partir de la posesión de éste, se autorizó el desempeño de ciertas funciones profesionales, pues el título garantizaba que las personas habían realizado los estudios previos que se requerían para tal ejercicio, asegurando una calidad del servicio ofrecido y además una protección al gremio, en tanto se desconocía y prohibía el ejercicio a todos aquellos que no podían comprobar la certificación de sus conocimientos, aspecto que resultó especialmente importante en el caso de las profesiones que se vincularon con la salud, pues era común la presencia de personas que realizaban prácticas curativas inadecuadas, aprendidas en forma empírica y sin instrucción formal alguna. En esta forma la enfermería universitaria adquiere autoridad académica y un control ocupacional.

La enseñanza de la enfermería se orientó fundamentalmente a formar enfermeras que se encargarían de la medicación, la alimentación y el cuidado de los enfermos. Entre sus tareas se encontraba informar al médico sobre el seguimiento de todas aquellas reacciones que pudiera presentar el paciente y que fueran de interés para su tratamiento. Al ser la medicina una profesión con gran tradición y status, la presencia del profesional de enfermería es ubicada de manera subalterna al médico,

---

intergremial de la ciudad de Atlixco - Puebla, en 1936, en el que con el fin de dar por concluidas las luchas intergremiales que prevalecían entre organizaciones obreras textiles de esa región, pertenecientes a la Confederación Regional Obrera Mexicana y a la Confederación de Trabajadores de México, que había generado muchas muertes, motivo por el cual interviene directamente, el entonces presidente de la República Mexicana, y si bien dicta varias medidas para solucionar este problema, ofrece la participación de los profesionales del país, para coadyuvar en la solución del problema.

MALPICA URIBE, S. y Ma. T. BONILLA FERNÁNDEZ. (1987). "La CTM en la región de Atlixco, Puebla (1928- 1938)". En *Boletín de investigación del movimiento obrero*. México: Centro de Investigaciones Históricas del Movimiento Obrero. Instituto de Ciencia / Universidad Autónoma de Puebla. pp. 17 - 37 y 139- 141.

orientando el sentido de su formación, por lo que es común que se le ubique como un profesional “ayudante del médico”.

De esta manera, sus tareas le demandaron el desarrollo de una gran capacidad de observación del paciente, durante el día y la noche, y al ser considerada como una actividad subalterna al médico, en su enseñanza se introdujeron normas de respeto y de obediencia hacia sus superiores, en un ambiente de trabajo con claras jerarquías.<sup>23</sup>

La formación de técnicos al interior del sistema educativo, fue proyectada por el Estado y alimentada por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, especialmente como consecuencia de la Primera Guerra Mundial. La formación técnica creció, se diversificó y algunas de ellas al incorporar mayores exigencias pasaron a ser consideradas como parte de la educación superior.

Las “carreras técnicas” cobraron importancia en México, porque éstas fueron vistas como una posibilidad de democratizar la educación en un plazo corto y como una forma de favorecer la movilidad social “... La educación técnica pues, fue concebida siempre como una forma de educación popular, no sólo por el contenido de sus enseñanzas orientadas exclusivamente hacia el desempeño apto de una labor concreta , sino también por la corta duración de los estudios...al mismo tiempo ofrecían la posibilidad de que, desde un principio, los alumnos adquieran habilidades remunerativas que les sirvieran en caso de verse obligados a interrumpir este ciclo antes de su conclusión...”<sup>24</sup>

Las instituciones de educación superior pasan a ser vistas como las principales formadoras de los cuadros profesionales y técnicos que reclamaban las nuevas condiciones del país. Sin embargo en la década de los treinta, el Estado ve

---

<sup>23</sup> PEREZ LOREDO DÍAZ, L. (s/f).” Características de los servicios de enfermería al inicio del siglo XX.” En ENEO/ UNAM (1997). **Material bibliográfico para la asignatura “Historia de la enfermería en México”**. pp.105-116.

<sup>24</sup>ARCE GURZA, F. et. al., *Op. Cit.*, pp. 257-258.

amenazada su autoridad en materia de educación superior, especialmente después de haberse declarado la ley de autonomía universitaria absoluta en 1933, por lo que en un afán de restarle presencia a la universidad, se impulsan las carreras técnicas, y se crean otras instituciones que forman profesionistas a nivel superior, como es el caso del Instituto Politécnico Nacional en 1937.<sup>25</sup>

Al interior del ámbito de la enfermería, en 1935 se observan cambios en cuanto a los requisitos de ingreso a su instrucción, en tanto se solicitan los estudios de secundaria además de los de enfermería, como requisito previo, para cursar la carrera de partera, ésta última de gran interés para las solicitantes a diferencia de la de enfermería. Esto se hace con el propósito de alentar la incorporación de personal que fungiera posteriormente como enfermera, dado que este rol era el más solicitado por el equipo médico, que ya hemos dicho era concebido como un auxiliar del médico. Paralelamente esta medida trató de desalentar los estudios de partera, campo en el que ganaban terreno e interés los médicos obstetras.

## **2.2 Segundo período: 1940-1980 consolidación de la enfermería en un ambiente que promueve la industrialización y el desarrollo científico y tecnológico.**

En la década de los cuarentas y hasta principios de los años sesenta, el Estado asume un papel de gestor del desarrollo económico, promoviendo la industrialización del país, importando tecnología en maquinaria y conocimientos técnico- científicos.<sup>26</sup> Al ser prioritaria la industrialización, se promueve el crecimiento de las ciudades y la universidad mexicana tiene una gran expansión, que se ve cristalizada en la construcción de Ciudad Universitaria, actividad que es iniciada en 1950.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> La creación del IPN es vista según Francisco Arce Gurza como una alternativa del Estado, para recuperar su autoridad académica y el control del conocimiento profesional, decidiendo la creación de las carreras y la asignación de los recursos económicos a las prioridades nacionales.

*Íbidem*, p. 264.

<sup>26</sup> VALLE FLORES, A (1997). "Sobre las prácticas profesionales". En PACHECO MARTÍNEZ, T. y A. DIAZ BARRIGA. *La profesión. Su condición social e institucional*. México: CESU-UNAM, Grupo Editorial Porrúa. p. 179.

<sup>27</sup> La construcción de Ciudad Universitaria inicia en junio de 1950, siendo colocada la primera piedra para la construcción de la Facultad de Ciencias, siendo rector Luis Garrido "...hubo discursos del

---

Puede afirmarse que el Estado y la universidad viven un período de armonía, crece la matrícula universitaria, los egresados obtienen empleos y el estado recupera sus cuadros de las instituciones de educación superior.<sup>28</sup>

Hablamos de momentos en los que el Estado administró y controló la oferta educativa y el mercado de trabajo, se habla de un Estado benefactor porque en esencia es el principal empleador de los egresados profesionales.

La convivencia de enfermería con medicina perdura hasta 1945, año en el que la Escuela de Enfermería se separa de la Facultad de Medicina para constituirse en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Esta convivencia puede entenderse, si consideramos que tanto medicina como enfermería, comparten un mismo espacio de trabajo y ambas tienen una tendencia de formación profesionalizante, es decir, adquieren habilidades técnico-conceptuales a través del ejercicio directo. Estos cambios aunados al surgimiento de la Ley General de Profesiones, regulan el ejercicio de la enfermería y la obstetricia, al igual que el ejercicio de otras profesiones en México.<sup>29</sup>

En tanto el Estado asume la responsabilidad de proveer los servicios de salud a la población, se observa un crecimiento de las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud etc.), aunado a una demanda de formación médica

---

rector y del arquitecto Carlos Lazo, con asistencia de don Adolfo Ruiz Cortines, Secretario de Gobernación, en representación del Primer Magistrado. Semanas después, el 7 de agosto, se colocaron las primeras piedras de las Escuelas de Jurisprudencia, de Economía y de la Facultad de Filosofía y Letras....”

En 1952, siendo presidente Miguel Alemán, se realiza la Ceremonia de dedicación de la Ciudad Universitaria, el día 20 de noviembre.

SILVA HERZOG, J. (1986). *Una Historia de la Universidad de México y sus problemas*. 4 ed. México: Siglo XXI Editores. pp. 105 y ss.

<sup>28</sup> DÍAZ BARRIGA, A. (1995). *Empleadores Universitarios. Un estudio de sus opiniones*. México: CESU- Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. pp. 23 y ss.

<sup>29</sup> Esta ley que entró en vigor en 1945 y por eso se le conoce como Ley Reglamentaria de 1945, considera que las actividades que requieren título para poderse ejercer son: actuario, arquitecto, bacteriólogo, biólogo, cirujano dentista, contador, corredor, enfermera, enfermera partera, ingeniero en sus diversas ramas profesionales, médico veterinario, médico en sus diversas ramas profesionales, metalúrgico, notario, piloto aviador, profesor de educación pre-escolar, primaria y secundaria, químico en sus diversas ramas profesionales y trabajador social.

ARCE GURZA, F., et. al., *Op. Cit.*, p. 315.

especializada que se observa en la década de los 40s y los 50s y que se traduce correlativamente para el caso de enfermería, en el requerimiento de formar enfermeras en ciertas especialidades,<sup>30</sup> y dado que la enfermería era una profesión exclusivamente técnica, la ENEO ofrece cursos a nivel postécnico, para atender esta demanda, pese a que su aprobación oficial por Consejo Universitario ocurre hasta 1967.<sup>31</sup>

En tanto el Estado se pronuncia a favor de la salubridad y de la atención de problemas de salud en zonas rurales, las enfermeras salubristas van al frente de estas demandas, aún cuando la salud pública y la enfermería sanitaria, no forman parte del plan curricular, sino hasta finales de los años 50s, este dato revela que estamos frente a una profesión, en la que el ejercicio y el desarrollo de ciertas habilidades, precede a la formación académica formal.

En la década de los sesentas, las parteras tituladas a pesar de que venían desempeñando su labor en las instituciones de salud, con una antigüedad considerable en el IMSS, son borradas del tabulador y en algunas maternidades (como es el caso de la maternidad Maximiliano Ávila Camacho) se prohíbe que atiendan partos, debido fundamentalmente al ejercicio creciente del médico obstetra. La carrera de partera como tal deja de ofertarse y se fusiona con la de enfermería en el año de 1968.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Hacia el año de 1945 se refuerza el sentido científico y humanista de la carrera, al incorporarse áreas de especialidades de enfermería como la quirúrgica, y la fisioterapia, se incorporan los laboratorios, la medicina preventiva y la administración de los servicios de enfermería.

SALAS SEGURA, S., *Op. Cit.*, pp. 22 y 23.

<sup>31</sup> ALATORRE WYNTER, E., *Op. Cit.*, p.59.

<sup>32</sup> "...Más dramático ha sido el fenómeno en el caso de la enfermera partera, cuya relegación por el médico obstetra ocurre entre 1920 y en 1954, hasta llegar poco después a su extinción. El asedio de los médicos a la partera profesional se inicia en 1935 al dificultar el ingreso a la carrera de obstetricia, exigiendo que se curse antes la de enfermería."

MARTÍNEZ BENÍTEZ, Ma. M. y P. LATAPÍ. (1993). *Sociología de una profesión, el caso de enfermería*. 2ª. ed. México: Centro de Estudios Educativos. p.155. (Colección Problemas Educativos).

---

En 1966 se ofrece la licenciatura en enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia como un plan piloto, y en 1968 se ofrece formalmente este plan suprimiendo la carrera de Obstetricia<sup>33</sup>. Este plan de estudios "refleja formas tradicionales de entender la tarea educativa, un enfoque biomédico para la enseñanza de la enfermería universitaria, que se orientaba más al estudio de las enfermedades y sus formas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención para deducir las acciones de enfermería".<sup>34</sup>

En la década de los sesentas el modelo económico de desarrollo del Estado entra en crisis y se fortalecen los principios de la teoría de la dependencia, donde encuentran expresión una serie de conflictos sociales, culminando en el movimiento estudiantil de 1968. A la universidad se le solicita constantemente una reforma social que favorezca la formación de los cuadros que reclamaba el desarrollo científico y tecnológico del país para propiciar el desarrollo económico de la nación.

En los años setentas tiene lugar una reforma en todos los niveles del sistema educativo, en la que cobra fuerza la educación técnica. A nivel universitario el rasgo de la modernización se traduce en un aumento de la matrícula, así como en la incorporación de estrategias educativas de masificación. Hacen su aparición una serie de tecnicismo educativos que provienen de la tecnología educativa y que pretenden imprimir un sello científico al quehacer educativo. La vinculación educación- mercado de trabajo, adquiere fortalezas, sin embargo es valorada y considerada la función social crítica que tiene la universidad como generadora de una conciencia nacional.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> La idea de elevar la enfermería a nivel de licenciatura, si bien se plantea como una necesidad de preparar al profesional de manera más amplia, acorde a los cambios científicos y tecnológicos que presenta el campo de la salud, se liga permanentemente con la preocupación del "reconocimiento social" y el apremiante deseo de propiciar una emancipación de la figura del médico.

*Ibidem*, p. 156.

<sup>34</sup> SUSANA SALAS S., *Op. Cit.*, p. 26.

<sup>35</sup> DÍAZ BARRIGA, A., *Op. Cit.* p. 26.

---

En 1976 se ofrece la carrera de enfermería en su nivel técnico, mediante el Sistema de Universidad Abierta<sup>36</sup>, siendo condición necesaria, el ser auxiliar de enfermería y estar incorporada al ejercicio de la enfermería en alguna institución del sector salud. Esta modalidad educativa que permite combinar el estudio con el trabajo, es bien vista por las instituciones de salud, dado que contaban con un número considerable de personal de enfermería que sólo poseía el nivel de auxiliar de enfermería, y que podía formarse como técnico de enfermería sin abandonar su jornada de trabajo, realizando sus prácticas escolares dentro de su mismo horario de trabajo. Es también una alternativa educativa de gran valor para el auxiliar de enfermería, que vislumbra la posibilidad de ingresar al ámbito universitario sin abandonar su trabajo remunerado, en el que además se le ofrecían posibilidades de movilidad escalafonaria.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia siguió ofreciendo ambos niveles de enfermería, el técnico y el de licenciado. En 1979 se ofrece un plan único para ambos niveles, marcando como principal elemento diferenciador el curso de los dos últimos semestres, cuyos contenidos se ubican bajo el área de enfermería avanzada, dentro de la cual la obstetricia aparece como una materia obligatoria, con los requisitos previos correspondientes a cada nivel, es decir, estudios de secundaria para el nivel técnico y estudios de bachillerato para el nivel licenciatura.

Cabe mencionar que al interior de la escuela, en el ámbito académico, se argumentan como principales razones para fundamentar las diferencias entre un técnico y un licenciado en enfermería, el nivel de profundidad con que son abordados los contenidos, algunos contenidos básicos de metodología de la investigación que pasan a formar parte del plan de estudios de la licenciatura (ver anexos) así como la parte de obstetricia, que aparece como el principal elemento diferenciador entre uno y otro nivel, y que encuentra numerosas dificultades en el

---

<sup>36</sup> ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. (1977). *Organización Académica 1977*. México: UNAM, Secretaría de Rectoría, Dirección General de Orientación Vocacional. p. 25.

---

terreno de su aplicación práctica, dado que a los alumnos no se les permite atender partos.

### 2.3 Tercer período: 1982 a 1998. El proyecto modernizador del Estado y el pensamiento neoliberal.

La crisis del petróleo durante la década de los setentas, fue la primera señal de que el proceso de expansión estatal estaba resultando excesivo, la crisis de la deuda genera cuestionamientos sobre la capacidad del Estado y se considera oportuno formular nuevas formas de organización social y política. El proceso de creciente expansión del Estado que venía observándose en los dos últimos siglos, comienza a invertirse, nuevas fronteras entre el Estado y la sociedad comienzan a demarcarse.<sup>37</sup>

En 1982, bajo los primeros indicios de las tendencias a la globalización del mercado, incursiona el pensamiento neoliberal en la política y en la economía del país. El pensamiento neoliberal delimita nuevas fronteras a la intervención del Estado, trasladando mayores responsabilidades a la sociedad civil, de manera que a finales del siglo XX, vemos desplazarse la organización de la producción de bienes y servicios a los particulares, observándose un fenómeno opuesto al que venía presentándose bajo un Estado benefactor y regulador en gran medida de la vida social y económica del país.

Si bien existen diversas acepciones sobre lo que puede entenderse por procesos de privatización<sup>38</sup>, en términos generales, se habla de un movimiento contra el crecimiento del gobierno, representando una vía conservadora que intenta devolver la producción de bienes y servicios a la esfera privada, en un afán por equilibrar el conflicto entre lo privado y lo público, aspectos fundamentales en la vida social.

---

<sup>37</sup> OSZLAK, O. (1994). "Estado y sociedad: las nuevas fronteras". En KLIKSBURG B. (compilador) *El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional*. México: Fondo de Cultura Económica/ Instituto Nacional de Administración Pública de México. pp. 45- 78.

<sup>38</sup> Cfr. STARR, P. (1993). "El significado de privatización". En KAMERMAN, SH. B. Y A. J: KAHN (Compiladores). *La privatización y el Estado benefactor*. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 27-63.

---

Los servicios de educación, cuidado de la salud o pensiones de retiro por ejemplo, se vislumbran ahora como una enorme carga que supera la capacidad pública del Estado para ofrecerlos, por lo que limita el ofrecimiento de los mismos, cediéndolos a entidades sustitutas, transfiriendo actos públicos a la propiedad privada, y dando paso a firmas privadas, lo que desregulariza actividades que antes eran monopolio público.<sup>39</sup>

El Estado modifica el papel que venía desempeñando como principal empleador de los egresados de educación superior, al sufrir una retracción y un adelgazamiento de sus principales dependencias del sector público, con lo que gana terreno la iniciativa privada y diferentes organismos empresariales, perfilando las nuevas oportunidades que tienen los profesionales de incorporarse al mercado de trabajo. Son ahora estos empresarios quienes marcan las exigencias de ingreso y permanencia a los profesionistas.

En el ámbito de la salud, observamos una disminución en la responsabilidad por parte del Estado en la satisfacción de esta necesidad social. Las instituciones públicas sufren una drástica reducción de sus presupuestos, que se traduce en bajos salarios, y restricción del material y equipo necesarios para prestar el servicio adecuado.

Por otro lado, se alienta el crecimiento de un sistema de salud privado-público, que vende el servicio de atención a la salud, como quien vende una mercancía a aquellos que la pueden pagar, se alienta la compra de seguros de gastos médicos y se deja a un disminuido número de instituciones de salud del sector público, la atención de la población que carece totalmente de recursos para sufragar los gastos de este derecho.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 37 y ss.

<sup>40</sup> Un rasgo de este aspecto se aprecia en el lanzamiento al mercado de numerosas compañías que ofrecen la compra de seguros de gastos médicos.  
LAUREL ASA C. (1996). "El TLC y el sector salud". En *Revista Disensos*. México: UAM-Xochimilco. pp 46-50.

---

Estos aspectos repercuten en la educación superior desplazando la concepción que tradicionalmente había tenido la universidad, como principal transmisora de la ciencia y la cultura, su preservación, acrecentamiento y difusión, que la centraban en el trabajo de la academia, pasa ahora a centrarse en la formación de recursos humanos de un mundo cambiante, en el que el conocimiento es un elemento para acceder al conocimiento<sup>41</sup>, en una economía de libre mercado en el que se intercambian no sólo bienes materiales, sino también recursos humanos que alcanzan los estándares de competencias profesionales internacionales que su desempeño requiere. Al interior del discurso educativo se habla de conceptos tales como la excelencia, la calidad de la educación, la eficiencia académica y la certificación profesional.

Se abandona la confianza en la planeación educativa para trasladarse al de asignación del presupuesto educativo, en función de los resultados que éstos alcanzan a partir de su evaluación. En este sentido se habla de priorizar la educación básica, y la educación superior se considera un gasto y quienes quieran acudir a ella, deberán cubrir el gasto que esto supone.

Aunado a esto en 1989, un informe que publica la OMS, hace referencia a que el potencial de la enfermera se ve limitado por la falta de una formación adecuada en el terreno de la atención primaria a la salud, en el que destaca que la formación de la enfermera sigue realizándose prioritariamente al interior de los hospitales, con profesores de enfermería que no poseen ninguna calificación docente.<sup>42</sup>

De alguna manera estas ideas son retomadas en la modificación del plan de estudios de enfermería que se aprueba en 1991, en el que hay un intento por esclarecer las diferencias entre los perfiles del nivel técnico y el de licenciatura y tratando de hacer énfasis en la intervención de enfermería en un enfoque preventivo y no sólo curativo.

---

<sup>41</sup>DRUCKER, P. (2002). "Del capitalismo a la sociedad del conocimiento". En **Escritos fundamentales. Tomo I El individuo** Buenos Aires: Editorial Sudamericana. pp. 17- 41.

<sup>42</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. (1996)."Tendencias actuales y futuras". En **La formación de enfermería: pasado y presente**. Ginebra: CIE. pp. 5-31.

Los cambios que se presentan en el orden social, así como en la ciencia y la tecnología, en los procesos de globalización de las economías, plantean nuevos saberes en las actividades económicas y de servicio, que repercuten en las prácticas profesionales, generando una transformación en éstas, y reclamando a las instituciones de educación superior, la preparación de profesionales bajo un conocimiento especializado y el desarrollo de competencias particulares.<sup>43</sup>

Los criterios de selección, reclutamiento y certificación de los estudios, se ven modificados, especialmente en algunas profesiones, como son las del área de la salud. Los exámenes que otorgan un voto de calidad profesional - como es el caso del examen de calidad profesional que otorga el CENEVAL- se vuelven los parámetros de confiabilidad para algunos empleadores.

Al firmarse el Tratado de Libre Comercio, vigente a partir de 1994, el Estado mexicano se ve sujeto a satisfacer exigencias del tratado en términos de la calidad de los programas educativos y de la certificación profesional.<sup>44</sup> De ahí que la política de educación superior tienda a generar organismos externos de evaluación hacia las instancias formadoras y se concreten iniciativas que tiendan a la certificación profesional, con lo cual se promueve la homologación de saberes y la autorización de las prácticas profesionales, así como el libre flujo de los prestadores de estos servicios entre las tres naciones.<sup>45</sup>

La eficiencia y la calidad se vuelven los criterios deseables en el trabajo, trasladándose la importancia que antaño tuvo el conocimiento general del profesional, a una dimensión pragmática que prioriza el "saber hacer" y en el que

<sup>43</sup> Ángeles Valle Flores señala que desde la década de los setentas, comienza a cambiar en nuestro país, tanto el contexto como la estructura ocupacional en general y la profesión en particular. VALLE FLORES, A. (1997). *Op. Cit.*, pp. 176-178.

<sup>44</sup> VALLE FLORES, A. (2000). "El nuevo Estado mexicano como regulador de los mercados educativos y laborales del nivel universitario. Los organismos de evaluación y certificación profesional". En VALLE FLORES, A. (coord.). **Formación en competencias y certificación profesional**. Pensamiento Universitario, 3<sup>a</sup>. Época, 91. México: CESU. pp.143- 172.

<sup>45</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.(2003). **Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas**. Ginebra: CIE. 54p.

---

adquieren valor las actitudes y la buena disposición de los profesionales para someterse a un reentrenamiento y a la recalificación permanente.<sup>46</sup>

En enfermería el comportamiento que se observa en el mercado laboral y el que priva en la orientación formativa al interior de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, no muestra una congruencia, pues mientras por un lado existen al interior de la escuela proyectos que tratan de consolidar la profesionalización de la enfermería y la creación de estudios de especialización, por el lado del mercado de trabajo si bien es cierto se reclama la formación de personal altamente competente, en la contratación del personal sigue predominando mayoritariamente el personal técnico y el manejo indistinto por parte de las instituciones de salud, de los diversos niveles que tiene actualmente el personal de enfermería (técnico, posttécnico, licenciado, y especialista), aspecto que puede hacernos pensar, que para los empleadores, la diversidad de los perfiles formadores en cada nivel de enfermería no es relevante, pues las actividades que desempeñan las enfermeras en los servicios de salud parecieran no requerir de esta diversificación de formación, pues lo prioritario, sigue siendo su habilidad y su capacidad de desempeño práctico.<sup>47</sup>

La lógica de este comportamiento en el mercado de trabajo, tenderá por consiguiente a incorporar la oferta de personal de enfermería con mayor escolaridad —es decir licenciadas o enfermeras especialistas— para desempeñar las actividades que venía desempeñando el personal de enfermería con menores estudios.

---

<sup>46</sup> CABELLO BONILLA, V. (1998). "Algunas observaciones sobre el lado oculto de la enfermería". En *Desarrollo científico de Enfermería*. Vol. 6, No.1, Enero-Febrero. pp. 4-9.

<sup>47</sup> La autora señala que resulta contradictorio que siendo la formación de la enfermera general, en su nivel técnico, una profesión para la que se exige un título de carácter universitario, en el terreno del trabajo existe un gran interés porque ésta continúe siendo de carácter subprofesional, por lo que no goza del mismo prestigio que poseen las demás profesiones universitarias, debido fundamentalmente a que se desempeña en el terreno del "saber hacer" y en un nivel subalterno y dependiente respecto a la toma de decisiones. Aspecto que resulta por demás conveniente para los empleadores que exigen eficiencia en el terreno del desempeño, con una paga baja en salarios, que se ve justificada por el hecho de ser un personal técnico.

MARTÍNEZ BENÍTEZ, MA. M. y P. LATAPÍ., *Op. Cit.*, pp. 153-154.

---

La incorporación de nuevas tecnologías en los servicios de salud, parece resolver las necesidades de mayor capacitación y actualización de su personal, más por la vía del aprendizaje en la práctica que por la vía de la formación de recursos humanos, que sean capaces de dar un salto científico y tecnológico, como señala Aarón Segal que ocurre en los países, en cuya política nacional cabe la importación de tecnologías avanzadas, pero donde no existe paralelamente un proyecto que se encamine a ir conformando una plataforma que consolide a mediano plazo la producción y el desarrollo de tecnologías propias.<sup>48</sup> El aprendizaje en la práctica y mediante el uso, no es otra cosa que un resultado imprevisto, una respuesta no planeada a la transferencia tecnológica. Aspecto que en lo inmediato, puede resolver la situación, pero que a largo plazo retrasa la capacidad de desarrollar una plataforma que impulse el desarrollo y la producción de una tecnología y una ciencia nacional.

Revisando la trayectoria de formación de enfermeras propuesta desde un nivel curricular en el siglo XX, puede observarse la presencia inicial de un enfoque eminentemente curativo y biomédico, en el que se ubica a la enfermera como un profesional dependiente del médico y sin autonomía. En momentos posteriores cobra importancia la enfermería sanitaria que apoya la salud comunitaria, por su presencia en las políticas de salud del país (1920-1950). Posteriormente a partir de la declaración de Alma Ata (1978) "Salud para todos en el año 2000", el enfoque de atención preventivo adquiere relevancia y en cierta forma constituye una alternativa para favorecer un trabajo de enfermería con posibilidades de mayor autodeterminación, aspecto que se vislumbra como una posibilidad de emancipación del gremio médico. Paralelamente vive el gremio la necesidad de definir su identidad profesional, independiente de la del médico, aspecto que se

---

<sup>48</sup> La importación de ciencia y tecnología, si bien puede verse como una fase necesaria en los países de incipiente desarrollo, debe preverse a mediano plazo el desarrollo de una capacidad que traslade al país de importador, a un país generador de ciencia y tecnología.  
SEGAL, A. (1987). "De la transferencia de tecnología a la institucionalización de la ciencia y la tecnología". En *Revista de Comercio Exterior*, Diciembre. pp. 983- 993.

---

refleja en el documento de "Sociología de una profesión el caso de enfermería" elaborado en la década de los ochenta.<sup>49</sup>

Actualmente se pretende centrar el plan curricular en los "cuidados de enfermería", y en la atención integral del paciente recurriendo para ello a la revisión de algunos modelos de atención de enfermería que destacan entre otras cosas, las necesidades básicas de los individuos y las intervenciones de enfermería para mantener un equilibrio de las mismas. Los estudios de enfermería a nivel técnico ya no se ofrecen desde 1999 en el sistema escolarizado de la ENEO, sólo se ofrecen a través de la División de Sistema de Universidad Abierta y a Distancia, los alumnos que participan en este Sistema ya no lo hacen asistiendo a tutorías presenciales en la ENEO, una vez por semana,( como sucedió en sus orígenes, en los setenta) , ahora estos alumnos realizan sus estudios en sus propios centros de trabajo, para lo que establecen convenios con el Sistema, quien se compromete a ofrecer una coordinación y asesoría de carácter académico- administrativo, así como los materiales curriculares que requiere la formación.

Si vislumbramos a la enfermería como una profesión que en su devenir histórico, ha priorizado y consolidado un cuerpo de conocimientos de carácter práctico, puede vislumbrarse que dadas las circunstancias actuales de la globalidad del mercado y las tendencias educativas que prevalecen en el país a fines de este siglo, la profesión de enfermería se encuentre en circunstancias que le pueden resultar favorables, dado que para la economía y el mercado de trabajo, la ejecución y el saber hacer, resultan altamente cotizados.

---

<sup>49</sup> MARTÍNEZ BENITEZ, Ma. M: y P. LATAPÍ. *Op. Cit.*

### Capítulo III. Enfermería, una profesión eminentemente práctica.

#### Introducción.

Hemos mencionado brevemente el desarrollo histórico que ha tenido la enfermería como profesión a lo largo del siglo XX, en el que se incorpora al contexto universitario. Hemos señalado también cómo dentro del proyecto social y político del Estado postrevolucionario, encontró cabida el desarrollo de esta profesión, en la medida en que el rubro de la salud fue incluido en el proyecto del Estado como un elemento coherente con los ideales de justicia social, y hemos visto que la enfermería siguió un cauce ligado a las formas en que el Estado decidió atender la salud, viéndose supeditada a la profesión del médico e influida por los cambios científicos y tecnológicos de las dos grandes conflagraciones mundiales, así como por el proceso de industrialización que vivió el país.

Posteriormente hacia las dos últimas décadas del siglo XX, el Estado abandona paulatinamente el esquema de principal proveedor de los servicios, adelgazando el presupuesto de las dependencias del sector público que venían atendiendo estas necesidades sociales, y se ubica como un administrador del mercado. Por ello con respecto a lo educativo y laboral, se mantiene atento a las demandas de cuadros profesionales que requieren los empleadores de la iniciativa privada, quienes marcan ahora las pautas para la formación, reproducción, certificación y evaluación de los profesionales en el mercado de trabajo, donde los saberes prácticos de los mismos, adquieren preponderancia.

Estos aspectos son congruentes con la definición que hace Víctor Manuel Gómez Campo, sobre la profesión, al señalar que toda profesión es un fenómeno socio-cultural que se forma a partir de dos grandes componentes "... El primero consiste en un conjunto de conocimientos y habilidades que objetiva y legítimamente pertenecen a determinada **disciplina o práctica**. El segundo es el conjunto de conocimientos, habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto

---

económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla una profesión u oficio....Por consiguiente toda profesión asume características tanto universales y necesarias, como particulares y relativas a su desarrollo histórico en una sociedad determinada.. "<sup>50</sup>

Queremos ahora hacer hincapié en el primero de los elementos que menciona el autor, es decir, respecto al conjunto de conocimientos y habilidades que legítimamente le pertenecen a esta profesión, sea como disciplina, sea como práctica, en tanto ya hemos explicado en el primer capítulo el contexto económico, social y cultural por el que ha transitado la enfermería, y que la perfilaron como una profesión en México a lo largo del siglo XX.

### **3.1. La conformación de los conocimientos y las habilidades técnicas- de la profesión de enfermería.**

La enfermería ha conformado un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas, que se transmitieron inicialmente dentro de los espacios religiosos, después hospitalarios, y posteriormente bajo una educación formal dentro de un espacio universitario, que combinó el aula y el hospital. Tales conocimientos se han construido fundamentalmente a partir de una práctica en el terreno de las intervenciones, es decir, en el ámbito hospitalario institucional y a la cabecera del paciente, sea en tiempos de guerra o en tiempos de paz, esto le ha permitido configurar un campo propio de ejercicio y la ha perfilado como profesión.

El cuerpo de conocimientos consolidado y propio de la profesión de enfermería, pertenecen más al terreno de la práctica y de la ejecución que al terreno de una

---

<sup>50</sup> GÓMEZ CAMPO, V. M. (1983). "Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional". En *Revista Pensamiento Universitario*. México: UNAM / CESU, Coordinación de Humanidades. No. 60. p. 5. El subrayado es mío.

---

construcción disciplinaria.<sup>51</sup> Al desplazarse la enseñanza de los oficios al terreno de las instituciones educativas, y al ser éstas las instancias autorizadas para formar y otorgar a sus egresados un título que avala la capacidad que éstos tienen para ejercer la profesión, se separaron el conocimiento de la práctica. "...con lo cual se llega a que las instituciones educativas certifiquen la posibilidad de ejercer con eficiencia una profesión, antes de que realmente se haya ejercido..."<sup>52</sup> De esta manera se vive una escisión histórica entre la teoría y la práctica de las profesiones.

La universidad alberga profesiones que suponen el desarrollo del conocimiento teórico y de la ciencia con el propósito de difundirlo y acrecentarlo, pero la enfermería como profesión antes de incorporarse al contexto universitario ha tenido un desarrollo propio como gremio y ha desarrollado, transmitido y organizado en cierta forma un conocimiento práctico, fruto de la experiencia de quienes lo ejercen. Al transitar la enfermería al ámbito universitario, lo ha hecho heredando todas las tradiciones que son propias del gremio y que se venían transmitiendo años atrás a su interior, inicialmente en el claustro y en el hospital, volviéndose responsabilidad ahora de una institución educativa y no de carácter asistencial, preservar, acrecentar y renovar permanentemente dicho conocimiento.

Por ello este conocimiento se vuelve objeto de análisis y de reflexión no sólo por su relevancia al interior de la profesión, sino por la reflexión epistemológica que se hace del mismo al interior del ámbito universitario, por razones del tratamiento que éste debe recibir, para fines de su enseñanza.

Al desligarse el oficio de enfermería de un espacio religioso y hospitalario de formación y ejercicio, e incursionar en el ámbito universitario, se enfrentó a una nueva lógica en la transmisión de estos conocimientos, pues las características,

---

<sup>51</sup> Toda profesión se compone de un conjunto de habilidades técnico profesionales que se relacionan directamente con el terreno del desempeño y ejecución de la profesión, y por otro lado el "...campo disciplinar que apunta hacia la conformación teórica o conceptual de un saber específico..."

PACHECO MÉNDEZ T. Y A. DÍAZ BARRIGA. (Coords.). (1997). *Op. Cit.*, p. 78.

<sup>52</sup> *Íbidem*, p 80.

---

propósitos y dinámicas institucionales del espacio escolar difieren de las formas en que se venía enseñando la enfermería al interior del gremio. Es así que en el ámbito universitario resulta prioritario definir claramente ¿cuáles son los conocimientos que deben ser transmitidos? ¿cuál es el cuerpo de conocimientos propio de la enfermería? ¿cómo deben ser organizados y comunicados en un tiempo y espacio y mediante qué estrategias deben ser enseñados?

Inicialmente el conocimiento de enfermería que se identifica como tal, se liga más a un rol de ejercicio que a un campo de conocimientos. Se trata de un rol técnico, que describe una serie de deberes y funciones de la enfermera(o), con una correlativa herencia moral que proviene del ámbito religioso, y que además se entremezcla con el rol social de género de quien lo ejecuta, es decir la mujer.

Marie Françoise Collière (1993), señala que el proceso de profesionalización de la enfermería se construye alrededor del **rol de la enfermera** y no del conocimiento que debe ser aprendido.

"...al contrario de lo que ocurre en otras escuelas profesionales -Escuelas o Facultades de Medicina, Escuela de Química, Escuela de Artes y Oficios- las escuelas que preparan para la práctica de enfermería son Escuelas <<de enfermeras>>. Esta denominación hace aparecer como lugares donde van a aprender a convertirse en <<la enfermera>>. Además, no se va a las escuelas <<de enfermeras>> como se va a la facultad, o a tal instituto de formación profesional, sino que se ingresa (como se ingresa a un convento)..."<sup>53</sup>

Delimitar el cuerpo de conocimientos nos lleva a percatarnos, que éstos como tales no son claros, aparecen en primer plano los quehaceres prácticos del que ejecuta la enfermería, y que se subordinan a un saber médico, el que aparece con un claro status profesional y con un cuerpo de conocimientos propio y que comenzó a ligarse

---

<sup>53</sup>COLLIERE, M. F. (1993). *Op. Cit.*, p. 94.

al conocimiento que debía poseer la enfermera, en tanto ésta era vista como la ayudante del médico (por ejemplo el estudio de las diversas patologías o de elementos de farmacología).

Santoni Rugiu (1994) menciona que en la baja Edad Media los oficios que requerían habilidades manuales fueron considerados a diferencia de las artes liberales, como actividades "viles" e inferiores socialmente, en tanto las realizaban personas iletradas con las manos y de las cuáles se desligaron los médicos.

"...Pero su afortunado prestigio [se refiere a los médicos], que en determinado momento los colocó en los altos grados socioculturales, se debió a que no se ensuciaban las manos y ni siquiera hacían uso de sus habilidades manuales porque se limitaban a emitir diagnósticos y a prescribir terapias."<sup>54</sup>

"Los médicos habían adherido en su preparación las artes liberales en el primer grado, lo cual les confería un prestigio sobre los cirujanos que continuaron por algún tiempo siendo prácticos iletrados, siendo utilizados por los médicos a menudo como enfermeros, de manera que el médico no se "ensuciaba las manos....

...Posteriormente los cirujanos luchan por su reconocimiento social, y para ello son obligados a cursar la licencia de las artes liberales, **por lo que más que un reconocimiento de la formación artesanal se trató de elevar a éste a un nivel superior**".<sup>55</sup>

Cabe preguntarnos si en enfermería, el abandono reciente del nivel técnico<sup>56</sup> y la conversión de esta profesión a nivel licenciatura, persigue lo mismo que antaño

---

<sup>54</sup> SANTONI RUGIU, A. (1994). *Nostalgia del maestro artesano*. México: Coordinación de Humanidades, CESU, Escuela Nacional de Música. pp. 204-205.

<sup>55</sup> *Ibidem*, pp.206-207, el subrayado es mío.

<sup>56</sup> Los estudios universitarios que ofertaba la ENEO a nivel técnico, dejaron de ofrecerse desde 1998, ahora solamente se pueden realizar a través del Sistema Universidad Abierta, mediante convenios que establecen las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc.) con el SUA/ENEO y que fungen como sedes del sistema, a fin de que su personal Auxiliar de enfermería, que ya se encuentra trabajando, logre este nivel.

---

persiguieron los cirujanos, es decir, liberarse por un lado de la descalificación social, elevándola a un nivel superior, aún cuando con ello se pierda la esencia y el arte del oficio, ¿escapar a la subordinación del médico?, ¿dejar de "ensuciarse las manos?". Este último aspecto suele evidenciarse en ciertos quehaceres que tradicionalmente ha ejecutado la enfermera y que hoy parece reservarse a enfermeras de menor jerarquía dentro de las instituciones de salud o a estudiantes practicantes, por ejemplo poner cómodos, tender camas, bañar a los pacientes, etc.

La presencia de enfermería en el ámbito universitario, en su nivel técnico, hipotéticamente parece responder más a una necesidad del gremio de los médicos, que tenían encomendada la atención de las necesidades de salud y que requerían de la colaboración de la enfermera, por lo que este oficio debió obtener un certificado que autorizara su ejercicio en el ámbito institucional de la salud, apareciendo desde su origen como un quehacer subordinado a la profesión médica. Las tareas de enfermería se ligaron fundamentalmente a llevar a cabo los tratamientos y cuidados prescritos por los médicos, así como la alimentación y la higiene del paciente. Recordemos además que en la Constitución de 1917 artículo 4o, la protección de la salud adquiere presencia jurídica, en tanto se considera un derecho de todo individuo, pues su presencia posibilita el desarrollo y el ejercicio pleno de sus capacidades<sup>57</sup>, aspecto que condicionó su ofrecimiento y regulación por parte del Estado.

Esta situación que se relaciona más con una necesidad de organización de índole jurídico y político de intervención del Estado, que con una de orden científico de la enfermería, reguló directamente a las profesiones vinculadas con la salud,

---

<sup>57</sup> **Ley General de Salud**, Título Primero, Art.1º.- 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 y a la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. **Ley General de Salud**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984. Modificada por última vez el 14 de junio de 1994.

---

desplazando este oficio al ámbito universitario, en tanto es la Universidad una de las entidades habilitadas para otorgar títulos de ejercicio profesional, ocurriendo esto al margen del desarrollo de un cuerpo de conocimientos disciplinarios.

La enfermería universitaria del siglo XX, al trasladarse al contexto escolar universitario, conservó su vínculo con el principal terreno de su intervención, es decir el espacio hospitalario, pues es esta práctica profesional la que la identificaba y la que le confería una razón social de su existir, esta circunstancia le ha permitido avanzar y consolidarse en el terreno de lo práctico, independientemente del desarrollo del conocimiento disciplinario.

Víctor Manuel Gómez Campo, señala que "... El significado de una profesión, es decir, su legitimidad intrínseca, su validez, su función, está determinado por las características de la sociedad en la que surge y se desarrolla. De la misma manera, las formas específicas de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación de una profesión, dependen de las condiciones en las que surge, de los intereses de quienes la promueven, y del poder político de sus miembros. Esto implica, por tanto, que **ninguna profesión o carrera se explique totalmente por necesidades objetivas de desarrollo del conocimiento, o de su aplicación a la solución de determinado problema.** Más bien la especificidad es una mezcla de elementos objetivos, universales, y de elementos particulares de una profesión de naturaleza cultural y política. Ambos elementos están sometidos a una continua evolución, ya sea debido a las profundas transformaciones en la estructura del conocimiento y de las ocupaciones y oficios generados por la actual revolución científica y tecnológica, o por los continuos cambios políticos, económicos y culturales en la sociedad."<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> GÓMEZ CAMPO, V. M., *Op. Cit.*, p. 6. El subrayado es mío.

---

La estrecha vinculación que han mantenido las instituciones formadoras de enfermeras con los espacios de trabajo<sup>59</sup>, a través de las prácticas de sus estudiantes en los hospitales, ha generado por un lado la incorporación de ciertas tendencias predominantes en el desempeño profesional, sin que esto altere el cuerpo disciplinario de la profesión, es decir se incorporan directamente ciertos conocimientos en el ámbito de la práctica, por lo que se vincula a los alumnos directamente con los cambios tecnológicos, las políticas y la ideología que el sector salud adopta y promueve en sus instituciones, sin que necesariamente esto altere el plan curricular formal de la escuela.

Resulta pertinente detenernos ahora un poco en la naturaleza de este conocimiento práctico, ¿qué es? ¿podemos hacer un análisis epistemológico de éste? ¿cuáles son sus características? ¿es posible realizar la enseñanza de este conocimiento?, ¿cómo se ha conformado y transmitido este conocimiento, dentro del gremio de enfermería?

### 3.2 El concepto de techné.

Partiendo del conocimiento del que se dispone en el mundo, Hans Georg Gadamer (1996) refiere que el conocimiento está presente por un lado dentro del cuerpo de la ciencia, y constituye todos aquellos conocimientos que son fruto de las investigaciones científicas que se encuentran en permanente autocorrección por su carácter inconcluso e inacabado. Paralelamente existe por otro lado "la práctica", fruto de la experiencia que se recoge en el tránsito de la vida sea como un profesional, sea como persona que indaga sobre sí misma o sobre los demás. Finalmente existe un cuerpo de conocimientos de enorme riqueza que proviene de la

---

<sup>59</sup> Numerosas escuelas de enfermería tienen su origen en el interior de los hospitales, la ENEO como ya antes lo mencionamos tiene su antecedente en el Hospital General, así como otras escuelas que han surgido y aún se mantienen en el seno de las instituciones de salud, por ejemplo: la Escuela de Enfermería del Instituto de Cardiología, la Escuela de Enfermería del Hospital Español, del ISSSTE, etc. de ahí que esta profesión se haya visto influida fuertemente por las características institucionales que son propias de las entidades de los servicios de salud, más que por las que son características de las entidades educativas.

---

tradición cultural, de las artes, de la literatura, de la filosofía, etc., que constituyen conocimientos incontrolables o inestables, pero que la ciencia no puede ignorar.<sup>60</sup>

El autor también señala que el conocimiento práctico “se construye paso a paso, sobre la base de lo que se va encontrando en la realidad. El conocimiento general que proporciona la ciencia al comprender los motivos de este proceso **puede añadirse y servir de correctivo, pero no hace que el conocimiento práctico se torne prescindible**”.<sup>61</sup>

El autor refiere citando al sociólogo estadounidense Freidson, que los profesionales prácticos, viven un proceso de “autonomización” a causa de la apelación a la ciencia. Es decir, **generan un cúmulo de conocimientos que sin ser de índole científico, alimentan y enriquecen el hacer profesional**. Esto puede apreciarse de mejor forma en la medicina, en el que un diagnóstico acertado, no depende sólo de la existencia de un adecuado desarrollo científico, sino del arte y de la competencia del que ejerce, pues en esto intervienen muchos factores (escala de valores, hábitos, experiencia previa, intereses propios, juicio médico, etc.) la competencia médica se asemeja más a la figura del artista que a la de un hombre de ciencia, por lo que es fundamental aludir a la experiencia práctica.

Referirnos a la naturaleza del conocimiento práctico, requiere recuperar el concepto griego de *techné*, que refieren algunos autores, entre ellos, Hans Georg Gadamer, quien afirma que “...El concepto griego de *techné* ...no se refiere a la aplicación práctica de un saber teórico, sino que constituye una forma propia del conocimiento técnico. La *techné* es aquel saber que representa una determinada habilidad, segura de sí misma en relación con una producción. Desde el comienzo, no sólo está ligada a la capacidad de producir sino que ha surgido de ella”.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> GADAMER, H.G. (1996). “Teoría, técnica, práctica”. En *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa. pp. 13 y ss.

<sup>61</sup> *Ibidem*, pp 29 y 30. El subrayado es mío.

<sup>62</sup> H.G. Gadamer destaca que la *techné* se encuentra encuadrada dentro de la naturaleza, considera que la capacidad artística del hombre se ocupa de llenar los espacios que la naturaleza deja libres, y

Por su parte Peter F. Drucker (1997) señala que el concepto de *techné* supone "... una aplicación específica...la única manera de adquirir una *techné* era por aprendizaje y experiencia. La *techné* no se podía explicar con palabras, ni habladas ni escritas. Sólo se podía demostrar. Todavía en 1700, e incluso después, los ingleses hablaban de "artes". Hablaban de misterios. Y no sólo porque el que tenía una habilidad artesanal había jurado guardar el secreto sino también porque un arte era inaccesible para todo el que no hubiera sido aprendiz, con un maestro que le hubiera enseñado por el ejemplo ....*techné* o arte. No se podía aprender ni enseñar...Era específico y especializado. Era experiencia más bien que aprendizaje, capacitación más bien que escolaridad..."<sup>63</sup>

Drucker señala que cincuenta años después surge la tecnología, en la que la palabra misma supone un cambio de esta *techné*, es decir del misterio de una habilidad artesanal, con logía, conocimiento organizado y sistemático. Es decir, se desplaza este arte de habilidades a una tecnología. El autor señala la presencia de un documento muy significativo de Denis Diderot (1713- 1784) y de Jean D'Alembert (1717-1783) que apareció publicado entre 1751 y 1772, en la Enciclopedia, obra relevante porque recopiló en forma organizada y sistemática, el conocimiento de todos los oficios, de modo que se abre a todos los no- aprendices la posibilidad de aprender a ser "tecnólogos". Este documento no fue, por cierto, escrito por artesanos sino por "especialistas de la información", señala el autor. La tesis que subyace en la Enciclopedia es que en el mundo material los resultados útiles- en herramientas, procesos y productos- son producidos por el análisis sistemático y la aplicación sistemática e intencional del conocimiento.<sup>64</sup>

---

menciona que la medicina es un arte, aún cuando no se produce un objeto como tal, mas bien se devuelve al individuo a su estado de salud, que es su estado natural. Menciona que la medicina es el arte de curar, en la que el médico subordina su saber y su capacidad al curso natural para reestablecerlo.

*Íbidem*, p. 46 y ss. El subrayado es mío.

<sup>63</sup> DRUCKER, P.F. (1997). "Del capitalismo a la sociedad de conocimiento". En **La sociedad postcapitalista**. Barcelona: Grupo editorial Norma. pp. 1-20.

<sup>64</sup> "...lo que hicieron aquellas primeras escuelas técnicas y la enciclopedia fue quizá más importante: reunieron, codificaron y publicaron la *techné*, el misterio de los oficios artesanales, tal como se había

---

Por su parte Clandinin, J. , F. Michael Conelly (1999), han estudiado el tema de la formación de los docentes, abordando el concepto de conocimiento práctico y lo han definido como algo derivado de la experiencia personal del maestro, no siendo posible asirlo en forma objetiva e independiente del maestro, sino como la suma total de las experiencias del maestro.<sup>65</sup>

Estos autores definen el conocimiento práctico como: "... un término diseñado para capturar la idea de la experiencia en una manera que nos permita hablar acerca de los maestros como personas deliberadas y sapientes. El conocimiento práctico personal está en la experiencia pasada del maestro, en la mente y el cuerpo presentes, y en los planes y acciones futuras. El conocimiento práctico personal se encuentra en la práctica del maestro.

Es para cualquier maestro, una manera particular de reconstruir el pasado y las *intenciones del futuro para tratar con las exigencias de una situación presente...*"<sup>66</sup>

### 3.3 Saberes del oficio y racionalidad del contexto universitario.

Donal A. Shön señala que al incorporarse las profesiones a la universidad, si bien éstas ganan prestigio y reconocimiento social, pierden paralelamente el arte del oficio.

" Cuando, en las primeras décadas de este siglo,-(se refiere al siglo XX)- las profesiones comenzaron a apropiarse del prestigio de la Universidad, instalando sus centros de formación en el marco universitario, la "profesionalización" significó **la sustitución del arte por el conocimiento sistemático, preferentemente científico**. A medida que se ha ido produciendo una toma de conciencia de crisis de confianza en el conocimiento profesional, los formadores han empezado una vez

---

desarrollado a lo largo de milenios. Convirtieron la experiencia en conocimiento, el aprendizaje en libro de texto, el secreto en metodología, el hacer en conocimiento aplicado..." *Íbidem*, pp. 31-32.

<sup>65</sup> CONELLY, F.M. y J. CLANDININ. (1999). " El conocimiento práctico personal del maestro en el paisaje del conocimiento profesional". En *El saber de los maestros en la formación docente*. México: UPN. pp. 9-30.

<sup>66</sup> *Íbidem*, p.12.

---

más a ver el arte como un componente esencial de la competencia profesional, y a preguntarse si las escuelas profesionales pueden o deberían hacer algo sobre ello y, en este caso, cómo la preparación para el arte puede hacerse en coherencia con el curriculum profesional básico de ciencia aplicada y tecnología...".<sup>67</sup>

La enseñanza de las disciplinas dentro del esquema educativo formal, comúnmente parte de la presentación de una teoría científica y deriva de ésta una metodología y unas técnicas específicas, esta lógica supone que el conocimiento práctico deviene del conocimiento teórico, es decir la práctica es una fase aplicativa del conocimiento científico, el cual se ha basado en una lógica empírica - analítica, en el que su viabilidad técnica, se sigue por el hecho de aplicar rigurosamente ciertas reglas. De ahí que se afirme que el conocimiento práctico está basado en un sustento científico, por lo que bajo esta lógica Jurgen Habermas ha afirmado que en el ejercicio de las ciencias empírico analíticas interviene un interés técnico.<sup>68</sup>

Es bajo este supuesto, que la escuela universitaria de enfermería explica su fase práctica, es decir argumenta la enseñanza de la ciencia, en el entendido de que en su práctica profesional derivarán las aplicaciones prácticas con carácter científico.

Sin embargo, si bien la racionalidad empírico analítica que menciona Habermas, supone el manejo y la aplicación de técnicas, la gama de técnicas y procedimientos que aplica enfermería, no necesariamente pueden ser explicadas bajo este esquema del conocimiento, pues prevalecen y se recrean una gama de habilidades que derivan de un "saber hacer" en diversas situaciones, son saberes necesarios para la profesión, mas allá de que éstos no posean un carácter científico.

Sin embargo prevalece al interior de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, una visión de la "práctica" que se define desde el currículo, bajo el supuesto de que

---

<sup>67</sup> SHÖN, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós. p. 26. El subrayado es mío.

<sup>68</sup> HABERMAS, J. (1996). *Ciencia y técnica como ideología*. México: Red Editorial Iberoamericana, pp.169-170.

---

el conocimiento práctico que adquieren los alumnos en los espacios de la práctica, deviene como consecuencia de los conocimientos teóricos, de manera que los alumnos inician su formación con conocimientos de naturaleza teórica y posteriormente pasan a la fase de su aplicación (prácticas de laboratorio) y concluyen con el desarrollo de las prácticas en los espacios clínicos, en donde supuestamente aprenden a aplicar un conocimiento derivado del conocimiento científico, con lo que suele aparejarse el calificativo de construir una "práctica de carácter científico", como si el desarrollo de las prácticas de enfermería requiriera de esta justificación, para poseer correlativamente un status social.

Bajo este esquema es que ha intentado proceder la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, tratando de conformar bloques de contenidos que configuren el conocimiento "científico" sobre el que descansa la práctica de la enfermería, enmarcando una serie de metodologías y técnicas que finalmente den razón de ser al conocimiento práctico de la enfermería, sin embargo esta es una concepción internista de la práctica, construida desde el ámbito académico, pero no desde el espacio exterior en el que tiene su origen. Con esto no queremos decir que el conocimiento que curricularmente se aporta a los alumnos carezca de valor, (conocimientos de anatomía, fisiología, farmacología, psicología, etc.) pues aportan elementos formativos de enorme valor que contribuyen a percibir la realidad bajo una mirada distinta, en los futuros enfermeros(as), sin embargo cuando hablamos del conocimiento práctico, hablamos de un conocimiento de origen y naturaleza distinta a la del conocimiento científico.

El conocimiento práctico que despliega el profesional de enfermería en los espacios de prácticas, se liga más con un arte que con una ciencia. Haciendo un detenido examen del arte de la enfermería, podemos preguntarnos ¿qué aspectos permiten a estos profesionales prácticos acceder a la solución de las diversas problemáticas que enfrentan?, ¿de qué manera desde la misma práctica, ellos encuentran alternativas de solución en zonas indeterminadas, en las que la racionalidad técnica, no ofrece respuesta?

---

La profesión de enfermería se ha enfrentado a la enorme dificultad que representa el querer estructurar un cuerpo de conocimientos a un nivel discursivo y disciplinario y querer vincularlo de manera coherente con aquello que de hecho se realiza en la práctica, inclusive antes de que este conocimiento sea formalizado para su enseñanza, sin percatarse de que son conocimientos de naturaleza y origen distinto. Pensamos que esto tiene que ver con el hecho de que uno se origina y se recrea al interior del aula en un espacio académico, mientras que el otro lo hace al interior de un espacio asistencial hospitalario, es decir espacios y contextos con lógicas y fines distintos.

### **3.4 La lógica del ámbito hospitalario y la lógica del ámbito escolar, dos lógicas distintas.**

El ámbito de trabajo hospitalario reclama ciertos saberes, ciertas habilidades y actitudes en los profesionales, que les permitan resolver situaciones concretas, específicas y además cambiantes. Que los alumnos se adecuen a las formas organizacionales de la institución, y a aquellos intereses que le son prioritarios, es decir "saber hacer" y resolver las demandas de atención que se les plantean. Al interior de las diversas instituciones que conforman el sector salud, se encuentran además diferencias que derivan de sus formas y políticas propias de organización, no es pues el mercado de trabajo un espacio homogéneo.

Esto sin olvidar que al interior de los centros de trabajo, existen además procesos educativos instituidos propios de las entidades del sector salud, así como inherentes al mismo gremio<sup>69</sup>, que presentan una lógica de estructuración distinta a la universitaria, como es la educación continua, o bien la que se denomina "educación en el servicio" o "educación incidental", en el que una enfermera con mayor antigüedad en el servicio instruye a la de nuevo ingreso, bajo un esquema gremial,

---

<sup>69</sup> Sobre la enseñanza al interior de los gremios en el alto Medievo véase el texto de: SANTONI RUGIU, A. (1994). *Nostalgia del maestro artesano*. México: CESU- Escuela Nacional de Música, UNAM.

en el que existen jerarquías, reglas, procesos, lenguajes propios y niveles que confiere la menor o mayor experiencia, y que permite hablar de principiantes y de expertos, y hasta formas no explícitas que permiten organizar y repartir el trabajo, asignando un paciente con determinadas características al aprendiz principiante, mientras que ciertos espacios y ciertos pacientes, son solamente reservados para los expertos.

Por su parte el ámbito universitario, ubica demandas del sector productivo, con toda la gama de diversidad que esto supone, decodifica, interpreta, analiza y prioriza los requerimientos de formación desde el ámbito académico y disciplinario. Debe conciliar esto con las necesidades sociales, procurando que esta formación sea pertinente en un plazo razonablemente perentorio y debe plasmarlo en un currículo y en una práctica educativa, que se construye desde una lógica del "deber ser". Es por ello que la vinculación universidad-espacios de trabajo, no resulta fácil, ni supone un aspecto de ajuste meramente técnico sino por el contrario, resulta un aspecto de gran complejidad.<sup>70</sup>

Las demandas sociales e institucionales, así como la concepción misma que se ha tenido de la enfermería y de la salud a lo largo de estos años, destaca la necesidad de formar a las enfermeras en los diversos aspectos prácticos de la profesión, sin olvidar que el aspecto curativo, es decir la atención asistencial hospitalaria, es la práctica profesional dominante, por lo que la formación hace énfasis en el desarrollo de las habilidades que requiere el desempeño de la enfermería en este espacio.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> "...la función social de las IES debe trascender las necesidades más inmediatas de la actividad económica. Su papel social, en lo que específicamente se refiere a la formación de cuadros profesionistas que sean competentes en sus diversas especialidades con los conocimientos, habilidades, destrezas y atributos que permitan "el uso del conocimiento de manera efectiva y creativa" a lo largo de toda una larga trayectoria profesional, y al mismo tiempo que se desempeñen como ciudadanos responsables".

VALLE FLORES, A. (1997). "Sobre las prácticas profesionales". En PACHECO T. y A. DÍAZ BARRIGA. *Op. Cit.*, p.1.

<sup>71</sup> Cabe mencionar lo que el Consejo Internacional de Enfermería afirma al respecto "...En la gran mayoría de los países, hasta el 90% de los estudiantes de enfermería adquieren su experiencia práctica en las salas de hospitales, bajo la supervisión del personal de éstos. Muchos profesores de enfermería, en particular en los países de desarrollo, no tienen ninguna calificación docente.

Los aspectos antes mencionados explican la presencia de una estructura escolar formal con una fuerte carga de créditos en las asignaturas prácticas. Los alumnos que realizan sus prácticas, si bien se consideran aprendices, representan para las instituciones de salud una fuerza de trabajo, nada desdeñable. Los alumnos son asignados al campo hospitalario bajo la lógica de llevar a cabo experiencias que los conducirán al logro de ciertos aprendizajes propuestos curricularmente, pero **en muchos casos este sentido educativo es rebasado por el interés y la necesidad misma de los escenarios laborales donde se practica**. Ello define un rasgo de la formación: el noviciado de sacrificio y entrega a través del cual el alumno es iniciado en esta actividad, en la que trabaja para ganarse un lugar y una aceptación en el gremio y que le da la oportunidad de realizar ciertas prácticas *in situ*.

Si ubicamos a la enfermería como una profesión que en su devenir histórico, ha priorizado y consolidado un cuerpo de conocimientos de carácter práctico, puede vislumbrarse que dadas las circunstancias actuales de la globalidad del mercado y las tendencias educativas que prevalecen en el país y en el mundo entero en el nuevo siglo, la profesión de enfermería se encuentre en circunstancias que le pueden resultar favorables, dado que para la economía y el mercado de trabajo, la ejecución y el saber hacer, resultan altamente cotizados, especialmente en aquellos países que no han alcanzado la capacidad de generar e institucionalizar el desarrollo de su propia ciencia y tecnología, en los que el “aprender en la práctica” y el “aprender mediante el uso”, son empleados como mecanismos informales para lograr la generación de esa capacidad.<sup>72</sup>

---

En la mayor parte de los países desarrollados, los principales métodos didácticos son la clase teórica y las lecciones aprendidas de memoria...” Para las enfermeras la figura de Florence Nightingale, es importante en este sentido, en tanto influyó decisivamente al vislumbrar que la enfermería requiere de un proceso y un espacio específico para su formación, consideró que ésta debía formarse en una escuela independiente del hospital, y que si bien ésta requiere de experiencias prácticas y de un cuerpo importante de conocimientos, ésta debe considerarse como una institución de enseñanza y no como una institución de servicio.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. (1996)., *Op. Cit.*, pp. 5-31.

<sup>72</sup> SEGAL, A. (1987). “De la transferencia de tecnología a la institucionalización de la ciencia y la tecnología”. En *Revista de Comercio exterior*. México: diciembre, pp. 983- 993.

---

Intentaremos ahora adentrarnos un poco más en la naturaleza de este conocimiento práctico y en la forma en que se transmite al interior del contexto universitario.

### **3.5 Profesionales prácticos, conocimientos prácticos y situaciones de incertidumbre y cambio.**

A diferencia del ámbito teórico, la práctica supone un mundo incierto y complejo<sup>73</sup>. Los practicantes de la enfermería se enfrentan a situaciones de gran incertidumbre, donde muchas veces los aspectos que se tenían prescritos que ejercitara el alumno no se ven culminados, en tanto aparece una situación distinta a la planeada y que ha de atender de cualquier forma el alumno, aún cuando no cuente con todos los elementos que ello requiere, de esta manera lo imprevisto subyace como un eje del aprender a hacer, en el que la incertidumbre se supera con el hacer eficiente.

Veamos algunos rasgos que presenta el conocimiento práctico en enfermería.

- El alumno si bien es cierto, realiza su práctica bajo la supervisión de otra enfermera(o) de mayor experiencia, es frecuente que se enfrente a situaciones de total responsabilidad, siendo que en el mejor de los casos, podrá consultar con otra enfermera si la decisión elegida es la mejor, pero de no ser así, asumirá toda la responsabilidad, eligiendo entre las opciones que tiene, aquella que desde su perspectiva ofrece las mayores ventajas para el paciente.
- El conocimiento práctico se circunscribe a situaciones específicas del espacio-tiempo, lo cual supone que lo que resultó adecuado en una situación, no necesariamente resulte en otra semejante, por ejemplo entubar un paciente adulto no supone lo mismo que entubar a un paciente infantil.

---

<sup>73</sup> Donald Shön hace una reflexión de estos aspectos, ilustrando en su texto, los casos de otras profesiones prácticas como son: la arquitectura, la interpretación musical y la práctica psicoanalítica. SHON, D. A., *Op. Cit.*, pp. 33-48.

- Las tareas prácticas de la enfermería, se ligan a situaciones éticas y legales, que también marcan pautas de elección y ajuste al practicante.

La racionalidad técnica indica que los profesionales han de resolver los problemas, seleccionando los medios técnicos más idóneos, que derivan de una teoría y una técnica sistemática.<sup>74</sup> Sin embargo los problemas que se presentan a los profesionales de la práctica, no pueden ser previstos en su totalidad, y las técnicas de que se dispone, no siempre pueden ser aplicadas como el practicante lo ha visto en clase o bien estas técnicas no responden de manera precisa al problema específico que ha de afrontar.

Los practicantes se enfrentan a diversas situaciones, en las que delinear el problema mismo a resolver, es la primera tarea a realizar.<sup>75</sup>

Una misma situación puede ser planteada como problemática, desde diversos ángulos aún por sujetos que comparten una misma profesión, Shön ha denominado "zonas indeterminadas de la práctica" a esas situaciones que no pueden ser tratadas solamente mediante la aplicación de teorías y técnicas derivadas del conocimiento profesional.

Son situaciones de gran conflicto, en las que no se ven con claridad las metas que pueden guiar de forma consistente una selección adecuada de técnicas y medios, en las que los profesionales de la práctica, aluden a su "intuición", al arte "al talento" y a una serie de convencionalismos que existen sólo en la comunidad de los prácticos (medios, lenguajes, instrumentos, etc.) que comparten una cultura del gremio en un territorio específico.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> SHON, D. A., *Op. Cit.*, p 17.

<sup>75</sup> "...Cuando un practicante define un problema, elige y denomina aquello en lo que va a reparar..."

*Íbidem.* p.18.

<sup>76</sup> "Cuando alguien aprende una práctica se inicia en las tradiciones de una comunidad de prácticos y del mundo de la práctica que éstos habitan. Aprende sus convenciones, limitaciones, lenguajes y sistemas de valoración, sus repertorios de ejemplos, su conocimiento sistemático y sus patrones de conocimiento en la acción..."

### 3.6 Un saber que se aprende en forma gradual.

Patricia Benner (1987) ha centrado sus investigaciones en documentar el conocimiento práctico que subyace en enfermería, su obra *From novice to expert*, (en su título original), describe un modelo de adquisición de habilidades aplicado a la enfermería.<sup>77</sup>

Para ello, esta enfermera estadounidense recupera un modelo de adiestramiento y capacitación técnica que elaboraron Stuart Dreyfus (matemático y analista de sistemas) y Hubert Dreyfus (filósofo), y que refiere un proceso que atraviesa por cinco estadios de competencia: el principiante, el principiante avanzado, el competente, el aventajado y el experto.

Resulta interesante lo que sus estudios revelan, en los que destaca **cómo se substituyen principios abstractos aprendidos en el ámbito escolar por la experiencia que adquiere el practicante, es decir, se deposita una mayor confianza en ésta y en la intuición** que en los principios que norman el deber ser. También destaca el hecho de que los alumnos aprenden en la práctica a percibir paulatinamente las situaciones en una forma total y compleja que finalmente los conduce a la posibilidad de involucrarse de lleno en los diversos casos que atienden. Esto último habla de la formación en la práctica, de actitudes del profesional de enfermería.<sup>78</sup>

---

*Ibidem.* p.41 y 46.

<sup>77</sup> El texto en su traducción al español apareció bajo el título *Práctica progresiva en enfermería*, en su edición de 1987.

BENNER, P. (1987). "El modelo Dreyfus de adquisición de habilidades aplicado a la enfermería". En *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo. pp. 42-43.

<sup>78</sup> El proceso de principiante a experto supone las siguientes fases, según esta autora:

Una primera fase en la que "...se sustituye la confianza en principios abstractos por una experiencia concreta adquirida; (2) sustitución de la confianza en el razonamiento analítico basado en reglas, por la intuición; (3) modificación de la percepción de la situación por aprendizaje, que deja de verla como una recopilación de porciones de igual importancia para considerarla como un conjunto de complejidad creciente en el que algunas partes son importantes, y (4) pasar de la posición de observador desvinculado, que contempla la situación desde afuera, a una posición de compromiso completamente incorporado a la situación..."

---

Veamos brevemente las características de estas categorías.

### *El principiante*

En esta categoría, al no haber experiencia previa respecto a las situaciones, el practicante se repliega a las directrices y normas de una manera rígida e inflexible, lo cual resulta antagónico.

“Los estudiantes de enfermería que acceden a una nueva área clínica en calidad de principiantes, apenas tienen idea del sentido contextual de los términos recién aprendidos en los libros de texto...toda enfermera que pasa a ejercer funciones en un servicio clínico del que no tiene experiencia asistencial, puede verse obligada a retroceder a la categoría de principiante si no está familiarizada con los objetivos y los instrumentos de atención al enfermo...”<sup>79</sup>

Este aspecto revela que hay un conocimiento que se logra mediante las enseñanzas impartidas en el aula y por otro lado existen destrezas sujetas a las circunstancias, que únicamente se adquieren en situaciones reales.

### *Principiante avanzado.*

El principiante avanzado se ha enfrentado a un número suficiente de situaciones que le permite observar componentes situacionales significativos y recurrentes. Ellos paulatinamente aprenden a reconocer y a clasificar las situaciones. Difícilmente pueden hacerse cargo de la situación por sí solos, porque todo es novedoso y apenas pueden recordar las pautas que se les han enseñado.

---

ALEXANDER, J. E. y S. KELLER. (1994). "Patricia Benner del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica". En *Modelos y teorías en enfermería*. 3ed. Madrid: Mosby/Doyma. pp.163-178.

<sup>79</sup> BENNER, P., *Op. Cit.*, pp. 42-43.

---

Por ello requieren de un respaldo en el ámbito clínico por parte de otras enfermeras para establecer por ejemplo un orden de prioridades, deben atender los rasgos significativos y repetitivos pues aún no están en condiciones de discernir cuáles son las necesidades más apremiantes en el paciente.

### *Competente*

Una enfermera competente, se ha ejercitado de dos a tres años, en circunstancias iguales o análogas. Comienza a actuar en función de un plan u objetivo, puede discernir lo que es relevante de lo que no lo es. "A la enfermera competente le falta presteza y flexibilidad de la enfermera aventajada, pero tiene la sensación de que conoce el oficio y de que está preparada para afrontar y salir al paso de las numerosas contingencias de la enfermería clínica..."<sup>80</sup>

### *Aventajado*

La enfermera aventajada tiene una visión global de las situaciones, gracias a la experiencia por lo que puede identificar una circunstancia en función de los aspectos que resultan más relevantes a partir de la situación del momento. Para ella se presenta un número no amplio de alternativas y se centra en el área precisa del problema.

"...llegados a este punto, los profesionales aventajados pueden tener la sensación de que las enseñanzas teóricas en que inicialmente basaban sus aptitudes y experiencias son un lastre inútil, o tal vez pueden concebir que el complejo análisis de decisiones que realiza el docente es una fórmula difícil e innecesariamente complicada de resolver, un episodio clínico que en la actualidad son capaces de captar rápidamente en virtud de la experiencia adquirida".<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> *Ibidem*, p. 54.

<sup>81</sup> *Ibidem*, p. 57.

---

### Experto

En esta categoría la enfermera cuenta con una gran experiencia, ya no requiere de pautas o consignas que conduzcan su iniciativa. Desarrolla una gran **intuición** de las situaciones y se centra de manera directa en el problema, así como en la solución que requiere el caso, sin malgastar el tiempo en soluciones que no proceden. Son capaces de gestionar situaciones complejas en forma sobresaliente.

“El experto siempre sabe más de lo que es capaz de explicar. La sabiduría está contenida en las percepciones y no en las reglas...”<sup>82</sup>

Por su parte Juan I. Pozo (1996), ha elaborado un esquema semejante al modelo de Dreyfus, que explica las fases del aprendizaje de estrategias, que van del novato al experto, pasando por el dominio técnico y el dominio estratégico.

El autor destaca que el aprendizaje de estrategias, supone un proceso más complejo que el simple dominio de técnicas, pues las estrategias suponen “procedimientos que se aplican de modo controlado, dentro de un plan diseñado deliberadamente, con el fin de conseguir una meta fijada.”<sup>83</sup>

Las estrategias suponen hacer un uso selectivo de los propios recursos y capacidades disponibles. A partir de la situación concreta, el practicante elige dentro de una variedad de recursos, aquel que mejor se adecua a las demandas de la tarea prevista, sin perder un control de las ejecuciones.

---

<sup>82</sup> *Ibidem*. p. 71.

<sup>83</sup> POZO MUNICIO, J.I. (1996). Aprendizaje de procedimientos”. En **Aprendices y maestros. La nueva cultura del aprendizaje**. España: Alianza Editorial. pp. 289-313.

## Fases en el aprendizaje de estrategias\*

	<b>CONTROL INTERNO</b>	<b>CONTROL EXTERNO</b>	<b>EJECUCIÓN</b>
<b>NOVATO</b>	Imposible	Imposible	Nula
<b>DOMINIO TÉCNICO</b>	Imposible	Posible y necesario	Regular o buena
<b>DOMINIO ESTRATÉGICO</b>	Posible y necesario	Innecesario	Buena o regular
<b>EXPERTO</b>	Posible pero innecesario	Innecesario	Muy buena y eficaz

\*POZO, J.M. (1996). *Aprendices y maestros...Op. Cit.*, p. 305.

El autor también subraya que es un proceso de adquisición gradual, en el que el aprendiz logra transferir lo aprendido a nuevas situaciones. "...Se trataría de que el maestro cediera gradualmente el control estratégico de las tareas a los aprendices, de forma que éstas pasaran de ser simples ejecuciones rutinarias a constituir verdaderos problemas para los aprendices..."<sup>84</sup>

Como puede observarse en el cuadro, hay cuatro niveles de dominio de estrategias: el novato, el dominio técnico, el dominio estratégico y el experto. Estos niveles se logran en función del grado de control interno que logra el practicante y que se refiere a una automatización casi inconsciente que en el caso del novato es imposible tenerla, posible y necesario en el caso del dominio estratégico, mientras que en el caso de experto ya resulta innecesaria.

El control externo se refiere a la orientación del maestro o de instrucciones que en el caso del dominio técnico el practicante aún requiere, pero que el experto ya no requiere.

Finalmente se habla del nivel de ejecución que va desde una nula, regular o buena, buena o regular y muy buena y eficaz. Nótese que los dos primeros niveles intentan

<sup>84</sup> *Ibidem*, p. 304.

---

dominios técnicos, mientras que los dos últimos suponen el manejo y despliegue de estrategias ante situaciones problemas por resolver, donde el dominio de la técnica por sí misma no basta, pues requiere comprender lo que se hace.

Siendo éstas algunas de las características del conocimiento práctico, ¿cómo resuelve la enfermería universitaria a través de los espacios áulicos y los hospitalarios su enseñanza? Los espacios del desempeño profesional de la enfermería y el universitario, constituyen ámbitos muy diversos que se combinan, pero que no son iguales ni en su territorio, ni en su normatividad, ni en su organización. Son espacios que obligadamente se ven reunidos para formar al profesional de la enfermería, donde la parte práctica tiene un enorme peso, se encuentran pero no se confunden uno con el otro, pues obedecen a lógicas y fines distintos.

## CAPÍTULO IV. La enseñanza del conocimiento práctico.

### Introducción.

Considerando algunos rasgos generales de la naturaleza que presenta el conocimiento práctico de enfermería al que hemos aludido con anterioridad, su enseñanza al interior del aula ha conformado estrategias propias acordes a este tipo de saberes, incorporando las dinámicas internas del ambiente hospitalario y del gremio de enfermería, como un contenido de este saber, delineando una práctica educativa particular.

En este apartado intentaré describir y analizar las características que presenta esta práctica educativa, destacando el proceso de su enseñanza al interior del aula en la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, indicando los vínculos que establece el docente con el alumno, con el conocimiento mismo en cuestión, con el contexto escolar universitario y con el contexto hospitalario, que aparece necesariamente como un escenario en su enseñanza.

### 4.1 El hospital y el aula escenarios en la enseñanza del conocimiento práctico.

El conocimiento práctico es algo que generacionalmente han aprendido las enfermeras junto a la cabecera del paciente, derivando de ahí el término de enseñanza clínica<sup>85</sup>, pero cabe señalar que existe además del contexto hospitalario,

---

<sup>85</sup> " Todos los autores señalan su procedencia (se refiere a la palabra clínica/o) del arsenal nocional de la medicina. En ésta lo clínico se refiere originalmente al estudio detallado (hecho por el médico) de un paciente que yace en su lecho (*clinicos* = lecho): forma de aludir al enfermo concreto por oposición a la "enfermedad" como patología abstracta. Progresivamente el sentido fue evolucionando y la vinculación inicial con la posición yacente fue volviéndose inesencial. Lo que siempre se mantuvo, en cambio, fue la referencia al carácter singular del objeto estudiado en cada caso.....Relaciona así constantemente la individualidad del paciente y sus caracteres directamente observables con los resultados de todos los exámenes para su mejor comprensión.

La clínica se caracteriza entonces por el estudio de un caso, estudio realizado profundizando en todas sus particularidades....."

---

el contexto escolar, en el que estos saberes se ventilan, se esclarecen, se discuten, se orientan en una dirección determinada, se reproducen y recrean aún en forma artificial, utilizando en algunos casos maniquíes, o laboratorios de enseñanza clínica, que intentan reproducir artificialmente esa realidad hospitalaria, en la que el alumno interviene a los pacientes.

El aula escolar es un espacio que si bien es cierto está lejos de poder ofrecer al alumno el ambiente real de la clínica, supone en cambio la posibilidad de pensar esa realidad hospitalaria, ensayar los diversos procesos que se ponen en juego, las posibles variantes que se pueden presentar y las diversas alternativas de acción que puede seleccionar la enfermera, además de ejercitar algunas habilidades de carácter técnico manual, cuyo aprendizaje a partir de un primer contacto directo con el paciente, representaría un alto riesgo para este último. En este sentido advertimos nuevamente que en el aula universitaria, el docente tiene como referente lo que el alumno "debe ser", mientras que en el hospital se encuentra con el "saber hacer".

El aula es también un espacio que posibilita un primer encuentro entre el maestro y el estudiante, en el que el primero sondea el estado de conocimientos que existe en los alumnos, sus intereses y expectativas que contribuirán a favorecer o a obstaculizar en determinado momento, la enseñanza de los saberes prácticos.

Las asignaturas de carácter teórico- práctico de la carrera universitaria de enfermería,<sup>86</sup> han representado tradicionalmente, las materias más importantes, o al

---

PASTERNAK, M. (1976). "El método experimental y el método clínico". En BRAUNSTEIN, N.A. , M. PASTERNAK, G. BENEDITO y F. SAAL. *Psicología : ideología y ciencia*. México: Siglo XXI Editores. pp.127- 155.

<sup>86</sup> Las asignaturas teórico- prácticas que comprende la licenciatura en enfermería y obstetricia del Plan de estudios actual, aprobado por el H. Consejo Universitario el 11 de marzo de 1992 y actualizado en 1998 y en el 2000 son: Fundamentos de Enfermería I y II, Enfermería del niño, Enfermería del adolescente, adulto y anciano I y II y Obstetricia I y II.

Los alumnos cursan primero una parte teórica en el aula con profesoras enfermeras o médicos y posteriormente se desplazan a un campo clínico asignado, que por lo general son los Hospitales generales del ISSSTE, de la Secretaría de Salud, o del IMSS, donde son supervisados por una profesora enfermera, encargada del campo de prácticas.

---

menos en las que una mayoría evidente de los estudiantes, deja sentir su interés. Ello se debe no sólo al alto valor curricular que éstas tienen, sino también al ser las asignaturas que vinculan al alumno directamente con la realidad clínica, razón por la cual el alumno construye un significado de lo que es la enfermería y de lo que se espera de él como futuro enfermero. Estas asignaturas se desarrollan compartiendo el espacio áulico y el hospitalario, llevando a las futuras enfermeras(os) a un desempeño en situaciones reales y no sólo hipotéticas.

Son también asignaturas en las que se ponen en juego numerosos aspectos del terreno emocional y ético del individuo, porque deben llevar a cabo acciones prácticas con diferentes pacientes, que viven circunstancias complejas y en ocasiones difíciles, que suponen incluso una responsabilidad jurídica del alumno y su docente, o que ponen en juego la vida del paciente mismo. Se trata de una práctica cuyo aprendizaje no es posible normar desde el aula, porque siempre la realidad rebasará cualquier planeación y finalmente aquellos aspectos que surjan como no previstos, serán también parte de lo que la futura enfermera debe aprender. La normatividad de la práctica no sigue una lógica científica, ésta sólo es posible observarla a nivel curricular pero no en la práctica.

#### **4.2 Una enseñanza en la que hay un predominio de la demostración y la palabra oral por parte del maestro, así como de la observación y la imitación por parte del alumno.**

Cuando buscamos en la historia cómo ha sido transmitido este conocimiento práctico en la enfermería, encontramos la ausencia del elemento escrito, porque el conocimiento que se venía enseñando al interior del gremio, transitaba por la vía de la demostración y la tradición oral.

---

Es un requisito aprobar la práctica para poder aprobar la materia, es decir, aprobar la parte teórica no es suficiente. También debe mencionarse que algunas prácticas no son en campos clínicos, sino en comunidades, escuelas o asilos, pues también se atiende una visión preventiva en la licenciatura. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA/ UNAM. (2000). *Plan De Estudios*. 286 p.

Los documentos principalmente escritos que existen aludiendo a la práctica de la enfermería, se refieren más a los deberes, reglas y principios morales (obediencia, abnegación, caridad, servicio como medio de salvación) que se esperaba que observara este gremio en su herencia religiosa, que a un cuerpo teórico disciplinario o a una forma organizada de prever su enseñanza. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que mientras permaneció este conocimiento bajo la esfera religiosa, fue considerado como un conjunto de acciones que se hacían en bien del prójimo, como un medio de ganar indulgencias, más no se reparaba, ni se perfilaba entonces como un conocimiento que pudiera constituir parte de una educación formal. A su vez la naturaleza de este conocimiento práctico, escapa de la posibilidad de una normatividad, al menos como es concebida en una planeación curricular, en el mejor de los casos pueden seleccionarse los servicios por los que una persona que aprende enfermería va a rolar, y el tipo de circunstancias que comúnmente se pueden llegar a presentar, pero no puede normarse que el alumno aprenderá determinados aspectos en la práctica, pues es un campo abierto a una gama demasiado amplia de situaciones.

La enseñanza de la enfermería ha implicado identificar procesos que se enseñan a través de acciones muy concretas, que se reproducen una y otra vez hasta lograr un dominio manual del mismo, en un ambiente de trabajo muy particular, con formas estructurales verticales<sup>87</sup> en las que existen jerarquías, cuyos lugares fundamentalmente están asignados, por la experiencia cotidiana acumulada en esos espacios de enseñanza y de trabajo.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> "...Como se ha señalado, en todas las instituciones hospitalarias el personal se encuentra ordenado en conjuntos estratificados, de acuerdo a una normatividad rígida, con base en los conocimientos que posee y en función del género y clase social. En el equipo de enfermería también existen categorías, aunque todas éstas tienen menor poder frente al de los médicos. Asimismo, se establecen jerarquías y poderes, relacionados de acuerdo con el poder patriarcal internalizado. Por ejemplo, entre la jefa de piso, las supervisoras, las enfermeras especializadas, las enfermeras generales y las auxiliares, se reproduce la verticalidad estructural."

RIOS EVERARDO, M. (2001). *El género en la socialización profesional de enfermeras*. Cuernavaca- Morelos: UNAM/ Centro Regional de Investigación Multidisciplinarias. p. 63.

<sup>88</sup> Esto parece sugerir, lo que Santoni Rugiu menciona, respecto al aprendizaje en el medievo. "...En realidad el aprendizaje en el medievo, e incluso después, por lo menos hasta el siglo XVI, se entiende en sentido amplio, es decir, como un tipo de experiencia guiada con carácter de adiestramiento, en la

Los libros como medios didácticos para propiciar el aprendizaje de este conocimiento son escasos, hay un predominio del aprender haciendo.<sup>89</sup> Es común escuchar que en la enseñanza clínica, más que referir la existencia de documentos diversos de carácter bibliográfico, cuya consulta pudiera ser útil para el alumno, se refiera la existencia de "manuales", que suponen un material escrito que describe las características que presentan los procedimientos mayormente utilizados en un servicio determinado, haciendo especificaciones del material y equipo necesario, así como de indicaciones y contraindicaciones de su aplicación.

Se trata de un material que se enfoca a comunicar qué hacer en caso de situaciones de emergencia<sup>90</sup>. Estamos frente a un caso en el que los miembros del gremio aprenden mediante el uso, lo que significa que se despliega la capacidad de resolver problemas a través de las habilidades, por lo que no resulta tan importante el conocimiento.<sup>91</sup>

Estos materiales generalmente no constituyen la fuente básica de consulta para el conocimiento práctico a ser aprendido, es principalmente la comunicación que ofrece el gremio al alumno, o bien la maestra de enseñanza clínica, en forma verbal, o bien acompañada de demostraciones, la que dota a los alumnos de este primer contacto

---

que se aprendía directamente los comportamientos requeridos para determinada ocupación, ya fuera "mecánica", intelectual o espiritual, más algunos conocimientos de la misma función, considerados institucionales, todos estos eran transmitidos preponderantemente mediante la palabra y los actos del maestro, ya fuese la palabra y los actos del maestro, ya fuese en el taller, en la iglesia o en la escuela..."

SANTONI RUGIU, A., *Op. Cit.*, pp.114.

<sup>89</sup> Luz Pérez Loredo Díaz menciona que a principios del siglo XX, el Hospital General de México constituyó una escuela práctica para médicos y enfermeras, por lo que una vez instalada la práctica, se vio la necesidad de buscar el medio que otorgara una validez formal, siendo ésta la razón de que se creara la Escuela de Enfermería (9 de Febrero de 1907), con un programa a cursar en tres años. En 1908, la escuela se registra en la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes.

PÉREZ LOREDO DÍAZ, L. (s/f). "Características de los servicios de enfermería al inicio del S. XX." En ENEO/ UNAM. (1997). **Material Bibliográfico para la asignatura Historia de la enfermería en México.** pp. 105-116.

<sup>90</sup> A principios del siglo XX, dentro de la Escuela del Hospital General de México, se cita como un libro de consulta para todos los estudios de enfermería el "Manual Práctico de la Enfermera" del Dr. Desire Bournevill.

PÉREZ LOREDO DÍAZ, L. (s/f)., *Op. Cit.* p. 8.

<sup>91</sup> SEGAL, A., *Op. Cit.*, pp. 985 y ss.

con este tipo de saberes.

El conocimiento práctico que se propone comunicar el docente, se encuentra fuertemente avalado por la **experiencia** profesional que ha acumulado el docente en el terreno de la clínica, y que le permite ordenar cómo, cuándo y mediante qué forma puede ser propiciada la enseñanza de este conocimiento práctico en los diferentes alumnos.

Así, se entrecruzan las dos lógicas a que aludimos en la segunda parte de este trabajo. Mientras el maestro de enseñanza clínica, trata en el aula que el alumno ensaye ciertas intervenciones que deberá llevar a cabo con el paciente, bajo una lógica del “deber ser”, en el ámbito hospitalario en el que el alumno lleva a cabo sus prácticas, imperará la lógica del “saber hacer”. En el hospital, el personal encargado de seguir sus prácticas, tratará de emplearlo en una serie de tareas rutinarias de aseo y limpieza antes de otorgarle la oportunidad de poner en práctica un procedimiento de dominio básico.<sup>92 93</sup>

La profesora del aula tratará de ser puntual y prescriptiva en lo que el alumno deberá hacer en su práctica, mientras que las enfermeras que están en el servicio compartiendo con el alumno la práctica, le revelarán formas prácticas de ese hacer.<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> Antonio Santoni Rugiu, refiere este aspecto en la enseñanza artesanal como el **noviciado** por el que necesariamente atraviesa el aprendiz.

SANTONI RUGIU, A. (1994)., *Op. Cit.*, p 181.

<sup>93</sup> Cabe mencionar que en numerosos casos, además de las horas curriculares que se asignan a las prácticas, los alumnos son obligados por la entidad que proporciona el campo clínico, a realizar guardias nocturnas, aspecto que si bien, sale de los acuerdos convenidos entre la ENEO y la Institución de Salud, no disgusta de todo a los alumnos, ya que manifiestan que esta situación los dota de mayores oportunidades de aprender, en tanto el bajo número de personal que existe en el turno nocturno, les permite intervenir con mayor frecuencia y de manera más libre a los pacientes. Ver ENEO/ UNAM. *Acta del Consejo Técnico* en su sesión extraordinaria del día 23 de junio de 1999,

<sup>94</sup> Cito a continuación un fragmento que ilustra esta afirmación, tomado de una investigación que realizó la Dra. Maribel Ríos Everardo, con el propósito de estudiar la socialización profesional de las enfermeras, desde un enfoque de género. En este trabajo se mencionan las observaciones que realizaron un grupo de alumnos de licenciatura de la ENEO durante sus prácticas, a las enfermeras en servicio durante una semana, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

“Una de las cosas que más les impresionó fue enfrentarse con la experiencia de que la teoría impartida en la escuela es diferente a la práctica del hospital; ellas (se refiere a las alumnas) se esforzaban por hacer su trabajo como les habían enseñado sus maestras de la ENEO. Por ser tan

Estamos hablando de un conocimiento que se gesta fundamentalmente en el aprender haciendo, en una pedagogía que privilegia el entrenamiento práctico, acompañado de las explicaciones verbales sobre las operaciones intelectuales, y que si bien no se encuentran ausentes, no aparecen en primer plano.<sup>95</sup>

### 4.3 La naturaleza del conocimiento práctico supone maneras distintas de enseñanza.

Hablar del conocimiento práctico supone hablar tanto de un conocimiento de naturaleza específica, como de una forma diferente de adquirirse. Valls, Coll y Pozo entre otros autores, han elaborado trabajos que abundan al respecto, partiendo de una clara diferenciación entre los conocimientos de tipo declarativo y los de carácter procedimental.

Los autores resaltan que el aprendizaje de los procedimientos<sup>96</sup> se ha enfrentado a

---

lentas, fueron duramente criticadas: debían funcionar con los tiempos que las enfermeras del hospital les marcaban...”

“... Otro aspecto importante de mencionar es la división existente entre lo que se enseña como modelos teóricos en la escuela y lo que se vive en los hospitales, lo cual desubica al alumnado. A veces la escuela idealiza o no toma en cuenta las condiciones reales de la práctica, pero también en los hospitales el burocratismo favorece prácticas superficiales, irresponsabilidad y negligencia. Así lo confirma por ejemplo, la experiencia de la profesora Bety cuando ingresó a trabajar en el hospital, donde la regañaban por lenta, porque ella cumplía con los procedimientos y tiempo requerido para efectuar correctamente la esterilización de materiales. Y la comparaban con otras compañeras que acababan pronto, pero no cubrían el tiempo estipulado o juntaban los materiales que requerían diferentes tiempos para su esterilización, en detrimento del mantenimiento y duración de los materiales”

RÍOS EVERARDO, M. (2001). *El género en la socialización profesional de enfermeras*. Cuernavaca, Morelos: UNAM/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. pp. 130 y 133.

<sup>95</sup> Estas características , nos remiten a la enseñanza de las artes y los oficios que Santoni Rugiu refiere desde el siglo XII. “...prescindiendo casi por completo de los libros y en consecuencia valiéndose de una pedagogía necesitada de privilegiar las operaciones verbales- orales junto con el adiestramiento práctico, muy distinta, en cambio, de la pedagogía que a partir del siglo XVI en adelante privilegiaría cada vez más las operaciones verbales escritas aunadas a un adiestramiento eminentemente intelectual. Cuando hablo de adiestramiento práctico me refiero sobre todo al que desembocaba en una profesión.

SANTONI RUGIU, A., *Op. Cit.*, p.113.

<sup>96</sup> César Coll menciona en uno de sus textos, que bajo el término “procedimiento” se engloban otros términos como son hábitos, técnicas, algoritmos, habilidades, estrategias, métodos y rutinas, que equivalen a lo mismo.

COLL, C., J.I. POZO, B. SARABIA y E. VALLS. (1992). *Los contenidos de la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. España: Aula XXI/ Santillana. p. 83.

---

una insuficiente diferenciación del aprendizaje conceptual, como consecuencia de la tradicional cultura expositiva del aprendizaje, mientras que la enseñanza de los procedimientos se considera una tarea espontánea que pareciera no requerir ninguna acción intencionada y organizada por parte del educador, lo cual resulta equivocado, pues decir y hacer algo son cosas muy distintas entre sí y en ocasiones desvinculadas.

Los contenidos declarativos y los procedimentales, son definidos de la siguiente manera:

“Los contenidos referidos a los hechos, conceptos y principios designan conjuntos de objetos, sucesos, símbolos con características comunes, o definen relaciones entre conceptos. Se trata de unos conocimientos con los cuales decimos o declaramos cosas....equivale a reconocerlos, entender su significado...”

Los procedimientos suelen concebirse como un conjunto de acciones ordenadas, orientadas a la consecución de una meta”.<sup>97</sup>

J. I. Pozo indica que se trata de dos tipos de conocimientos distintos que además, en muchos casos se adquieren por vías distintas. El conocimiento declarativo, entendido como información, es fácilmente verbalizado, puede adquirirse por exposición verbal y suele ser consciente. En cambio, el conocimiento procedimental técnico no siempre somos capaces de verbalizarlo, se adquiere más eficazmente a través de la acción y se ejecuta a menudo de modo automático, sin que seamos conscientes de ello.<sup>98</sup>

Los tres autores antes mencionados distinguen con ligeras variaciones tres fases principales para su adquisición, que descansa en un viejo axioma, “Primero lo hago yo; después lo hacemos juntos, y al final, tu solo”.

- Una primera fase que supone la presentación de instrucciones verbales o a

---

<sup>97</sup> COLL, C., *Op. Cit.*, pp.101 y 41-46.

<sup>98</sup> POZO MUNICIO, J.I., *Op. Cit.*, p. 293 y ss.

través de un modelo.

Se trata de una fase en la que se dan las consignas e indicaciones al alumno, de la actuación que de él se espera, destacando los momentos o aspectos relevantes. El docente podrá demostrar el procedimiento con la finalidad de que el alumno pueda ver la globalidad de la ejecución esperada.<sup>99</sup>

- Una segunda fase que señala la ejercitación de las técnicas hasta lograr su automatización.

Esta fase supone la realización de la actuación por parte del alumno. El docente podrá acompañar al alumno guiando verbalmente su actuación y permitiendo que sea él mismo quien vaya asumiendo más directamente el control de las actuaciones, de manera voluntaria y consciente, tratando de eliminar errores, evitando que éstos se instalen pues de ser así, resulta muy difícil removerlos, en tanto se ubican dentro de un encadenamiento de acciones que se pone en marcha.

- Una tercera fase de perfeccionamiento y transferencia de las técnicas aprendidas a nuevas tareas.<sup>100</sup>

En esta fase el aprendiz llega a la automatización del procedimiento, por lo que habrá variaciones en el ritmo y velocidad, así como mayor seguridad en la realización.

La automatización permite incluso desplazar el control ejercido sobre lo que se hace y realizar otras actividades a la vez, ya que las exigencias que se plantean a la conciencia, se vuelven mínimas.

Ya no se requiere una mediación verbal que guíe la ejecución, al automatizarse la ejecución, se torna muy difícil verbalizar aquello que se está haciendo. El alumno puede diferenciar en la situación que enfrenta, cuál es información básica y cuál es redundante o secundaria.

---

<sup>99</sup> VALLS, E. (1993). *Los procedimientos: aprendizaje, enseñanza y evaluación*. España: ICE/Horsori. p.176.

<sup>100</sup> POZO MUNICIO, J.I., *Op. Cit.*, pp. 293 y ss.

---

Valls, hace notar que si estas destrezas y habilidades adquiridas se dejan de practicar, poco a poco se van perdiendo. Mientras que si el maestro las practica y las reflexiona para sus alumnos, obtiene un creciente dominio y un nivel de experto, pues al reflexionar sobre la propia destreza reconstruye el conocimiento y controla mejor la destreza.<sup>101</sup>

#### **4.4 Los docentes clínicos orientan al alumno en su iniciación.**

Los docentes intentan en un primer momento, familiarizar al alumno con el ambiente al que se enfrentará en la clínica, introducirlo en el uso de cierto lenguaje y en la identificación y manejo de instrumentos propios de la profesión, que aparecen como algo básico y fundamental, si se espera que inicie su desenvolvimiento en un ambiente clínico.

Podríamos decir que es un momento de iniciación, donde el éste entra en contacto con el gremio, en donde espera ser aceptado, para que exista la posibilidad de aprender todas las técnicas y los procedimientos, las tradiciones, el lenguaje, la ideología, las reglas y principios, así como las actitudes que se esperan de quien practica el oficio.

Una de las tareas del docente en el aula, es la de proveer a los alumnos de cierta información, sobre los ritos de iniciación del gremio profesional, como son por ejemplo el presentarse perfectamente uniformado y arreglado en su persona al campo clínico (pulcritud y limpieza son indispensables), puntualidad, su presentación con las autoridades, el esclarecimiento de la cadena de mando, reglas que imperan en el servicio, etc.

En esta forma el estudiante es iniciado en una tradición de conocimientos y habilidades propias de la enfermería, así como en una gama de comportamientos

---

<sup>101</sup> VALLS, E., *Op. Cit.*, pp.178-180.

---

congruentes con su operatividad. Se trata de un proceso de socialización profesional que es inherente al proceso de volverse miembro de un grupo, en el que tienen lugar una serie de rituales, así como el desarrollo de una imagen propia que refleja los valores y las creencias de un grupo,<sup>102</sup> así por ejemplo, se puede llegar tarde a una clase, pero no a una práctica en el hospital.

Pronto el alumno aprendiz se encontrará en un ambiente en el que deberá **aprender a observar y a imitar un modelo** a fin de incorporar nuevos elementos a su conocimiento. Estos elementos no sólo provendrán de su maestro de enseñanza clínica, sino también de otras enfermeras(os) que conjuntamente participan en el espacio clínico.

La observación es un procedimiento de carácter general que deberá ejercitar, si quiere acceder a otros conocimientos<sup>103</sup>. La observación encierra un potencial de información, a la que muchas veces sólo puede acceder por esa vía "...una observación precisa permite descubrir informaciones que de otra manera hubiesen pasado inadvertidas".<sup>104</sup>

#### **4.5 Los docentes , el programa de la asignatura y la experiencia clínica del docente**

Los docentes configuran la enseñanza de los saberes prácticos en el aula a partir de diferentes referentes, uno de ellos es el programa de la asignatura curricular. Si bien es cierto que los docentes al formar un cuerpo académico dentro de una institución educativa, ven circunscrita su actividad por un programa, que reúne los conocimientos mínimos que se espera cubran a lo largo de un semestre escolar, el

---

<sup>102</sup> LYNN, B. C. (1985). "Students in transition: imitator of role models". En *Journal of Nursing Education*. Vol. 24, No. 7, September.

<sup>103</sup> "Si yo escucho y observo cuidadosamente, ellos (los pacientes), me mostrarán cómo ayudarlos....." NEHLS, N. (1995). "Narrative Pedagogy: Rethinking Nursing Education". En *Journal of Nursing Education*. Vol. 34, No. 5. May. p. 206.

<sup>104</sup> COLL, C., *Op. Cit.*, p.105.

---

docente a su vez, a partir de su intervención educativa, media estos contenidos, imprimiéndoles un significado propio.<sup>105</sup>

El vínculo que establecen el maestro y el alumno en la enseñanza de estos saberes, si bien parte de un programa previsto que señala fines muy claros para todo el grupo, el proceso que sigue el maestro se va diferenciando en cada caso, el conocimiento previo que poseen los alumnos, sus habilidades y destrezas manuales, sus intereses personales vinculados con la profesión, e inclusive las características de personalidad propias de cada uno, van delineando las alternativas que el maestro de clínica tiene para orientar y conducir a sus alumnos en la enseñanza, imprimiendo el estilo propio de enseñanza que posee.

El docente posee un cierto margen de autonomía que le permite decidir mediante qué formas llevará a cabo su enseñanza, qué contenidos ponderará más, cómo distribuirá los tiempos, en qué técnicas o recursos se apoyará, etc. Además, tratándose del conocimiento práctico, los docentes habrán de considerar la relatividad a la que se enfrentarán los alumnos, al intentar llevar a la práctica los conocimientos ensayados o ejercitados en el aula o laboratorio, empleando para ello ciertas tradiciones metodológicas que refieren ese conocimiento que pertenece al gremio, y que se transmite a manera de un conocimiento artesanal de maestro y aprendices.

La enseñanza del conocimiento práctico demanda al maestro esfuerzos en demostraciones que posteriormente son imitadas por el alumno, así como por la elaboración de descripciones lo más claras y detalladas posibles que den mayor solidez a las acciones. Es por esto que cobra valor e importancia la experiencia previa y/o actualizada del docente clínico.

En este sentido la experiencia y la visión que ha conformado el docente respecto a

---

<sup>105</sup> GIMENO SACRISTÁN, J. (1995). "El currículo moldeado por los profesores". En *El currículo: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata. pp.196-239.

---

este tipo de saberes, constituye un segundo referente que orienta las diversas opciones que el docente elige para llevar a cabo su enseñanza.

Un buen dominio del conocimiento práctico marcará la posibilidad de que el docente sea capaz de abordarlo desde diversas aproximaciones. Esto implica que es deseable que el docente de este conocimiento práctico, no abandone el ejercicio de enfermería, pues tendería a perder la habilidad de aquello que se propone enseñar y a la vez pierde actualidad respecto al manejo de las nuevas tecnologías que se introducen en las rutinas del servicio asistencial.<sup>106</sup>

Louis Not (1983) hace un análisis de la noción de experiencia en su texto *Las pedagogías del conocimiento*, mencionando que la experiencia, si bien es cierto, es productora de conocimientos, el término puede ser entendido en dos sentidos.

Un primer sentido refiere la experiencia como una serie de tanteos en el que no media ningún tratamiento racional. Se refiere a aquella experiencia espontánea de carácter empírico que ajusta la conducta en función de los efectos producidos.

Esta forma de tanteo se vincula al hábito, y no tiene ninguna idea del objetivo, sólo se espera que el ensayo tenga éxito.<sup>107</sup>

Un segundo sentido de la experiencia, la refiere como un verdadero razonamiento, que trata de captar las variaciones que conducen del estado al resultado en el que es reconocido un método experimental. El valor epistemológico de este último sentido, es evidentemente superior al de los procesos empíricos.

En este caso, el individuo actúa en función de la solución que espera obtener, y ésta

---

<sup>106</sup> Resulta paradójico que en las asignaturas prácticas muchas veces se atribuya mayor importancia al hecho de haber participado en cursos de carácter pedagógico que a la trayectoria del docente en el área clínica, que justamente lo habilita en aquello que pretende enseñar, o bien que existan docentes de enfermería que han abandonado en una cantidad considerable de años, el campo clínico.

<sup>107</sup> NOT, L. (1983). *Las pedagogías del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica. (sección de obras de Educación). pp. 186 y ss.

---

actúa como hipótesis.

Estas son acepciones desde un punto de vista epistemológico, pero la experiencia también puede examinarse desde un punto de vista psicológico. En tal caso se habla de la experiencia existencial, entendida más en un sentido afectivo que intelectual ...”el sujeto siente las situaciones más que someterlas a un tratamiento destinado a revelar sus característicos objetivos. Conoce así las cosas pero sólo las conoce en la relación que tienen con él. Esta experiencia en función del sujeto cognoscente con el objeto conocido, conduce a la situación y entonces el ser conoce mediante el sentimiento más que por la razón...esta experiencia la que proporciona al corazón sus “razones que la razón no conoce”...”.<sup>108</sup>

La práctica de la enfermería, al vincularse con el individuo y su estado de salud a través de los diversos momentos de la vida, (nacimiento, crecimiento y desarrollo, maduración y reproducción), así como la muerte de los pacientes, confronta a este profesional con aspectos subjetivos, que lo mueven constantemente de un plano racional al afectivo, por lo que podría afirmarse que la experiencia del profesional de la enfermería se ve alimentada por las tres formas de experiencia que hemos mencionado, es decir, desde el simple tanteo esperando lograr éxito, la experiencia reflexiva en pos de un objetivo y la experiencia existencial.

#### **4.6 Aprender la enfermería en su parte clínica supone una relación individualizada con el alumno.**

La enseñanza del conocimiento práctico en el ámbito clínico, suele ser una enseñanza individualizada, en la que alguna o algunas personas del gremio, con una mayor experiencia fungen como tutores.

Diferentes autores han tratado de definir las peculiaridades que encierra la tutoría,

---

<sup>108</sup> *Ibidem*, p. 189.

<sup>109</sup>entre ellas podríamos mencionar como principales: que se trata de una enseñanza individualizada que se centra en el alumno, en la que se espera una participación activa del alumno y una actitud favorable hacia la enseñanza por parte del tutor, que observe las características y necesidades que va requiriendo paulatinamente el alumno en su trayecto formativo; otra característica es que ambos, tutor y alumno, se reúnen con un propósito, en una especie de contrato pedagógico, al que ambas partes se comprometen, aún cuando éste sea hecho sólo en forma tácita o verbal.

La tutoría supone una forma en la que el tutor ayuda al alumno a eliminar errores en su ejecución, es pues necesaria la reflexión, la observación, el análisis y la comparación por parte de ellos, siendo deseable que exista un clima de confianza y el establecimiento de una buena comunicación por parte de ambos, así como una gran experiencia por parte del tutor en aquellos conocimientos en los que se quiere habilitar al alumno.

Donald Shön, señala que el docente- a quien designa "tutor" por el vínculo individualizado que establece con el alumno- establece un diálogo con el alumno, en el que ambos buscan comunicarse y realizar las acciones prácticas que han de incorporarse a su práctica profesional.

"...tanto para el tutor como para el alumno, la búsqueda eficaz de la convergencia de significados depende de aprender a llegar a ser competente en la práctica del *practicum*, lo que parece implicar un círculo vicioso de aprendizaje. El tutor debe aprender formas de mostrar y decir que se ajusten a las peculiares características del alumno que tiene ante él, aprender a leer cuáles son sus dificultades y capacidades a

---

<sup>109</sup> ROUTH, B. (1996). "Cómo convertirse en tutor". En Revista *Nursing*. Febrero. pp.41-42.

LAINO CURRAN, D. (1996). "Elegir al tutor". En Revista *Nursing*, Febrero. pp. 93-94.

GAINES, S. Y D. BALDWIN. (1996). "Guiding dialogue in the transformation of teacher- student relationships". En *Nurs Outlook*. Vol. 44, No. 3, may- june.

ALCÁNTARA SANTUARIO, A. (1990). "Consideraciones sobre la tutoría en la docencia universitaria". En *Revista Perfiles Educativos*, México: UNAM/CISE, No. 49- 50. pp. 51-56.

GARRITZ, A.(1989). "Tutoría: el perfil del docente en el posgrado". En *Omina*, Año 5, No. 17, diciembre.

---

partir de los esfuerzos que lleva a cabo durante la ejecución de la tarea, y a descubrir y comprobar lo que saca en limpio de sus propias intervenciones como tutor.

El estudiante debe aprender a escuchar de un modo operativo, a imitar reflexivamente, a reflexionar sobre su propio conocimiento en la acción, y a interpretar los significados del tutor."<sup>110</sup>

En un ambiente clínico, existen paralelamente otras personas que favorecen la enseñanza del conocimiento práctico, como son el personal de enfermería que se encuentra en el servicio y que comparte con el alumno los conocimientos que requieren ser aprendidos por el gremio, así como los mismos compañeros del grupo que en determinado momento pueden proporcionar una ayuda al alumno.

#### **4.7 Iniciativa y creatividad en el arte de la enfermería.**

Durante el proceso de enseñanza, el maestro es consciente de que, si bien es cierto, existen reglas y principios que norman las acciones de la enfermería, el alumno en la realidad se enfrentará a situaciones que no siempre permitirán respetar del todo estos principios, y que el alumno deberá decidir elaborando juicios y estableciendo prioridades respecto a sus formas de intervención. Es decir existe una forma ideal de hacer las cosas, pero habrá muchas formas más de llevarlas a cabo, en virtud de las circunstancias reales. En estos casos recurrir a las ejemplificaciones suele ser un recurso útil, de esta manera es común que prevalezca una fuerte demanda por parte de los alumnos, a que sus docentes les aclaren los conceptos recurriendo al ejemplo, apareciendo el ejemplo como una consecuencia de la ritualidad de la oralidad. Esta manera de aprender las cosas, tiende incluso a instalarse en los alumnos, volviéndose para ellos sencillo acceder al conocimiento práctico que se muestra de manera concreta, pero no así acceder a la comprensión de conceptos que son abstracciones y que les resulta difícil concebir.

---

<sup>110</sup> SHÖN, D. (1992). "El diálogo entre el tutor y el estudiante". En *Op. Cit.*, pp. 113-114.

---

Otro aspecto que el maestro trata de enseñar a sus alumnos, es que las acciones de enfermería no pueden ir sueltas o desvinculadas con respecto a un fin, es decir, posiblemente un alumno principiante esté más preocupado por lograr el desarrollo de una habilidad específica, y pierda de vista lo demás, es decir otros aspectos que directa o indirectamente contribuirán también en el bienestar del paciente.

Donald Shön señala que la actividad del *practicum*, supone siempre una posibilidad de creatividad, en tanto existe un vacío entre la descripción que hace el maestro sobre las acciones y las acciones propiamente realizadas, y es en este vacío donde el estudiante puede aportar por su manera de ver y por su manera de hacer las cosas una dosis de creatividad, que lo llevan a producir nuevas formas, y que permite concluir la existencia de un arte en el oficio.<sup>111</sup> Podemos afirmar que en el caso de enfermería, esta iniciativa creativa sólo se circunscribe al espacio de acción que se le confiere a la enfermera, pues no pueden transgredir las jerarquías de autoridad, que les marcan límites en sus posibilidades de intervención.

El maestro muestra y habla al alumno, en su trayecto formativo, sobre las particularidades que encierran los diversos procedimientos que ha de aprender, y ***poco a poco los alumnos van sufriendo esa especie de metamorfosis, que se da en un diálogo sin palabras, en el que prevalecen más las acciones. De esta forma el maestro va imprimiendo un sello, una forma de hacer y una forma de ser en sus alumnos.***

Durante este proceso, la reflexión sobre lo que se hace está presente. El alumno se interroga sobre lo que ha hecho y la forma en que lo ha hecho y el docente se interroga sobre sus avances y dificultades a fin de poder orientarlo acertadamente.

---

<sup>111</sup> "al ser el arte...un proceso creador en el que el diseñador llega a ver y a hacer cosas de nuevas maneras, ninguna descripción anterior puede ocupar el lugar del aprender haciendo... a fin de que estas descripciones lleguen a ser de utilidad para la acción, los estudiantes deben implicarse en el aprender haciendo y en el diálogo con alguien que cumple el papel de tutor..."  
SHÖN, D. *Op. Cit.*, p.149.

---

En el caso del Plan de Estudios de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, estos espacios de reflexión tratan de recuperarse una vez que el alumno concluye sus prácticas,<sup>112</sup> (curricularmente se designan como prácticas integradoras), sin embargo cabe esperar que existiendo vivencias tan fuertes en cada uno de los alumnos durante las prácticas, estos espacios sean insuficientes para lograr tal fin, y queden muchos aspectos a resolución de cada alumno.

Si bien los docentes intentarán que esta integración, guarde cierta relación con lo que prescribe el currículum, para los alumnos tendrá valor en función de la experiencia obtenida en cada circunstancia, esto significa que el alumno puede estar obteniendo aprendizajes que no necesariamente están previstos dentro del marco curricular, sino que están más allá de éste, y que se vinculan con saberes propios de la profesión que se aprenden al interactuar con el gremio profesional y con los entornos que presentan los contextos de las instituciones de salud, que tienen ciertos fines, ciertas maneras de organizarse, ciertas rutinas, ciertas políticas institucionales, etc.

---

<sup>112</sup> ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA /UNAM. (2000). *Plan de Estudios*. p 41.

## **Capítulo V. La enseñanza del conocimiento práctico desde la perspectiva de los docentes clínicos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM.**

En el primer capítulo de este trabajo se precisaron algunas consideraciones metodológicas sobre el estudio exploratorio realizado, mientras que en los capítulos II, III y IV, se explicitaron elementos que contribuyen a conformar un marco teórico conceptual. En este capítulo, se presenta un análisis interpretativo de los diferentes datos que aportó el referente empírico del caso analizado, sin embargo antes de entrar en su descripción y análisis, quizás convenga abundar un poco en ciertos antecedentes y contextos que estuvieron presentes en el origen de la investigación, así como una serie de acercamientos y reflexiones que fueron perfilando el objeto de estudio.

Un primer aspecto que se puede mencionar, son los trabajos de diseño curricular que se han realizado al interior de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en los que he participado en diferentes momentos y bajo diferentes circunstancias, como fue la elaboración del Plan Único de Especialización en Enfermería con sus diferentes ramas, que se concluyó y se aprobó en 1996 y que se puso en marcha en 1997. Este programa de especializaciones planteó entre otras cosas la necesidad de esclarecer los diferentes niveles de formación que prevalecen en la enfermería universitaria, es decir, el nivel técnico, el posttécnico, la licenciatura y la especialidad, pues no existía una clara delimitación del alcance de cada uno y parecían trastocarse uno con otro.

Un segundo aspecto que cabe mencionar fue la elaboración de la propuesta curricular de la Maestría en Enfermería que se realizó durante el 2000 y el 2001, y que se aprobó en el 2002, ingresando una primera generación de alumnos a cursar prerrequisitos en enero del 2003. En ambos casos aparecieron de manera reiterada sobre la mesa de discusión interrogantes tales como cuál es el objeto de estudio de la enfermería? ¿cuál es su contenido disciplinario? ¿cuál es su método de

indagación? ¿por que aparecen problemas de identidad profesional?, entre otras cosas, así como el reiterado valor y la gama de saberes no escritos que construye la práctica de la enfermería, aspectos todos ellos que dejan aún muchas preguntas en el aire.

Un tercer aspecto que influyó de manera más directa en la construcción del proyecto de investigación, fue sin duda mi participación en el seminario de Epistemología que impartió el Mtro. Víctor Cabello Bonilla en 1998, en el que se revisaron algunas de las formas en que la humanidad ha concebido el conocimiento, seminario en el que docentes que imparten diferentes asignaturas en la Escuela participaron. Debo agradecer que en virtud de las interrogantes sin respuesta que aparecieron en el seminario, vislumbré e inicié una primera reflexión sobre la parte práctica de la formación del licenciado de enfermería, identificando la enorme importancia y trascendencia que esta tiene. Pude advertir paralelamente y de manera aún incipiente, como se escindía la visión de aquellos docentes que estaban incorporados en los servicios institucionales de salud, de aquellos que habían abandonado la práctica profesional.

De ahí que ubicar la naturaleza de los saberes prácticos se constituyera en un punto de interés central en el proyecto de investigación y en función de éste, las características que asume su enseñanza.

La idea como ya se ha mencionado en otro apartado de este trabajo, fue documentar un aspecto que si bien existe y está en el centro de interés de la formación de este profesional, al ser tratado pareciera difícil concretarlo, asirlo y darle la justa dimensión que ha tenido y tiene dentro de enfermería.

En este sentido, conocer la opinión de los docentes que lo llevan a cabo, pareció por demás necesario.

Antes que proponer o sugerir alternativas en este trabajo para la enseñanza de la enfermería, me propuse explorar su estado actual, y que a través de ello pude

encontrar entre otras cosas, las características que ha asumido su enseñanza, pues en el hacer cotidiano de los docentes clínicos se encuentran reunidas tradiciones, creencias, valores, ritos, etc., que constituyen un bagaje cultural de la profesión, que son motivo de su socialización al interior del gremio y que a la vez permiten explicar por que la enfermería dentro del contexto universitario, se ha perfilado de esa manera hasta su estado actual.

Los supuestos de los que se partió, constituyeron elementos que orientaron la búsqueda, sirvieron como guías para saber por dónde buscar antes que elementos que quisieran encontrar un eco.

Al estructurarse el instrumento de investigación, si bien en su formato final contuvo preguntas con opciones de respuesta, varias preguntas inicialmente se elaboraron en forma totalmente abierta, es decir en el instrumento piloteado, pues si bien existía una gama tentativa de posibles opciones de respuesta, se prefirió aguardar las respuestas libres ofrecidas por los docentes del piloteo, para conformar las opciones que finalmente tuvo el instrumento y evitar sesgos.

Tal fue el caso de las preguntas que interrogaron sobre la importancia que tiene el conocimiento práctico en la formación universitaria de las enfermeras; cómo identificar cuando un alumno está listo para conocer ciertos secretos de la profesión; aspectos del conocimiento práctico que dominan los alumnos al concluir la licenciatura; conocimientos prácticos que no logran aprender los alumnos durante su formación; conocimientos que adquieren los alumnos en el programa de prácticas; y conocimientos prácticos que le enseña el gremio enfermero a los alumnos durante las prácticas.

A su vez, la mayoría de las preguntas que contenía el cuestionario piloto, fueron incrementadas en sus opciones de respuestas, en virtud de las respuestas emitidas por los docentes de enfermería, que participaron en esta fase.

A continuación se presenta un análisis interpretativo de los diferentes datos que arrojó el referente empírico del caso, reuniendo la información en tres grandes apartados que antes hemos referido, a saber: características generales, profesionales y de formación académica de los docentes de enseñanza clínica; principales referentes que toman en cuenta los docentes clínicos para su enseñanza y formas de concebir el conocimiento práctico; y un último apartado que refiere las formas que asume esta enseñanza en los espacios de prácticas y en las aulas de enseñanza clínica, aludiendo a la presencia del gremio de enfermería en los espacios hospitalarios, como agentes de socialización.

### **5.1. ¿Quiénes son los docentes que tienen a su cargo la enseñanza del conocimiento práctico de enfermería?**

Lo primero que tenemos que decir al respecto es que se trata de una población preponderantemente femenina, de nacionalidad mexicana, que incluye personas con un rango de edad que abarca tanto personal joven como de edad madura, con proporciones semejantes de solteras y casadas.

Poseen en un mayor porcentaje el nivel de licenciatura y fueron formadas por la misma institución donde ejercen la docencia, es decir la ENEO.

Es una planta docente que mayoritariamente no ejerce la enfermería desde hace diez años en promedio, y tiene una antigüedad docente en la ENEO ligeramente mayor, es decir, de 12.5 años en promedio.

Es personal docente que se actualiza al interior de la misma institución educativa (55%), sobre diversas temáticas que guardan relación con la enfermería o con la docencia, tales como las concepciones de la enfermería, aspectos de índole pedagógico, y modalidades de la investigación, todos ellos fundamentalmente a nivel discursivo. Mientras que un porcentaje menor (25%) de los docentes, busca la

actualización al interior de las instituciones de salud, coincidiendo en este grupo personal docente que ejerce en la actualidad.

Veamos de manera más detallada cada una de estas afirmaciones.

La enseñanza de los saberes prácticos de enfermería, está asociada con la figura femenina, al ser el personal docente mayoritariamente femenino, aspecto que puede explicarse por varias razones, entre ellas por las características que se hacen presentes en la división social del trabajo, es decir las características biológicas y psicológicas de cada sexo, son valoradas en función de la cultura, atribuyendo e induciendo a una diferenciación social de roles, por lo que se atribuye al sexo femenino la atención del enfermo, procurándole cuidados básicos como son la higiene, la alimentación, el suministro de medicamentos, el alivio al dolor, etc., que se ligan de alguna forma con los cuidados que provee la figura femenina materna en circunstancias cotidianas. Actividades que derivan del confinamiento de la mujer en el hogar, actividades que por cierto no tienen retribución económica alguna cuando las ejecuta la esposa y que en términos generales carecen de prestigio social, pues dentro de una sociedad de clases, muchas de ellas son delegadas a la servidumbre.

Philippe Ariès y George Duby, mencionan en su *Historia de la vida Privada*, cómo en el siglo XVII y XVIII, la "vida privada en femenino", la mujer está confinada en el hogar, donde su actividad "...es preferentemente doméstica; su marco la casa, y su vocación encarnar al unísono la imagen de esposa y madre que la Iglesia y la sociedad civil han arraigado. El honor que se le exige, hecho de compostura, de fidelidad a su buena fama y a los suyos, la definen bastante bien; por lo tanto, la dedicación constante a todos los que comparten la olla y la lumbre bajo su techo la destina a servir, es decir, **a cuidar: alimentar, educar, atender en la enfermedad y asistir en la muerte**. Este es el oficio de las mujeres, al cual se consagran gratuitamente, además, no es costumbre que se reconozca su participación, .....a la

mujer se le incita a un servicio constante, porque ése es el papel que se le reconoce.”<sup>113</sup>

Cabe además mencionar la connotación social que a su vez reviste el enfermo, es decir, persona que en virtud de sus circunstancias, no está en posibilidad de incorporarse al proceso productivo de trabajo, por lo que alguien debe hacerse cargo de él, en la idea de que pueda recuperarse e incorporarse de manera pronta a dicho proceso.

La enfermería se vincula al sexo femenino, por ser un espacio de trabajo al interior de las instituciones de salud, en el que pudo incursionar la mujer, inicialmente por ser una actividad mal retribuida y desdeñada por el sexo masculino, representado principalmente en la figura del médico y por no requerir una escolaridad previa prolongada. La enfermera universitaria se formaba inicialmente en un nivel técnico realizando estudios posteriores a la secundaria, con duración de tres años y esto les permitía incursionar en el mercado de trabajo de manera pronta, generando la posibilidad de ingresos económicos y de una independencia económica.

---

<sup>113</sup> CASTAN, NICOLE. “Lo público y lo privado”, en ARIÈS PHILIPPE y GEORGE DUBY (1992). *Historia de la vida privada*. España: Taurus. pp. 19 y ss. El subrayado es mío.

En este mismo sentido puede citarse el trabajo de Eduard Fuchs (1996), en el que sostiene que la moral descansa sobre la base de la propiedad privada, por lo que la monogamia se constituye como la base para preservar los bienes materiales en las menos manos posibles, por lo que sólo los hijos legítimos han de ser los únicos herederos, y la fidelidad especialmente de la mujer, un elemento fundamental para preservar este estado de cosas. Desprendiéndose de esto, el confinamiento de la mujer al espacio del hogar y atribuyéndole como tareas principales el cuidado y la atención de los hijos, su educación, la administración del gasto familiar, y la realización de las tareas domésticas al servicio de los demás. Estas mismas actividades, son las que el cuerpo de las religiosas realizan en los claustros como tareas de caridad y más tarde en los centros de beneficencia pública y en los hospitales (fines del siglo XIX y principios del siglo XX).

FUCHS, EDUARD. (1996). “Origen y esencia de la moralidad”. En *Historia ilustrada de la moral sexual*. Madrid: Alianza editorial, Vol.I, pp. 33 y ss

**Cuadro 1. Sexo de los docentes que formaron parte del estudio.**

Sexo	F	%
Masculino	5	12.5
Femenino	35	87.5
Total	40	100.0

Algunas de las profesoras que formaron parte de este estudio (25%) y que comprende a las de mayor edad (ver cuadro No. 4), se formaron bajo este esquema, es decir, inicialmente como técnicas y posteriormente al crearse la licenciatura tuvieron la posibilidad de ingresar a la misma, revalidando tres años de estudio del plan de estudios de la licenciatura, en virtud de contar con los estudios básicos del nivel técnico<sup>114</sup> y de haber cursado el bachillerato.

La población masculina si bien presenta un porcentaje minoritario en la población de alumnos de enfermería, en las generaciones recientes este porcentaje se ha incrementado en forma constante. El crecimiento de la población masculina, obedece con frecuencia a que estos alumnos no fueron aceptados en medicina o en alguna otra carrera del área de la salud elegida, ( esto en el mejor de los casos) y que ingresan a la carrera de enfermería, con la intención de obtener posteriormente un cambio de carrera. La enfermería es vista en estos casos, como una vía con mayores posibilidades de ingreso a la universidad, al ser una carrera de baja demanda, que solicita puntajes bajos en el examen de ingreso, comparativamente con las carreras de alta demanda, constituyendo una forma de asegurarse un lugar en la institución universitaria.

---

<sup>114</sup> Cabe mencionar que en la actualidad, este mismo perfil se sigue observando en el alumno que ingresa al Sistema Universidad Abierta (ingreso en años posteriores al primero) y que ello es un programa fuertemente solicitado no sólo por personal técnico que labora en las instituciones de salud de la ciudad de México, sino también por las de varios estados de la República Mexicana.

Si se contrastan estos datos con los que proporciona el SIARHE<sup>115</sup> (Sistema de información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería), de 1999 a nivel nacional, encontramos un panorama semejante, 94.84% del personal es de sexo femenino y un 5.01% masculino, indicando que este último porcentaje se ha incrementado al compararse con estudios previos.

### **Edad**

Nos encontramos con una población docente con un rango de edad muy disperso, que va desde los 26 años hasta los 59 años, captándose mayores frecuencias en las edades de 35, 36 y 49 años, seguido por las de 37 y 39 años. El promedio de edad del grupo es de 41 años, es decir estamos hablando de una población joven y madura de profesores, lo que no necesariamente está asociado- en el caso de los profesores maduros- con una paralela experiencia profesional en la enfermería, como veremos más adelante.

---

<sup>115</sup> SECRETARÍA DE SALUD (1999). *Informe de la situación de la enfermería en México*. México: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. IMSS, ISSSTE, DDF, PEMEX, DIF, SM, 5DN, Asoc, Mexicana de Hospitales. p. 12

**Cuadro 2. Edad de los docentes clínicos**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
26 años	1	2.5
31 años	2	5.0
32 años	2	5.0
33 años	1	2.5
34 años	2	5.0
35 años	4	10.0
36 años	4	10.0
37 años	3	7.5
38 años	1	2.5
39 años	3	7.5
41 años	1	2.5
42 años	1	2.5
46 años	2	5.0
47 años	1	2.5
49 años	4	10.0
51 años	2	5.0
52 años	1	2.5
54 años	2	5.0
55 años	1	2.5
56 años	1	2.5
59 años	1	2.5
Total	40	100.0

Promedio de edad del grupo = 41 años

**Estado civil y nacionalidad.**

Se trata de una población mexicana en su totalidad, casada en un 55%, seguida por un 35% de personal soltero, un 5% de población viuda y un 5 % divorciada.

**Cuadro 3. Estado civil y nacionalidad**

Estado civil	Nacionalidad mexicana	
	F	%
Casada	22	55.0
Soltera	14	35.0
Viuda	2	5.0
Divorciada	2	5.0
Unión libre	0	0
Total	40	100.0

Considerando que el promedio de edad del grupo de profesores es de 41 años, el 35% del personal soltero que ocupa el segundo lugar de frecuencias resulta considerable, lo que podría explicarse por el hecho de que la enfermera desde su proceso formativo, se desempeña en un ambiente profesional y laboral predominantemente femenino, que ofrece pocas posibilidades de relación con el sexo masculino. Si bien es cierto el instrumento no interrogó sobre el número de hijos, es un dato frecuente la existencia de madres solteras en la población de profesoras de la ENEO.

### **Formación académica**

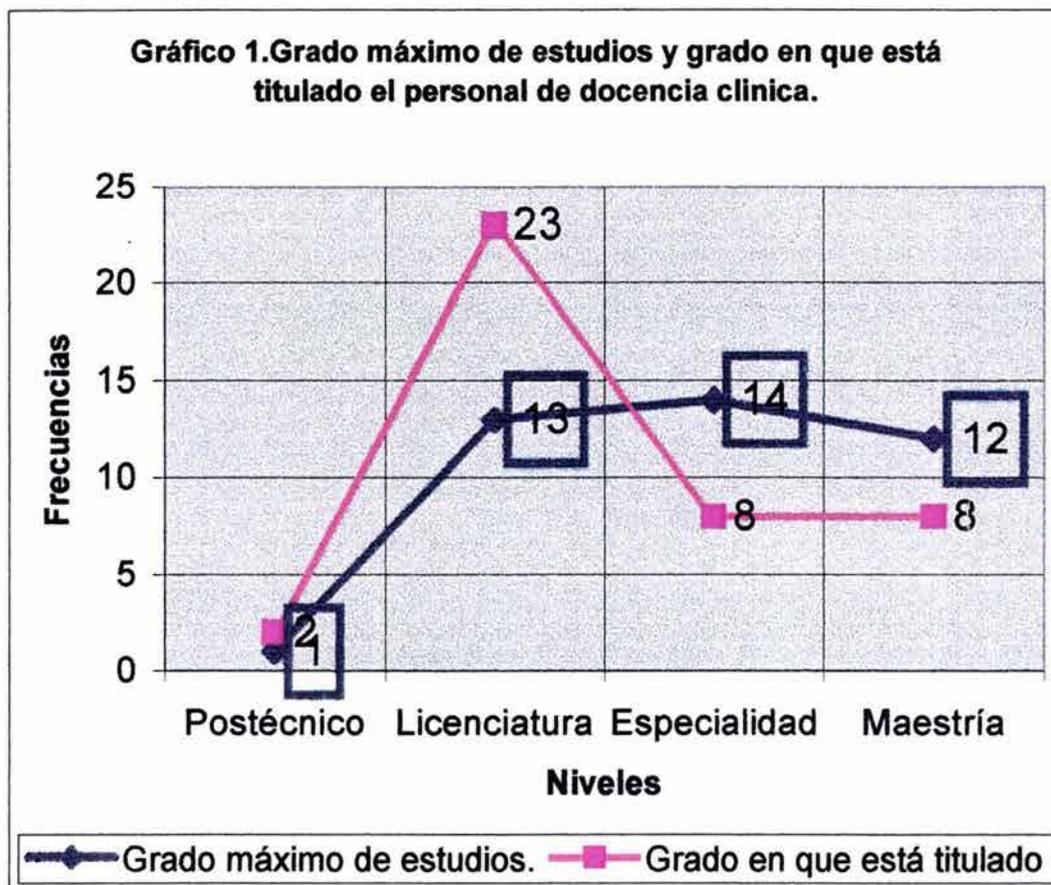
#### **Grado máximo de estudios y de titulación.**

El nivel máximo de titulación que estos docentes poseen mayoritariamente, es la licenciatura con un 57.5%, seguido por el diploma de especialidad con un 20%, y el de maestría con 17.5%. , si bien el nivel máximo de estudios sin el título correspondiente, es un poco mayor, concentrándose en la especialidad un 35%, seguido por el de licenciatura con un 32% y un 30% con estudios de maestría.

La preponderancia de docentes con el título de licenciatura se explica por los requisitos estatutarios mínimos que debe cubrir el personal académico universitario en su ingreso como docente al nivel superior. Paralelamente cabe mencionar que en la gestión administrativa 1995- 1998 y 1999-2002 de la ENEO, la política institucional promovió la realización de estudios de posgrado en el cuerpo docente, en instituciones nacionales o extranjeras, con el fin de ir conformando la ampliación de una planta de profesores con esta formación, que sirviera como plataforma para el futuro ofrecimiento de estudios de posgrado<sup>116</sup>, y que se observa en la población estudiada que accede a mayores niveles de formación, pero que aún transita en el proceso de obtención del grado.

---

<sup>116</sup> El programa de la Maestría en Enfermería fue aprobado por el H. Consejo Universitario el 4 de octubre del 2002, tratándose de un proyecto conjunto de la ENEO, FES Zaragoza y FES Iztacala. La primera generación de alumnos aspirantes a cursar esta maestría, ingresó en enero del 2003 para realizar los cursos de pre- requisitos.



Cabe mencionar que un 2.5% reportó estudios de cursos postécnicos mientras un 5% afirma estar diplomado en este nivel. Esta aparente incongruencia existe por la tendencia a conferirle al nivel postécnico un nivel de especialidad, entre otras razones, porque en el mercado de trabajo así se considera, es decir se le confiere el mismo valor a un curso postécnico y al diploma de especialidad, si bien el primero de éstos no constituye un nivel de especialidad en estricto sentido, es decir estudios que se realizan posteriores a una licenciatura.

Los cursos postécnicos constituyen una vía de especialización importante aún en el presente, pues las especialidades de enfermería que se ofrecen a través del Plan Único de Especialización en Enfermería en sus diversas ramas, no cubren todos los ámbitos de especialidad que sí presentan los cursos postécnicos, además de ser la

vía de especialización a que tiene acceso el grueso del personal de enfermería que se encuentra ejerciendo, es decir el personal técnico, personal que representa la mayor proporción en el mercado nacional de trabajo(60.41%)<sup>117</sup>.

Los estudios posttécnicos gozan además de una gran aceptación y demanda por parte de las instituciones de salud, pues el personal técnico se especializa elevando su competencia, es decir constituyen una vía de recalificación profesional, además de estar vinculados al hacer clínico. Los estudios posttécnicos representan para la enfermera técnica y por ahora también para la licenciada, una vía de movilidad social, pues laboralmente son el requisito para transitar de una plaza de menor categoría, la de enfermera general, a una de mayor nivel, la de enfermera especialista. Las especialidades de enfermería universitarias, son de reciente creación (1997), por lo que aún no puede vislumbrarse claramente el impacto de su presencia en el mercado de trabajo<sup>118</sup>, si bien ya se observa una tendencia a no conferirles reconocimiento, por la diferencia salarial que esto implicaría y que las instituciones de salud del sector público, no están en el mejor momento de propiciar, en razón de las políticas de adelgazamiento y de recortes presupuestales que experimentan actualmente.

### **Institución en la que se formó.**

Se trata de un grupo de profesores que en su mayoría (87.5%) han sido formados por la misma escuela en la que se encuentran trabajando como docentes – ENEO/

---

<sup>117</sup> De acuerdo con los últimos datos del SIARHE de 1999, el personal que predomina en las instituciones de salud es el que tiene una escolaridad de nivel técnico (60,41%), seguido por el personal con estudios de auxiliar de enfermería (30,49%), mientras el personal con estudios de licenciatura es minoritario (7,09%).

SECRETARÍA DE SALUD (1999). *Op. Cit.*, pp.14-15

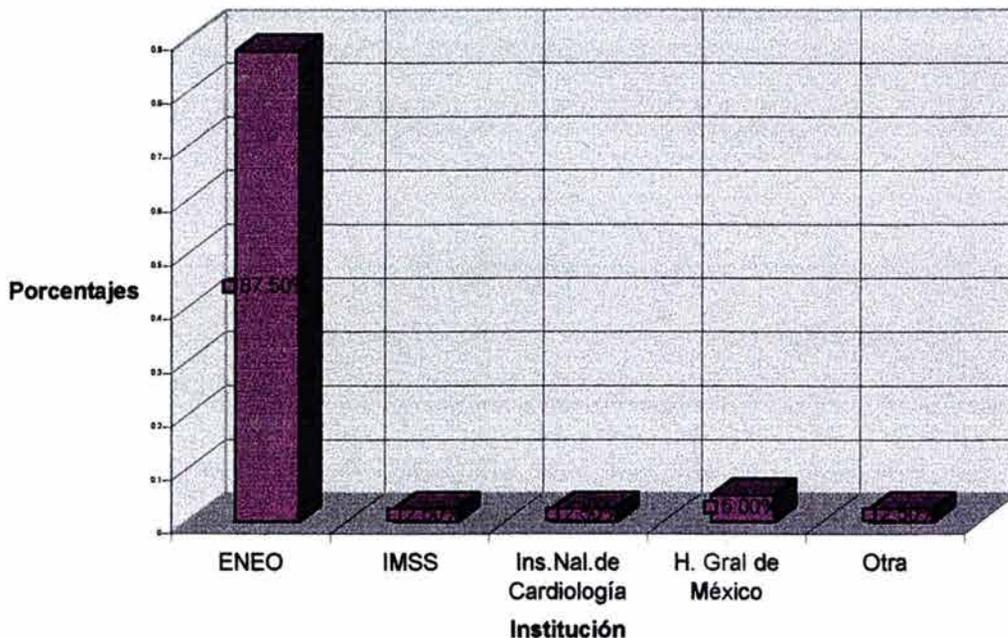
<sup>118</sup> Los primeros alumnos que obtuvieron su diploma de especialidad en enfermería en la UNAM, data de 1998 y fueron parte de la primera generación ofertada en 1997, en las especialidades de Salud Pública, Enfermería Cardiovascular y Enfermería Perinatal. Las dos alumnas que se diplomaron pertenecieron a las especialidades de Salud Pública y de Enfermería Cardiovascular. Hacia el primer trimestre del 2002, se habían diplomado 58 alumnos de alguna de las siete especialidades que ofrece el Plan Único de Especialización en Enfermería.

OSTIGUÍN, R.M. (2002). *Titulación por ciclo escolar*. ENEO/ UNAM, Coordinación General del PUEE. (Documento interno).

UNAM-, le sigue un 5% que se formó en el Hospital General de México, institución que representa el antecedente de la Escuela, antes de que se le confiriera como entidad universitaria.

Esto significa que son pocas las posibilidades de que este cuerpo docente presente diversidad en la perspectiva de la formación de los alumnos, favoreciendo procesos de endogamia que tienden a perfilar la formación de la enfermera en una misma directriz, y a reproducirse más en el terreno del discurso curricular de ciertas concepciones de la enfermería y de la salud, que en el terreno dinámico y complejo de la práctica profesional de la enfermería.

**Gráfico 2. Institución en que se formó como enfermera(o).**



De esta población de profesores el 75% obtuvo la licenciatura de manera directa, es decir cursándola después de los estudios de preparatoria, comprende a los docentes de edad media y joven, mientras que el 25% lo hizo en forma interrumpida, es decir, se formó primero como enfermera técnica, y regresó posteriormente a cursar la licenciatura, al concluir los estudios de bachillerato necesarios para la educación superior, obteniendo la licenciatura por vía del curso especial transitorio complementario, o por vía del Sistema Universidad Abierta, como ingreso en años posteriores al primero. Este porcentaje de profesores que representa la cuarta parte del grupo, comprende la población de mayor edad, (ver cuadro No. 5).

En el caso de esta última población, es decir la que cursó primero estudios de nivel técnico y posteriormente el bachillerato y un año complementario de licenciatura, la distancia en que concluyeron el nivel técnico va desde 1965 hasta 1978, es decir, son profesoras(es) que tuvieron la posibilidad de ejercer inicialmente la enfermería, en su calidad de enfermeras técnicas, desde hace 37 años, la más antigua, o desde hace 24 años la más reciente, y que en tal caso, ejercieron la enfermería adquiriendo una experiencia y un conocimiento del mercado de trabajo, así como un sentido de la profesión, más desde la perspectiva que aporta este nivel que desde el de la licenciatura. La diferencia en años de distancia entre la conclusión de los estudios técnicos y los de licenciatura, va desde 7 hasta 25 años, si bien el promedio general de este subgrupo es de casi 15 años (14.9).

**Cuadro 4. Año en que concluyó un subgrupo de docentes (25%) sus estudios de enfermería a nivel técnico y a nivel licenciatura.**

Frecuencias y %	Año de conclusión nivel técnico	Año de conclusión nivel licenciatura	Diferencia en años entre la conclusión de uno y otro nivel
1 = 2.5	1965	1990	25 años
1 = 2.5	1968	1975	7 años
1 = 2.5	1969	1994	25 años
2 = 5.0	1970	1979	9 años
	1970	1983	13 años
2 = 5.0	1972	1988	16 años
	1972	1991	19 años
1 = 2.5	1973	1983	10 años
1 = 2.5	1975	1986	11 años
1 = 2.5	1978	1992	14 años
Total 10 = 25%			Promedio = 14.9

Al transitar la enfermería universitaria del nivel técnico al de licenciatura, necesariamente estas profesoras requirieron la obtención de un título de licenciadas, para poder ser docentes en la misma, lo cual responde más a un requisito laboral de las instituciones de educación superior, que a las necesidades reales del mercado de trabajo profesional. Este último aspecto, se refuerza con el hecho de que aún en el año 2002, existiendo ya programas de posgrado en enfermería como son las especialidades, no se haya aún creado en los espacios hospitalarios de trabajo, la plaza de enfermería para personal con estudios de licenciatura.

En el siguiente cuadro podemos observar el año en que concluyeron estos profesores su nivel de licenciatura y el año en que ingresaron a la ENEO como docentes, puede apreciarse que algunos de estos profesores (6 casos), ingresaron en fechas anteriores a la obtención de su licenciatura, en virtud de ser originalmente formados y contratados como docentes del nivel técnico.

**Cuadro 5. Año en que concluyeron sus estudios de licenciatura y año en que ingresaron como docentes a la ENEO.**

Año en que concluyó estudios de licenciatura	Año en que ingresó como docente a la ENEO						
	1978	1979	1981	1982	1983	1995	1997
1975				1			
1979		1					
1983	1		1				
1986			1				
1988				1			
1990						1	
1991							1
1992							1
1994		1					
<b>Subtotal</b>	1	2	2	2	1	1	1

\*Puede observarse que los docentes encerrados en un círculo, ingresaron a la ENEO como docentes técnicos y después obtuvieron la licenciatura.

Este cuerpo docente, que ingresó a la ENEO, con el propósito de realizar una enseñanza de la práctica, debía poseer experiencia profesional fundamentalmente en el campo de ejercicio de la enfermería sobre el que enseña, es decir haber ejercido la enfermería en los diversos servicios de atención de enfermería, de las instituciones de salud. En este sentido la variable experiencia profesional fue valorada, y al respecto puede apreciarse que estamos hablando de una población de docentes que en un porcentaje mayoritario -60%- no ejerce actualmente la enfermería, encontrándose dentro de este porcentaje un caso que nunca la ha ejercido, mientras que sólo el 40% lo hace en la actualidad.

Los profesores presentan un promedio de ejercicio profesional en enfermería de 13.7 años, si bien 14 años fue la respuesta que alcanzó el mayor número de frecuencias (12.5%). Las respuestas se distribuyeron desde ninguna experiencia, hasta 32 años.

**Cuadro 6. Años de ejercicio profesional como enfermera(o) .**

Años de ejercicio profesional en enfermería	F	%
Ninguno	1	2.5
2 años	1	2.5
4 años	3	7.5
6 años	1	2.5
7 años	3	7.5
8 años	2	5.0
9 años	2	5.0
10 años	4	10.0
11 años	4	10.0
12 años	1	2.5
13 años	2	5.0
14 años	5	12.5
15 años	2	5.0
20 años	1	2.5
22 años	1	2.5
25 años	1	2.5
26 años	2	5.0
28 años	2	5.0
29 años	1	2.5
32 años	1	2.5
Total	40	100.00

Los docentes que no ejercen en la actualidad y que representan un porcentaje del 60% de la población de estudio, han abandonado el ejercicio en distancias considerables de tiempo, pues un 32.5% oscila entre los 9 y 23 años, mientras que el 25% lo ha hecho en los últimos 7 años, si bien el promedio de haberse separado del ejercicio en los servicios de este subgrupo que no ejerce, es de 10 años.

Esto supone que paralelamente estas profesoras que ya no ejercen como enfermeras, han perdido paulatinamente habilidades y destrezas en la ejecución de los procedimientos de enfermería, que son materia de su enseñanza. Por lo que es de esperarse, que esta enseñanza se desplace hacia otras figuras que dominan el arte y que cuentan con la habilidad necesaria, como son las enfermeras en servicio, que comparten un espacio y un tiempo cotidiano con los alumnos, y que son

consideradas por ellos como el modelo a seguir. Aunado a esto, debemos mencionar que la incorporación de nuevas tecnologías modifican los procesos de trabajo y dificultan la incorporación de los trabajadores en dichos procesos, pues esto demanda nuevas habilidades y aptitudes. Esto significa que aquellos profesores que cuentan con una distancia promedio de 10 años de haber abandonado la práctica profesional, encontrarán cada vez mas difícil y en algunos casos imposible incorporarse de nuevo en el circuito del trabajo.

**Cuadro 7 . Último año en que ejerció como enfermera(o) en servicio.**

Último año en que ejerció como enfermera*	F	%
1979 (hace 23 años)	1	2.5
1980 (hace 22 años)	1	2.5
1982 (hace 20 años)	2	5.0
1984 (hace 18 años)	1	2.5
1985 (hace 17 años)	2	5.0
1989 (hace 13 años)	2	5.0
1993 (hace 9 años)	4	10.0
1995 (hace 7 años)	1	2.5
1997 (hace 5 años)	2	5.0
1998 (hace 4 años)	3	7.5
1999 (hace 3 años)	2	5.0
2000 (hace 2 años)	2	5.0
<b>Ejerce actualmente</b>	<b>16</b>	<b>40.0</b>
No ha ejercido nunca como enfermera	1	2.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

\* (Se considero el año 2002 como referente para determinar la distancia en años.)

Este dato se refuerza con la variable que interroga a los docentes respecto a cuál consideran que es la mejor forma de actualizarse en el campo profesional, a lo que los profesores de enfermería responden en un porcentaje mayoritario (60%), que la mejor forma de actualizarse en el campo profesional, es el ejercicio profesional directo, seguido por los cursos de educación continua en el hospital (17,5%) mientras sólo un 10% considera que a través de programas de especialización y de diplomados. Esto indica que ellas mismas están reconociendo que la actualización ocurre por la vía de la experiencia profesional, pues la experiencia directa es un

factor fundamental en este conocimiento ya que el campo de trabajo ofrece los escenarios apropiados para ello (manejo de nuevas tecnologías, aplicación de nuevos procedimientos, manejo de nuevos medicamentos y/o tratamientos, etc.) que arrojan datos y evidencias en forma inmediata, y que mantiene actualizada a la enfermera(o) permanentemente. Situación que difícilmente podría reproducirse en un ambiente escolar.

El profesional competente de enfermería depende para su actualización, según estos datos, más de su contacto directo con el campo de trabajo que de los estudios curriculares de especialización que le otorgan determinados créditos y reconocimientos oficiales. Esto explica por qué en el campo laboral, sigue existiendo una categoría de contratación de auxiliar de enfermería y una de enfermera general, bajo las cuales ingresan de manera indistinta, enfermeras con diversa escolaridad previa, ( auxiliares, generales, postécnicas, licenciadas y especialistas ) y de ahí ascienden a mediano plazo a mejores plazas de trabajo. Los empleadores ven resueltas las necesidades de actualización del personal, en la medida en que los cambios que se introducen tarde o temprano en los diversos escenarios laborales, entran en contacto directo con las enfermeras(os), de ahí que adquiera un gran valor la experiencia previa y el área en que ha acontecido tal experiencia, y que resulte para los empleadores secundario el aspecto de la escolaridad.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Las formas que muestran las condiciones laborales de las enfermeras en las instituciones de salud, reflejan que para los empleadores, la habilidad práctica es el conocimiento que les resulta relevante, por ello el factor educación pasa a un segundo término, lo cual supone que el licenciado en enfermería puede estar formado en otra gama de habilidades, pero que no necesariamente son consideradas o relevantes en la dinámica del mercado de trabajo.

Vivien De Back y Marcia Menthowski, realizaron un estudio en Norteamérica cuya pregunta inicial de investigación fue ¿logra más en la formación de las enfermeras la educación escolar o la experiencia en el trabajo? El estudio se realizó comparando dos grupos de enfermeras, unas con escolaridad universitaria y otras que carecen del bachillerato y han sido habilitadas como enfermeras en la experiencia, obteniendo un diploma. Los resultados del estudio, indican que las enfermeras universitarias con estudios de bachillerato presentan un mayor rango de habilidades que se vinculan con el pensamiento reflexivo, mientras que aquellas que fueron habilitadas en la práctica, desarrollan otras habilidades que se vinculan con la idea de las competencias, cuyo logro se asocia directamente con la experiencia directa. Esta investigación no se centró en el conocimiento práctico, sino en la competencia, entendiendo por tal un concepto genérico que habilita al individuo en muchos sentidos y no solamente en habilidades determinadas, y que se extiende a una diversidad de roles y situaciones que el personal de enfermería debe enfrentar.

Si tomamos al subgrupo que no ejerce la enfermería en la actualidad y hacemos un cruce de las variables que refieren el último año en que ejercieron la enfermería y el año en que ingresaron como docentes a la ENEO, puede apreciarse lo siguiente: 6 de los 24 casos que no ejercen en la actualidad la enfermería, abandonaron el ejercicio durante el mismo año en que ingresaron a la ENEO; 10 casos más lo abandonaron durante los siguientes 2 o 3 años; 2 casos lo hicieron en los 4 a 6 años siguientes; y 4 casos más lo hicieron en el lapso de los 7 a 9 años siguientes.

Los dos casos restantes se ubican en los extremos, y constituyen casos aislados; uno corresponde a un docente que nunca ha ejercido y el otro a un docente que constituye el único caso que mantuvo un ejercicio profesional paralelo a su desempeño docente, durante 21 años.

**Cuadro 8. Docentes que abandonaron el ejercicio profesional de la enfermería y distancia de este abandono y su ingreso como docentes a la ENEO.**

Abandonaron el ejercicio profesional....	F	%
➤ Durante el mismo año en que ingresó como docente a la ENEO	6	15
➤ Durante el siguiente año o hasta 3 años después	10	25
➤ Durante los 4 a 6 años siguientes	2	5
➤ Durante los 7 a 9 años siguientes	4	10
➤ Después de 21 años.	1	2.5
➤ Nunca ha ejercido	1	2.5
Total	24	60

Estos datos revelan que existe una tendencia en los profesores a abandonar el ejercicio profesional de enfermería, a partir de su ingreso a la ENEO o bien a partir de la obtención de mejores condiciones laborales como docentes de tiempo completo, lo que se puede explicar a partir de que este último trabajo les resulta menos desgastante y menos riesgoso que el de enfermera en servicio. La Organización Internacional del Trabajo, sostiene que los trabajadores del sector salud, son reconocidos como el personal mayormente expuesto a riesgos

profesionales, tanto de tipo físico como psicológico y menciona como aspectos que merecen un análisis detenido, los riesgos físicos (sustancias químicas, agentes biológicos, efecto de cargas en el aparato musculoesquelético por ejemplo), el estrés provocado por los factores de riesgo y los actos de violencia relacionados con el trabajo (atención a pacientes psiquiátricos, toxicómanos etc).<sup>120</sup>

Por otro lado y recuperando la idea de la preferencia por el trabajo docente, para el caso de las docentes jóvenes y de mediana edad, la carrera docente universitaria se vislumbra como una alternativa en la que pueden llegar incluso a ocupar ciertos puestos directivos al interior de la Escuela, mientras que en el caso de las docentes de edad madura, se puede deducir que las profesoras, iniciaron en edad temprana el ejercicio profesional (a los 18 años aproximadamente), por lo que tempranamente pudieron jubilarse de las instituciones de salud (a los 46 años aproximadamente) y continuar activas en el ámbito formativo universitario.

### **Actualización**

La totalidad de los profesores han asistido a cursos de actualización en el último año y esta actualización se ha realizado en dos grandes ámbitos institucionales, uno al interior de la misma Escuela o de la Universidad (cursos de actualización académica), y otro al interior del ámbito de las instituciones de salud (cursos de educación continua). La proporción de asistencias para el primer caso es de un 55%, y para el segundo del 25%, un 17.5% ha asistido a cursos tanto de uno como del otro ámbito, y un 2.5% más no especifica. El hecho de que el 100% de los docentes de este grupo asistan a cursos de actualización, se explica en parte por las políticas que prevalecen tanto al interior de las instituciones de salud, como del ámbito académico en la UNAM, al conferirle un valor dentro de los procesos de evaluación con fines de promoción del personal o de estímulos a la productividad. Esto puede, en algunos

---

<sup>120</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1998). **Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud**. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. pp.69 y ss.

casos, convertirse más en el cumplimiento de un requisito, que en la búsqueda de profundización del conocimiento en una línea de trabajo, que redunde en el enriquecimiento del profesional y del proyecto institucional.

Entre las temáticas de los cursos a los que asistieron estos docentes con fines de actualización, se pueden citar las siguientes:

En la ENEO o en alguna dependencia de la UNAM.

- Cursos con temáticas administrativas: gerencia del cuidado enfermero
- Cursos con temáticas pedagógicas y educativa: calidad educativa, desarrollo curricular, competencias profesionales, diplomado en enseñanza, estrategias docentes,
- Cursos de computación.
- Cursos con temáticas clínicas: diagnóstico y valoración clínica en enfermería, eliminación en el paciente con alteración renal, cuidados psicológicos de la persona, proceso de enfermería en la salud reproductiva.
- Cursos de Investigación cualitativa
- Cursos que abordan aspectos sociales: enfermería laboral, especialidad en Salud Pública.
- Cursos sobre género y enfermería así como de epistemología y enfermería

En instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, INPER, Hospital Español, CIMIGEN, Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital Militar, Instituto Nacional de Salud Pública, Hospital Infantil de México, Hospital Juárez).

- Cursos de carácter clínico: atención pre-hospitalaria, reanimación cardiopulmonar, urgencias en pediatría, farmacología para enfermeras, enfermería perinatal, modelos de atención de enfermería,
- Cursos que implementan una nueva tecnología: cirugía de mínima invasión, anatomía radiológica, manejo de equipo y material de hospitalización, organización y funcionamiento de laboratorio clínico.
- Diplomado en Administración de los servicios de salud, Planeación estratégica aplicada a los servicios de enfermería,
- Estimulación temprana.

Podemos observar que en el primer ámbito las temáticas se dirigen a aspectos muy diversos, y que sólo en el caso de los cursos con temáticas clínicas, apuntan directamente a una actualización que se liga con los contenidos de la práctica clínica y profesional de la enfermería, como si es el caso en el segundo conglomerado de

cursos, que ofrecen las instituciones de salud. De alguna forma las temáticas de los primeros abundan en aspectos discursivos de lo educativo o lo administrativo, mientras que los segundos se relacionan con problemas de la práctica profesional clínica, (uso de nuevas tecnologías, manejo de urgencias, técnicas, etc.).

Al cruzar variables y revisar quién acude a qué ámbito, puede observarse que los profesores de carrera asisten a los cursos que ofrece la ENEO o alguna otra dependencia de la UNAM, mientras que los profesores de asignatura que aún están incorporados a los servicios de enfermería optan por tomar cursos de actualización que ofrecen las instituciones de salud. Un porcentaje menor (17.5%) de los profesores de asignatura, asisten a cursos ofrecidos tanto por la UNAM como por las instituciones de salud, y entre ellos encontramos indistintamente personas que ejercen y que ya no ejercen la enfermería. Esto confirma que las enfermeras docentes, se preocupan más por su ejercicio docente, que por aquello que enseñan, es decir, se relativiza el conocimiento práctico hasta el punto que se pierde.

Una de las repercusiones de alejarse de la práctica profesional se expresa en la obsolescencia de los materiales educativos, en la enseñanza y en el alejamiento y desconocimiento de las nuevas tecnologías y paralelamente en una revaloración del desempeño académico y en la búsqueda de una mayor credencialización, que les otorga beneficios en la carrera académica pero que acaba por expulsarlas del terreno de la práctica y del saber hacer.

### **Nombramiento de los profesores**

La planta docente que formó parte del estudio se distribuyó de la siguiente forma con respecto a la variable nombramiento institucional: 32 (80%) son profesores de asignatura, 6 (15%) son profesores de carrera, 1 (2.5%) técnico académico y 1 (2.5%) ayudante de profesor. De los 40 profesores, 32 son definitivos y 8 interinos.

Como puede observarse en el siguiente cuadro, predominan los profesores de

asignatura en su carácter definitivo, seguidos en un porcentaje bastante menor (15%) por los profesores de carrera, predominando también en su carácter definitivo. Estos últimos aglutinan como es de suponerse a profesores que cuentan con estudios de posgrado y que al interior del contexto universitario, esto les ha permitido aspirar a la ocupación de mejores plazas.

Estos profesores de carrera han abandonado la práctica profesional de la enfermería en 4 de los 6 casos, lo que pareciera indicar que ante la perspectiva de que sus estudios de posgrado sean reconocidos en el ámbito académico universitario, y esto les favorezca una movilidad social a diferencia de lo que ocurre en el ámbito hospitalario, opten por abandonarlo y dedicarse exclusivamente a la docencia.

**Cuadro 9. Nombramiento académico de los docentes, categoría y definitividad dentro de la ENEO/UNAM**

Nombramiento	Categoría	Interino	Definitivo	Subtotal	Total
Profesor asignatura	Asig. "A"	2	17	19	32 = 80%
	Asig. "B"		13	13	
Profesor de carrera	Asoc. "A"	2		2	6 = 15%
	Asoc. "B"	1		1	
	Asoc. "C"	1	1	2	
	Tit. "A"	1		1	
Técnico académico	Asoc. "A"		1	1	1 = 2.5%
Ayudante de profesor	Asig. "A"	1		1	1 = 2.5%
Subtotal		8	32	40	Total 40 = 100%

Al cruzar la variable de nombramiento con último año en que ejerció la enfermería, observamos que los profesores de asignatura, que representan el porcentaje mayor de este grupo (32= 80%), y los dos pequeños porcentajes de 2.5% que comprenden a un técnico académico y a un ayudante de profesor, observamos que dentro de este subgrupo se encuentra presente en su mayoría, el subgrupo de docentes que ejercen la enfermería en la actualidad, es decir un 35% del total que constituye el

40%.

Paralelamente se observa que un 50% del personal que ha abandonado paulatinamente el ejercicio profesional, lo ha hecho en períodos que van desde el año 1980 los más lejanos, hasta el 2000, los más recientes. Podemos sostener como hipótesis, por este último subgrupo de profesores, que en la medida en que su situación laboral en la ENEO se vuelve más favorable, (mayor número de horas contratadas, obtención de la definitividad por ejemplo), tienden a abandonar la práctica profesional en los servicios de salud, lo que representa un riesgo, si consideramos que los contenidos que intentan promover en sus alumnos, son los de naturaleza práctica y que reclaman de su habilidad y destreza, así como de tener presente la práctica profesional vigente como un referente.

No obstante, puede entenderse el abandono de la práctica profesional directa, si el mercado de trabajo de la enfermería clínica no abre escalafones para estos profesionales, quienes ven la posibilidad de elevar sus niveles de formación y de que éstos sean reconocidos y retribuidos en el ámbito académico universitario.

Por otro lado, estos docentes clínicos imparten al menos una asignatura de carácter teórico-práctico por semestre, es decir dos asignaturas durante el año escolar. Sólo cuatro casos que representan el 10%, imparten sólo una asignatura dentro del año escolar.

Todas las asignaturas teórico- prácticas que comprende el plan de estudios, se encuentran presentes en la población estudiada en número más o menos equitativo, si bien tuvimos un mayor número de profesores en las asignaturas de Fundamentos de enfermería I y II (14 profesores) , en virtud de existir un número mayor de grupos en los semestres iniciales, frente a 10 profesores de Obstetricia I y II, que son asignaturas de los últimos semestres de la carrera, por la disminución de grupos que existe normalmente en los últimos semestres, en razón del abandono escolar, y cuatro profesores más solamente imparten asignatura en un semestre.

**Cuadro 10. Asignaturas teórico- prácticas que imparte la población estudiada durante el año escolar.**

Asignaturas que imparten normalmente durante el año escolar.	Total
➤ Fundamentos de Enfermería I	14
➤ Fundamentos de Enfermería II	14
➤ Enfermería del niño	6
➤ Enfermería del adolescente, adulto y anciano I	13
➤ Enfermería del adolescente, adulto y anciano II	9
➤ Obstetricia I	10
➤ Obstetricia II	10
No imparten una 2ª. asignatura	4
<b>Total</b>	<b>80</b>

Los docentes fueron interrogados respecto al área en la que han centrado su experiencia profesional en los últimos 5 años, y al respecto solamente 25 (62.5%) de los profesores pudieron emitir respuesta, es decir, aquellos que se encuentran ejerciendo en la actualidad, que representan el 40% =16, o bien aquellos que ya no lo hacen, pero cuya separación de dicho ejercicio, no excede un tiempo mayor a los 5 años, que comprenden un 22.5% =9.

**Cuadro 11. Área en la que han centrado su experiencia profesional en los últimos 5 años.**

Área en la que ha centrado su experiencia profesional en los últimos 5 años	F	%
Medicina interna	4	10
Obstetricia	8	20
Infantil	5	12.5
Tocoquirúrgica	2	5
Estado crítico	4	10
Salud mental	1	2.5
Cardiología	1	2.5
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>62.5</b>

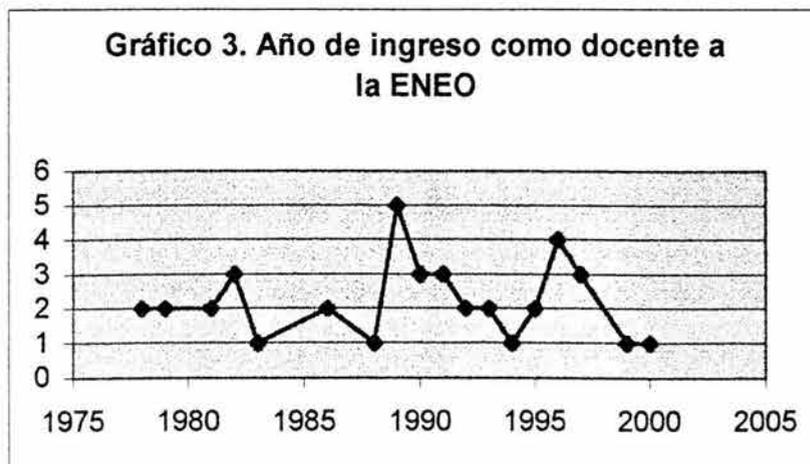
El mayor número de frecuencias se centró en el área de la obstetricia con un 20%, seguido por el área de enfermería infantil con un 12.5%. Medicina interna y atención

al paciente en estado crítico ocupan un 10% cada uno, enfermería en salud mental y enfermería cardiológica, ocupan un 2.5% respectivamente.

Estos datos nos permiten ubicar que este subgrupo de profesores, que permanecen activos en los servicios o que se han separado de los mismos en forma reciente, corresponden sus áreas de desempeño profesional en que centran o centraron en forma reciente su experiencia profesional, con las asignaturas del plan de estudios que imparten actualmente, y que esta proporción de profesores, tienen una mayor posibilidad de estar vigentes respecto a los cambios que esta práctica profesional presenta en los diferentes servicios, aunque está presente el riesgo de perder vigencia, por el peso que tiene la tecnología en los procesos de trabajo.

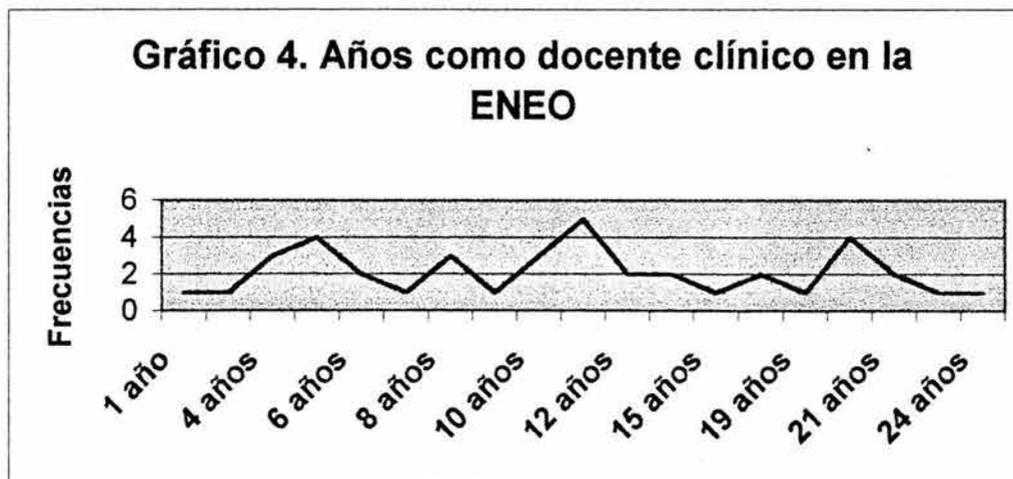
#### Antigüedad como docente en la ENEO.

La antigüedad docente promedio de este grupo de profesores, es de 12.5 años, si bien el año que aglutina el mayor número de frecuencias es el de 1989, (13 años de antigüedad) con un 12.5 %, siguiéndole 1996 (6 años de antigüedad ) con un 10% y un 7.5% con una antigüedad de 20 años.



### Antigüedad como docente clínico.

En lo que respecta a la antigüedad específicamente como docente clínico en la escuela, el grupo presenta un promedio ligeramente menor 11.5 años, lo cual refleja que en algunos casos, estos docentes ingresaron a la escuela bajo la perspectiva de iniciar su actividad docente impartiendo alguna(s) asignaturas teóricas, pero que posteriormente fueron asignados a la docencia clínica, pues el promedio de la antigüedad como docente clínico, es ligeramente menor que la antigüedad promedio que presentan como docentes de la ENEO. Las frecuencias mas altas se concentraron en los 11 años (12.5%), seguidas por las de 5 y 20 años (10% cada una).



En el cuadro número 12, cruzamos las variables antigüedad docente con la variable años de experiencia profesional en enfermería, y en función de la forma en que se concentraron los datos de respuesta, y en el afán de hacer más accesible la presentación de este dato, se establecieron tres grandes subgrupos en la antigüedad docente (2 a 8 años de antigüedad, 9 a 16 y 17 a 24) y cuatro subgrupos para el caso de años de experiencia profesional (ninguna experiencia, 2 a 11 años,

12 a 21 años y 22 a 32 años).

Con lo que pudimos apreciar, que el 50% de estos profesores se ubica en el rango de 2-11 años de ejercicio profesional, es decir el rango más bajo de experiencia profesional frente a una antigüedad docente de 9 a 16 años que reúne al 45% de ellos, que en esta población estudiada constituye un rango medio. Es decir, que la mitad del grupo que estudiamos tiene más años de experiencia como docente de enfermería que como profesional de la misma, aspecto que nuevamente confirma la tendencia de los docentes por abandonar el ejercicio en los servicios de salud para hacer la carrera docente.

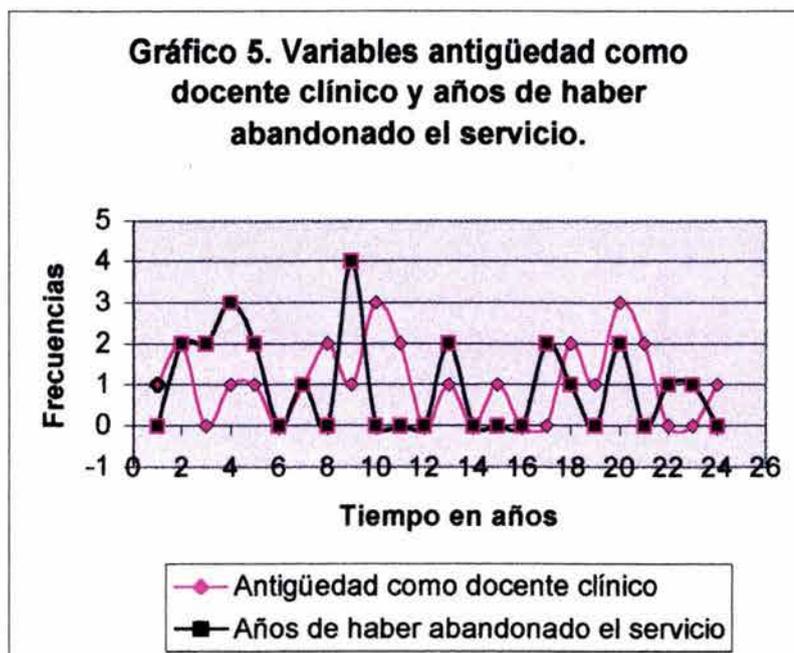
**Cuadro 12. Año de ingreso como docente a la ENEO y años de experiencia como profesional de la enfermería.**

Año de ingreso como docente a la ENEO	Años de experiencia profesional en enfermería				
	Ninguna	2—11 años	12—21 años	22-32 años	Total
1978—1985 (17 a 24 años de antigüedad)		2 5.0%	3 7.5%	5 12.5%	10 25%
1986—1993 (9 a 16 años de antigüedad)		11 27.5%	6 15%	1 2.5%	18 45%
1994—2000 (2 a 8 años de antigüedad)	1 2.5%	7 17.5%	2 5 %	2 5 %	12 30%
Total	1 2.5%	20 50%	11 27.5%	8 20%	40 100%

Por otro lado si cruzamos la variable antigüedad como docente clínico en la ENEO con la variable, último año en que ejerció la enfermería en los servicios de salud, podremos apreciar que el subgrupo de docentes que ya no ejerce y que constituye el 60%= 24, se distribuye de la siguiente forma.

Los docentes que presentan mayor antigüedad como docentes clínicos, presentan una distancia semejante en años de haber abandonado el ejercicio profesional. Es decir, los docentes que tienen más años de no ejercer, son también aquellos que tienen mayor antigüedad docente. Mientras los que tienen menor antigüedad

docente, han abandonado el ejercicio profesional en forma reciente.



Estos datos nuevamente confirman que la incursión en la docencia clínica, alienta paulatinamente el abandono de la práctica profesional y que la característica que los hacía susceptibles de elección, es decir, el ejercicio profesional en los servicios de salud que los dota del conocimiento y las habilidades que requiere la enseñanza de los saberes prácticos, desaparece.

**Cuadro 13. Años de haber abandonado el ejercicio profesional y antigüedad en la docencia clínica.**

Años de haber abandonado el ejercicio profesional	Antigüedad como docente clínico			Total
	1 a 8 años	9 a 16 años	17 a 24 años	
17 a 23 años			7	7
10 a 16 años		2		2
2 a 9 años	6	6	2	14
No ha ejercido	1			1
Total	7	8	9	24 =60%

Aquí se confirma la hipótesis de que el ejercicio docente, por la seguridad laboral y económica, constituye un espacio de mayor reconocimiento y estatus profesional para la enfermera, que el espacio clínico, ofreciendo a su vez una gama mayor de posibilidades escalafonarias y de movilidad social.

## **5.2 Conocimiento práctico. Concepción, importancia y referentes para su enseñanza.**

El aspecto en que nos centraremos en este segundo apartado, es la naturaleza del conocimiento práctico, ubicaremos cómo es entendido por los docentes, qué importancia le atribuyen en la formación universitaria de las enfermeras y qué referentes tienen para su enseñanza. Ubicaremos también la relación que existe entre la concepción que tienen los docentes y la que identifican en el Plan de Estudios.

El 75% de los docentes conciben el conocimiento práctico como un conjunto de conocimientos con base teórica que deriva en aplicación práctica, es decir, los docentes entienden que el conocimiento práctico de la enfermería es precedido por una serie de supuestos teóricos que guían su actuar. Esta es una lógica que supone un cierto tipo de racionalidad en la que los docentes han sido formados, una racionalidad que parte del supuesto de que existe un constructo teórico que enuncia una serie de principios que siempre que estén presentes existirá la posibilidad de predecir determinados resultados. Esta racionalidad científica supone además la posibilidad de un control humano, ciertas mediciones, etc., sin embargo al referirnos al quehacer práctico de la enfermera, habremos de considerar la presencia de una serie de aspectos no predecibles que escapan a un control y que permiten hablar más del arte de la enfermería que de una ciencia, forma en que fue concebida sólo por una persona (2.5%), mientras que un (12.5%) lo concibe como un conjunto de procedimientos y habilidades básicas clínicas, es decir un saber técnico que se aplica y un (5%) como un conjunto de rutinas que forman parte del campo clínico, (el 5% restante no da respuesta)

Queremos destacar que si bien consideramos que es necesario el conocimiento de los principios básicos de carácter científico, así como el manejo de las técnicas fundamentales que subyacen como un conocimiento tácito en la práctica del profesional de enfermería, no es aludiendo a éstos, como se construye el arte enfermero, sino en la solución de los problemas que enfrenta en su práctica cotidiana en los servicios de salud, ubicando las situaciones particulares que se le presentan y que resuelve bajo la tutela de un profesional de mayor experiencia y posteriormente aludiendo a su propia experiencia y a los saberes que son producto del proceso de socialización con el gremio enfermero.

El arte de la enfermería no se compila, ni está documentado, es un saber inherente al que lo ha practicado, cuya existencia resulta difícil concebir para el mismo docente, tal vez ni siquiera sea consciente de ello, pero constituye esa sabiduría que marca la diferencia entre el principiante que se inicia en el arte y el experto que posee dominio y gran habilidad, tanto para detectar un problema y advertir su naturaleza como para intervenir en su solución.

Cuando se habla de un arte, se entiende que aquel que lo realiza, posee una serie de técnicas, conocimientos teóricos y procedimientos, que le permiten tomar decisiones en contextos cambiantes<sup>121</sup>, y que se confía en su buen juicio profesional para tomar las decisiones que mejor convengan, concediéndole espacios de autonomía para actuar.

Cabe pensar entonces, que en la medida en que los docentes se alejan del arte y pierden paulatinamente el saber práctico, gana presencia en ellos como un referente tangible para guiar su enseñanza, cierta información acerca de un hacer, que no requiere necesariamente ser contrastada con la realidad, y que los docentes conciben como "teoría".

---

<sup>121</sup> Ghilardi, F. (1993). *Crisis y perspectivas de la profesión docente*. Barcelona: Gedisa. p. 9 y ss.

Los datos que refieren la forma en que estos docentes conciben el conocimiento práctico se vuelven a reflejar en la pregunta que interroga a los docentes sobre ¿cómo define el plan de estudios el conocimiento práctico? Encontramos la misma orientación que en el aspecto anterior, los docentes indican en un (60%) que se define como un conjunto de conocimientos con fundamento teórico que se aplican a la práctica, seguido de “un conjunto de acciones prácticas que se realizan en un contexto clínico” (30%). Un 7.5% lo identifica como los procedimientos y las habilidades básicas requeridas en los campos y un 2.5% como las rutinas requeridas en cada servicio.<sup>122</sup>

### **Referente del docente en la enseñanza del conocimiento práctico.**

Los docentes consideran los programas escolares de la asignatura que imparten, como el principal referente de su enseñanza práctica (50%), las necesidades del paciente es el segundo referente más citado (22.5%) y sólo un 20% refiere su propia experiencia en el campo clínico.

La presencia de un programa estructurado, aparecer como un referente tangible, avalado por la institución educativa y derivado del contexto de la disciplina y del

---

<sup>122</sup> El conocimiento práctico no es un concepto claramente definido en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, sin embargo se alude a él de la siguiente forma, bajo el rubro La enseñanza de la enfermería en la ENEO.

“Una de las tareas de la ENEO es formar profesionales de enfermería competentes, informados y con conciencia de la responsabilidad social de cuidar a las personas, grupos y comunidades en los procesos de salud y enfermedad, en sus ambientes cotidianos o en el entorno donde acuden a atender su salud, con una modalidad de trabajo interdependiente o independiente, siendo este cuidado el eje que guía tanto la selección de los diversos saberes como de las experiencias educativas que los posibilitan. Para lograr esta formación es necesario:.....

- Fomentar una práctica centrada hacia lo que es propio de la enfermería: el cuidado, privilegiando la salud de la persona y la vida, sustentado en una concepción de persona, entorno, salud y enfermería y en las teorías, el método y la tecnología propia de la enfermería.
- Utilizar en sus prácticas educativas el proceso de enfermería como el método propio para proporcionar cuidados a la persona en situaciones de salud y enfermedad y en los diferentes ámbitos en donde se desenvuelve y acude a atender su salud.
- ..... Revisar y actualizar las técnicas y procedimientos para consolidar las propias tecnologías requeridas para atender las necesidades de la persona.....

ámbito académico, lo cual le confiere un status sobre el conocimiento que deriva de la propia experiencia, conocimientos y habilidades que adquieren los practicantes de la enfermería en las instituciones de salud, de manera que el programa académico aparece como “el referente” autorizado. Dentro de este subgrupo de docentes, puede observarse que 10 de los 20= 50% que contestaron en este sentido aún ejercen, y los otros 10 han abandonado el ejercicio profesional desde 1979 en el caso más lejano o en el 2000, en el caso más cercano.

“Considerar las necesidades del paciente”, aparece como el segundo referente más citado, nos habla de un docente que enseña a sus alumnos en función de una relación a la cabecera del paciente, (significado en sí de *clínica*), que va marcando pautas a seguir, en función de lo que observa en el paciente, aspecto que sin duda sólo puede ser enseñado por alguien que ha ejercido la enfermería clínica como un arte. Al cruzar estos datos con el último año en que ejercieron la enfermería, nos percatamos que todos ellos ejercieron alguna vez la enfermería (6 de los 9= 22.5%) y que 3 la ejercen en la actualidad. Los docentes que abandonaron el ejercicio profesional data de 1980, en el caso más lejano a 1999 el caso más reciente.

El tercer referente más citado fue “la propia experiencia en el campo clínico”, que aglutinó 8 docentes (20%) de los cuáles (3) ejercen en la actualidad, mientras los otros (5) han abandonado el ejercicio profesional desde 1984 - el caso más lejano- y en 1999 el caso más cercano.

Citar la propia experiencia como soporte principal del conocimiento práctico, aún cuando pudiera entenderse que sería un referente básico para la enseñanza del conocimiento práctico, no es percibido de esta forma por los docentes, en tanto dentro del terreno académico la práctica aparece como algo intangible, difuso e incluso de un menor estatus, pero cuya posesión ubica a los docentes en la posibilidad de contar con los conocimientos y las habilidades que ello demanda, para ser comunicado a los alumnos y que en el terreno de trabajo constituye un elemento fundamental de la enfermera competente.

**Cuadro 14. Referente del docente en la enseñanza del conocimiento práctico y último año en que ejerció la enfermería.**

Referente en la enseñanza Del conocimiento práctico.	Último año que ejerció como enfermera		Ejerce actual.	No ha ejercido	Total
	1979 a 1989	1990 a 2000			
	F	F	F	F	F= %
Tareas asignadas en el campo clínico	-	1	-	1	2 = 5%
Su propia experiencia en el campo clínico	1	4	3	-	8= 20%
Los programas escolares de la asignatura	5	5	10	-	20= 50%
Las necesidades del paciente	3	3	3	-	9= 22.5%
Otros no señalados	-	1	-	-	1= 2.5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>40= 100%</b>

**Cómo orienta a los alumnos ante situaciones no previstas.**

El conocimiento práctico se activa en situaciones específicas, en las que los alumnos se enfrentan a varios problemas a la vez, en los que pueden no encontrar respuesta recurriendo solamente al contexto teórico. En esta pregunta, los profesores indican que su orientación recomienda identificar prioridades y soluciones viables (55%), es decir, atender lo más apremiante y pensar alternativas que pueden ser aplicadas según el caso. Un porcentaje menor de profesores (27.5%) recomienda recuperar aspectos de la teoría, y otros más (5%) solicitar ayuda al personal especializado, o bien aplicar lo que la docente hizo en una ocasión similar (5%). Podemos con esto apreciar la idea que prevalece en algunos docentes que ponderan la teoría como un aspecto que antecede a la práctica como rectora del hacer y la idea de que existe una relación directa teoría práctica.

Las otras respuestas nos recuerdan la importancia que tienen las jerarquías en los servicios de salud, las cuales pueden ser consultadas y a los que se les reconoce un mayor dominio del conocimiento y una mayor experiencia, así como el hecho de

recuperar las semejanzas, diferencias y resultados de las experiencias previas.

### **Aspectos del conocimiento práctico que predominan en el plan de estudios actual.**

Considerando que el plan de estudios actual tiene una carga considerable en el aspecto práctico – ( 48% del total de los créditos curriculares, se concentran en las siete asignaturas obligatorias de enfermería, que se cursan a partir del segundo semestre, lo que supone un total de 1872 horas de práctica) -, se preguntó a los docente clínicos qué aspectos consideran que predominan en el plan de estudios actual, y al respecto las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma: cuidados de enfermería un 37.5%, seguido por el enfoque preventivo en salud 20%. El enfoque sobre enfermedades y los procedimientos y técnicas de enfermería alcanzaron un 10% cada uno. Porcentajes mínimos hacen alusión a contenidos de especialidad médica (7.5%) y al enfoque salud- enfermedad del binomio madre- hijo (5%).

Esto parece indicarnos que la interpretación que hacen los profesores del plan de estudios no es homogénea, sino contraria en algunos casos, pues mientras para unos se centra en la prevención, para otros se centra en las enfermedades, podemos suponer que esta apreciación puede verse influida por el contenido mismo de la asignatura, pues se entendería que mientras algunas asignaturas hacen énfasis en la prevención, otras se abocan a procesos patológicos (por ejemplo Obstetricia II, Enfermería del adolescente, adulto y anciano II) .

Cabe también suponer que la lectura que hacen los docentes del plan de estudios en lo que toca al conocimiento práctico, se ve determinada por su propio proceso de formación, pues ya hemos mencionado en el marco teórico de este trabajo cómo se ha perfilado esta profesión en el devenir histórico y social, transitando por diversos discursos y prácticas profesionales, que son aludidos de alguna manera en las

diversas opciones de respuesta de esta pregunta: la atención de las enfermedades con su correlativa historia natural de las enfermedades, las técnicas y procedimientos de enfermería, el proceso salud – enfermedad, la prevención y en forma más reciente el cuidado de enfermería.

El aspecto de la prevención, discursivamente se toca de manera constante en el plan curricular, sin embargo los alumnos al enfrentarse a la realidad a través de las prácticas, tienen que tratar fundamentalmente con la enfermedad, en una sociedad que presenta numerosas carencias, donde el enfoque preventivo difícilmente puede tener algún impacto, si paralelamente no se modifican las condiciones generales de vida de las personas.

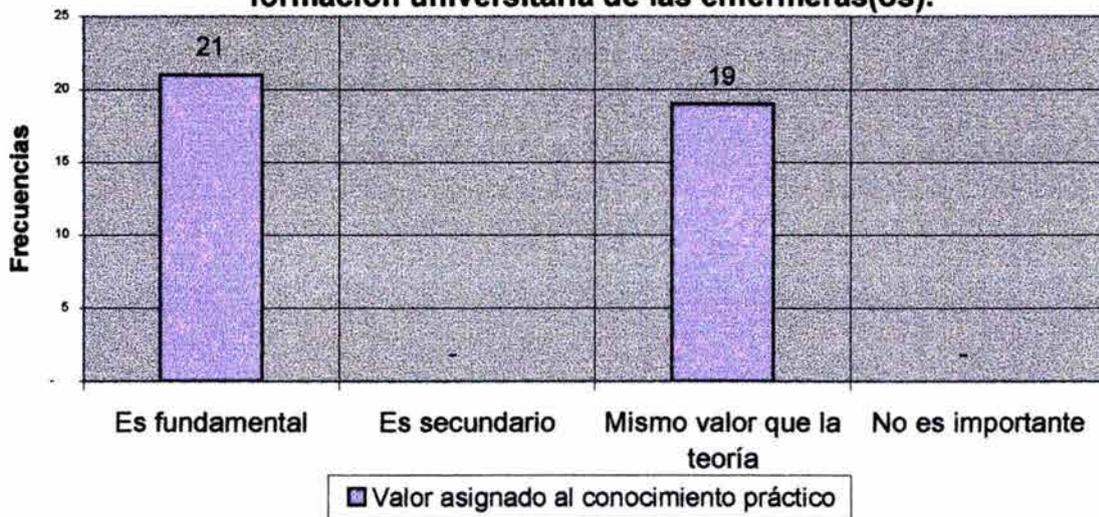
Al interrogar a los profesores respecto a la importancia que tiene este conocimiento práctico en la formación universitaria de la enfermera, sus respuestas se concentraron en dos de las cuatro opciones de respuesta. Una proporción de profesores mayor a la mitad (52.5%), consideran que el conocimiento práctico es fundamental en la profesión y el (47.5%) restante le atribuye el mismo valor que al conocimiento teórico, porción considerable, si consideramos que la enfermería es una profesión que socialmente se distingue por su capacidad de intervención.

Al cruzar estos resultados con el último año en que ejercieron las docentes como enfermeras, observamos una frecuencia ligeramente superior de docentes que se encuentran ejerciendo en la actualidad (9 de 16) y que opinan que es fundamental el conocimiento práctico en la profesión, en comparación con aquellos que opinan que tiene el mismo valor el conocimiento práctico que el conocimiento teórico (7 de 16), esto confirma que la importancia atribuida al conocimiento práctico se ve aminorada justamente por aquellos docentes que no ejercen, por la misma razón que le dan mayor peso a la información por la ausencia del referente práctico, pues se van volviendo incapaces de realizarlo.

Observamos que la distancia de tiempo en que estos docentes abandonaron el

ejercicio profesional y la elección de la opción “es fundamental en la profesión”, se dispersa en una gama amplia, desde 1979 (hace 23 años), los más lejanos, hasta el 2000 (hace 2 años), los más recientes. La elección de esta opción, también incluyó el caso de la persona que nunca ha ejercido la profesión.

**Gráfico 6. Importancia del conocimiento práctico en la formación universitaria de las enfermeras(os).**



La presencia de un 47.5% que considera que el conocimiento práctico tiene el mismo valor que el teórico, se asocia con la variable que interroga sobre la forma en que los docentes conciben el conocimiento práctico.

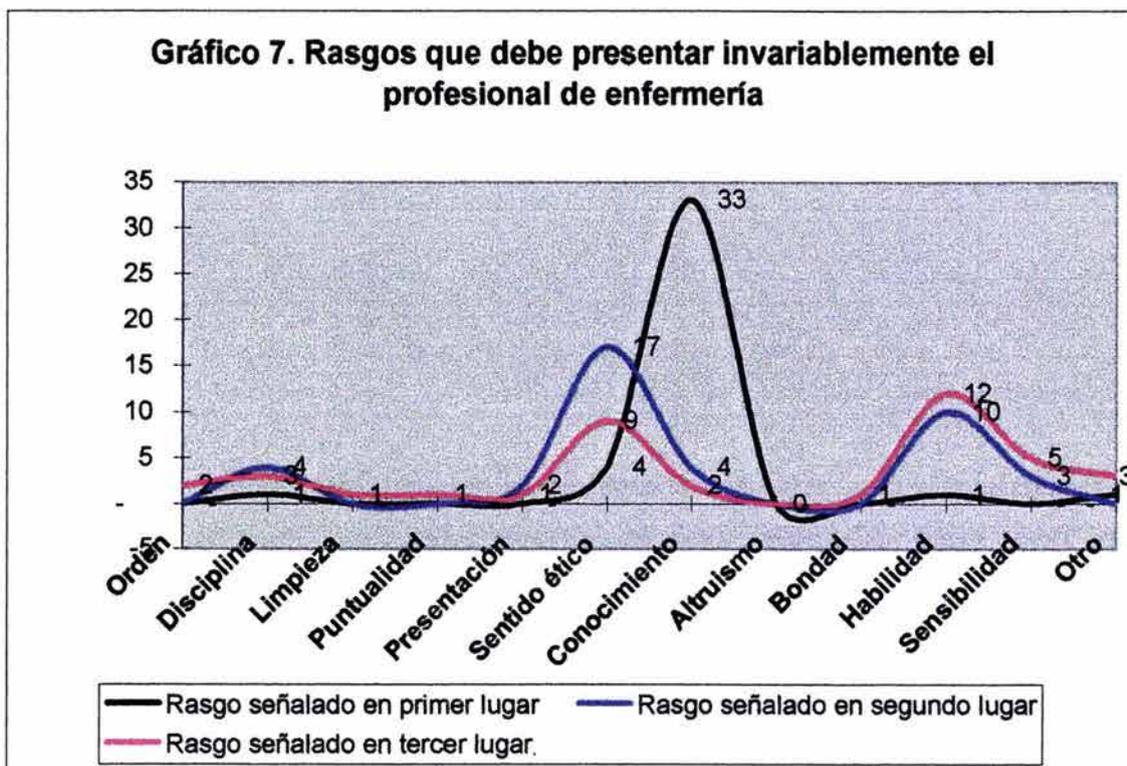
### **Rasgos que deben estar invariablemente presentes en el profesional de enfermería.**

Los profesores fueron interrogados sobre los tres principales rasgos que debe presentar el profesional de enfermería, refiriéndolos en orden de mayor a menor importancia. Al respecto los tres rasgos más señalados fueron: conocimientos (82.5%), sentido ético (42.5%) y habilidad (30% ver gráfico 7). Llama la atención que siendo ellos profesores de la parte práctica, citen en tercer lugar la habilidad y confieran al conocimiento el primer lugar. Interpretamos que en esta visión que es

dominante, puede estar prevaleciendo la hipótesis de necesidad de status que busca la enfermera, y que el espacio académico universitario parece conferirle a diferencia del espacio hospitalario. En el terreno escolar con una estructura académica, el conocimiento teórico aparece asociado a un mayor status que el práctico, no obstante que este último sea el rasgo que externamente más se exige y se valora, y que supuestamente se pretende alcanzar en el futuro profesional de enfermería.

Igualmente puede sostenerse que siendo el 60% de estos profesores, docentes clínicos que no ejercen la práctica profesional, ponderan en su concepción del profesional de enfermería primero los conocimientos y el sentido ético, antes que las habilidades, en tanto son estos aspectos los que mayormente están en posibilidad de enseñar.

**Gráfico 7. Rasgos que debe presentar invariablemente el profesional de enfermería**



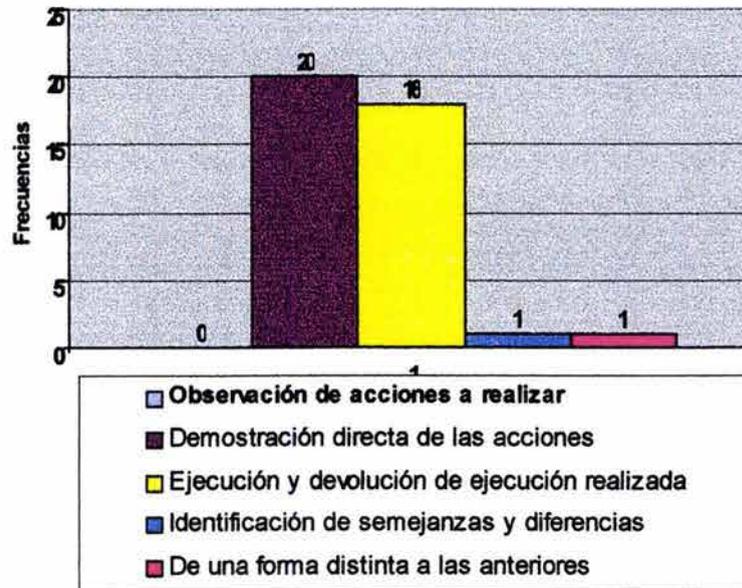
### 5.3 Formas que asume la enseñanza de los saberes prácticos.

En esta tercera parte abundaremos en los aspectos que refieren los docentes respecto a las formas que asume la enseñanza de los saberes prácticos, e identificaremos el método que siguen para ello. Analizaremos la importancia que juegan las enfermeras en los servicios en este proceso educativo, pues a través de ellas los alumnos inician un proceso de socialización con el gremio profesional, ya que los incorporan entre otras cosas, a las rutinas, a los lenguajes de la profesión, a la dinámica hospitalaria y a las jerarquías institucionales.

#### Método

Los docentes fueron interrogados respecto al método que utilizan para enseñar el conocimiento práctico, y al respecto refieren que el método que emplean es la demostración directa de las acciones (50%), y la ejecución y devolución de la ejecución realizada (45%), este segundo aspecto a diferencia del primero hace énfasis en que el alumno debe hacerlo y no sólo observarlo en circunstancias reales. Un 2.5% indica que identificando semejanzas y diferencias y un 2.5% mas indica de una forma distinta a todas las anteriores, aunque no especifica esas formas. Estos datos confirman la importancia que tiene para la enseñanza de la profesión, el contacto directo con las situaciones, el desarrollo de una gran capacidad de observación, así como la ejecución de las acciones de la manera que más se asemejen al ejemplo mostrado.

Gráfico 8. Método que utiliza para enseñar el conocimiento práctico.



Se trata de un conocimiento que fundamentalmente tiene que estar ligado a un contexto o situación, el cual a su vez puede presentar numerosas variantes, que demandan un ajuste específico constante de las intervenciones de enfermería, y que las situaciones artificiales, como es el laboratorio, si bien intentan semejarse a la realidad, no pueden proveerle al alumno de todo el dinamismo y la gama de circunstancias de la realidad.

En este sentido se interrogó a los docentes, respecto al espacio en el que puede aprenderse el conocimiento práctico y al respecto los docentes opinan que el conocimiento práctico se aprende fundamentalmente en el espacio hospitalario (40%), seguido por el laboratorio de enseñanza clínica (35%), sólo un 10% señala el aula como espacio de aprendizaje y el 15% restante se concentra en la respuesta "otros lugares", dentro de los que citan la práctica comunitaria.

**Cuadro 15. Dónde aprenden los alumnos el conocimiento práctico y promedio de antigüedad como docente clínico.**

Dónde aprenden los alumnos el conocimiento práctico.	F	%	Promedio en años como docente clínico
En el aula	4	10.0	12.2 años
En el hospital	16	40.0	12.6 años
En el laboratorio de enseñanza clínica	14	35.0	9 años
En las sesiones de enseñanza clínica	3	7.5	16.6 años
En otro lugar	3	7.5	11 años
Total	40	100.0	

Si cruzamos estos datos, con los años promedio que tienen como docentes clínicos en la ENEO, observamos que la opinión "en el hospital" que aglutina el 40% de las respuestas, se relaciona con el mayor promedio de antigüedad de los docentes clínicos (12.6 años), lo cual es indicativo del valor que le confieren a la experiencia, mientras que "laboratorio de enseñanza clínica" se corresponde con el promedio más bajo en antigüedad docente (9 años).

Por otro lado si cruzamos la variable ¿dónde aprenden los alumnos el conocimiento práctico? con la variable ejercicio profesional del docente, observamos que si bien los docentes que ejercen en la actualidad, se inclinan en mayor proporción a considerar el hospital como el lugar donde aprenden los alumnos el conocimiento práctico, los docentes que no ejercen presentan porcentajes iguales para la opción de hospital que para laboratorio de enseñanza clínica.

Esto confirma que si bien para ambos grupos tiene importancia la experiencia hospitalaria, los docentes que cuentan con una mayor experiencia profesional atribuyen mayor importancia a la experiencia directa, mientras que los docentes que han abandonada la experiencia profesional atribuyen menor importancia a la experiencia directa, desplazándola al laboratorio de enseñanza clínica, que supone

un espacio que intenta reproducir en forma artificial el ambiente hospitalario”, pero que carece de todas las circunstancias desafiantes que desencadena la realidad clínica.

El laboratorio de enseñanza clínica, supone un espacio que físicamente intenta reproducir un espacio semejante al de la realidad (camas, algunos instrumentos de uso básico, maniqués, soluciones, etc.), con el gran inconveniente de que no existe el paciente como tal. En muchos casos los procedimientos de enfermería que se enseñan y que deben ser aplicados a los pacientes, son realizados entre los mismos alumnos, que fungen como tales, hasta donde esto es posible.

**Cuadro 16. Cruce de puntajes sobre: dónde aprenden los alumnos el conocimiento práctico y ejercicio profesional de los docentes clínicos.**

Dónde aprenden los alumnos el conocimiento práctico

Docentes que...	En el aula	En el hospital	En el laboratorio de enseñanza clínica	En las sesiones de enseñanza clínica	Otro lugar	Total
Ejercen actualmente	1=2.5%	7=17.5%	5=12.5%	1=2.5%	2=5%	16= 40%
No ejercen actualmente	3=7.5%	9=22.5%	9=22.5%	2=5%	1=2.5%	24=60%
Total	4= 10%	16=40%	14=35%	3=7.5%	3=7.5%	40=100%

Con respecto a la práctica comunitaria (aspecto que fue mencionado como “otro lugar”, cabe mencionar que ciertamente este es un espacio de práctica profesional de enfermería que cobra importancia en el discurso oficial de la salud, por el enfoque de la prevención de las enfermedades, y que se orienta más al trabajo con grupos sociales y al ámbito de la salud pública, y que si bien complementan la visión social de la enfermería, y se plantea como un deber ser en la profesión, no excluye o sustituye la enseñanza de las habilidades de intervención de la enfermería clínica, como elemento formativo básico del licenciado.

### **Diferencia al ejecutar un procedimiento en aula y en clínica.**

Si bien en el cuadro anterior se observa un puntaje ligeramente mayor en la opción que indica que este conocimiento se aprende fundamentalmente en el hospital, cuando se pregunta directamente si existe alguna diferencia entre ejecutar un procedimiento en el aula o en la clínica, los porcentajes se vuelven muy superiores, pues el 92.5% de los docentes declara que existe una diferencia entre ejecutar un procedimiento en el aula a hacerlo en clínica, argumentando que en clínica a diferencia del aula:

- el paciente es real, no ficticio (62.5%) esta fue la razón fundamental, seguida por
- (el alumno) tiene que asumir su rol de enfermero(a) (17.5%), es decir más allá de si tiene o no la experiencia, debe comportarse como tal.
- el alumno tiene que responder al problema (10.0%)
- Otra razón (2.5%)

Estas respuestas confirman que aprender el conocimiento práctico, supone enfrentarse a situaciones reales, pues éstas configuran la presencia de diversos elementos, que una situación ficticia no es posible reproducir, además de que el alumno en práctica asume un rol de enfermera(o), aún cuando éste tenga la habilidad de un principiante.

En las licenciaturas con tendencia profesionalizante, como es el caso de la enfermería, la práctica juega un papel determinante en la formación del futuro profesional, pues a través de ella el alumno va activando diversas posibilidades de su intervención. El no ser experto, no le impide intentar la solución de una situación, con los pocos o muchos elementos que tenga para ello.

Enfrentar las diferencias que existen entre iniciar una intervención en el aula o laboratorio de enseñanza clínica y el hospital propiamente, supone también un proceso de socialización profesional, aspecto sobre el que volveremos más adelante.

Los profesores indican que los alumnos enfrentan las diferencias entre los escenarios del aula y la clínica, con incertidumbre y temor (57.5%) y confiados de poder recibir ayuda del personal del servicio (17.5%).

Esto sugiere nuevamente que aún cuando los alumnos son instruidos en el laboratorio de enseñanza clínica, en los aspectos más necesarios, la realidad siempre los enfrenta a circunstancias nuevas, no previstas o bien imposibles de ser presentadas en forma ficticia.

**Cuadro 17. Cómo enfrentan los alumnos las diferencias entre el aula y la clínica.**

Cómo enfrentan los alumnos las diferencias entre el aula y la clínica.	F	%
Con incertidumbre y temor	23	57.5
Sin conocer las repercusiones de sus actos	1	2.5
Confiados de poder recibir ayuda del personal en servicio	7	17.5
Seguros y firmes por sus conocimientos	3	7.5
Improvisando según circunstancias	1	2.5
Con inventiva e ingenio	1	2.5
Hay otras posibilidades	1	2.5
Total	37	92.5

El escenario práctico a su vez si bien es difícil para el estudiante que se inicia en las labores propias de la profesión, cuenta al menos con la confianza de que siempre habrá alguien más hábil que él, que podrá ayudarlo, de ahí el valor socializante del gremio de enfermería. Bajo esta forma, prevalece la idea de que se aprende bajo la supervisión del que tiene más experiencia, ello configura la idea del oficio más que la de una profesión. El conocimiento práctico de los alumnos se ve alimentado por la experiencia del gremio profesional, que interviene realizando las acciones que son pertinentes para el paciente y que el alumno observa y después intenta, con lo que

adquiere una socialización progresiva y una habilidad de creciente dominio.<sup>123</sup>

### **Consideración de las características personales en la enseñanza.**

Dado el carácter antes mencionado que reviste la enseñanza del conocimiento práctico, cabe suponer que resulta pertinente la consideración de las características personales de los alumnos, pues ya hemos mencionado que la enseñanza clínica supone en buena medida, una enseñanza individualizada con el alumno, y el docente a su vez puede enfrentarse a una diversidad de reacciones por parte de éste, ante los diversos desafíos que plantean los escenarios de la práctica. Así por ejemplo, puede mostrar el alumno gran sensibilidad hacia las necesidades del paciente, o ignorarlo completamente y ocuparse solamente de llevar a cabo los procedimientos de enfermería.

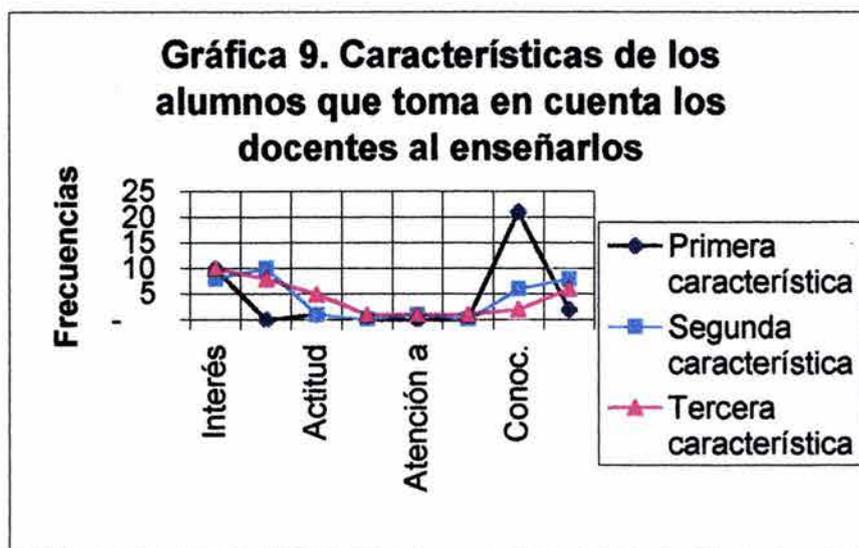
Los docentes de Fundamentos de enfermería I, están especialmente preocupados por lo que ocurre en los servicios con sus alumnos, que se enfrentan por primera vez a estas situaciones, en las que requieren estar muy cerca de ellos, no sólo por los errores que un principiante sin experiencia pudiera cometer, sino por las responsabilidades institucionales que tienen que asumirse.

En este sentido, la presencia de un 85% de respuestas (34 frecuencias) que afirman sí considerar las características personales de los alumnos en su enseñanza, resulta muy congruente. Durante la enseñanza clínica, los docentes establecen una relación muy particular con cada alumno, y pueden percatarse de la forma de ser del mismo, de sus habilidades y de sus carencias. Estos docentes reciben además información del desempeño observado del alumno, por parte de la enfermera del servicio, que

---

<sup>123</sup> Al respecto Donal A. Shön refiere a John Dewey y señala, refiriéndose a la enseñanza del diseño....."No se puede enseñar al estudiante lo que necesita saber, pero puede guiársele "El alumno tiene que ver por sí mismo y a su propia manera las relaciones entre los medios y los métodos empleados y los resultados conseguidos. Nadie más puede verlo por él, y no puede verlo simplemente porque alguien se lo "diga", aunque la forma correcta de decirlo puede orientar su percepción para verlo y aún ayudarlo a ver lo que necesita ver".  
Shön, D. A., *Op. Cit.*, p. 29.

permanece junto a ellos durante toda la jornada de trabajo.



Las tres características de los alumnos que los docentes indican tomar en consideración para la enseñanza son, en orden de prioridad y frecuencia: su conocimiento teórico, sus habilidades y su interés. Un aspecto que fue mencionado también con una frecuencia importante, fue las deficiencias del alumno.

**Cuadro 18. Características del alumno que el docente considera para su enseñanza.**

Características del alumno que el docente toma en cuenta para su enseñanza.	1 <sup>a</sup> . Caract.	2 <sup>a</sup> . Caract.	3 <sup>a</sup> . Caract.
Su interés	10	8	10
Sus habilidades	-	10	8
Su actitud cooperativa	1	1	5
Sus calificaciones	-	-	1
Su atención a las indicaciones	-	1	1
Su iniciativa	-	-	1
Su conocimiento teórico	21	6	2
Sus deficiencias	2	8	6
<b>Total</b>	<b>34= 85%</b>	<b>34=85%</b>	<b>34=85%</b>

6 docentes =15% no consideran las características personales del alumno en su enseñanza.

Nuevamente vemos que los profesores al considerar el conocimiento práctico de la

enfermería, como una derivación de la teoría, consideran por consiguiente que los alumnos deben dominar primero la teoría para poder ejercitar la parte práctica, aspecto que además resulta paradójico en el caso de los alumnos de los primeros semestres, que cuentan con pocos elementos teóricos al ser llevados a prácticas de enfermería. Sin embargo cabe mencionar que en los servicios, al predominar la presencia de enfermeras generales, es decir personal con nivel técnico, con experiencia y con poca teoría, los alumnos son habilitados, sin tener el criterio del dominio previo de la teoría en consideración, como es entendida por los docentes de enseñanza clínica de la licenciatura.

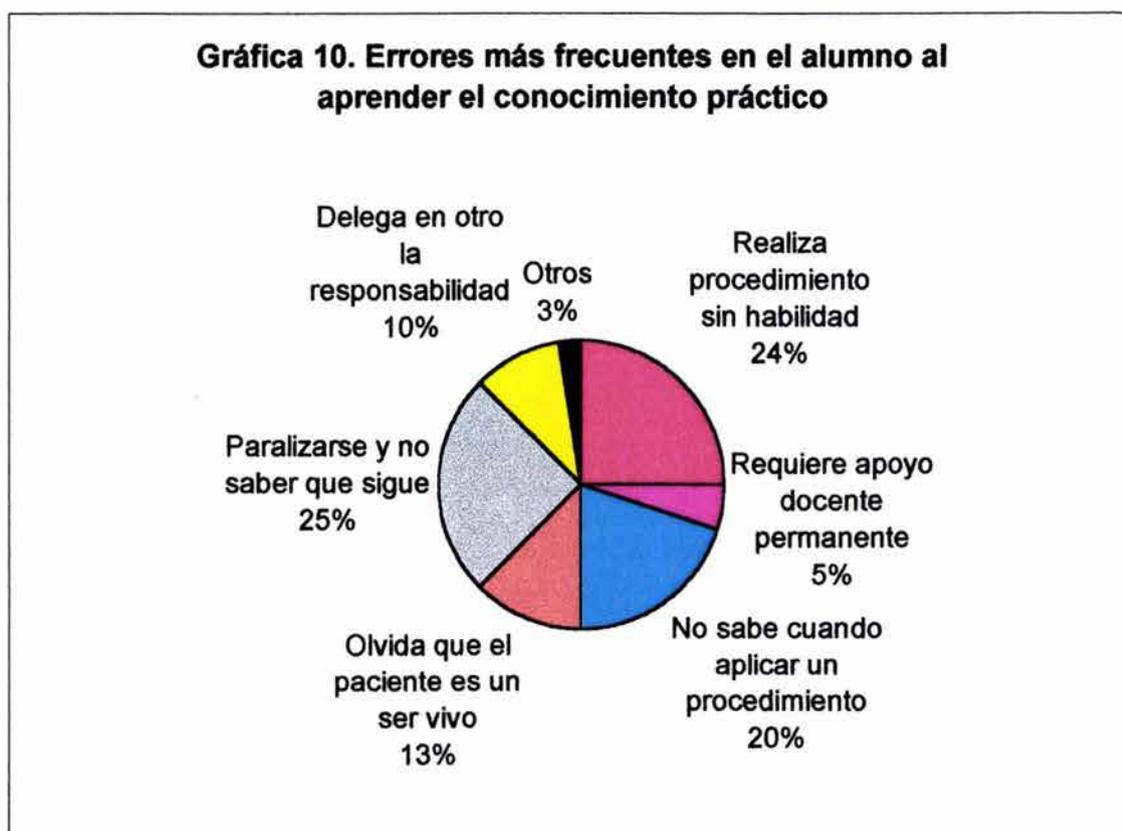
El segundo aspecto que consideran los profesores son las habilidades con que cuenta el alumno y como tercer aspecto mencionan su interés. El aspecto de las habilidades nos remite a diversos grados de dominio que se van paulatinamente alcanzando desde principiante hasta experto. Las características de los escenarios de práctica, dan la posibilidad de asignar a los alumnos casos que suponen un mayor o menor nivel de dificultad y que requieren por consiguiente una mayor o menor habilidad por parte del alumno principiante.

Por otro lado el interés, en este caso nos remite a un aspecto de actitud esperada dentro del espacio institucional hospitalario, aspecto cuya enseñanza puede en muchos casos, no ser promovida en forma intencional y explícita, pero si resultar en cambio como una condición fundamental para operar con aceptación en el gremio. El interés en este caso es aprendido mediante el proceso de socialización con el gremio profesional, que muestra al alumno los modelos que institucionalmente son considerados como " pertinentes" o "aceptables".

Prevalece la idea del conocimiento como primera opción, porque ello implica reconocer el valor de la formación académica. Esta información parece reflejar un ritual académico en el que el docente se ve obligado a cumplir y a justificar su rol docente con la enseñanza teórica, pero que una vez cumplido, se traslada a las actitudes que constituyen rituales del gremio enfermero y a las habilidades que es

preciso conformar en los alumnos. Obsérvese por ejemplo como las deficiencias de los alumnos, si bien reúnen menores frecuencias, constituyen aspectos considerados por los docentes, como elementos ligados a una lógica hospitalaria, que demanda el imperativo de volver competentes a los alumnos en los saberes prácticos.

Los docentes mencionaron también, que los errores más frecuentes en que incurren los alumnos, al aprender el conocimiento práctico son: paralizarse y no saber que paso sigue (25%) y la realización de procedimientos sin habilidad (24%), aspectos que tienen como principal ingrediente la falta de experiencia por parte del alumno.



Son citados con una frecuencia menor, el no saber cuando aplicar un procedimiento (20%), olvidar que el paciente es un ser vivo (13%), delegar en otro la responsabilidad (10%), el requerir apoyo docente permanente (5%) y otros (3%). **Nótese que en ningún caso los errores aluden a la falta del dominio teórico,**

**sino más bien a la falta de familiarización de los problemas que surgen en el entorno clínico de la práctica,**

Estos errores se vinculan con las características que presenta un principiante en la clasificación progresiva que propone Patricia Benner<sup>124</sup> – principiante....experto, en el que las situaciones se ven en forma fragmentada y en la que el paciente no representa el punto principal de atención del alumno. Es también lo que puede ocurrir cuando una enfermera que a pesar de tener experiencia, es turnada a un nuevo servicio con el que no se encuentra familiarizada, y si esto es así entonces estamos hablando de un oficio, más que de una profesión.

#### **Iniciación del alumno en el conocimiento práctico.**

Al realizar las prácticas de enfermería en los espacios reales del desempeño profesional, los alumnos de enfermería se incorporan, aún en su calidad de principiantes inexpertos, al campo del ejercicio profesional, en el que el gremio les muestra una serie de rituales, hábitos, costumbres, rutinas, normas, lenguajes, etc. que de manera explícita o implícita desencadenan un proceso de socialización en el alumno hacia la profesión.

El espacio hospitalario, así como todo aquello que realizan cotidianamente las enfermeras en servicio, supone un contenido para el alumno con el que se familiariza.

En este sentido, se interrogó a los docentes respecto a cuál es la mejor forma de iniciar al alumno en el conocimiento práctico. El 40% de los docentes consideran que la mejor forma es la práctica previa en el aula clínica, seguida por la observación y la ejecución de cada paso (27.5%), así como haciendo que ejecute, se equivoque y repita (25%). Esto confirma nuevamente, que la naturaleza del conocimiento práctico

---

<sup>124</sup> BENNER, P., *Op. Cit.*, pp. 42-43.

no puede ser aprendido, mas que por la vía de la experiencia y de la ejecución directa.

**Cuadro 19. Mejor manera de iniciar al alumno en el conocimiento práctico y espacio en el que los alumnos aprenden tal conocimiento.**

**Espacio donde aprenden los alumnos el conocimiento práctico**

Mejor manera de iniciar al alumno en el conocimiento práctico	En el aula	En el hospital	En laboratorio de ens. clínica	En sesiones de ens. clínica	Otro lugar	Total
Que observe, anote y no intervenga	1=2.5%	-	-	1=2.5%	-	2=5%
Que practique previamente en el aula clínica	3=7.5%	7=17.5%	6=15%	-	-	16=40%
Observando y ejecutando cada paso	-	5=12.5%	4=10%	1=2.5%	1=2.5%	11=27.5%
Haciendo que ejecute, se equivoque y repita	-	4=10%	4=10%	-	2=5%	10=25%
Otras formas no señaladas aquí	-	-	-	1=2.5%	-	1=2.5%
<b>Total</b>	<b>4=10%</b>	<b>16=40%</b>	<b>14=35%</b>	<b>3=7.5%</b>	<b>3=7.5%</b>	<b>40=100%</b>

El espacio áulico clínico (laboratorio de enseñanza clínica), ya hemos mencionado antes que constituye un ambiente artificial, semejante al real en el que a través de maniqués e instrumentos, se intenta reproducir una situación lo más semejante a la realidad, para que el alumno practique, sin los riesgos que ésta implica, en un intento de enseñar al alumno un “hacer como si...”, en un clima de menor riesgo y estrés, que le permita ganar una mayor confianza e incluso equivocarse, antes de enfrentarse a una situación real. Puede observarse que prevalece una noción de aprender, que obedece al principio “Primero lo observo y después lo hago”.

Al cruzar esta variable con la que interroga sobre el espacio donde los alumnos aprenden el conocimiento práctico, observamos que si bien el porcentaje mayor (40%), refirió el hospital, en este caso que alude a un momento de iniciación, dicho porcentaje se distribuyó en tres opciones de respuesta; practicando en el aula clínica (17.5%), observando y ejecutando cada paso (12.5%) y haciendo que ejecute se equivoque y repita (10%), siendo estas dos últimas opciones de respuesta, aspectos que aluden a una ejecución, lo cual nuevamente reitera que tiene mayor peso la fase del aprender a hacer mediante la ejecución.

El aula clínica por su parte, supone un espacio de menor riesgo por lo que los docentes lo señalan como un entorno adecuado para la iniciación, cuando aún hay que cuidar al alumno de las repercusiones que sus actos pudieran tener en los pacientes y por sus posibles errores como practicante inexperto.

### **Relevancia del gremio de enfermería en la enseñanza del conocimiento práctico**

Hemos visto que el conocimiento práctico que se enseña en enfermería, requiere de un acompañamiento al alumno, cercano y constante, en especial en sus inicios como aprendiz de la enfermería. En este sentido se interrogó a los docentes clínicos respecto a ¿con quién aprenden los alumnos el conocimiento práctico?. Los docentes opinan (67.5%) que los alumnos aprenden el conocimiento práctico fundamentalmente acompañados de la alternancia del docente clínico y del personal en servicio.

Esta respuesta que aglutina el mayor porcentaje, plantea la posibilidad de que la enfermera en servicio, que son las personas que finalmente permanecen al lado del alumno todo el tiempo, comuniquen a éste sus experiencias, o que incluso muestren al alumno los procedimientos a ser aprendidos, en forma hábil, sobre todo en aquellos casos en los que el docente clínico ha abandonado el ejercicio profesional de la enfermería, perdiendo gradualmente ciertas habilidades que debe mostrar a

sus alumnos.

Cabe preguntarnos si estas respuestas pudieran estar relacionadas con la presencia o ausencia del ejercicio profesional de la enfermería y cruzamos el dato que refiere que este conocimiento es aprendido con el docente clínico y el personal en servicio (67.5%) con la variable ejercicio profesional como enfermera(o), y pudimos constatar que la elección de esta respuesta comprendió a todo tipo de docentes, si bien predominaron los que han abandonado el ejercicio profesional, es decir de los 27 docentes que eligieron esta opción de respuesta: 10 ejercen actualmente, 1 docente no ha ejercido y 16 docentes han abandonado el ejercicio profesional de enfermería, siendo esto en algunos casos en forma reciente – en el año 2000- y otros con bastante lejanía - desde 1979-.

**Cuadro 20. Con quién aprenden los alumnos el conocimiento práctico.**

Con quién(es) aprenden los alumnos el conocimiento práctico.	F	%
Con el personal en servicio	1	2.5
Con el docente clínico	9	22.5
Alternan docente clínico y personal en servicio	27	67.5
Las situaciones que propician experiencia.	3	7.5
Total	40	100.0

La segunda opción de respuesta que concentra mayor porcentaje (22.5%) refiere al docente clínico como la única persona con quién el alumno aprende el conocimiento práctico. Cruzando este dato nuevamente con la variable ejercicio profesional, se observa que de los 9 docentes clínicos que eligieron esta respuesta, 4 ejercen en la actualidad y los otros 5 no tienen muchos años de haberse alejado del servicio (1989, 1993, 1997, 1999 y 2000). Esto confirma que son docentes que aún conservan un tanto sus habilidades y pueden dar muestras a sus alumnos de ello, razón por la que consideran suficiente la presencia del docente clínico, para el logro de dicha enseñanza.

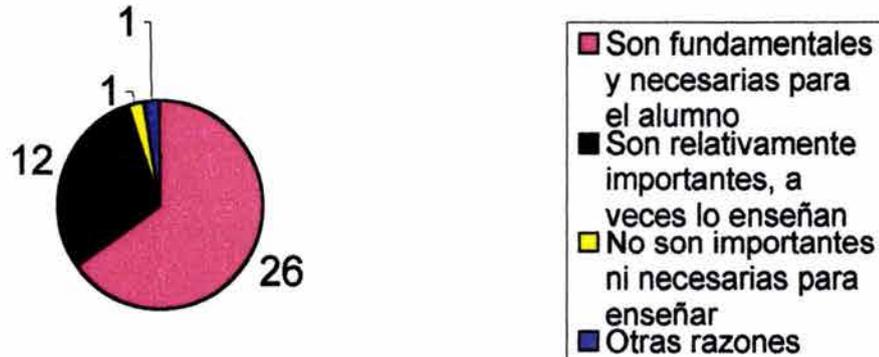
Los dos porcentajes restantes, son opciones que no involucran la figura del docente clínico “ personal en servicio” y “situaciones que propician la experiencia”, esta última opción la refieren dos docentes que ejercen en la actualidad y una que dejó el ejercicio en el 2000, es decir en forma reciente.

Esta última opción de respuesta supone que las situaciones que enfrenta el alumno, en forma directa, son por si mismas generadoras de una enseñanza. Es decir, el conocimiento práctico posee características que sólo pueden ser aprendidas por la vía de la experiencia directa, esto apuntaría de alguna manera a sugerir, que el conocimiento práctico no puede ser propiamente enseñado, sólo experimentado y aprendido en función de la misma vivencia, y de los resultados que derivan de la misma.

#### **Papel de la enfermeras en servicio en la enseñanza clínica.**

El 65% de los docentes, al ser interrogados sobre el papel que juegan las enfermeras en servicio con respecto a la enseñanza del conocimiento práctico, consideran que “son fundamentales”, mientras que un 30% las consideró “relativamente importantes en tanto a veces enseñan”. Cruzando esta variable con la variable años de ejercicio profesional en enfermería que tienen estos docentes, observamos que el primero de los porcentajes (65%), incluye docentes que se distribuyen en una amplia gama de años de ejercicio profesional, abarcando desde los 2 años hasta los 32 años, e incluyendo incluso al docente que no tiene experiencia profesional alguna.

**Gráfica 11. Papel que juegan las enfermeras en servicio en la enseñanza del alumno.**



El segundo porcentaje (30%) que confiere "relativa importancia a las enfermeras en los servicios", se colocan en una casilla de respuestas que van desde los 4 hasta los 26 años de ejercicio profesional, es decir, ambas respuestas abarcan la opinión de docentes que tienen poca o mucha experiencia como profesionales de la enfermería. Es decir esta opinión, no se ve condicionada por la poca o mucha experiencia profesional con que cuenta el docente.

Por otro lado cabe aclarar que si bien no es una obligación de las enfermeras en servicio, fungir como maestras de enseñanza clínica, esto ocurre de manera incidental, no sólo porque el docente clínico no permanece con ellos todo el tiempo, pues debe visitar en campo clínico a todos sus alumnos, sino porque las enfermeras en servicio representan para el alumno practicante, un modelo, un referente inmediato a imitar, y ante las circunstancias del contexto de trabajo hospitalario, con frecuencia asumen la iniciativa intencional de enseñarlos *in situ*, pues la presencia de los alumnos y un buen desempeño de los mismos, representa para ellas la posibilidad de aminorar las cargas de trabajo. También podemos entender este acto como una forma de aceptación y de integración abrupta del alumno al gremio, pues no hay mucho tiempo para entrenarlo. Las enfermeras en servicio observan a los

alumnos principiantes, les enseñan y prontamente les solicitan su intervención, delegándoles situaciones de responsabilidad, pues las cargas de trabajo en los servicios, siempre resultan excesivas.

Ahora bien ¿qué conocimientos prácticos enseña el gremio al alumno?

Los docentes clínicos refirieron lo siguiente: su experiencia profesional (37.5%), las rutinas de los servicios (22.5%), cómo adquirir habilidad en las ejecuciones (17.5%), aspectos todos ellos que no tienen relación con lo aprendido en el ámbito escolar formal. Sólo un 15% habla del fortalecimiento de un criterio profesional, aspecto que nos parece importante, pero que sólo tiene cabida en aquellos espacios institucionales en los que la opinión de la enfermera (o) es tomada en cuenta, esto parece indicar que el gremio en su gran mayoría se mueve más en los desempeños institucionales que en la toma de decisiones.

Al cruzar esta variable con los años de ejercicio profesional que tienen los docentes, observamos que el rango de años de ejercicio profesional que abarca de 6 a 10 años y 11 a 15 años, concentran las mayores frecuencias y porcentajes (12= 30%) y (14= 35%) respectivamente, y que estos profesores concentran sus respuestas en las primeras tres opciones de respuestas, es decir, que los conocimientos prácticos que enseña el gremio al alumno son la experiencia profesional, las rutinas de los servicios y cómo adquirir habilidad en las ejecuciones, lo que confirma que estos docentes que tienen alguna experiencia en el ejercicio profesional y que pueden identificar lo que puede enseñar el gremio enfermero, ubican aportaciones que no guardan relación con los contenidos formales escolares, sino con los desempeños y la solución de situaciones que son competencia de los profesionales de enfermería.

**Cuadro 21. Conocimientos prácticos que enseña el gremio al alumno vinculado con la variable años de ejercicio profesional en enfermería de los docentes.**

Conocimientos prácticos que enseña el gremio al alumno	Años de ejercicio profesional en enfermería							Total
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	
La experiencia profesional	-	6	6	-	1	1	1	15 = 37.5%
Las rutinas de los servicios	3	4	2	-	-	-	-	9 = 22.5%
Cómo adquirir habilidad en las ejecuciones	1	1	4	-	-	1	-	7 = 17.5%
El fortalecimiento de un criterio profesional	-	1	1	1	1	2	-	6 = 15%
Ninguno	1	-	-	-	-	-	-	1 = 2.5%
Los que especifican los programas de prácticas	-	-	1	-	-	1	-	2 = 5%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>40 = 100%</b>

Enseñar la experiencia profesional supone socializar al alumno con una serie de habilidades probadas por los profesionales de la enfermería, que en la práctica cotidiana les da los mejores resultados, así como formas de organizar el trabajo, que comparten con las alumnas futuras enfermeras (os). Esta socialización de habilidades que tiene lugar en el espacio hospitalario, se acompaña generalmente de un clima en el que prevalece una gran cantidad de trabajo por realizar, en un tiempo escaso que caracteriza la vida en los servicios hospitalarios, por lo que prevalece el imperativo de “aprender a hacer mucho en poco tiempo”.

#### **Importancia de enseñar los procedimientos en un orden.**

Es común que se mencione que los procedimientos de enfermería, deben seguir un orden determinado en su aplicación, en este sentido se interrogó a los docentes, sobre la importancia de enseñar los procedimientos en un orden determinado. Las respuestas obtenidas argumentan que se debe a: “la prescripción que existe en el procedimiento” 32.5%, a manera de un “deber ser intrínseco”, es decir cada

procedimiento prescribe cómo debe hacerse y las razones técnicas por las que debe realizarse en tal forma y orden. Un 27.5% consideró que obedece “al peligro y riesgo del paciente”, es decir se centró más en la persona que en la técnica en sí. El 15% lo atribuye a la observancia de “los principios de asepsia”. Un 12.5% lo atribuye a “otras razones” que cuando son especificadas, caen nuevamente en alguna de las opciones antes mencionadas.

Esta pregunta se hizo, considerando que al interior de las prácticas clínicas de enfermería, es común que se aluda a la rigidez de ciertas formas de enseñanza, sobre todo por parte de las profesoras de mayor edad, y este aspecto parece sugerir la presencia de ciertos rituales que deben ser ejecutados al interior del gremio, pues la respuesta que emiten con mayor frecuencia, no detecta la presencia por cierto, de un conocimiento teórico, sino más bien un ritual cuya práctica se transmite sin explicitar mayores argumentos que los que marca un proceder técnico, o bien la normatividad institucional si viene al caso.

### **La enseñanza del arte enfermero**

Los docentes clínicos fueron interrogados respecto a si existen saberes que se muestran sólo cuando el alumno está preparado. Esta pregunta recupera la idea de la enseñanza en los gremios, en los que existían los secretos profesionales, que sólo eran revelados a aquellos aprendices que en su trayectoria se habían ganado una aceptación del maestro y se habían hecho merecedores de recibirlos.

En este caso, un 55% de profesores consideran que sí es así, frente a un 42.5% que opinan lo contrario.

Los rasgos que observan los docentes en sus alumnos y que les permiten determinar el momento en el que los alumnos están listos para realizar ciertos procedimientos- pues en algunos casos estos procedimientos pueden ser de gran dificultad, requerir el desarrollo previo de ciertas habilidades básicas, o involucrar riesgos en el paciente-, son los siguientes: en un mayor porcentaje, los docentes se

guían por la actitud que muestra el alumno frente al paciente (40%), seguida por la buena ejecución clínica (27.5%), es decir haber adquirido cierto grado de habilidad en su “saber hacer”.

Estas respuestas suponen centrar la atención en una actitud y en una habilidad del alumno, antes que en un conocimiento teórico, ambos aspectos que se vinculan más con un arte y con una práctica de gremio, en el que observar el hacer es el eje fundamental de aprendizaje de este arte, quien no sabe observar no puede aprender. Cruzando estos datos con la variable años como docente clínico en la ENEO, no se observa un patrón definido que se asocie con estas respuestas, pues los docentes que se centraron en la actitud del alumno frente al paciente, se distribuye en antigüedades docentes que van desde un año hasta 22 años, y para los que se centran en la buena ejecución en clínica, los docentes se dispersan en antigüedades docentes que van desde 5 hasta 24 años.

Por otro lado, cuando esta variable se cruza con las formas en que los docentes conciben el conocimiento práctico, si se observa una mayor tendencia a que estos profesores que observan actitud y habilidad en sus alumnos para considerar que están listos para realizar procedimientos, conciban el conocimiento práctico como un “conocimiento con base teórica que deriva en aplicación” (30%), seguido por “Procedimientos y habilidades básicas clínicas” (12.5%), mientras sólo un 2.5% lo concibe como un arte que combina técnicas de enfermería y sensibilidad.

**Cuadro 22. Cuándo el alumno está listo para realizar ciertos procedimientos y forma en que concibe el docente el conocimiento práctico.**

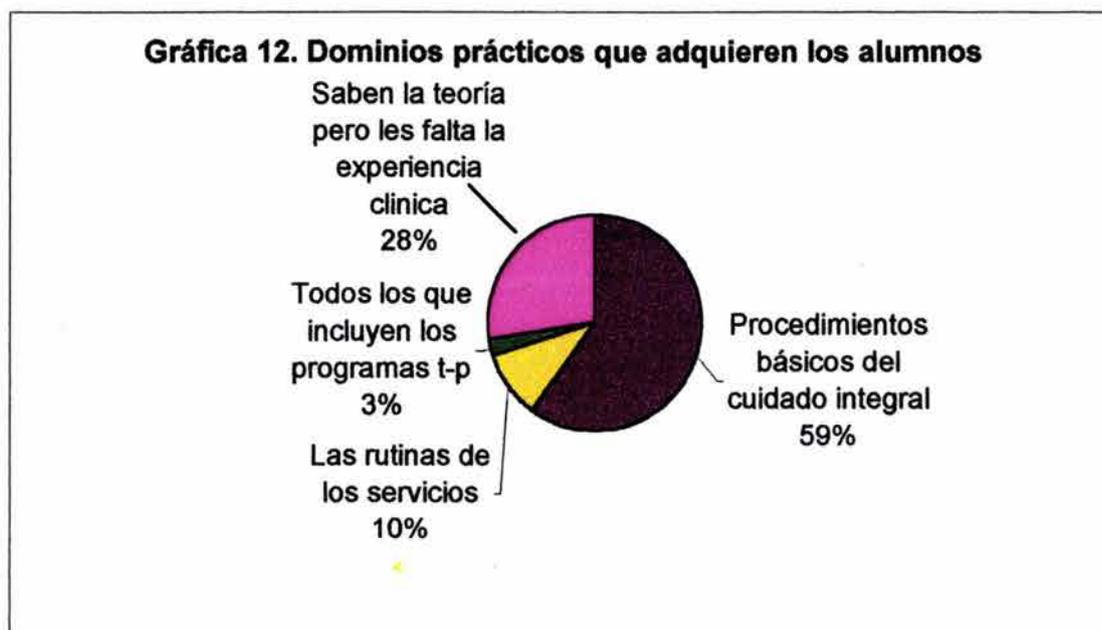
Cuando el alumno está listo para realizar procedimientos	Como concibe el conocimiento práctico					Total
	Proceds. y habils. básicas clínicas	Arte combina técs. de enf. y sensibilidad	Conj. de rutinas del campo clínico	Conoc. de base teó. que deriva en aplicac.	De forma distinta a todas estas	
Al observar su desempeño en aula	2=5%	-	-	7=17.5%	-	9=22.5%
Por su buena ejecución en clínica	3=7.5%	1=2.5%	-	7=17.5%	-	11=27.5%
Por el semestre que cursa	-	-	-	2=5%	-	2=5%
Por su actitud frente al paciente	-	-	2=5%	12=30%	2=5%	16=40%
Hay otras razones	-	-	-	2=5%	-	2=5%
<b>Total</b>	<b>5=12.5%</b>	<b>1=2.5%</b>	<b>2=5%</b>	<b>30=75%</b>	<b>2=5%</b>	<b>40=100%</b>

Esto nos indica que los docentes cuando se mueven en la esfera práctica tienen en cuenta, las actitudes frente al paciente y las habilidades y destrezas, mientras que cuando se trata de conceptualizar lo que hacen, recurren a un esquema de causalidad teoría – aplicación en la práctica, que de acuerdo con su lógica explica lo que ellas hacen, es decir, niegan una forma epistémica de construir y recrear el conocimiento práctico así como de su transmisión y recurren a la fórmula de la racionalidad técnica, teoría- aplicación práctica que conceptualmente han asimilado en el contexto académico, perdiendo así el reconocimiento y la riqueza de su arte, aspecto que parece un juego de visible- invisible que va de la mano con el asunto del status social.

### Dominios prácticos que adquieren los alumnos y plan de estudios.

Los profesores indican que entre los dominios prácticos que adquieren los alumnos en la carrera están: los procedimientos básicos del cuidado integral (60%), otros profesores indican que los alumnos saben teoría pero les falta la experiencia clínica (27.5%), otros más indican que los alumnos dominan rutinas de los servicios (10%), y un porcentaje mínimo (2.5%) destaca que dominan aquellos conocimientos prácticos que están incluidos en los programas teórico- prácticos de las asignaturas.

La segunda respuesta "saben teoría pero les falta la experiencia clínica", sugiere entonces que los alumnos, no logran realmente a través de la práctica clínica, apropiarse del conocimiento práctico, sino que deberán ejercer y acumular una experiencia clínica considerable, corriendo los riesgos que esta práctica conlleva, antes de llegar a dominarlo.



Puede afirmarse por lo anterior, que los alumnos adquieren un cierto dominio, sobre aquello que han experimentado y que en su conjunto permite familiarizarlos con las habilidades básicas y generales que requiere la enfermería en el cuidado de un paciente, independientemente de que estos saberes no se encuentren incluidos

formalmente en el plan de estudios. También se destaca que los alumnos logran realizar las actividades rutinarias de los servicios, lo que supone la obtención de ciertos dominios, más en función de la lógica institucional hospitalaria que de la lógica escolar.

Si cruzamos la variable de los dominios prácticos que adquieren los alumnos, con la variable de la forma en que define el plan de estudios el conocimiento práctico, desde la perspectiva del docente, observamos que el 60% de los docentes, que constituye el mayor porcentaje, considera que el plan de estudios lo define como el conocimiento teórico que se aplica en el campo clínico, y este porcentaje a su vez se distribuye de la siguiente forma con respecto a la primera variable: (14=35%) considera que los dominios prácticos que adquieren los alumnos, lo constituyen los procedimientos básicos de cuidado integral, seguido por la opción que indica "saben la teoría pero les falta la experiencia clínica" (8= 20%).

**Cuadro 23. Dominios prácticos que adquieren los alumnos y forma como define el plan de estudios el conocimiento práctico.**

Dominios prácticos que adquieren los alumnos	Cómo define el Plan de estudios el conocimiento práctico				Total	
	Proceds. y habilidades básicas	Acciones prácticas que se realizan en contexto clínico	Rutinas requeridas en cada servicio	Conoc. con fundamento teórico que se aplica	F	%
Procedimientos básicos de cuidado integral	2	8	-	14	24	60%
Rutinas de los servicios	1	1	1	1	4	10%
Todos los que incluyen los programas Teórico-prácticos	-	-	-	1	1	2.5%
Saben teoría pero les falta experiencia clínica	-	3	-	8	11	27.5%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Sobre los conocimientos prácticos que no dominan los alumnos al egresar de la licenciatura, los profesores indican que son todos aquellos procedimientos que no les permiten realizar en prácticas (27.5%), es decir aquellos procedimientos que por el riesgo que representan para el paciente, no está permitido que los realice un practicante inexperto. A este porcentaje bien podría sumarse el 20% de profesores que indican como respuesta "Aquellos procedimientos que sólo se aprenden realizándose".

### **Autoridad institucional.**

El tema de las jerarquías institucionales es un aspecto que se incluyó en el cuestionario, pues en el gremio profesional de enfermería está presente de manera muy clara. Las licenciadas en enfermería ingresan al mercado de trabajo, generalmente en un puesto que está por debajo de la escolaridad que presentan, y a partir de ésta escalan progresivamente a mejores plazas.

El argumento que expresan las instituciones de salud a los licenciados en enfermería, es que si bien tienen un título universitario, no poseen la experiencia que requiere el puesto a ocupar ni la función a desempeñar, por lo que resulta necesario empezar desde abajo. Sin embargo al no existir administrativamente una plaza propiamente para las enfermeras que estudian la licenciatura, lo más a que pueden aspirar es a ocupar una plaza de enfermera especialista, para lo cual requieren haber cursado una especialidad o bien un curso postécnico en el área de especialidad que corresponda.

Cabe también mencionar que los alumnos de la licenciatura experimentan en su tránsito de prácticas escolares, algunas dificultades que son propiamente de carácter jerárquico, pues en muchos casos sus autoridades son enfermeras que tienen menor escolaridad que ellos y que viven su presencia de manera amenazante y con recelo profesional.

Dentro del gremio profesional de enfermería y de los escenarios reales de trabajo, el alumno conforma un modelo profesional a seguir en su desempeño. Al ser instruido en los saberes prácticos, quien lo instruya con mayor seguridad, firmeza y consistencia será su referente, independientemente de la escolaridad que éste posea.

### **Importancia de acatar las reglas de autoridad institucional.**

Las autoridades y las jerarquías institucionales están claramente definidas en los ambientes hospitalarios, los mismos docentes opinan que acatar las reglas de autoridad institucional, es fundamental para que todo funcione (62.5%) en el proceso de formación del alumno, mientras que un 35% consideran que es un aspecto sólo parcialmente importante para todos.

Al analizar si este patrón de respuestas se relaciona de alguna manera con los años de ejercicio profesional en enfermería que presentan estos docentes, no se observa ningún patrón especial, pues ambas respuestas se corresponden con un ejercicio profesional de enfermería muy disperso, que abarca docentes con poca, mediana o mucha experiencia profesional.

Los profesores opinan en su gran mayoría (85%), que el respeto a la jerarquía institucional es aprendido en la formación de enfermería y que éste se logra fundamentalmente a través de los siguientes mecanismos: a través del ejemplo (57.5%), esto supone que las docentes clínicas, así como las demás enfermeras que se encuentran en el servicio, en el entorno hospitalario en el que los alumnos realizan sus prácticas, mantienen una relación de respeto a las jerarquías, con lo cual reproducen este ritual, transmitiéndole al alumno paralelamente a su hacer práctico, este contenido implícito en las formas de conducirse y relacionarse con los miembros del gremio que ocupan ciertas posiciones, (jefa de enfermeras, jefa de enseñanza, etc.) socializando de esta forma rituales y lenguajes propios de la

profesión, que implícitamente confieren respeto a los que han acumulado un mayor saber en virtud de la experiencia.

Fueron también señaladas como opciones de respuesta de esta variable, el ser sancionado por su incumplimiento, como otro mecanismo de enseñanza del respeto a las jerarquías (20%), de manera indirecta y encubierta en la práctica (15%), y siendo aceptado por el gremio en virtud del respeto demostrado (7.5%), todos ellos mecanismos que emplea un proceso de socialización para incorporar, enseñar y aceptar a sus miembros.

No se observa un rasgo sobresaliente al cruzar estos datos con la variable que refiere los años que tienen como docentes clínicos en la ENEO, sin embargo es evidente que el tipo de formación que viven los docentes en los espacios hospitalarios deja huella en ellos, condicionando de alguna manera la reproducción de estas formas de relación con el alumno, al trasladarse al ámbito escolar universitario.

### **Influencia de las jerarquías de autoridad en la enseñanza.**

El 45% de los profesores consideran que las jerarquías de autoridad en enfermería influyen en la enseñanza del alumno, pues guían al alumno en su aprendizaje. Un 25% de estos profesores consideran que su presencia atiende más las rutinas de los servicios y olvida el aprendizaje que finalmente requiere el alumno.

Un 10% opina que las jerarquías de enfermería son el modelo a alcanzar y que lo protegen de situaciones que no conoce (10%), es decir, de alguna manera lo cuidan y lo guían.

**Cuadro 24. Influencia de las jerarquías de autoridad en la enseñanza en el servicio.**

Influencia de las jerarquías de autoridad en la enseñanza en el servicio.	F	%
Son el modelo a alcanzar	4	10.0
Guían al alumno en su aprendizaje	18	45.0
Lo protegen de las situaciones que no conoce	4	10.0
Son un impedimento para aprender	1	2.5
Abusan del alumno por su falta de experiencia	2	5.0
Atienden rutinas y olvidan el aprendizaje final	10	25.0
Otras razones	1	2.5
Total	40	100.0

Un 5% consideran que las jerarquías del gremio abusan del alumno por su falta de experiencia. En este caso la influencia de la jerarquía es considerada de manera ventajosa y abusiva, la condición de alumno es de provecho para las enfermeras en servicio y para las instituciones de salud.

## CONCLUSIONES

- La trayectoria histórica que se observa en este estudio sobre la enfermería como profesión, da cuentas de la incursión de la mujer en un segmento del mercado de trabajo vinculado con los servicios institucionales de salud, que se explica por la naturaleza misma de las actividades que socialmente estaban asignadas a la mujer, y que inicialmente fueron vistas como una prolongación del trabajo doméstico (tendido de camas, lavado de ropa, alimentación y aseo del paciente, etc.) para el que no se exigió una escolaridad previa considerable.

No obstante que en la actualidad existen ofertas educativas de formación en enfermería a nivel superior y de posgrado (licenciatura, especialidades y maestrías), la demanda laboral de personal asignado a la atención de las actividades básicas y elementales de higiene y alimentación en los espacios institucionales de atención a la salud, sigue siendo alta. Lo que explica por que, pese a la oferta educativa de enfermeras universitarias, siga formándose paralelamente personal auxiliar de enfermería, generalmente bajo la iniciativa y el apoyo de las mismas instituciones de salud, que al atravesar por una política de severos recortes presupuestales por parte del Estado, ven como alternativa, la contratación de personal con baja escolaridad que justifique la asignación de bajos salarios.

- El gremio de enfermería se conforma como un grupo con jerarquías en el que compiten dentro de un ámbito laboral experiencia y escolaridad. En la base se encuentran aquellas con menor escolaridad, lo conforman las enfermeras auxiliares, que han accedido al conocimiento práctico, por la vía de la habilitación en el campo de trabajo, seguido por una amplia población del personal técnico que a nivel nacional constituye el mayor porcentaje del gremio enfermero ( 60%), y en un número minoritario personal de licenciatura (7%).

Es difícil establecer una clara delimitación de las competencias de cada una de ellas, en tanto en la realidad laboral, la organización de las instituciones de salud y las

---

situaciones que son atendidas, no discriminan cuáles deben ser atendidas por las licenciadas, las técnicas, las especialistas o las auxiliares.

- La población estudiada es una población madura que mostró un promedio de 41 años, en la que una cuarta parte incluyó profesoras que no se formaron inicialmente como licenciadas en enfermería, sino como enfermeras técnicas, logrando la licenciatura en forma discontinua y posterior. A 34 años de distancia de haber sido creada la licenciatura, aún están presentes docentes que han mostrado a los alumnos un arquetipo de la enfermería, que tuvo su origen e identidad profesional en una formación técnica, y que las generaciones previas contaron con proporciones mayores de docentes clínicos con este perfil formativo, lo cual supone que fueron docentes que ejercieron la enfermería desde este nivel por un tiempo considerable, y que transmitieron el saber práctico desde la perspectiva aportada por la formación técnica y que al ser creada la licenciatura, se vieron obligadas a transitar a la licenciatura, obedeciendo más a un imperativo laboral académico que a uno profesional.

- Una proporción minoritaria de docentes ha obtenido títulos a nivel de especialidad y de maestría, aspecto que se asocia principalmente con el interés por el desarrollo de una carrera académica y no con la demanda de formación a nivel de posgrado en los servicios de salud, pues el mercado de trabajo aún no cuenta con una plaza *ex profeso* para licenciados, ni para enfermeras con estudios de posgrado. Estas docentes muestran en el estudio la tendencia a abandonar paulatinamente el ejercicio de la enfermería en las instituciones de salud, pues por ahora, solamente en los ámbitos académicos encuentran reconocimiento social estos grados.

- El abandono del ejercicio profesional que muestran la mayoría de estos docentes, con un promedio de 10 años de distancia, resulta muy inconveniente para la enseñanza del conocimiento práctico, pues han perdido una serie de habilidades y destrezas que no pueden mostrar a sus alumnas, agregando a ello, que el 87.5% son profesoras que se formaron en la misma Escuela, generando con ello círculos de

---

formación endogámica, que se traduce en la transmisión de una visión cerrada de la enfermería.

- Se confirma que estos docentes al perder las habilidades clínicas de enfermería que requiere el profesional competente y que se espera que curricularmente promuevan en sus alumnos, se desplazan al terreno académico en el que encuentran mayor seguridad, cultivando el terreno discursivo de la enfermería y abandonando el arte enfermero.

- La innovación tecnológica en los espacios hospitalarios de trabajo, altera permanentemente las formas de organización del mismo, por lo que resulta cada vez más difícil para aquel que se separa del ejercicio profesional, reincorporarse de nuevo al proceso de trabajo, sosteniendo paralelamente una actualización en el mismo. La desvinculación del docente clínico con los procesos de trabajo, significa para la enseñanza de la enfermería, un desfase en la actualización de los contenidos de estos procesos.

- El estudio reveló que la mitad de las enfermeras docentes que no ejercen en la actualidad, abandonaron el ejercicio profesional el mismo año en que se incorporaron a la ENEO, mientras que la otra mitad lo hizo durante los 4 a 9 años siguientes. Esto confirma que la incursión en la docencia clínica, alienta paulatinamente el abandono de la práctica profesional de enfermería, por el reconocimiento y el estatus profesional que puede estar representando la carrera académica para la enfermera.

- Si bien los docentes coinciden en que el conocimiento práctico es fundamental en la formación universitaria de la enfermera, puede advertirse la existencia de una enorme y constante preocupación por conferirle a las actividades prácticas de enfermería un estatus científico, aspecto que se reitera en la forma en que conciben estos docentes el conocimiento práctico de enfermería, en el que se alude a una parte discursiva, o bien a una información que consideran como la teoría que antecede a un hacer.

- 
- Respecto a las formas en que los docentes orientan a sus alumnos ante situaciones imprevistas, fueron referidas habilidades que se desarrollan a través de la acción, como es la identificación de prioridades y soluciones viables, habilidades que no guardan relación con un esquema de teoría-aplicación práctica.
  
  - Los docentes clínicos consideran en mayor proporción al programa de la asignatura teórico- práctica, como el principal referente de su enseñanza, sin embargo no existe consenso respecto a los conocimientos prácticos que supuestamente promueve el plan de estudios en el alumno. Los docentes identifican solamente la visión de aquello que aportan las asignaturas en las que participan, y no una visión integral y de conjunto del plan de estudios.
  
  - Los escenarios de la práctica proporcionan una gama tan extensa y diversa de posibilidades de enseñanza y de aprendizajes prácticos, que escapa a toda posibilidad de control por parte de los docentes clínicos el guiarla, sistematizarla o evaluarla en su justa dimensión.
  
  - Los docentes consideran que el método para enseñar el conocimiento práctico es la demostración directa de las acciones, así como la ejecución y la devolución de la ejecución realizada.
  
  - La observación es un rasgo que debe desarrollar ampliamente el alumno, si quiere aprender, esta es una habilidad que demanda la clínica pues es preciso realizar una lectura constante a la cabecera del paciente, en la que se interpretan sus diversas manifestaciones, con el fin de prever e implementar las intervenciones más idóneas.
  
  - Las docentes sugieren la práctica inicial en una situación ficticia, es decir en un laboratorio de enseñanza clínica, observando, ejecutando y repitiendo la ejecución, con lo cual se aprecia que prevalece el principio de *"Primero lo observo y después lo hago"*, así como la presencia de un modelo.

- 
- Los docentes clínicos afirman que el conocimiento práctico se aprende fundamentalmente en el espacio clínico y en el laboratorio de enseñanza clínica, en una fase inicial, pues los datos confirman que existe una diferencia entre ejecutar un procedimiento en el aula, y el realizarlo en clínica, por la sencilla razón de que existe la presencia real del paciente y no en forma ficticia, como sería el caso de un laboratorio de enseñanza clínica que emplea maniqués.
  
  - Se observa una tendencia en los docentes que se han alejado del servicio y que por consiguiente han perdido paulatinamente ciertas habilidades de enfermería, a conferirle menor importancia a los aprendizajes generados en los espacios hospitalarios y mayor a las que tiene lugar en los espacios áulicos.
  
  - La interacción del alumno con escenarios, pacientes y problemáticas reales, es una condición necesaria para generar el aprendizaje de estos saberes, y si bien es cierto los docentes indican que los alumnos enfrentan estas circunstancias con incertidumbre y temor, a su vez confían en que podrán recibir ayuda del personal de enfermería que está en servicio, lo cual deja claro que se trata de saberes que se aprenden bajo la supervisión de alguien que tiene más experiencia en los espacios de trabajo.
  
  - El gremio actúa como un factor socializante decisivo en la enseñanza, respaldando al alumno inexperto, mientras adquiere un mayor dominio y seguridad en sus intervenciones. Esta acción educativa no siempre está acordada con el gremio, de manera formal y explícita, pero implícitamente son conductas que asume el gremio y que el docente sabe y espera que ocurran.
  
  - La enseñanza de la enfermería asume las características artesanales de un gremio, en tanto las indicaciones que el docente clínico va dando al alumno, tienden a que vaya logrando cada vez mayor habilidad, destreza y seguridad en lo que hace. Los docentes indican que los errores en que incurren los alumnos con mayor frecuencia,

---

al aprender el conocimiento práctico **no refieren en ningún caso la falta del dominio teórico**, sino la falta de una familiaridad con las situaciones problema del entorno clínico.

- Se pone al descubierto una paradoja que prevalece en los docentes, pues por un lado anteponen el requerimiento de un dominio teórico por parte de los alumnos para acceder sin tropiezos a lo práctico, pero estando en el terreno práctico, las carencias de los alumnos no se explican por la falta de un dominio teórico, sino por la falta de experiencia del alumno principiante.

- En el terreno de la intervención Impera un criterio que prioriza el "saber hacer" sobre el "deber ser", pues esto facilita el trabajo y su organización, prevaleciendo la lógica hospitalaria por encima de una lógica de la educación formal.

- Los datos confirman el papel socializador que juega el gremio de enfermería en la enseñanza de los saberes prácticos, afirmando que las enfermeras en servicio son fundamentales y necesarias en la enseñanza del conocimiento práctico del alumno, opinión que se sostuvo independientemente de la antigüedad del ejercicio profesional con que contaron las docentes.

- No obstante que la carga curricular asignada a la práctica, representa el 48% de los créditos curriculares, los alumnos de la licenciatura logran adquirir solamente los procedimientos básicos del cuidado integral del paciente, según la opinión de los docentes, situación que en parte se explica por las políticas de las instituciones de salud, que no permiten que los alumnos realicen ciertos procedimientos, (por seguridad del paciente), motivo por el cual no pueden aprenderlos en su calidad de alumnos.

- Una aspecto más que los alumnos interiorizan en su proceso de socialización en el gremio, es la identificación y el respeto a las jerarquías. La socialización de este

---

aspecto se logra por la vía del ejemplo demostrado y por medio del uso de sanciones en caso de su incumplimiento.

- En la medida en que en el ámbito hospitalario se le siga confiriendo un peso importante a la experiencia frente a la formación profesional universitaria, resultará poco alentador el ejercicio profesional para el alumno que egresa de la licenciatura en enfermería, pues se enfrentará a una jerarquía de autoridad institucional, que en muchos casos cuenta con una escolaridad menor que la de él.

- Profundizar en la enseñanza de los saberes prácticos, nos vincula directamente con el tema de las competencias profesionales, ¿hasta dónde pueden enseñarse ciertas competencias en el aula y cuándo esto rebasa las posibilidades espacio- temporales porque su enseñanza supone una ejecución directa, y no con sujetos ficticios sino reales?

- Compartir los espacios áulicos y hospitalarios puede resultar para el caso de la enseñanza de la enfermería universitaria, un aspecto coyunturalmente positivo, si los docentes vislumbran el valor de sus saberes, así como una nueva relación con los mismos y con las maneras de transmitirlos.

- A su vez el valor y la importancia que aportan las diversas disciplinas que curricularmente están dispuestas en la formación universitaria de la enfermería, no deben abordarse bajo un esquema de erudición o enciclopédico, sino que han de tener como un referente constante, los problemas reales que enfrentan cotidianamente las enfermeras.

- Enfermería como licenciatura con tendencia profesionalizante muestra un punto de escisión entre lo que por un lado es la construcción teórico conceptual de su saber específico, y por otro lado el conjunto de saberes que se circunscriben a la ejecución de un repertorio de habilidades técnico instrumentales. Por ello profundizar en cada uno de estos campos de saberes, agudiza una marcada distancia entre sí, pues son

---

saberes que no se entrecruzan. En verdad se trata de dos tipos de conocimientos que el profesional posee y que indudablemente aportan elementos que se enriquecen uno al otro, pero que de ninguna manera uno es necesario para adquirir el otro.

- Los saberes prácticos también conllevan un riesgo, acceder al camino de lo rutinario y a su estancamiento, convertirse en saberes prescriptivos, rígidos, incuestionables e inamovibles, esto equivaldría a perder su arte.

De ahí la importancia de que los docentes abocados a la enseñanza de los saberes prácticos, no pierdan esta parte, es decir sean capaces de enseñar a los alumnos si bien una parte técnica-instrumental que requiere la enfermería, paralelamente comuniquen el arte enfermero, un aspecto que es cambiante en la intervención con cada paciente, un elemento que corre el riesgo de perder el docente si los entornos clínicos dejan de serle familiares y se ve disminuida su capacidad de intervención en los mismos.

- Los saberes prácticos se crean y se recrean *in situ*, y es dentro de este espacio, donde la intervención de las enfermeras tiene un enorme peso. Sin embargo la enfermera no ha de perder de vista, los diferentes elementos que condicionan su práctica, a riesgo de no poder explicarse por qué se llega a determinados estados situacionales. Es decir, identificar que su práctica forma parte de un contexto económico, social, político y cultural más amplio que va perfilando su práctica, como son entre otras las características que presentan las instituciones de atención a la salud y las políticas nacionales e internacionales de salud, que direccionan la prestación de estos servicios.

Finalmente habría que mencionar que este estudio, nos sugiere la necesidad de incursionar en los saberes prácticos que subyacen en todas las profesiones universitarias, y que habría que descubrir y develar, así como reconocer las formas

---

que requieren para ser enseñadas y aprendidas, desarrollando por ende una pedagogía de los saberes prácticos.

## FUENTES CONSULTADAS

### 1. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

ELZINGA, A.(1998). "The knowledge aspect of professionalization: the case of science- based nursing education in Sweden". In *The formation of professions. Knowledge, State and Strategy*. London: SAGE Publication. pp. 151- 173.

ALEXANDER, J. E. Y S. KELLER.(1994). "Patricia Benner. Del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica". En Marriner- Tomey Ann. *Modelos y teorías en enfermería*. 3ed. Madrid: Mosby/Doyma. pp. 163-178.

ARCE GURZA, F., M. BAZANT, A. STAPLES, D. TANCK de ESTRADA y J. Z. VAZQUEZ (1982). *Historia de las profesiones en México*. México: Colegio de México. 361p.

BENNER, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo. 329p.

CASTAN, NICOLE. (1992). "Lo público y lo privado". En ARIÉS PHILIPPE y GEORGE DUBY. *Historia de la vida privada*. España: Taurus. pp. 11- 47.

CLEAVES, P. (1985). *Las profesiones y el Estado: el caso de México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. 244p. (Jornadas 107)

CLARK, B.R. (1998). *El Sistema de educación superior. Una visión comparativa de la organización académica*. México: Nueva Imagen, Universidad Autónoma Metropolitana. 195p.

COLL, C., J.I. POZO, B. SARABIA y E: VALLS (1992). *Los contenidos de la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. España: Aula XXI/ Santillana.

---

COLLIERE, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. España: Interamericana- Mc Graw Hill. 395p

CONNELLY, F.M. y J. CLANDININ (1999). "El conocimiento práctico personal del maestro en el paisaje del conocimiento profesional". En: *El saber de los maestros en la formación docente*. México: UPN. pp. 9-30.

DÍAZ BARRIGA, A (1995). *Empleadores Universitarios. Un estudio de opiniones*. México: CESU- Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. 138p

DRUCKER, P.F. (1997). "Del capitalismo a la sociedad de conocimiento". En *La sociedad postcapitalista*. Barcelona: Grupo Editorial Norma. pp. 1-20.

DRUCKER, P. (2002) "Del capitalismo a la sociedad del conocimiento". En *Escritos fundamentales*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Tomo I El individuo pp. 17-41.

ELLIOT, Ph. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos. 157 p.

ENGELS, F. (1984). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. 12 ed. México: Ediciones de Cultura Popular.

FUCHS, E. (1996). "Origen y esencia de la moralidad". En *Historia ilustrada de la moral sexual*. Madrid, Alianza editorial, Vol. I. pp. 33-67.

GADAMER, H.G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa. 191 p.

GHILARDI, F. (1993). *Crisis y perspectivas de la profesión docente*. Barcelona: Gedisa. (Colección debate Psicoeducativo)

---

GIMENO SACRISTÁN, J. (1995). " El curriculum moldeado por los profesores". En ***El curriculum: una reflexión sobre la práctica***. Madrid : Morata. pp.196-239.

MAFFESOLI, M. (1993). "El procedimiento analógico". En ***El conocimiento ordinario. Compendio de sociología***. México: Fondo de cultura Económica. pp. 97-117.

HABERMAS, J. (1996). ***Ciencia y técnica como ideología***. México: Red editorial, Iberoamericana.

KLIKSBERG, B. (1994). "El rediseño del estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una agenda estratégica para la discusión". En KLIKSBERG, B. (Compiador) ***El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional***. México: INAH, Fondo de Cultura Económica. pp. 17-78.

MARTÍNEZ BENÍTEZ MA. M. y P. LATAPÍ (1993). ***Sociología de una profesión, el caso de enfermería***. 2ª. ed. México: Centro de estudios Educativos. (Colección Problemas Educativos).

MEDINA, J.L. (1999). "La profesión de enfermería: el paradigma de la crítica feminista de la dominación". En ***La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería***. Barcelona, Laertes. pp. 115-143.

MERQUIOR, J.G. (1990). "Definiciones y puntos de partida". En ***Liberalismo viejo y nuevo***. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 15-31

MORIN, E.(1988). "Introducción". En ***El método. El conocimiento del conocimiento***. España: Cátedra. pp. 17-39.

MORENO CUETO, E. et.al. (1982). "Organismos públicos para la salud e institucionalización del Estado". En ***Sociología histórica de las instituciones de***

---

**salud en México.** México: IMSS. (Serie Manuales Básicos y Estudios).

NOT, L. (1983). **Las pedagogías del conocimiento.** México: Fondo de Cultura Económica. 495p. (Sección de obras de Educación).

OSZLAK, O.(1994). "Estado y sociedad: las nuevas fronteras". En KLIKSBURG B. (compilador). **El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional.** México: Fondo de Cultura Económica/ Instituto Nacional de Administración Pública de México. pp. 45- 78.

PACHECO MÉNDEZ T. y A. DÍAZ BARRIGA. (1997). **La profesión su condición social e institucional.** México: CESU- Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. 202p.

PASTERMAC, M. (1976). "El método experimental y el método clínico". En BRAUNSTEIN, N.A. , M. PASTERMAC, G. BENEDITO y F. SAAL. **Psicología : ideología y ciencia.** México: Siglo XXI editores. pp.127- 155.

POZO, MUNICIO, J.I. (1996). **Aprendices y maestros. La nueva cultura del aprendizaje.** España: Alianza Editorial.

RÍOS EVERARDO, M. (2001). **El género en la socialización profesional de enfermeras.** Cuernavaca, Morelos: UNAM/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 200 p.

SANTONI RUGIU, A. (1994). tr. por Ma. Esther Aguirre Lora. **Nostalgia del maestro artesano.** México: Coordinación de Humanidades, CESU, Escuela Nacional de Música. 224 p.

SILVA HERZOG, J. (1986). **Una Historia de la Universidad de México y sus problemas.** 4 ed. México: Siglo XXI editores.

---

SHÖN DONAL, A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós. 310 p.

STARR, P. (1993). "El significado de privatización". En KAMERMAN, SH. B. Y A. J: KAHN (Compiladores). *La privatización y el Estado benefactor*. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 27-63.

VALLE FLORES, A. (1997). "Sobre las prácticas profesionales". En PACHECO MÉNDEZ T. y A. DÍAZ BARRIGA. *La profesión su condición social e institucional*. México: CESU- Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. pp. 173-197.

VALLS, E. (1993). *Los procedimientos: aprendizaje, enseñanza y evaluación*. España: ICE/ Horsori.

## 2. PUBLICACIONES PERIÓDICAS

ALCÁNTARA SANTUARIO, A. (1990). "Consideraciones sobre la tutoría en la docencia universitaria". En *Revista Perfiles Educativos*. México: UNAM/ CISE; No. 49- 50. pp.51-56.

CABELLO BONILLA, V.(1998). "Algunas observaciones sobre el lado oculto de la enfermería". En *Desarrollo científico de Enfermería*. Vol. 6 No. 1, Enero-Febrero. pp. 4-9.

CARDEVILLA, A. C. (1985). "Aspectos pedagógicos de la clase práctica en cirugía". En *Revista Cubana de Educación Superior*. Vol.5, No.1.

DAVIS, E. et.al. (1995). "Reflective Practice: a focus for caring". En *Journal of Nursing Education*. April, Vol 34, No. 4. pp.167-174.

De BACK, V. Y M. MENTOWSKI. (1986). *Journal of Nursing Education* Vol. 25,

---

No.7, September. pp.275- 285

ELBAZ, F. (1981). "The teacher's "Practical Knowledge": Report of a case study.", en *Curriculum inquiry*. Ontario/ Canada: The Ontario Institute for Studies in Education. Vol. 11, Number 1, Spring 1981. pp. 43- 71.

GARRITZ, A.(1989). "Tutoría: el perfil del docente en el posgrado". En *Omina*, Año 5, No. 17, diciembre.

GAINES, SH. y D. BALDWIN. (1996). "Guiding dialogue en the transformation of teacher -student relationships". En Revista *Nurs outlook*. Vol. 44, No. 3, May- june.

GÓMEZ CAMPO, V. M. (1983). "Educación Superior, mercado de trabajo y práctica profesional". En *Revista Pensamiento Universitario*. México : UNAM/ CESU, No. 60. pp. 4-51.

GÓMEZ VILLANUEVA, J. (1991). "Una aproximación al estudio de la sociología de las profesiones". En *Umbral XXI Publicación de los programas de investigación y Posgrado de la Universidad Iberoamericana*. No. 6, verano. pp. 23-40.

LAINO CURRAN, D. (1996). "Elegir al tutor". En Revista *Nursing*. Febrero. pp. 43-44.

LAURELL, ASA C. (1996). "El TLC y el sector salud". En *Revista Disensos*. México, UAM-Xochimilco, pp. 46-50.

LYNN BETZ, C. (1985). "Student in transition: Imitator of role models". En *Journal of Nursing Education*. Vol. 24, No. 7, September.

MALPICA URIBE, S. y Ma. T. BONILLA FERNÁNDEZ.(1987). "La CTM en la región de Atlixco, Puebla (1928- 1938)". En *Boletín de investigación del movimiento*

---

**obrero.** México: Centro de Investigaciones Históricas del Movimiento Obrero. Instituto de Ciencia / Universidad Autónoma de Puebla. pp. 17 - 37 y 139- 141.

NEHLS, Nadine. (1995). "Narrative Pedagogy: Rethinking Nursing Education". En *Journal of Nursing Education*. May, Vol. 34, No.5. pp. 204- 210.

SEGAL, A. (1987). "De la transferencia de tecnología a la institucionalización de la ciencia y la tecnología". En *Revista de Comercio exterior*. México: diciembre. pp. 983- 993.

ROUTH, B. (1996). "Como convertirse en tutor". En Revista *Nursing*. Febrero, 1996. pp. 41-42.

VALLE FLORES, A. (2000). "El nuevo Estado mexicano como regulador de los mercados educativos y laborales del nivel universitario. Los organismos de evaluación y certificación profesional". En VALLE FLORES, A. (coord.) *Formación en competencias y certificación profesional*. Pensamiento Universitario, 3ª. Época, 91. México: CESU. pp.143- 172.

### 3. FUENTES DOCUMENTALES

#### 3.1 DOCUMENTOS GENERALES

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.(1996). "Tendencias actuales y futuras". En *La formación en enfermería: pasado y presente*. Ginebra: CIE. pp. 5- 31.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.(2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas*. Ginebra: CIE . 54 p.

---

CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. **Ley General de Salud.**

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984.

GILARDI, Ma. (1996). "La redefinición del modelo de desarrollo económico, el tratado de libre comercio y sus repercusiones en la educación". En **Acta Sociológica**. pp 119-134.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1998). **Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud.** Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. 83p.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN. "Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión, dado por la Secretaría de Gobernación el 24 de marzo de 1892". En **Legislación Mexicana**. Tomo XXII, pp. 80 y 81.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN "Instrucciones para la práctica de la antisepsia en los partos, a las que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión". En **Legislación Mexicana**. Tomo XXII, pp. 81 y 82.

SECRETARÍA DE SALUD (1999). **Informe de la situación de la enfermería en México.** México: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. IMSS, ISSSTE, DDF, PEMEX, DIF, SM, 5DN, Asoc, Mexicana de Hospitales. 38 p.

### 3.2 DOCUMENTOS Y PUBLICACIONES INTERNAS

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. (1977) **Organización Académica 1977.** México: UNAM, Secretaría de Rectoría, Dirección general de orientación Vocacional. 28p.

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. ( 2000 ). **Plan De Estudios**. ENEO/ UNAM. 286p.

HERNÁNDEZ TORRES, M.E. (1998). **Reseña histórica de la creación y evolución de la ENEO. 1911-1986**. México: UNAM/ ENEO. 107p

OSTIGUÍN, R.M. (2002). **Titulación por ciclo escolar**. ENEO/ UNAM, Coordinación General del Plan Único de Especialización en Enfermería. 10 p.

PEREZ LOREDO DIAZ, L. (s/f) “*Características de los servicios de enfermería al inicio del siglo XX.*” En ENEO/ UNAM (1997) **Material Bibliográfico para la asignatura Historia de la enfermería en México**. pp105-116.

QUESADA FOX, C. y S. RUBIO DOMÍNGUEZ. (1997). **La función docente en la enseñanza clínica de enfermería**. Mecanograma. ENEO-UNAM. 16p.

#### 4. TRABAJOS RECEPCIONALES

LUCIO CRUZ, A. Ma. (1994). “Marco teórico”. En **La enfermera y su imagen social**. Tesis de licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO- UNAM. pp. 14-83.

SPEACKMAN GUERRA, E. (1996). “ Congregaciones femeninas en la segunda mitad del siglo XIX”. En **Tesis de Maestría**. México: Instituto de Investigaciones Históricas/ UNAM. pp. 62-74.

#### 5. MEMORIAS DE EVENTOS.

ALATORRE WYNTER, E. (1998). “El procesos histórico de la educación en enfermería en México”. En **Memorias XII Congreso Nacional de licenciados en Enfermería: Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna**. México: ENEO – UNAM. pp.49-70.

SALAS SEGURA, S. (1997). *Enfermería universitaria en la ENEO . legados y tendencias*. Conferencia presentada en el Evento del 90 Aniversario de la Enfermería Universitaria. México: ENEO- UNAM. 34p.

## **ANEXOS**

**ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA  
LEY DE ENSEÑANZA PROFESIONAL  
1867.**

**CARRERA DE PARTERA:**

- Anatomía y fisiología del aparato sexual femenino.
- Nociones de embriología y anatomía fetal.
- Embarazo, parto y puerperio fisiológico y patológico.
- Cuidados que requieren las madres y los recién nacidos.
- Higiene obstétrica.
- Operaciones obstétricas elementales.
- Antisepsia y terapéutica obstétrica.

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
PLAN DE ESTUDIOS  
1907**

**MATERIA**

- Anatomía
- Fisiología
- Higiene
- Farmacia
- Curación y cuidados de todo de enfermos

**PROFESOR**

Dr. Fernando López  
Dr. Francisco Bernales y Chacón  
Dr. Eduardo Lamic  
Dr. Eduardo Lamic.  
Maude Dato y Gertrudis Freidrich.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MÉXICO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**PLAN DE ESTUDIOS PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**11 DE ENERO DE 1912.**

**PRIMER AÑO:**

**Anatomía, Fisiología e Higiene:**

- Estudio de la forma y función de los huesos.
- Forma y modo de ser de las principales articulaciones.
- Forma, dirección e inserciones de los músculos superficiales.
- Nombre y trayecto de las principales arterias y venas.
- Nombre y trayecto de los principales nervios.
- Nombre, forma y situación de las principales vísceras y de los órganos de los sentidos.
- Explicación y objeto de la higiene.
- Higiene personal.
- Alimentación y regímenes alimenticios.
- Respiración, aire.
- Secreciones e higiene de la piel, baño.
- Vestidos.
- Ejercicios.
- Higiene de los órganos de los sentidos.
- Estudio de la habitación, aire, ventilación, luz y aseo.
- Aplicación de conocimientos al hospital y al enfermo.
- Aislamiento y desinfección.

**Primer curso de clínica para enfermeras:**

- Conocimiento y uso del termómetro.
- Modo de llevar las hojas termométricas, con apreciación a la vez del pulso y la respiración.
- Modo de desinfectar las manos y las regiones por curar y operar.
- Esterilización del agua, los instrumentos y las ropas.
- Conocimientos de los principales instrumentos quirúrgicos y uso de ellos.
- Manejo del termo- cauterio.
- Modo de hacer y aplicar cataplasmas ; sinapismos, embrocaciones, vejigatorios, ventosas secas y escarificadas.
- Inyecciones hipodérmicas, vaginales y rectales.
- Lavados intestinal, nasal, faríngeos, del oído y del ojo.
- Toques en la faringe, nariz, oído y ojo.
- Los más sencillos vendajes.
- Preparación de la cama, según los casos.

## **SEGUNDO AÑO:**

### **Patología, Farmacia y terapéutica:**

- Nociones acerca de lo que es enfermedad y síntoma.
- Conocimiento elemental de lo que son las afecciones médicas y quirúrgicas más comunes y de los accidentes médicos y quirúrgicos más frecuentes, con el fin de que las enfermeras y futuras parteras puedan reconocerlos fácilmente y anotarlos en las hojas de observación correspondiente.
- Nociones elementales de farmacia, insistiendo de preferencia en el conocimiento de las principales fórmulas farmacéuticas, y en la preparación de las que se usan de urgencia.
- Nociones elementales acerca de las principales clases de medicamentos, sus dosis y manera de administrarlos.

Nota: en las tres secciones del curso, se tendrá presente siempre que está destinado a enfermeras y, por consecuencia, se relacionarán los conocimientos a las aplicaciones que tengan que hacer de ellos.

### **Segundo curso clínico para enfermeras:**

- Recibo y transporte de enfermos operados.
- Cateterismo uretral y esofagiano
- Anestesia local y general
- Hemorragias y manera de cohibirlas
- Vértigo, lipotimias y síncope, manera de tratarlos
- Baños, sus distintas clases y aplicaciones al enfermo.
- Aplicación del frío, irrigación continua.
- Aplicación de calor, termómetros, conductos de agua caliente
- Recolección de excrementos, orinas y esputos para su estudio.

## **TERCER AÑO (PARA LA CARRERA DE PARTERA)**

### **Primer Curso de Obstétrica Teórica:**

- Anatomía de la pelvis y órganos genitales de la mujer.
- Descripción del óvulo.
- Ovulación, menstruación
- Fecundación
- Embarazo, marcha y término, presentaciones, posiciones y acomodación.
- Aborto
- Parto
- Cuidados del embarazo, parto y puerperio fisiológicos, para la madre y el producto.
- Nociones de terapéutica al alcance de las parteras.
- Puericultura.

## **CUARTO AÑO (PARA LA CARRERA DE PARTERA)**

### **Segundo Curso de Obstetricia Teórica:**

- Patología obstétrica del embarazo, del parto, del parto secundino y del puerperio.
- Conocimientos de las operaciones obstétricas, y de los medicamentos que puedan usar las parteras, con expresión de la forma y las dosis.

### **Segundo Curso de Clínica de Obstetricia:**

- Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del parto y del puerperio, de preferencia patológicos.
- Asistencia y ayuda en las operaciones obstétricas que sea necesario practicar.

#### **Los requisitos para obtener título universitario eran:**

- Cubrir 40 guardias en el departamento de maternidad
- Concurrir en el 4º año a conferencias sobre Deontología médica y farmacéutica.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
PLAN DE ESTUDIOS PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
1917**

**PRIMER AÑO:**

- Anatomía
- Fisiología
- Curaciones

**SEGUNDO AÑO**

- Higiene
- Curaciones en general

**TERCER AÑO**

- Pequeña farmacia
- Curaciones
- Cuidados de los niños.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
PLAN DE ESTUDIOS PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA.  
1927.**

**AÑO PREPARATORIO:**

- Castellano
- Física
- Matemáticas
- Química
- Biología

**PRIMER AÑO:**

- Anatomía
- Fisiología
- Curaciones

**SEGUNDO AÑO.**

- Higiene
- Curaciones en general

**TERCER AÑO:**

- Pequeña farmacia
- Curaciones
- Cuidado de los niños.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
PLAN DE ESTUDIOS PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
1936.**

Igual que el Plan de estudios de 1927

Inclusión de:

- Trabajo social

**Materias Optativas:**

- Higiene escolar
- Salud Pública
- Asistencia social.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**PLAN DE ESTUDIOS CARRERA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**1944**

**ENFERMERÍA**

<b>MATERIA</b>	<b>PRÁCTICA</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>HORAS/ SEM</b>
<b>PRIMER AÑO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomía y fisiología</li> <li>• Higiene, microbiología y patología</li> <li>• Trabajo social (1º curso)</li> <li>• Psicología y ética</li> <li>• Asistencia a enfermos de medicina</li> </ul>	Servicio de Hospital	Anual	5
		Anual	5
		Sem.	3
		Anual	2
		Anual	18
<b>SEGUNDO AÑO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nociones de patología general, terapéutica y farmacia</li> <li>• Clínica quirúrgica de enfermería</li> <li>• Práctica de enfermería quirúrgica</li> <li>• Trabajo social (2º curso)</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Laboratorio</li> </ul>	Servicio de Hospital	Anual	3
		Anual	5
		Anual	5
		Sem.	3
		Sem.	3
		Sem.	3
	Anual	18	
<b>TERCER AÑO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades transmisibles</li> <li>• Higiene mental y enfermería psiquiátrica</li> <li>• Enfermería ginecológica</li> <li>• Higiene infantil y enfermería pediátrica</li> <li>• Trabajo social (3º curso)</li> <li>• Dietética</li> </ul>	Servicio de Hospital	Sem	3
		Sem	3
		Anual	18
		Anual	3
		Anual	2
<b>MATERIAS OPTATIVAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inglés</li> <li>• Conjuntos corales</li> </ul>		Anual	3
		Anual	2
<b>OBSTETRICIA</b>			



# Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

## *Plan de Estudios*

Aprobado por el H. Consejo Universitario el 11 de marzo de 1992

Actualización de los programas aprobada por el H. Consejo Técnico de la ENEO  
(Acuerdos 233/98 y 452/2000)

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

2000

---

---

## PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL DEL EGRESADO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Uno de los propósitos fundamentales de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

Conforme con los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica de la UNAM, los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas de salud que afectan a las grandes mayorías hacen resaltar la importancia de la salud para el avance social y como motor del proceso de desarrollo.

El objeto del estudio de la enfermería es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida.

Para cumplir con esta responsabilidad, es necesario que el licenciado en enfermería y obstetricia desarrolle habilidades intelectuales como el análisis, la síntesis, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, la búsqueda y manejo de información, a través de diferentes medios, para la toma de decisiones fundamentadas en la planeación del cuidado; para el dominio de los procedimientos y tecnologías básicas del campo de la enfermería transferible a diversas situaciones; para tener actitudes para establecer relaciones personales favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, así como la disposición para trabajar en los proyectos colectivos de manera crítica y responsable.

El licenciado en enfermería y obstetricia egresado de la ENEO se caracteriza por su capacidad para:

1. Analizar la evolución histórica y prospectiva de la enfermería en el contexto de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica de enfermería y ubicar su desempeño profesional en el campo de la salud.
2. Comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud para definir su participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables.
3. Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria.

- 
- 
4. Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos para diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento de la salud.
  5. Brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla ó donde acude a atender su salud.
  6. Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado.
  7. Aplicar prácticamente el proceso de enfermería sustentado en la teoría sobre el cuidado integral de la persona.
  8. Cuidar a la persona en su salud reproductiva durante las etapas pregestacional, gestacional y postgestacional, con base en el proceso de enfermería y el enfoque de riesgo.
  9. Aplicar, adaptar y contribuir al desarrollo de la tecnología de enfermería que se requiere para el cuidado de la persona.
  10. Ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de la enfermería, en la coordinación de los grupos de trabajo y en la participación de la planeación de los servicios de salud.
  11. Utilizar la metodología de la investigación en enfermería como herramienta de conocimiento para describir, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el cuidado de la salud en el ciclo vital humano.
  12. Aplicar las bases generales de la docencia en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos en enfermería.
  13. Sustentar la práctica de la enfermería en principios éticos y bases legales de la profesión.
  14. Acrecentar la cultura de la enfermería con un permanente deseo de superación personal y actualización profesional.
  15. Participar en investigaciones sobre el "cuidado" de enfermería para contribuir al desarrollo del conocimiento disciplinario.
  16. Sustentar la práctica profesional de la enfermería en principios filosóficos que guíen su manera de actuar en la búsqueda del conocimiento de los valores personales y el ser humano, así como la consolidación de una filosofía personal de enfermería.



## MAPA CURRICULAR DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ÁREA I ENFERMERÍA Y SALUD EN MÉXICO			ÁREA II PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS EVOLUTIVAS			ÁREA III PROCESO SALUD- ENFERMEDAD EN LA REPRODUCCIÓN HUMANA	
1° Semestre	2° Semestre	3° Semestre	4° Semestre	5° Semestre	6° Semestre	7° Semestre	8° Semestre
Atención a la Salud en México  12 créditos	Anatomía y Fisiología Humana I  15 créditos	Anatomía y Fisiología Humana II  15 créditos	Proceso Salud-Enfermedad en el Niño  10 créditos	Proceso Salud-Enfermedad en el Adolescente, en el Adulto y en el Anciano I  10 créditos	Proceso Salud-Enfermedad en el Adolescente, en el Adulto y en el Anciano II  10 créditos	Obstetricia I  36 créditos	Obstetricia II  39 créditos
Historia de la Enfermería en México  8 créditos	Fundamentos de Enfermería I  18 créditos	Fundamentos de Enfermería II  20 créditos	Enfermería del Niño  26 créditos	Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano I  28 créditos	Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano II  28 créditos	Docencia en Enfermería  7 créditos	
Socioantropología  10 créditos	Psicología General  6 créditos	Nutrición Básica y Aplicada  12 créditos	Desarrollo de la Personalidad Infantil  6 créditos	Desarrollo de la Personalidad del Adolescente, del Adulto y del Anciano  6 créditos	Ética Profesional y Legislación  6 créditos		
Metodología de la Investigación  15 créditos	Ecología y Salud  15 créditos	Farmacología  8 créditos	Didáctica de la Educación para la Salud  6 créditos	Administración General  4 créditos	Administración de los Servicios de Enfermería  11 créditos		