

CAPITULO I

INTRODUCCION

Con la presente investigación documental, se propone hacer una revisión de la formación y práctica de la Enfermera de América Latina y México, partiendo del año de 1900 al de 1980. Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta ¿Responde la carrera de Enfermería a los requerimientos de salud de la población nacional?

Para tal efecto, el trabajo se estructuró en un marco referencial partiendo del capítulo dos, derivándose del mismo nueve secciones: La primera sección se denomina Educación y Salud; el cual es visto desde la formación de la enfermera.

La segunda sección se refiere al personal de enfermería en el contexto de América Latina; en donde se realiza un análisis de la preparación y práctica de la enfermera relacionado con el proceso de producción económica y las demandas del sistema dominante.

En la tercera sección se revisan los aspectos históricos de la enfermera en México para conocer como influye la estructura social capitalista tanto en su formación como en su práctica.

La cuarta sección describe la situación actual de la enfermera, la práctica que más ha predominado en esta profesión, el enfoque de sus planes de estudio y el porque de que la carrera de enfermería se incline más al campo de atención

hospitalaria (población intramuros) que al de la comunitaria (población abierta). Se finaliza este capítulo dando respuesta en parte a la interrogante propuesta al inicio de este trabajo.

En la quinta sección se elabora un marco conceptual de la teoría curricular en donde se mencionan datos relevantes de esta teoría y una propuesta metodológica para elaborar programas de estudio.

La sexta sección se enfoca a los antecedentes históricos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas de H. Matamoros, Tam. y brinda un panorama general de su evolución desde el inicio de su creación.

En la séptima sección se describe una metodología de trabajo para analizar el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas de H. Matamoros, Tam. tomando como base el marco conceptual de la teoría curricular.

En la octava sección se elaboran las conclusiones del trabajo en general y finalmente en la novena sección se proponen lineamientos para elaborar un programa de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

1.1 Planteamiento del Problema

La salud y educación son dos elementos importantes en el desarrollo de una sociedad, entre otros, que determinan la calidad de vida de los individuos. El Gobierno al igual que las Universidades tienen la misión social de responder a las necesidades de salud de su población y ser congruentes tanto en sus políticas como en sus acciones con la meta que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Salud para todos en el año 2000". Para lograr esta meta se debe de conocer si la estructura social que impera en el país coadyuva en la realización de la misma. Es por eso importante enunciar lo que señala Verderese, Olga (1980) en Latinoamérica y por consiguiente en México la práctica de salud está determinada por la estructura social imperante en los diversos momentos históricos por lo que dicha estructura se articula con la práctica de salud dominante y esta influye en la preparación y en los campos de acción disponibles para los profesionales de la salud. Siendo la profesión de Enfermería uno de ellos. Dentro de este contexto la enfermera es un profesional que participa en forma importante en la salud y educación de la misma, ya que en el país una buena cantidad de enfermeras reciben su

4.

formación en Universidades públicas y tienen el compromiso social de participar en la solución de los problemas de salud de la sociedad. Bajo esta filosofía los estudiantes se preparan en prácticas profesionales en poblaciones abiertas (que no poseen seguridad social) atendiéndolos en hospitales universitarios o en centros de salud comunitarios. Sin embargo, su práctica y profesión está condicionada a la estructura social que predomina en cada período histórico.

Motivo por el cual surge la interrogante ¿Responde la carrera de Enfermería a los requerimientos de salud de la población Nacional? Para dar respuesta a lo anterior es necesario indagar la situación actual de la enfermera, lo cual es producto de la historia, por lo que se procede a realizar un análisis de su práctica y preparación en América Latina y México desde el inicio del presente siglo hasta la década de los ochentas relacionando la estructura social que impera en cada período histórico, de acuerdo a estos resultados se va aclarando la interrogante que se plantea en este trabajo.

Se hace necesario elaborar un marco teórico de la teoría curricular para analizar el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de H. Matamoros y proponer lineamientos que

coadyuven a formar un profesional crítico en el ámbito de la salud.

1.2 Metodología.

Objetivo General. Mostrar si la carrera de Enfermería responde a los requerimientos de salud de la población nacional.

Objetivos Específicos.

1. Relacionar la práctica y formación de la enfermera en Latinoamérica en los periodos de 1900 a 1980 de acuerdo a la estructura social imperante de cada época.
2. Articular los aspectos históricos de la práctica y formación de la enfermera en México en los periodos de 1900 a 1980 de acuerdo a la estructura social imperante de cada época.
3. Elaborar un marco conceptual de la teoría curricular para analizar el plan de estudios de la carrera de licenciatura en Enfermería y proponer lineamientos para su restructuración.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Enfermería, Salud y Educación

2.1 Salud y educación en América Latina

Históricamente, y en contraste con el pronto reconocimiento de que han sido objeto otros derechos, el derecho a la salud es uno de los últimos que se han proclamado en las instituciones de la mayor parte de los países del mundo. En efecto los lineamientos constitucionales de los siglos XVIII y XIX pasan en silencio el derecho a la salud, siendo así que mencionan muchos otros, como el de educación por ejemplo.

En el ámbito internacional, la declaración universal de los derechos humanos establece un precedente en 1948 al declarar en su Artículo 25, lo siguiente:

- 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez u otros casos de pérdida de sus medios de subsis-

8.

Infancia (UNICEF), y con la activa participación de 134 Estados Miembros representantes de 67 importantes organismos no gubernamentales e intergubernamentales, reconoció unánimamente que la atención primaria de salud es el medio apropiado para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, con la cual se aspira que los ciudadanos del mundo acceden a un grado de salud que les garantice una vida social y económicamente productiva. Ello significa, que los individuos y las comunidades exploten su potencial de energía económica y extraigan satisfacciones sociales donde se aprovechan todas sus aptitudes, intelectuales, culturales y espirituales.⁽³⁾

Para aprovechar los planteamientos que hace la OMS, en América Latina actualmente existe la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo de dicha organización es realizar un registro de todas las actividades de salud y ejecutar acciones que abarquen los aspectos de la misma. Sin embargo, aún cuando existen estos dos organismos importantes mundialmente hablando, la realidad es que el sistema de salud actual, tiene beneficios de una asistencia médica limitada, ya que existen diferencias significativas entre los servicios prestados a la población de países subdesarrollados y desarrollados. Con situaciones de inequidad entre estos países, como

ejemplo podemos citar; la mortalidad infantil, la esperanza de vida y el gasto público.*

En forma específica cabe mencionar que en Latinoamérica sólo el 70 por ciento de la población tiene acceso a servicios de salud y ese porcentaje desciende al 42 por ciento si se considera a la población que vive en zonas rurales. El 21 por ciento no tiene acceso al agua potable, carecen de servicios adecuados de saneamiento el 41 por ciento, y el número de habitantes por médico es de 2,6 veces superior al de los países desarrollados⁽⁴⁾. A esta desigualdad de distribución entre países y áreas geográficas se suman otras limitantes debido a que son muchos los países subdesarrollados que solo copian los servicios curativos especializados de los países desarrollados, en detrimento de las urgentes necesidades de la población en cuanto a servicios de promoción mas que de curación, y de el desarrollo a innovación del conocimiento y las técnicas desde sus realidades. Se cura a unos cuantos y se descuida a las mayorías, en donde la tareas

	PAISES	
	<u>Subdesarrollados</u>	<u>Desarrollados</u>
- Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos).	160	19
- Esperanza de vida (años).	45	72
- Gasto público en salud - - pércapita.	1,7	244

(The Nation's Health, Nov. 1981).

fundamentales debieran avocarse a la prevención, como lo son la higiene del medio y los cuidados primarios de salud, entre otros.

Es así como la formación de recursos humanos, no se da como respuesta a la problemática de salud de las sociedades latinoamericanas sino que aparece desvinculada de su realidad y obedeciendo a influencias externas. La Enfermera como uno de los recursos humanos del sector salud debiera contribuir a resolver los problemas relacionados con el mismo, coordinándose con otros profesionistas en equipos multidisciplinarios, para realizar acciones prioritariamente de promoción y en segunda instancia de atención curativa y rehabilitación en las diferentes comunidades. Las situaciones que se viven entre el nivel de aspiración, para validar el derecho universal a la salud y la distribución inequitativa y limitada de los servicios que se presentan, debiera llevar a las escuelas de Enfermería a intentar nuevos caminos en los procesos de formación, sin caer en contradicciones dentro de la propia búsqueda, haciendo copias y transferencias de conocimientos y técnicas de otros planes de estudio. En experiencias nacionales, se tiene que la incorporación y generalización de la tecnología educativa desde la década de los 70's en las instituciones educativas en el campo de la

salud, ha creado en el docente una falsa sensación de seguridad. La enseñanza desde objetivos conductuales que ordenan al estudiante, ejecutar acciones repetitivas, lo que ha conseguido es una actitud pasiva de los mismos que los lleva finalmente a memorizar procedimientos de manera mecánica para ser repetidos, sin una teoría que los explique y una realidad que los sustente. El abordaje de problemas desde lo instrumental, va imposibilitando la creación de alternativas de acuerdo a condiciones existentes y fomentando la pereza intelectual y el empobrecimiento en la formación de enfermeras. Es así, como se cierra el círculo que impide la creación e innovación del conocimiento desde los procesos educativos que se generan en las escuelas de Enfermería y que continúan en la práctica profesional.

La preocupación que esta situación ha despertado en algunos educadores y sectores de la sociedad, conlleva al reconocimiento de la necesidad de formar un nuevo tipo de personal, capaz de desarrollar su creatividad y de contribuir científicamente a la solución de la problemática de salud; por ello, algunas universidades han incorporado en sus planes de estudio un curso sobre el método científico, o buscado mecanismos que incorporen su uso en el desarrollo de las experiencias educacionales. Esta

medida, en apariencia importante, resulta pobre y unilateral en cuanto que se pretende resolver un problema complejo a través de un curso o cambios en los ya existentes. Lo que se deja sentir, es que la revisión y replanteamiento curricular debe ir más allá de cursos sueltos, descontextualizados de la realidad y desvinculados de una teoría. Es de esperarse que por lo menos las Universidades oficiales o públicas en cumplimiento a su función social, adopten medidas desde una postura crítica y dentro de un proyecto de universidad comprometida donde se formen recursos humanos dentro de un continuo entre teoría y práctica, un continuo entre los procesos de enseñanza, aprendizaje, investigación y prestación de servicios. Desde esta visión es que se deja sentir la necesidad de que las escuelas de Enfermería revisen sus proyectos educativos a la luz del contexto de la comunidad donde se está inmerso.

2.2 El personal de Enfermería en el contexto de América Latina.

La formación del personal de Enfermería en Latinoamérica se da con las características propias de la estructura social imperante, en los diversos momentos históricos

que van marcando el tipo de personal requerido de acuerdo a las necesidades que regulan los detentadores del poder⁽⁵⁾. Es así como las condiciones estructurales de América Latina dentro del sistema internacional capitalista han determinado en gran medida los perfiles de los profesionistas que se han formado en esta región.

Globalizando períodos tenemos que en las tres primeras décadas de este siglo y como resultado de la expansión y desarrollo del capitalismo, los países latinoamericanos en su condición de dependientes y subdesarrollados buscan consolidar el modelo de desarrollo hacia afuera, que los ubica como productores de materias primas con un estrecho mercado interno un incipiente mercado internacional ligado a la producción agrícola exportadora de alimentos y la industria extractiva. Es en las demandas de las actividades exportadoras que incluían medios de transporte marítimos y ferroviarios donde se gestaron las necesidades para una práctica de salud dominante conocida como "Sanitaria" que estuvo centrada fundamentalmente en el saneamiento y vigilancia de los puertos así como en la lucha de las enfermedades que exigían cuarentena, y que representaban una traba para el comercio internacional. Son las enfermedades cuarentenables entonces el punto de partida del desarrollo de la

medicina en latinoamérica y la explicación más clara de la colaboración de los organismos internacionales en el campo de la salud como lo son: La OPS (1902) mas ligada a la sanidad marítima y a la regulación de la cuarentena, y la Fundación Rockefeller, a través de la Comisión Internacional de Salud (1913), que se ocupó principalmente de la lucha contra las endemias rurales.*

Con la práctica de salud sanitaria, la cual fue ejercida por médicos, e inspectores sanitarios con suficiente preparación, el desarrollo de la Enfermería siguió ligado al desarrollo de los hospitales, que desde principios del siglo XIX se encontraba en masas de congregaciones religiosas encargadas fundamentalmente de atender menesterosos y enfermos infecciosos, y que cumplían mas una función social que propiamente médica, mediante la conversión religiosa, moralización y disciplina de grupos de población. El cumplimiento de esta función que fue ejercida fundamentalmente por enfermeras, contribuía a disminuir tensiones sociales y recuperar para la industria manufacturera incipiente, la mano de obra excedente de la agricultura.

* Raúl Rojas Soriano (1990) al respecto nos dice que, la Fundación Rockefeller, ha apoyado a los países extranjeros en sus programas de salud como un mecanismo para coadyuvar con los Estados Unidos de América en el control de mercados y recursos de países como el nuestro, en donde dichos programas, han resultado mas eficaces que el trabajo de los misioneros o el ejercicio.

El desarrollo de los hospitales fue precario pero creó las bases de la medicina clínica que en la etapa de la industrialización de principios del siglo XX se materializa en hospitales privados, principalmente de empresas privadas que florecieron en esta etapa.

En este mismo período el Estado Nacional toma a su cargo las acciones sanitarias creando departamentos y direcciones de sanidad, se intensifican las prácticas de salud pública y los hospitales privados, también se dan los primeros esfuerzos para la formación de enfermeras al crearse escuelas en diferentes países, donde existía ya una actividad manufacturera incipiente y núcleos fabriles pequeños, así la primera escuela de Enfermería surge en Argentina en 1890, Cuba 1900, Chile 1905, México 1907, Uruguay 1912 y Brasil 1923. De los países mencionados Chile establece la especialidad de Enfermería sanitaria, posteriormente, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, se crea la primera Unidad Sanitaria Modelo como centro de demostración y de enseñanza, organizándose en él un curso para enfermeras nacionales y extranjeras; un año después en dicho país, se inicia el primer servicio de Enfermería en Salud Pública en el Servicio Nacional de Salud.

La creación de las escuelas de Enfermería va paralelo

al desarrollo de la medicina estatal y la incorporación de la atención médica -cuidado de la enfermedad individual- como atribución del Estado. Es con el apoyo técnico y financiero del extranjero que se expande el papel de la enfermera para el área de salud pública ligada a las acciones de saneamiento.*

Con la incorporación de la enfermera en las actividades de salud pública y la creación de escuelas para formarlas se inicia la transferencia de los servicios de salud de las congregaciones religiosas a las instancias laicas así como el control estatal de estos servicios.

En las décadas de 1930-1960 el proceso de industrialización se fortalece, estacándose el comercio de exportación, esta etapa se caracteriza por un modelo de crecimiento identificado como "desarrollo hacia adentro".

La depresión económica de 1930, encontró en los países latinoamericanos una estructura económica básicamente sustentada por la actividad exportadora. El colapso del mercado exterior y el decaimiento de la capacidad importadora hizo que se volcara a la industria el capital

* La Comisión Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller identificaba la salud con la capacidad de trabajar, y medía los avances cualitativos en el terreno de la salud de acuerdo con los incrementos cuantitativos logrados en el terreno de la productividad. Op. cit., Rojas, 1991.

acumulado en el período anterior, a fin de reemplazar los productos manufacturados que venían del exterior.

Las economías latinoamericanas consiguen superar la fase de monoexportación, incrementar su mercado interno y sentar algunas bases para un desarrollo más autónomo. Sin embargo, la escasez de capital nacional, la dependencia de una tecnología importada y la gran inversión de capital extranjero en las industrias nacionales impediría la autonomía deseable.

La migración de los hombres del campo a las grandes ciudades en busca de los beneficios del desarrollo industrial aceleró el proceso de urbanización. De 1950 a 1970 la población rural en América Latina creció un 15 por ciento, en tanto que la urbana en un 49 por ciento. El rápido proceso de urbanización, sumado a la limitada capacidad de la industria para absorber las masas rurales desplazadas, crearon los llamados polos de desarrollo con conglomerados humanos, que ejercieron gran presión y obligó a destinar mayores inversiones a la vivienda, la salud, la educación, etc., en estas áreas urbanas, en detrimento de las áreas rurales.

Bajo estas condiciones la práctica sanitaria dominante, del período anterior, que respondía a las necesidades de una economía exportadora de materias primas, pasa a una

práctica de salud mas centrada en las necesidades de las enfermedades del individuo -atención médica- que el proceso de industrialización demanda a fin de proteger la mano de obra y aumentar su productividad. Esta situación impulsa el desarrollo de la industria hospitalaria que entre 1940 y 1960 tiene un crecimiento vertiginoso. La atención médica asume modalidades distintas de acuerdo a los grupos de población a la que se destina: la práctica médica privada se hace a cargo de los grupos urbanos y pudientes; mientras que de la clase obrera y burocrática lo hace el Estado a través de instituciones de seguridad social que son creadas en este período. El Ministerio de Sanidad asume la responsabilidad de los servicios corporativos de salud para la población desprotegida que, dada la modalidad de desarrollo "marginizante" es cada vez mas numerosa.

Los antiguos hospitales de caridad y los de beneficencia son transferidos a los Ministerios de Sanidad o pasan a ser subvencionados por estos.

La hegemonía de la atención médica sobre la práctica sanitaria, que perdura hasta el presente, tuvo un gran avance en la medicina clínica y su desarrollo se reflejó en numerosas especialidades y especialistas.

Este desarrollo se hace sentir también en la educa-

ción médica, estimulando el crecimiento de la medicina privada y creando nuevas necesidades en el campo de la salud. En el período referido (1930-1960) se contruyen los grandes centros médicos y los hospitales de clínicas ligados a los centros universitarios. Aparecen nuevos grupos ocupacionales, tales como técnicos en raxos X, laboratoristas, entre otros, lo que conlleva a una mayor división del trabajo.

Durante la década de los años cuarenta, la práctica de la medicina preventiva la asume la Enfermera Sanitaria, la cual se incrementa, alcanzando su auge en la siguiente década.

Dicho auge se vio reflejado en su campo de acción comunitario, así como en la enseñanza. Sin embargo, aunque la enfermera era bien reconocida por la comunidad desempeño lugares secundarios, por lo que no pudo consolidar un status profesional⁽⁶⁾.

En esta etapa el sector salud recibe gran cooperación de organismos internacionales e interamericanos*. Se aumentó la influencia y transferencia de tecnología médica desde los países desarrollados a los países subdesarrollados, y el intercambio de técnicos norteamericanos y profe

* Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller. Instituto de Asuntos Interamericanos, etc.

sionistas latinos que son enviados a los Estados Unidos.

Los avances científicos de la medicina y la sofisticación de la atención médica continuaron priorizando la práctica hospitalaria sobre la sanitaria y crearían condiciones para una mejor preparación de aquella. No se conoce el número de enfermeras trabajando en América Latina antes de 1974; sin embargo un estudio hecho a través de la OPS en ese año⁽⁷⁾ señala que 5,121 enfermeras trabajaban en los hospitales y 1,124 en salud pública. Estos datos dan un incremento notable de que la atención de la enfermera estaba centrada desde entonces en la atención curativa-hospitalaria, hecho motivado porque la estructura social imperante dirigía su enfoque a la atención del trabajador para generar mayor productividad, esto a consecuencia del proceso de desarrollo industrial de los países de Latinoamérica de esta época. Siendo así, que el bajo índice de enfermeras en salud pública que se muestra, evidencia que no se respondía a la problemática de salud de las comunidades.

Asimismo, datos proporcionados por la misma OPS, en los años 1949 y 1950 constatan que el número de escuelas existentes, fueron duplicadas, como también la escolaridad exigida para su ingreso. En 1949, el 61 por ciento de las escuelas exigía de 9 a 12 años de escolaridad, diez años

después, este requisito lo tenía el 91 por ciento de las escuelas (Cuadro No. 1). Los currículos de las escuelas se fortalecieron incorporando contenidos vinculados con la salud pública y enfermedades transmisibles.

Por otra parte, en 1959, el 85.7 por ciento de las escuelas incluían experiencias en salud pública mientras 10 años atrás lo hacían menos del 50 por ciento, también se incrementaron los contenidos a enfermedades transmisibles del 25 por ciento al 88.3, sin embargo, y pese a que la formación de enfermeras respondía a necesidades en salud pública, el mercado de trabajo siguió cubierto casi en totalidad por las prácticas hospitalarias ya que el 80 por ciento de la fuerza laboral se encontraba en los hospitales. Ya se observaba entre ambas prácticas una marcada desvinculación entre la formación de enfermeras y su campo laboral. Esta situación hace evidente la incapacidad del Estado para cumplir su responsabilidad, en la medida de que no instrumenta políticas acordes a las necesidades sociales.

CUADRO NO. 1
NUMERO DE ESCUELAS EN 1949 Y 1959, Y AÑOS DE
ESTUDIO REQUERIDOS PARA EL INGRESO

AÑOS DE ESTUDIO REQUERIDOS PARA EL INGRESO	NO. DE ESCUELAS	
	1949	1959
De 6 a 8 años	18	9
De 9 a 10 años	24	61
De 11 a 12 años	10	25
Total	52	95*

* Existía un total de 110 escuelas, pero 15 no participaron en la encuesta.

Fuente: OPS/OMS

El desarrollo de la medicina y sus especializaciones tendría sus repercusiones en la división del trabajo de las enfermeras dentro de los hospitales modernos y generaría el aumento del número de auxiliares de Enfermería dentro de los mismos. A pesar de haber existido siempre en los hospitales personal empírico conocido como ayudantes o sirvientes de los servicios de Enfermería, es hasta 1950 que se le reconoce como parte del equipo de Enfermería, se le prepara con cursos formales y son reconocidos por los Ministerios de Educación de la Salud*.

* En 1957 existían en Brasil 43 cursos de auxiliares, en Chile 10, en Colombia 7, calculándose un total de más de 250 cursos. La preparación de la auxiliar de Enfermería en Salud Pública también aparece con denominaciones distintas (visitadoras sanitarias, visitadoras domiciliarias, etc.).

A pesar del aumento de las escuelas de Enfermería, el número de aspirantes a esa carrera creció muy lentamente como lo señala la OPS, a consecuencia entre otras cosas, de la desvaloración de la enfermera dentro de su práctica profesional y del mercado de trabajo, con funciones desvinculadas de su preparación y bajas remuneraciones, tanto en el área hospitalaria como de salud pública, mismos que no estimulaban el seguir en la carrera. Es así como la fuerza laboral de Enfermería se fue conformando esencialmente con personal auxiliar⁽⁸⁾.

En 1957 una estimación del número de auxiliares preparadas mostró cifras superiores a 70,000⁽⁹⁾, en el caso de Brasil, por ejemplo el personal auxiliar llegó a ocupar más del 90 por ciento de la fuerza de trabajo tanto en el área hospitalaria como de salud pública. Esta situación llevó a partir de 1950 a cambios en la práctica y en la formación de las enfermeras, que pasaron a ocupar puestos administrativos de Jefaturas, de supervisión y docencia. Surgen así los cursos de especialización en esas áreas, mientras en los currículos se incorporan cursos teóricos y prácticas relacionadas con la docencia.

En el siguiente período que abarca de 1960-1980, las crisis recurrentes en las economías de los países latinoamericanos, se caracterizan por la reducción del crecimien-

to del producto interno, el aumento de la deuda externa y el desempleo*. Para hacer frente a estos problemas, se buscan alternativas tendientes a dinamizar el mercado interno, la introducción de cambios en la estructura del comercio internacional, la integración latinoamericana y la reducción de los gastos públicos. El aumento del mercado interno se espera conseguir a través de la modernización de la agricultura y la ganadería con un doble objetivo: incorporación de la población rural al mercado de consumo, y el aumento de la producción y consecuente baja de precio a los alimentos. Los cambios en la estructura del comercio internacional se buscan a través de una expansión del intercambio con los países en desarrollo. Se concretan algunas iniciativas con relación a la integración latinoamericana, la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio y el Pacto Andino representan algunos pasos en esta dirección, la intención de integrar la región latinoamericana en términos económicos preveé el rompimiento de ciertos patrones de "dependencia" y un desarrollo más autónomo y sostenido de sus economías⁽¹⁰⁾.

* América Latina debía 222,5 miles de millones de dólares en 1980, y como dato reciente tenemos que, pagó por concepto de utilidades e intereses 365.8 miles de millones en el pasado decenio. En esta década no creció el producto por habitante ni ninguno de los indicadores positivos del desarrollo económico y social, pero en cambio aumentó de modo alarmante la pobreza, la deuda externa, la inflación, el desempleo y el intercambio desigual. (Conferencia Regional en América Latina y el Caribe, 1990).

En este período continua la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva. El análisis de los gastos gubernamentales en servicios preventivos y curativos en algunos países latinoamericanos ilustra la situación (Cuadro No. 2). Un porcentaje muy alto de los gastos públicos en salud se destina a servicios curativos, principalmente a servicios hospitalarios.

CUADRO NO. 2
ANALISIS DE LOS GASTOS GUBERNAMENTALES EN SALUD
EN PAISES SELECCIONADOS

PAIS	AÑO	PORCENTAJES - PARA SALUD PU- BLICA O MEDI- DAS PREVENTI- VAS.	PORCENTAJE PA- RA SERVICIOS - CURATIVOS.	PORCENTAJE - PARA ADIESTRA- MIENTO E IN-- VESTIGACIONES
Paraguay	1972	10.5 (a)	84.6 (b)	-
El Salvador	1971	3.3 (c)	52.9 (b)	1.1
Colombia	1970	18.7	79.3	2.0
Chile	1959	18.3	77.0	4.0
Panamá	1967	30.0	70%	
Venezuela	1962	18.0	76.5	5.5

(a) Gastos para campañas contra enfermedades contagiosas, salud materno infantil, vacunaciones y servicios de laboratorio.

(b) Gastos para hospitales públicos únicamente.

(c) Gastos para campañas de inmunización y vacunación, servicios de laboratorio y de saneamiento ambiental.

Esta política de salud exige, cambios en un escenario contradictorio, por un lado se demanda atención para todos los integrantes de las sociedades latinoamericanas mientras que por otro lado sus políticas económicas tienden a la reducción del gasto público, dentro del cual se encuentra el destinado a la salud⁽¹¹⁾.

Al surgir, la demandas de "Salud para todos en el año 2000", la práctica de Enfermería sigue centrada en los hospitales, pero se da la tendencia de cambiar su enfoque administrativo por uno clínico. Aparecen los cursos de especialización en Enfermería materno infantil, médico quirúrgica y psiquiátrica. La enfermera especialista empieza a asumir mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. En el área materno infantil, asume la responsabilidad del control del niño sano y de las embarazadas y se responsabiliza por los partos normales, en el área de psiquiátrica, participa en las terapias de grupo y asume mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

Los avances en el campo de la medicina y la importancia atribuida a la educación en los decenios 1950 a 1960 como uno de los principales mecanismos para la modernización, a través de mano de obra altamente especializada,

favoreció que se incrementarán las especializaciones en el campo de enfermería, la preparación de enfermeras pasa a formar parte del sistema de educación superior, y se establece un nivel intermedio, posterior a la educación secundaria para técnicos de Enfermería, mientras los cursos de auxiliares son reestructurados y en muchos de los países se les incorpora al sistema educativo nacional*.

El gran desarrollo y modernización de los hospitales, iniciado en décadas anteriores, sigue favoreciendo en esta etapa la centralización en la atención curativa a la vez que se consolida como espacio para la formación y especialización de médicos y otros profesionales de la salud. El dominio de la práctica hospitalaria sobre las demás prácticas de salud se mantiene hasta el presente, sin embargo, desde el año de 1970, comienzan a emerger una serie de críticas a esta situación de dominio, cuando surgen las primeras políticas de extensión de cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales. Al

* En 1970 existían en América Latina 257 Escuelas de Enfermería, 125 de las cuales exigían como requisito de ingreso estudios pre-universitarios (12 años de escolaridad) y 133 exigían el primer ciclo secundario (9 años). De estas escuelas 73 estaban en las universidades. El número de escuelas de Enfermería a nivel educación superior, que en 1949 representaba el 19 por ciento de las escuelas existentes y en 1959 el 26 por ciento, en 1970 alcanzaba casi el 50% (OPS, 1972).

respecto un informe sobre salud del Banco Mundial (Banco Mundial, 1975) hizo el señalamiento siguiente: "Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos en hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel...". Esta crítica, era posterior a los planteamientos hechos por la política de extensión de la cobertura a las zonas rurales y marginales que aparece en América Latina durante la crisis mundial de los alimentos en 1972. Los cambios que debieron ocurrir en la práctica de salud son oficializados por los Ministros de Salud del Continente a través de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981⁽¹²⁾. Las metas de este plan, se van ampliando en 1977, durante la 30a. Asamblea de la Organización Mundial de la Salud que aprueba una resolución en la cual se establece como meta de los gobiernos y de ella la "Salud para todos en el año 2000"⁽¹³⁾, dando así un carácter universal a la extensión de cobertura. La declaración de Alma Ata* pedía a todos los Gobiernos "Formular políticas, estrategias y

* Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma Ata, U.R.S.S., en septiembre de 1978, organizada conjuntamente por la OMS y la UNICEF.

planes de acción con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de la salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores"⁽¹⁴⁾. Es así, como en todos los niveles y programas de salud la extensión de la cobertura a las zonas rurales asume carácter prioritario, la estrategia de atención primaria, la cual consiste en enfrentar los problemas de salud en un realidad concreta que compromete y afecta a todo el sistema de salud y a la población que sirve.

Al surgir los planes de extensión de la cobertura, emergen también una serie de críticas a la práctica de Enfermería y a su sistema de formación, paralelamente a las críticas, aparecen una serie de innovaciones enfocados a la planificación y a la organización de los servicios y de la educación hacia los problemas básicos de la comunidad. Las numerosas publicaciones sobre la extensión de la cobertura, atención primaria, participación de la comunidad, fueron los documentos básicos para la programación en Enfermería⁽¹⁵⁾.

Con la aceptación de que la atención primaria debe ser realizada principalmente por personal auxiliar y agentes de la comunidad surge un número considerable de cursos para adiestrar, en corto tiempo, auxiliares

rurales. Estos cursos, muchas veces organizados y dirigidos por médicos, eran establecidos sin que aún se definieran las funciones que este personal debería desempeñar y las estructuras de apoyo para su desempeño. En este momento, las enfermeras empiezan a perder el control de la coordinación de la práctica de salud pública que habían dominado desde la década de los años 30, e inician acciones encaminadas a retomar el liderazgo en los programas de atención primaria. Para ello, empiezan a prepararse en esta área y redefinir sus funciones en el campo de la salud. Aparecen entonces en los programas de expansión, funciones que hasta el momento eran exclusivas de la clase médica, y se multiplican los cursos de actualización en salud pública con miras a una práctica de Enfermería para la salud en la comunidad.

En 1978, un grupo de enfermeras, médicos y odontólogos* se reúnen bajo los auspicios de la OPS para determinar la posición de la enfermera frente a la problemática de atención de salud en América Latina. En el documento emanado de esta reunión⁽¹⁶⁾, este grupo reafirma la responsabilidad que corresponde a enfermería como coordinadora de las acciones de salud en el primer nivel de atención del sistema institucional, asumiendo un

* Grupo de Estudiantes en Ciencias de la Salud.

compromiso con la atención primaria de salud. En el campo educacional se inicia la reformulación de los currículos hacia la salud de la comunidad y la preparación de las enfermeras para la atención primaria, incluyéndose en estos la expansión de sus funciones en relación con medidas terapéuticas y de diagnóstico, asimismo se proponen las siguientes medidas: integración docencia-servicio, educación informal, autoinstrucción, enseñanza extramural, preparación de personal en gran escala, servicio social para egresados⁽¹⁷⁾.

Frente a las buenas intenciones, en la práctica es innegable que muchas escuelas y facultades formadoras de enfermeras, incumplen con el compromiso con el primer nivel de atención a la salud, en la medida que la formación que ellas imparten, se centra fundamentalmente en la atención curativa-hospitalaria. Esta situación que se verá con mayor particularidad en el caso de México, deviene en la agudización de las contradicciones dentro del sector de la salud generando mayor exclusión de grandes grupos de población de los servicios para la misma.

2.3 Aspectos históricos de la Enfermera en México.

2.3.1 Introducción.

En México la práctica y formación de la enfermera se ha desarrollado de acuerdo a los determinantes de la estructura social capitalista con su necesidad prioritaria de acumulación de capital y la contradicciones que de esta prioridad se generan, fundamentalmente por la correlación de fuerzas con las representantes de la fuerza de trabajo⁽¹⁸⁾.

Las acciones del Gobierno Mexicano en atención a la salud han sido guiadas fundamentalmente con el propósito de mantener, restaurar y reproducir la fuerza de trabajo, de manera que esta mantenga su productividad y eficiencia, dichas acciones han variado en cada período histórico según, la importancia relativa que los diversos grupos de la clase trabajadora han tenido para satisfacer los requerimientos del desarrollo económico; conforme esos requerimientos ha variado también el énfasis que ha tenido los modelos de atención*⁽¹⁹⁾.

* Estos modelos de atención se basan conceptualmente en la atención a salud en tres niveles:

Primer nivel; ofrece servicios de medicina general a toda la población.

Segundo nivel; ofrece las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Obstetricia.

Tercer Nivel: Alta tecnología, compleja y altas especialidades.

2.3.2 Antecedentes.

Los antecedentes históricos de la enfermera de acuerdo a su práctica y formación se han diferenciado en tres modalidades: Partera, Sanitaria y Hospitalaria, sin embargo, actúan paralelamente con actividades específicas de acuerdo a su modalidad, existiendo períodos en que el auge de alguna de estas prácticas es más sobresaliente ya que va ligado a las necesidades de salud imperantes con prioridad a los intereses de la clase dominante.

De las tres modalidades mencionadas, la práctica y formación de la partera se desarrolla en dos terrenos; el empírico y el profesional. La enfermera empírica, tiene sus raíces desde los aztecas, llamada por ellos Tlamatquiticitl, donde tenía una función brillante en la sociedad, su prestigio era especial, poseía la categoría de mujer sabia. La formación la adquiriría a través de los conocimientos y habilidades transmitidos de su abuela y madre. La Tlamatquiticitl pasaba a formar parte de la familia, realizaba visitas periódicas al domicilio, le daba pláticas en horabuena a la embarazada y constituía el apoyo moral de esta y de su familia durante la gestación; así es como la enseñanza que

ejercía tenía influencia decisiva en los rituales de la salud, al orientar a las mujeres sobre los aspectos de higiene, los cuidados durante el embarazo, asimismo aconsejaba sobre los principios de la moralidad para el buen desempeño de las prácticas sexuales, promover la lactancia materna, enseñar sobre las medidas de saneamiento de la vivienda y ambiental, entre otras. Además, conocía la función de diferentes plantas medicinales y las utilizaba durante el parto⁽²⁰⁾.

Posteriormente al consumarse la conquista de los españoles, fue desapareciendo este ritual realizado por la Tlamatquicitl, aunque clandestinamente siguió ejerciendo su función, hasta que cayera perseguida por las jerarquías religiosas. Esta mujer que tuvo importancia vital entre los aztecas fue transformándose en la partera empírica⁽²¹⁾.

Durante la época virreinal, la obstetricia fué ejercida por las parteras indígenas, entre las clases desprotegidas y a principios del siglo XVIII seguían ejerciendo este oficio junto a otras mujeres mestizas experimentadas en el arte de partear y que lo hacían extensivo a otras clases populares. En 1806 se les asigna la cartilla nueva y necesaria

para la instrucción de las matronas o parteras, 24 años más tarde se les reconoce el grado de parteras y para 1892 se expide el reglamento de las mismas⁽²²⁾. Aún en las cuatro últimas décadas del siglo XIX se ejercía la función de la partera con la práctica de la medicina indígena en ciudades y poblaciones rurales.

Para 1867, pese a que en la Escuela de Medicina de la ciudad de México se impartía una capacitación para parteras, los requisitos para su ingreso como lo era la educación primaria, excluían por sus condiciones marginales a las parteras indígenas empíricas, 21 años más tarde se contaba con 140 parteras recibidas. Por otra parte, se inaugura la primera Escuela de Enfermería en los inicios del siglo XX, con sede en el Hospital General de la ciudad de México. Para 1911 se incorpora la Escuela de Enfermería a la Medicina, quedando así integrada a la Universidad Nacional de México, hasta 1945 en que se independiza de ella. En 1912 los estudios de partera se extienden a dos años con aspectos teóricos y clínicos como puericultura, asistencia a operaciones obstétricas y uso de medicamentos, asimismo con la exigencia para la obtención del

título, de haber atendido 80 partos y asistido a conferencias relacionadas con la actividad profesional.

Paralelamente a las parteras empíricas y profesionales, surge a inicios del siglo XX la enfermera hospitalaria, por la necesidad de personal para cubrir los servicios de los hospitales. Su formación la recibe al igual que las parteras profesionales en el Hospital General, egresando en los primeros años 30 alumnas, 13 de las cuales quedaron integradas al propio Hospital*. Esta carrera similarmente a la carrera de partera en su inicio, sólo requería del nivel escolar de primaria para su ingreso. En 1918 se funda en la ciudad de México otra escuela formadora de enfermeras hospitalarias, la Escuela de Unión de Femes de France que funciona hasta 1940, y a donde ingresaron estudiantes con un alto nivel económico. El propósito de esta institución era de preparar personal que atendiera las necesidades de salud emanadas de las empresas francesas instaladas en México.

* Se les llamó "Enfermeras Primeras" a las que tenían adiestramiento y "Enfermeras Segundas" a las que no lo poseían.

La presencia de esta institución educativa ejercería en el país influencias dentro de la práctica hospitalaria, tanto en los procedimientos como en el uso de material e instrumental extranjero.

Los antecedentes descritos, son los inicios de la enfermera en México y sirven de referencia para continuar con la evolución de la misma. Para tal efecto, su desarrollo se expondrá por décadas partiendo del año de 1920, ya que es a partir de la revolución cuando empieza a configurarse el México contemporáneo y es en este año cuando aparece en la historia del país la Enfermera Sanitaria, asimismo la estructura social que subyace en cada época provoca cambios en el sistema de salud el cual modifica sus acciones dentro del contexto, hecho que repercute también en las modalidades que se dan en las enfermeras (partera, sanitarias, hospitalarias). Para explicar lo anterior se describirá la evolución de la formación y práctica de este personal de la salud, abarcando seis décadas de 1920 hasta 1980.

2.3.3 Seis décadas en la práctica y formación de la Enfermera.

Década de 1920 - 1930

Práctica de la Partera. Como anteriormente se describió en esta modalidad existen dos categorías, siendo éstas la empírica y la profesional, la práctica de la primera es ejercida en comunidades urbanas y rurales, aún en esta década se utilizan prácticas de la medicina indígena. La práctica de la segunda se ejerce en las maternidades impulsadas por el patronato de protección a la infancia, sin embargo, sus funciones son normadas por los médicos.

Formación de la partera. La partera empírica recibe cursos de capacitación programados por la Secretaría de Educación Pública (SEP), mientras que la partera profesional recibe una preparación mas formalizada académicamente, mediante un plan de estudios impartido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), registrándose en esta década un incremento de 2,618 parteras tituladas.

Practica de la Sanitarista. El surgimiento de la Enfermera Sanitaria en 1921, se da en el momento en que el Departamento de Salubridad lanza un programa de vacunación para las campañas de enfermeda-

des transmisibles* dicho programa se inicia con 19 enfermeras tanto para vacunar como para realizar funciones de visitadoras⁽²³⁾.

Este trabajo se organizó también en Unidades Sanitarias Cooperativas cuya función prioritaria fue atender las demandas de las zonas portuarias vinculadas con el comercio de exportación internacional, como lo era el caso de Veracruz. Estas unidades estaban constituidas por una enfermera visitadora, un médico y un agente para municipios, en la atención a una población no mayor de 10,000 habitantes. Así surgió la Salubridad Rural Mexicana la cual aspiraba a establecer centros de higiene rural en poblados con menos de 5,000 habitantes, organizar los servicios médicos rurales en forma cooperativa y movilizar las comunidades para que con sus recursos humanos y materiales formaran parte activa en la solución de sus problemas. La vinculación con las comunidades también se extendió a las escuelas en las cuales las enfermeras sanitarias realizaron funciones de fomento a la salud, lo anterior con asesoría de la oficina de higiene escolar cuya

* Antivariolosa y Antirrábica.

dependencia era del Departamento de Salubridad y de la SEP

Es así que la práctica de estas enfermeras abarcó el ámbito social y familiar, incluyendo actividades como las de llevar al recién nacido al registro civil y contribuir a resolver problemas comunitarios.

Formación de la Sanitarista. La preparación de estas enfermeras estuvo a cargo de la Escuela de Salubridad, llamada tiempo después de Salud Pública, la cual impartía cursos que incluían conocimientos de enfermedades transmisibles, de enfermería sanitaria y de saneamiento ambiental, enfocando la enseñanza tanto al medio familiar como al comunitario⁽²⁴⁾.

Se percibe que la actividad de las enfermeras sanitarias surge similarmente a las necesidades económicas y sociales del país (modelo de desarrollo hacia afuera) así como también a la respuesta gubernamental de la post-revolución de brindar atención a las comunidades integrando problemas de salud, educación y trabajo. Los primero explica la influencia norteamericana originada por el comercio de materia prima de este país hacia Estados Unidos y se materializó preparando al personal de Enfermería

para las campañas a través de becas de estudio que ofrecía el Gobierno de EEUU y también el de Canadá. Las campañas sanitarias de los años veinte y treinta se orientan hacia los puertos y fronteras y en ellas intervienen con marcado interés la Fundación Rockefeller*. De acuerdo a lo anterior se percibe una relación muy congruente entre estas campañas y el beneficio que obtiene los Estados Unidos al protegerse del contagio de enfermedades infecciosas en sus intercambios comerciales con México.

Práctica de la Hospitalaria. Las Enfermeras Hospitalarias en este período, con algunas excepciones eran mujeres humildes, con baja preparación y sobrecarga de trabajo en sus funciones**. El personal de Enfermería vivía dentro del hospital, y

* La Fundación Rockefeller integró oficialmente la Comisión Especial para las campañas contra la fiebre amarilla, creada el 19 de enero de 1921, al lado del Departamento de Salubridad Pública y esta colaboración continuó por varios años en la Campaña contra la Uncinariasis y el Paludismo (Bustamante, 1982).

** En el Hospital General de la ciudad de México por los años veinte, tenía 1000 camas y se contaba con la plantilla del personal de Enfermería solo con 100 personas, sus funciones de afanadoras y enfermeras eran intercambiables. Asimismo en provincia el trabajo del hospital que realizaba este personal era de 12 horas diarias, el sueldo de \$30 mensuales, podían ser llamadas por la noche si era necesario, situación que se presenta en el Estado de Puebla, sin embargo, era similar en el resto del país y se prolongó hasta la década de los cincuenta. (Entrevistas citadas por Martínez, et.al., 1985).

debería de estar disponible para cualquier problema que se presentara, prácticamente su horario de trabajo era de 24 horas, disponía de un día libre por semana, pero este derecho podría perderse fácilmente por la más mínima falta⁽²⁵⁾. Sólo se reconocía la autoridad de las "Enfermeras Primeras" ya que como Jefes de Sala sabían y actuaban como médicos, y la enfermera de quirófano era la de mayor status dada la estrecha colaboración y responsabilidad que compartía con el médico en las intervenciones quirúrgicas⁽²⁶⁾.

Formación de la Hospitalaria. En relación a la formación de la enfermera hospitalaria, se le incrementa a un año de estudios a su carrera, con lo que el requerimiento llega a tres años de preparación*. Se crea en 1924 la carrera de Enfermera Homeopática, dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, incorporada a la UNAM, ambas pasaron a depender de la SEP cuatro años más tarde, y posteriormente en 1937 se integraron al Instituto Politécnico Nacional (IPN) con las carreras de Médico Homeopáta Cirujano y Partero y Enfermera Homeopáta y Partera⁽²⁷⁾.

* Las aspirantes estudiaban Biología, Física y Química.

Asimismo se crearon escuelas de Enfermería en el interior del país en los Estados de: Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Michoacán, San Luis Potosí y Chiapas.

Década de 1930 - 1940

Práctica de la Partera. Los campos de acción de la partera empírica y profesional continúan siendo los mismos que en la década anterior.

Formación de la Partera. La partera empírica deja de ser capacitada por la SEP y toma esta responsabilidad el Departamento de Salubridad y Asistencia, en respuesta a la política de protección a la infancia y al programa de Higiene Materno Infantil, se percibe la importancia en el aspecto de adiestramiento que se otorgan a dichas parteras, cuyo fin persige utilizar estrategias que permitan que este recurso coadyuve a resolver la atención de los partos a las comunidades, en especial las de bajos recursos. Mientras que la partera profesional continúa su formación en la UNAM y se le pide como requisito para su ingreso a esta institución el haber cursado la secundaria.

Práctica de la Sanitaria. A estos años se le conoce como la "Epoca de oro de la Enfermera Sanitaria", por su participación sobresaliente, en el que atiende varios aspectos de las comunidades, que daban consolidación al proyecto del ejido de México. Por una parte se estableció la infraestructura para apoyar al campesino con la tenencia de la tierra, los bancos ejidales, el mejoramiento de la semilla, y conjuntamente la alfabetización de la población adulta, atención a los niños del campo en escuelas rurales y, un plan de salud donde por un lado las comunidades ofrecían mano de obra para construir casas de salud mientras el estado, aportaba recursos materiales y humanos para consolidar la atención familiar⁽²⁸⁾. En respuesta a lo anterior la acción de esta enfermera estuvo enfocada hacia la higiene escolar, la salud pública y la asistencia social.*

El trabajo en salud pública realizado en estos años llevó a fijar metas, como la de contar con una Enfermera Sanitaria por cada 10,000 habitantes y unos años después una enfermera por cada 6 o 7 mil habitantes.

* La Enfermera Sanitaria participó en actividades de saneamiento ambiental, enfermedades transmisibles, epidemiología e higiene infantil.

Formación de la Sanitaria. La Enfermera Sanitaria recibe cursos de capacitación programados y organizados por el Departamento de Salubridad y Asistencia los cuales incluían Higiene Rural y Medicina Social en puertos y fronteras. Estos cursos se hicieron extensivos a las direcciones de Servicios Coordinados en los Estados y Territorios⁽²⁹⁾.

Al cobrar auge los programas sanitarios gubernamentales, -auspiciados varios de ellos por la fundación Rockefeller- se reforza la formación del personal de Enfermería, en prácticas sanitarias principalmente para las comunidades rurales.

A finales de este período, se incluye en el plan de estudios de la carrera de Enfermería de la UNAM, la materia de trabajo social y otras asignaturas que ampliaban el campo de acción de las enfermeras. Paralelamente con las orientaciones políticas del momento se propugnaba por imprimir a la carrera una tendencia socialista, entendiendo por ello que tuviera bases sólidas y científicas para responder a las necesidades del proletariado del país⁽³⁰⁾. Además se multiplicaron las escuelas de Enfermería en los estados del país cuyas metas se centraban en formar

una Enfermera Sanitaria polivalente⁽³¹⁾.

Práctica de la Hospitalaria. La práctica de la enfermera hospitalaria fue mejorando paulatinamente en sus condiciones de trabajo, es así que en 1933 en la ciudad de México se suprime el internado y se reduce la jornada de trabajo a 12 horas diarias. Seis años después se establecen turnos de ocho horas, las diversas funciones daban cierta especialización práctica a las enfermeras, por lo que se hablaba de enfermeras de niños, de contagiosos, anestesistas, auxiliar de operaciones, entre otras.

Formación de la Hospitalaria. Para mejorar la preparación general de esta enfermera se reglamenta como requisito de ingreso la secundaria*, en igual forma que a la partera profesional. Se pretendía con esta medida que los estudiantes contaran con conocimientos de química, física y biología, como base para el ejercicio profesional polivalente.

* Esta medida se tomó a partir de los acuerdo emanados del primer Congreso de Enfermería, celebrado en 1933. Asimismo a 10 años de haberse organizado formalmente este nivel en el sistema educativo.

Década de 1940 - 1950. Antes de describir la práctica y formación de Enfermería se abordan los acontecimientos importantes sucedidos en esta década. Con apremio de la industrialización del país y la necesidad del estado de consolidarse, se incrementan los servicios de salud tanto los dirigidos a la fuerza laboral como a la población abierta ampliando y creando organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, que inicia sus operaciones en noviembre de 1944 en el Distrito Federal, se extiende al año siguiente a las ciudades de Puebla, Monterrey, y en el año de 1946 a Guadalajara. Es así que la creación de IMSS obedece fundamentalmente a la política de industrialización iniciada en la Segunda Guerra Mundial con objeto de sustituir las importaciones; la cual conlleva a que la clase obrera industrial empiece a recibir atención prioritaria, mientras que para atender a la población abierta se crea en 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), institución que absorbía la Secretaría de Asistencia Pública (fundada en 1937) y el antiguo departamento de Salubridad y Asistencia.

* La Ley del Seguro Social se firmó el 31 de diciembre de 1942, por el Presidente de la República Manuel Avila Camacho y fué publicado el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial.

Práctica de la Partera. A pesar de que se iniciaban en este período las instituciones de salud, la práctica de la partera empírica, continua ejerciéndose en las comunidades, en esta época como en las anteriores se prefería la atención del parto por mujeres en poblaciones tanto urbanas como rurales. Por otra parte, la partera profesional continua en los hospitales, la mayor parte de los partos son atendidos por esta partera, las cuales son absorbidas por instituciones ubicadas en la capital del país. Sin embargo, en este período se empieza su desplazamiento de su ejercicio laboral, debido a la especialización de Gineco-Obstetricia de los médicos; a tal grado llegaron las cosas que las instituciones del sector público, prohibieron o bien eliminaron el puesto de partera dentro de la plantilla de trabajadores⁽³²⁾.

Formación de la Partera. Al crearse la SSA la partera empírica recibe cursos de adiestramiento programados por esta institución, los cuales se extienden a diferentes Estados de la República. A la partera profesional en los primeros años de este período se le adiestra para ejercer funciones relacionadas con la atención de partos, control del

embarazo y atención al recién nacido, así como también para fungir como instructoras de comadronas empíricas. Aunque su desplazamiento laboral (ya antes mencionado en su práctica) continuaría con medidas como la implementada por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UNAM que suprime la carrera de partera en el año de 1950, ofreciendo a cambio un curso de obstetricia con duración de un año.

Práctica de la Sanitaria. La práctica de las Enfermeras Sanitarias continuó desarrollándose en el área urbana, al crearse los centros de salud* establecidos en la capital del país, en la mayor parte de los estados y en el área rural. Similarmente a las prácticas de América Latina, las sanitarias se insertaban en las comunidades viviendo en condiciones muy precarias, y cubriendo un amplio campo con sus actividades, tales como la vacunación, la vigilancia y atención del parto, los cuidados a los recién nacidos, la educación nutricional, la

* En 1940 se abre el primer Centro de Salud en el Cuartel No. 3 del D.F. y un año mas tarde, en el Distrito Sanitario No. 1, donde por primera vez se hace el estudio de la comunidad.

enseñanza de la cría de gallinas y la construcción de letrinas y lavadoras y muy especialmente el adiestramiento de promotores rurales y parteras empíricas⁽³³⁾.

En estos años, las enfermeras que se habían preparado en la década anterior (1920-1930) en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) y Cánada consolidaron las tareas emprendidas por las enfermeras sanitarias, asimismo para apoyar las acciones de estas profesionales se contó con la asesoría de varias consultoras norteamericanas de Enfermería en Salud Pública, provenientes de la Dirección de Cooperación Interamericana del Gobierno Estadounidense, que trabajaron en México de 1947 a 1957⁽³⁴⁾.

Formación de la Sanitaria. La enfermera sanitaria, siguió siendo adiestrada en la Escuela de Salubridad, para realizar funciones de instructora, Jefe de Enfermeras o Enfermera visitadora no titulada. A partir de 1948 el adiestramiento de esta última se delegó a los Departamentos Regionales que se crearon para este fin, mientras la Escuela de Salubridad se concentró en la capacitación de enfermeras tituladas. Un año después se establecen formalmente los cursos de Enfermería Sanitaria,

cursos que siguen impartándose hasta la fecha.

Práctica de la Hospitalaria. La práctica de esta enfermera se institucionaliza, debido a que se ampliaron sus oportunidades de trabajo por la creación de grandes instituciones hospitalarias, ya que es en esta década cuando se consolida la SSA, por lo que estos hospitales del tercer nivel, es decir*, los que prestan sus servicios utilizando mayor tecnología médica y alta especialización, al igual que la expansión del IMSS, propician que el personal de Enfermería se ubique en su mayoría en la atención curativa-hospitalaria enfocando sus cuidados al individuo enfermo. Esto como resultado de que la estructura social determina, las acciones que debe de cumplir el sistema de salud que consecuentemente repercute en los campos de acción de la enfermera.

Formación de la Hospitalaria. Esta enfermera recibe mayor preparación académica por la demanda de las instituciones que solicitaban sus servicios, además se reestructuraron los planes de estudio de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

* Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiopatía, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, el Sanatorio Hospital González, entre otros.

(ENEO) tomando en cuenta que la estudiante que ingresaba había cursado el nivel de secundaria. Por otra parte se logra por primera vez la incursión de algunas enfermeras a dicha institución educativa que hasta entonces tenía su planta de profesores cubierta exclusivamente por médicos, y libros de texto solo escritos por médicos nacionales o por enfermeras extranjeras⁽³⁵⁾. Desde estos años se observa la influencia del extranjero en la enseñanza de los estudiantes de Enfermería con la transmisión de contenidos que no corresponden a la realidad nacional ya que provienen de un contexto muy diferente al de México desde los aspectos económicos, sociales y culturales.

Década de 1950 - 1960

Práctica de la Partera. La partera empírica aún en estos años es solicitada para la atención del parto en comunidades rurales y algunas urbanas, principalmente en el interior del país, mientras que a la partera profesional se le van limitando poco a poco sus actividades tanto en instituciones privadas como públicas, a consecuencia de su desplazamiento por los médicos obstetras.

Formación de la Partera. La Partera Empírica recibe cursos programados por la Dirección de Asistencia Materno Infantil, sin embargo, dichos cursos adolecen de grandes deficiencias: son demasiado cortos, no se valoran ni se integran los conocimientos empíricos de las parteras y no hay continuidad en la supervisión⁽³⁶⁾. Para la partera profesional en el curso de obstetricia implementando por la ENEO se ampliaron los aspectos de puericultura y se agregaron las materias de Farmacología y Terapéutica, así como las prácticas en salas de maternidad que se extendieron a siete horas semanales durante todo el programa de estudios.

Práctica de la Sanitaria. Las funciones de esta enfermera continuaron siendo el estudio de la comunidad, el reclutamiento y adiestramiento del personal, la organización y supervisión de los centros de salud, mismos que se expandieron a las ciudades de Monterrey, Cuernavaca, Veracruz y Torreón, es así que en 1958 había 44 centros de salud. El IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*

* El IMSS inicia servicios de Enfermería sanitaria en 1958 y el ISSSTE lo hace en 1961.

abrieron dentro de sus instituciones el Departamento de Medicina Preventiva, para beneficio de sus derechohabientes, y en los cuales ofrecían programas de; control de enfermedades transmisibles, fiebre reumática, detección oportuna de cáncer (DOC) cérvico uterino, higiene dental, detección y control de diabetes, educación higiénica, entre otros. El Hospital General responsabilizó a partir de 1960, a las enfermeras a llevar a cabo estas actividades. El trabajo domiciliario de la enfermera nunca ha tenido importancia en estas instituciones dándose énfasis primordial a la planificación familiar. El número de enfermeras sanitarias en esta década, registradas en el país es de 1799 (284 profesionales y 1515 auxiliares). El aumento del personal y la multiplicidad de actividades hizo necesarias diversas reformas administrativas. Por lo que se crearon Jefaturas de Enfermería en todas aquellas áreas donde se ubicaban enfermeras, se establecieron Jefaturas Estatales y Sección de Enfermeras en la Dirección General de Servicios Coordinados (1956). También se instaló la Sección de Enfermeras en la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos. La Oficina de Bienestar Social Rural, estableció una

Sección de Enfermería Sanitaria, lo mismo que la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal.

Formación de la Sanitarista. Durante estos años la capacitación de la Enfermera Sanitarista recibió fuerte impulso siendo así que surgen centro de adiestramiento tanto en la capital como en el interior del país, teniendo como centro de salud piloto, el de Beatriz Velasco de Alemán, que funcionó para Jefes y Supervisoras de Servicios de Enfermería. Asimismo en las ciudades de Monterrey, Cuernavaca, Veracruz y Torreón se instalan Unidades Sanitarias para adiestrar al personal de las regiones cercanas y brindar atención a sus comunidades⁽³⁷⁾. Paralelamente a estos acontecimientos se establecieron y se aprobaron reformas a la ley del Seguro Social y también se ampliaron las coberturas de las áreas rurales. En este período se recibió un importante apoyo técnico y financiero de la Dirección de Cooperación Interamericana para la capacitación de Enfermeras Sanitarias; se dió preferencia al principio a la preparación del personal encargado de la administración y la docencia, se percibe que se toma esta medida debido a que este es el personal que dirige al mayor número del recurso de Enfermería y,

por lo tanto, tiene mayor ingerencia en el mismo, para los intereses y demandas del sistema de salud y de las políticas gubernamentales de ese momento histórico.

En el año de 1950 se incluyen en el currículo de la ENEO cursos de salud pública y Enfermería sanitaria lo que conlleva a que las enfermeras sanitarias tuvieran una creciente participación en la docencia y aún en la dirección y planeación de las escuelas. Asimismo seis años más tarde las escuelas de los Estados realizan también cursos enfocados a la salud pública. Hecho que coincide con la Dirección de Enfermería y Trabajo Social en la SSA que posteriormente cambia a Dirección General de Enfermería, con lo cual se refuerza el importante papel de la sanitarias en esta época. Al ocupar el cargo directivo de este organismo* una enfermera, se logra que tomen decisiones en todo lo que les compete⁽³⁸⁾. En este período aún se le considera la

* Organismo integrado por representantes tanto nacionales como internacionales vinculados con la profesión. Inicialmente el cargo lo ocupó una médica y posteriormente se otorga la dirección a una Enfermera. Con dicho movimiento se obtienen becas de especialización, cuya finalidad es que mediante la formación de las enfermeras se impulse las actividades técnicas y científicas.

época de oro de la Enfermera Sanitaria y el cargo directivo otorgado favorecía el fortalecimiento social y cultural de la sanitarista, siendo que esta coyuntura permitía consolidar la práctica y formación de la enfermera, ya que, era reconocida por sus acciones y preparación en bien de las comunidades urbanas y rurales. Sin embargo, en las posteriores décadas se verá su descenso y desplazamiento, debido a las acciones del Gobierno en el sistema de salud y la no cohesión gremial del grupo de Enfermeras.

Práctica Hospitalaria. En su práctica tuvo gran influencia la eficiencia, disciplina, precisión y técnicas de los procedimientos ya que la Enfermería hospitalaria conlleva un carácter eminentemente técnico lo que favorece que se dicten una serie de pasos a seguir. Es en esta década (1950-1960), en que un grupo de enfermeras del hospital infantil fueron becadas a estudiar en EEUU y al parecer importaron a México una serie de medidas disciplinarias que a su vez casaban bien con el carácter técnico de esta enfermera. Dichas características constituyeron una especie de sello de la enfermera que fue difundido por todo el país. Sin embargo, lo anterior no favoreció una cohesión gremial del grupo

de enfermeras para fortalecer al mismo en los diversos organismos sociales y culturales, como colegio de enfermeras e instituciones educativas. Por otra parte, el crecimiento acelerado de los servicios del IMSS y del ISSSTE tuvo un fuerte impacto en la práctica de la Enfermería hospitalaria, estas instituciones abrieron un gran espacio para el empleo a numerosas enfermeras, pero, al igual que en la década anterior se institucionalizaron y burocratizaron las funciones de este personal continuando la atención curativa-hospitalaria adquiriendo mayor énfasis el propiciar cuidados de enfermería a un individuo enfermo.

Formación de la Hospitalaria. En esta década se inician las gestaciones para elevar la carrera al rango de licenciatura, similarmente a estos acontecimientos, surgen las presiones de los sindicatos como los de telegrafistas, maestros, ferrocarrileros, petroleros y mineros, que solicitaban mejores prestaciones al Estado y este da respuesta a lo anterior mediante la expansión de los servicios hospitalarios, los cuales ya se habían iniciado en las décadas anteriores, asimismo el Estado respondía con éstas acciones a su política de desarrollo de

sustitución de importaciones que demandaban consolidar el mercado interno. Lo anterior descrito repercute también en la profesión de Enfermería tanto en el ámbito laboral como profesional, es por eso, que se decide elevar la preparación académica de las enfermeras para que éstas adquirieran un conocimiento mas amplio que las habilite a las demandas de salud de una población en expansión y de acuerdo a la estructura social imperante.

En 1954 existían 60 escuelas, de las cuales se encontraban 11 en el Distrito Federal y el resto en provincia, mientras que en 1950 había sólo 38. A pesar del crecimiento en el número de escuelas, la inscripción de alumnas no era significativa ya que en 1950 había inscritas 415 enfermeras comparado con 5128 médicos inscritos, lo cual da una proporción de Enfermeras-Médico de 1 x 12.3.

Los planes de estudio vigentes en este período estaban directa e indirectamente influenciados por los de la ENEO, se advierte en estos planes el predominio de un enfoque técnico y asistencial; con excepción de una asignatura -Trabajo Social- no se incluyen materias de las ciencias sociales.

La situación prevaleciente en las Escuelas de

Enfermería en este período está reflejada en la ponencia de Ponce de León, et.al., en el V Congreso Nacional de Enfermería y Obstetricia⁽³⁹⁾ en dónde se destacan los problemas siguientes:

- . A pesar de que la Dirección de Salud Pública tiene registrados 80 escuelas en la República no se sabe con certeza su número.
- . Faltan datos acerca del número de egresadas.
- . Se desconoce como funcionan las escuelas.
- . La Dirección está casi siempre bajo la responsabilidad de médicos, o de otras personas no calificadas para ello.
- . Hay escuelas que carecen del personal necesario para la enseñanza.
- . Algunas tienen un plan de estudios mas completo, pero los planes prevaecientes tienen las deficiencias siguientes: no hay coordinación entre sus diversas áreas, se enfatiza el desarrollo de habilidades de ejecución mas que el conocimiento de las disciplinas, falta coordinación entre la teoría y la práctica.

La escases de personal en los hospitales motiva que se disponga de los alumnos para prestar servicios que son ajenos a su carrera o excesivos.

Aproximadamente en el 80% de los casos el presupuesto es insuficiente para los requerimientos de la enseñanza.*

Década de 1960 - 1970

Práctica de la Partera. La Partera Empírica es incorporada al Sistema Nacional de Salud, sus servicios se han continuado ofreciéndose en áreas rurales e indígenas y en algunas ciudades. La política oficial al respecto ha sido "dejar hacer" ante la imposibilidad de llevar a estos medios la atención a la salud. Considerando que en 1960 el IMSS contaba con 3.3 millones de derechohabientes y el ISSSTE se iniciaba con medio millón, mientras que Petróleos Mexicanos (PEMEX)** 188 mil, se puede apuntar que sólo el 11.4% de la población total, se encontraba protegida, quedando desprotegida el 88.6% de la población⁽⁴⁰⁾, por lo que resulta comprensible el

* La Dirección de Estudios Experimentales en Salubridad de la SSA en 1955 realizó un estudio sobre recursos y necesidades de la comunidad referentes a Enfermería, con el propósito de equilibrar la enseñanza comunitaria y asistencial y desarrollar campos clínicos para ampliar la experiencia en la formación de enfermeras. Para tal fin se prestó ayuda técnica y económica a 17 escuelas ubicadas en provincia.

** Institución que afilia a los trabajadores organizados que laboran en PEMEX, servicio que inició en la época Cardenista en el año de 1936.

renovado interés por las enfermeras y en este caso por las parteras empíricas, tanto por el Estado como por organismos internacionales. Ante el alto índice de natalidad^{(41)*} y la poca respuesta a las necesidades de la población, relacionadas con la salud, la Federación Internacional de Planificación Familiar comenzó a estudiar el empleo de las enfermeras tradicionales en los programas de planificación familiar y se obtuvo estímulo y apoyo financiero por el Fondo de las Naciones Unidas para actividades de Población.

Mientras tanto, la partera profesional continua siendo desplazada de su espacio laboral por médicos y parteras empíricas, (éstas últimas apoyadas por los organismos antes mencionados para hacer cumplir las acciones gubernamentales establecidas en relación al control de la natalidad). Además en el año de 1960 la maternidad Máximo Avila Camacho, prohíbe que los partos sean atendidos por la partera profesional, medida que ya había sido tomada anteriormente por el IMSS al desaparecer de sus tabuladores en la década de 1940-1950. Las protestas realizadas no fueron suficientes para revertir las políticas implementadas.

* Para 1960 la tasa media anual de natalidad o Nivel Nacional era de 46.0 (por mil).

Formación de las Parteras. Durante esta década el Gobierno ofrece capacitación a la parte empírica, ya que es un recurso de la salud que coadyuva a que se realicen las acciones del Gobierno siendo en estos años las actividades prioritarias de planificación familiar. Mientras que a la partera profesional que se le preparaba con un curso de un año de duración, al crearse en la ENEO el nivel de Licenciatura, dicho curso pasa a formar parte al plan de estudios. Asimismo es palpable en esta época la reducción de egresados reportándose los siguientes datos a nivel nacional, de 1945 - 1967 se titularon 1585 parteras (un promedio de 72 por año), mientras que entre 1968 y 1981 sólo se titularon 187 (un promedio de 14 por año). Es evidente la fuerte disminución de nuevas tituladas*(42).

Práctica de la Sanitaria. La Enfermera Sanitaria es integrada a equipo de salud compuestos por; médicos, maestros de primaria, ingenieros, promotores sociales y técnicos en saneamiento, dicho equipo coordinados por la Dirección General de - - -

* Se encuentran registrados títulos de la carrera de partera con diferentes denominaciones: con el título de enfermera partera, enfermera homeópata y enfermera obstetra entre 1945 y 1967, se registraron 1575 personas; de 1968 a 1981 otras 685.

Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural. Estos trabajaron en varias localidades del país con los campesinos, "a fin de ayudarles a participar en forma activa a un cambio cultural, en relación a sus hábitos de alimentación, la atención de sus enfermedades y de los partos y el aprendizaje de artes y oficios, así como a leer y escribir"⁽⁴⁾. Se consiguió formar grupos de colaboradores voluntarios integrando también a las parteras empíricas, por lo que se tuvo una participación dinámica en la comunidad para la promoción de la salud. Asimismo a principios de esta década las enfermeras sanitarias colaboraron muy activamente en la Campaña Nacional contra la tuberculosis incorporándose a las unidades móviles. Sin embargo, pese a todas las acciones desarrolladas por esta enfermera, a mediados de los sesenta se inicia su declive, mediante la práctica de "comisionarla" a tareas en las cuales no interviene el poder de decisión otorgado en las décadas anteriores. Es así que poco a poco se fueron cerrando las Jefaturas de Enfermería en Salud Pública, y las dependencias centrales fueron siendo ocupadas por médicos, mientras al personal de Enfermería se le iba adscribiendo a funciones asistenciales, en

donde no tenía actividades de asesoría, organización y supervisión como lo fue en la década que anteceden a esta⁽⁴⁴⁾.

El auge de la sanitarista fue debido a la respuesta que dió en relación a las acciones del gobierno, sin embargo, no logró su consolidación como personal de salud, ya que aunque cumplió con las políticas de salud del momento, esto no fue permanente, a consecuencia de que el sistema de salud esta condicionado a lo que la estructura social imperante determine siendo esta la que crea el mercado de trabajo, por lo tanto, la actividad de la enfermera fluye en relación a las políticas del sector salud las cuales son inherentes las políticas del Gobierno.

Formación de la Sanitaria. La SSA ofrecía cursos de capacitación con becas, es por eso que para el año de 1970 habían tomado dicho curso en salud pública 355 enfermeras⁽⁴⁵⁾, sin embargo, las dificultades que se encontraron para ampliar su capacitación fueron principalmente la escasez de enfermeras con el nivel de estudios requeridos para su ingreso y los obstáculos que ponían algunas instituciones para aprovechar las becas⁽⁴⁶⁾. No

obstante, el IMSS como parte de sus políticas de medicina preventiva organiza cursos de adiestramiento en este campo, para el personal auxiliar de Enfermería.

Además la SSA continua extendiendo los cursos a las zonas urbanas y rurales a través de sus estaciones de adiestramiento y se enfoca a capacitar a personal auxiliar de Enfermería en actividades de salud pública*.

Estas actividades de adiestramiento, han recibido respaldo gubernamental como forma de dar atención primaria a las clases desprotegidas con personal de menor preparación y por ende con menor costo para el Estado, hecho que es muy similar con la partera empírica.

Práctica de la Hospitalaria. Continúa en esta década el incremento del personal de Enfermería a las instituciones hospitalarias debido a varios factores; demanda laboral, los avances de la medicina, aumento de derechohabientes al IMSS e ISSSTE, crecimiento y modernización de los hospitales.

* Estos cursos duraban de 3 a 6 meses y eran dirigidos por enfermeras en salud pública.

Además el Estado a través de sus organismos, apoyó y consolidó a la enfermeras hospitalaria siendo así que el IMSS incrementó ocho veces a sus afiliados y 13 su presupuesto.

La práctica de esta enfermera se enfocó a las especialidades ya que así lo demandaba las instituciones hospitalarias. Es así que ejercían en estas enfermeras especialistas en; cuidados intensivos, pediatría, médico quirúrgica, inhaloterapia, entre otras. Aquí es necesario apuntar que la práctica dominante se encaminaba a la atención intramural, curativo-hospitalario, determinada por un concepto de salud orientada a restaurar y reproducir la fuerza de trabajo, lo que determinó el predominio del carácter hospitalario en la práctica y la formación de la enfermera. La intermediación del sistema de salud y sus modelos de atención ha orientado los servicios de esta profesión a grupos de población seleccionados desde las prioridades derivadas de los requerimientos del aparato productivo*(47).

* Esto se veía reflejado también en cinco instituciones de seguridad social; ISSSTE, PEMEX, FERROCARRILES, SECRETARIA DE LA DEFENSA Y SECRETARIA DE LA MARINA, mismas que cubrían a 12.2 millones, o sea el 25.3 de la población total.

Formación de la Hospitalaria. En esta etapa se inicia la expansión de las escuelas de Enfermería, en 1961 existían 80 escuelas en correspondencia con la ampliación de los servicios médicos. Principalmente el crecimiento y consolidación de los servicios del IMSS, ISSSTE y el Departamento del Distrito Federal, estos requieren no sólo un volumen mayor de médicos y enfermeras, sino una mayor especialización en la práctica hospitalaria. Por otra parte también se amplían los servicios destinados a la atención primaria y las urgencias, con la siguiente demanda de personal preparado para estas funciones.

Las instituciones de salud desarrollan varias modalidades educativas para preparar en forma acelerada al personal requerido. La SSA inicia un programa de formación de Técnicas de Enfermería con 127 alumnas, de un año de duración -para lo cual se requería la secundaria-, la Escuela de Salud Pública organizó cursos para Técnicos Auxiliares, Profesores de Enfermeras y Salud Pública, asimismo el ISSSTE ofreció cursos de inhaloterapia, cuidados intensivos, salud pública, Enfermería médico-quirúrgica y pediatría para enfermeras⁽⁴⁸⁾.

Por otra parte, en la ENEO se presentan algunos

hechos significativos, se hace una reforma al plan de estudios dándose mayor enfoque a las áreas sanitarias y profilácticas, hecho contradictorio ya que la demanda laboral giraba en torno a la atención curativa-hospitalaria, acontecimientos sucedidos también en América Latina, esto debido a que por un lado están los discursos oficiales de brindar atención de primer nivel a las comunidades y por otro la estructura social imperante que requiere de la fuerza productiva para consolidar la economía, dando respuesta a las presiones de los trabajadores con la construcción de hospitales.

Para el personal docente de la ENEO se mejoran sus condiciones laborales, se les incrementa el sueldo y por primera vez una enfermera ocupa el puesto de Sub-Directora en esta institución educativa. Además se pone en práctica un plan experimental de estudios para enfermeras con bachillerato, plan que sentó las bases para promover la carrera de Licenciatura⁽⁴⁹⁾.

Década de 1970 - 1980

Práctica de la Partera. En 1976 se promulgó el reglamento de parteras empíricas a través de este se

reconoció que era conveniente convertirlas en auxiliares para la salud en obstetricia, así como autorizarlas en el ejercicio de sus actividades, motivo por el cual quedan responsabilizados de la atención del embarazo, parto y puerperio y de prescribir los medicamentos necesarios. Es por eso que su práctica recibe un nuevo impulso el cual tiene por efecto reducir la importancia social de la partera profesional. Es con éstos acontecimientos que la presencia práctica de la enfermera profesional se suprime lo cual no deja de llamar la atención la incongruencia de anularlas, mientras que se promueve a lo empírico, contradicción que se explica entre otras razones por el interés de los médicos de asegurar un nuevo campo a su profesión y la decisión del Estado de ampliar la cobertura de atención obstétrica con personal de menos costo.

Formación de la Partera. Es en este período en el cual el gobierno de Luis Echeverría ofrece una constante capacitación a las parteras empíricas, el requisito para obtener dicha capacitación es que sepan leer y escribir. Por el contrario, para la formación de la partera profesional la situación es grave, ya que se genera una baja inscripción en las

escuelas que aún ofrecían la carrera de obstetricia, donde se registra un total de 225 alumnos en el período de 1969-1970 de los cuales se titulan (117) arrojando un promedio anual de 13⁽⁵⁰⁾.

Para 1979 sólo 12 Escuelas de Enfermería de las 128 existentes en el país ofrecían la carrera de Obstetricia: 2 en el Distrito Federal, 3 en Tamaulipas, 3 en Veracruz, y una en Morelos, Nuevo León, Querétaro y Sonora.

Práctica de la Sanitaria. El declive de esta enfermera se agudiza en esta década, proceso que no obedece desde luego, a que las necesidades de Salud Pública hubieran disminuído en todo el país, inclusive se observa el nacimiento de nuevas instituciones como la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que en 1977 implementa acciones semejantes a las que han realizado por muchos años las sanitaristas. Pero ahora se procura contar con un personal empírico que trabaje a menor costo y con más sumisión. Los médicos que han ocupado los puestos de las antiguas enfermeras no realizan trabajo directo en las comunidades, y en el personal de base se advierte menor preparación, y sobre todo menos mística.

El número de enfermeras sanitarias en esta década es de 23,509 -con un total de 1,858 profesionales y 21,651 auxiliares⁽⁵¹⁾. El aumento de enfermeras no corresponde a las necesidades de salud ya que si en 1940 la población no cubierta era de 16 millones, para 1978 había llegado a 29 millones en términos reales⁽⁵²⁾.

Formación de la Sanitaria. La preparación de este personal la continuó ofreciendo la SSA, mediante cursos impartidos por la Escuela de Salud Pública, mismo que estaba diseñado para enfermeras tituladas. Además, instituciones de salud como el IMSS crearon en 1973, las plazas de personal especializado (curso post-básico) en Salud Pública y organizó cursos de capacitación para personal auxiliar.

Asimismo, también se inicia el curso de especialización de Enfermería en Salud Pública en el Centro Médico Nacional*. Sin embargo, la proliferación de cursos y el incremento de plazas en el campo de la salud pública no han significado una mejor

* En el año de 1980 en la Escuela de Enfermería del IMSS de la ciudad de Guadalajara se estima que hasta 1979 habían egresado de estos cursos 218 enfermeras de las cuales 88 trabajaban en el área de medicina preventiva y el resto en puestos de confianza como enfermeras generales.

atención sanitaria a la población. La mayor parte de los cursos se centra en aspectos administrativos. De las plazas para trabajo práctico la inmensa mayoría se destina a la atención intramural de la población derechohabiente; y el trabajo de campo, ya de por sí escaso, consiste fundamentalmente en promover la planificación familiar. Es así que las tareas de salud preventiva y de trabajo directo en poblaciones marginadas han ido en descenso a pesar que de han aumentado las necesidades.

Práctica de la Hospitalaria. En la práctica de la Enfermería Hospitalaria tanto el IMSS como el ISSSTE ofrecen desde el principio mejores sueldos, lo cual fue atractivo para la mayor parte del personal, quedando los demás hospitales y servicios bastante desprotegidos. La SSA y los hospitales privados pidieron así a gran parte de su personal profesional especializado⁽⁵³⁾.

Por efecto de la demanda de personal de Enfermería, y obviamente por los bajos salarios, un número considerable de enfermeras tenían dos y hasta tres turnos; consecuentemente bajó la calidad del servicio de los pacientes. El ausentismo y los permisos e incapacidades de las enfermeras no siem-

pre han sido cubiertos, por la administración hospitalaria, por lo cual el trabajo ha recaído en un número insuficiente de personas que no alcanzan a prestar todas las atenciones requeridas por los enfermos, originándose por este motivo una sobreexplotación a este personal, sus protestas ante esta situación han sido interpretadas desde posturas ideológicas dominantes como falta de responsabilidad y búsqueda de lucro⁽⁵⁴⁾. Inherentes a los problemas descritos en el ejercicio de la Enfermería hospitalaria, la rígida organización de los centros hospitalarios y su carácter masivo han tenido por efecto la deshumanización en el trato al personal, y de este a los derechohabientes. Por otra parte, la profesión médica a invadido funciones de la enfermera hospitalaria, en relación a procedimientos que le competen a esta y que por la expansión de internos y residentes son acaparados por los mismos⁽⁵⁵⁾.

Otro hecho de trascendencia en los últimos años es que se han ido cerrando las Jefaturas de Enfermería, principalmente la de la Dirección General de Enfermeras de la SSA. El desplazamiento de las enfermeras por los médicos y el cierre de las Jefaturas ha traído como consecuencia la desarticulación

y pulverización del gremio de enfermeras, no estando las funciones directivas en manos de estas, es natural que se tenga menos fuerza política y menos recursos para proteger los intereses laborales y promover la cohesión gremial.

Formación de la Hospitalaria. Es en este período cuando surge la Licenciatura en Enfermería, iniciándose en Monterrey en 1969, un año después se crea en la ciudad de México en la UNAM, continúa su expansión en las siguientes ciudades; León, Guadalajara, Saltillo, Torreón y en la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

En un análisis situacional de las escuelas de Enfermería se tienen dos estudios realizados por la SSA y la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería (ANEE) donde se asienta que en las 80 escuelas existentes estaban inscritas 8,000 alumnas, el egreso anual oscilaba entre 1,600 y 1,800; con un egreso promedio por escuela de 21 alumnas, las escuelas estaban incorporadas, el 27.5% a la UNAM, y el 60.5% a las Universidades Estatales, y un 2.5% de escuelas provadas funcionaban sin incorporación alguna⁽⁵⁶⁾.

La mayor parte de las instituciones (85%) care-

cían de objetivos específicos o de orientaciones filosóficas para guiar sus actividades académicas⁽⁵⁷⁾. Los planes de estudio reflejaban una gran diversidad en el número de asignaturas que variaban de 14 a 42, algunos no incluían cursos de salud pública, docencia y administración y las asignaturas del área de ciencias sociales representaban entre el 3 y el 15.9% del total.

La Dirección del 67.5% de las escuelas era todavía ejercida por médico, la cuarta parte de dichas escuelas no contaban con ninguna enfermera en su planta docente. Es hasta el año de 1984 en que el 61% de los puestos directivos en escuelas de provincia, son cubiertos por enfermeras, contra el 27% de los médicos⁽⁵⁸⁾.

En 1970 se registraba un total nacional de 10,463 alumnas de Enfermería, con un egreso anual de 2,305 de 93 escuelas; en Medicina, en cambio, había 31,965 estudiantes, con un egreso de 2,899 de 30 escuelas⁽⁵⁹⁾. En 1978, el egreso anual de alumnas de Enfermería se había elevado a 7,608 de 127 escuelas; el de las escuelas de Medicina había aumentado a 9,898 de 53 escuelas. Y de las enfermeras que se titularon ese año fueron sólo de 2,780 (poco más de

la tercera parte), mientras que todos los médicos egresados sin excepción (9,898) se habían titulado⁽⁶⁰⁾. El aumento de egresados y titulados de la carrera de medicina, no garantiza que las comunidades más necesitadas en la atención de salud, vayan a ser cubiertas ya que el médico y en igual forma la enfermera, se enfocan más al trabajo hospitalario y por ende cautivo (Instituciones hospitalarias), aunado a esto no existe una infraestructura bien establecida por el sistema de salud en las comunidades⁽⁶¹⁾.

Es precisamente en este período, en que se pretende ampliar los servicios de atención a la salud a toda la población, debido a las tendencias a partir de 1975, que establece el Comité de Enseñanza Comunitaria a la OPS/OMS que se dará atención de Enfermería en la Atención Primaria, con la utilización de diversas estrategias metodológicas educativas y de esta manera contribuir al logro de la meta "Salud para todos en el año 2000"⁽⁶²⁾. La participación de la enfermera en el primer nivel de atención es una necesidad que ha quedado demostrada a través de su práctica histórica. Son las necesidades económicas las que justifican la existencia de otro

tipo de personal en el primer nivel de atención.

Después de haber descrito estas seis décadas de la práctica y formación de la enfermera. A continuación se presentan las conclusiones que explican la situación actual de la enfermera con datos recientes y relevantes los cuales coadyuvaran a dar respuesta a la interrogante ¿Responde la carrera de Enfermería a los requerimientos de salud de la población nacional?

2.4 Conclusiones que explican la situación actual de la Enfermera.

De acuerdo a los datos ya expuestos que anteceden a esta sección, se puede decir, que en Latinoamérica y más específicamente en México las acciones del Gobierno han influido en el sistema de salud y consecuentemente en la preparación y campo de acción de la enfermera, para constatar lo anterior, se hará un resumen breve de los datos históricos mencionados de la práctica y formación de la enfermera.

Se describieron en la historia de la enfermera tres modalidades las cuales tienen su auge o descenso de acuerdo a las necesidades de salud imperantes con prioridad a los intereses de la clase dominante⁽⁶³⁾.

La primera modalidad, que es la partera empírica recibe apoyo del Estado para participar en las comunidades tanto rurales como urbanas, para la atención y control de las embarazadas así como también en la implementación de los programas de planificación familiar. Asimismo recibe cursos programados por la SSA y SEP con apoyo del Estado, propiciando su campo de acción en comunidades, al otorgarle un reglamento para su ejercicio. Mientras que, la partera profesional es desplazada y relegada, no obstante, que posee una preparación teórica y práctica adquirida en la UNAM, la cual la capacita para solventar problemas de salud que competen a su especialidad. El médico especialista en gineco-obstetricia también participa en este desplazamiento de la partera profesional, por lo tanto, desaparecen los puestos de estas enfermeras en las instituciones de salud y son absorbidas por el médico especialista. Mientras que, para las comunidades mas desprotegidas se ubica a la partera empírica. En consecuencia al Estado le conviene una enfermera empírica ya que es un personal con menor preparación y por ende requiere menor remuneración.

La segunda modalidad que es la Enfermera Sanitaria, tiene una brillante y sobresaliente función en las comunidades siendo apoyada por las acciones gubernamenta-

les, en especial las de la post-revolución. La influencia de los Estados Unidos esta presente en la preparación de la Sanitarista, ya que mediante sus organismos como el de la Fundación Rockefeller, entre otros, proporciona becas para formar recursos en esta especialidad.

Lo anterior a consecuencia del intercambio comercial entre México y EEUU, éste último buscaba protegerse de enfermedades infecciosas en sus negociaciones con México. Por lo que como estrategia se planteó becar a este recurso de la salud el cual coadyuvaría al logro y beneficio de dichos intercambios comerciales. Es así que la Enfermera contribuye en la economía de la nación, al participar en campañas sanitarias en los puertos y fronteras.

Esta Enfermera recibe cursos de adiestramiento programados e impartidos por la SSA y por la Escuela de Salud Pública. Asimismo ocupa puestos a nivel de Jefatura tomando decisiones en todas las funciones que le competen.

Los años de 1930 a 1950 se le considera de "época de oro de la Enfermera Sanitaria" debido al trabajo de Salud Pública desarrollado con la gran énfasis en las comunidades.

Sin embargo, poco después son desplazadas por el médico al mismo tiempo que inicia su declive. Las funciones que realizaban estas Enfermeras, lo lleva a cabo

el personal empírico y promotores de salud y los médicos que han ocupado los puestos de las antiguas enfermeras no realizan trabajo directo en las comunidades.

La tercer modalidad que corresponde a la Enfermera Hospitalaria, en las primeras décadas del presente siglo, tiene gran prestigio y reconocimiento, su enseñanza la recibe en el hospital al lado del paciente. Sin embargo, desde esos años es sobrexplotada; con carga horaria de trabajo de 24 horas e inadecuadas condiciones del mismo. Posteriormente se fueron mejorando estas condiciones, sobre todo lo referente al horario, no así en la diversidad de funciones que realiza, ya que estas dificultan satisfacer todas las necesidades que requiere el paciente, siendo que la gran carga de actividades desarrolladas origina que se proceda a brindar una atención cuantitativa mas que cualitativa. Esto debido a la expansión de las instituciones de salud, IMSS, ISSSTE, SSA, entre otras, que consecuentemente responden al esplendor de la industrialización y la necesidad del Estado de consolidarse, por lo que se incrementan los servicios de salud dirigidos a la fuerza laboral. Motivos que originaron que en práctica de Enfermería, sus funciones se institucionalizaran y burocratizaran.

Por otra parte, se expanden las Escuelas de Enferme-

ría en correspondencia al crecimiento de los servicios médicos y una mayor especialización en la práctica médica. En consecuencia las políticas de salud, los intereses del sistema dominante capitalista, el auge de la industrialización y el crecimiento de las instituciones hospitalarias influyeron para que la Enfermería se fuera alejando de la práctica profesional comunitaria. Existiendo además en la actualidad pocas oportunidades de trabajo en el primer nivel de atención, para las Enfermeras profesionales.

Esta situación es doblemente contradictoria, primero con las tendencias de salud y las políticas de extensión de cobertura, aprobadas por la OMS que aspiran a la consecución de la meta "Salud para todos en el año 2000", cuya clave está en la atención primaria a la población. Segundo con la políticas gubernamentales como la elevación a rango constitucional de la salud en 1983, así como la consolidación del Sistema Nacional de Salud en 1984 que establece que "se hará llegar a cada mexicano asistencia médica, de salud pública y asistencia social", para lo cual se plantea como estrategia la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria⁽⁶⁴⁾. Sin embargo, las estadísticas que se presentan hacen patente el hecho de que la población amparada por el

sistema de salud es, en forma mayoritaria, la fuerza productiva del país. En el año de 1984, el IMSS atendía el 36% del total de este sector, el ISSSTE el 8%, PEMEX y Marina el 1.8%. Dando como resultado que más del 50% de los mexicanos es población abierta⁽⁶⁵⁾.

Ante este panorama en salud, surgen críticas acerca del papel del personal de Enfermería en el servicio y la docencia y con ellas nuevas propuestas para la práctica y formación de las enfermeras.

Recientemente el Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería* reconocieron como realidad que la mayoría del personal de Enfermería está contratado en Hospitales, y que en las unidades de atención primaria** por cada Enfermera existen 4 ó 5 Auxiliares de Enfermería, favoreciendo que el personal menos calificado lleve a cabo las funciones de prevención y promoción de la salud.

Es necesario reconocer también que la efectividad de las 213 Escuelas de Enfermería*** del país, registradas hasta 1985, es bastante cuestionable, dado que satisface

* Colegio nacional de Enfermeras, A. C., Federación Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería, A.C., 1988, México, D.F.

** Centros de Salud y Casas de Salud ubicadas en comunidades.

*** De las 213 Escuelas de Enfermería existen 226 programas, de los cuales 203 pertenecen a nivel técnico, y 23 de Licenciatura, el nivel técnico es el que tiene como requisito de ingreso la secundaria, una duración de seis semestres con un año de servicio social. De los cuales 109 tienen dependencia oficial y 104 privada.

en la mayoría de los casos sólo demanda institucional hospitalaria, debido a que los currículum están orientados al proceso curativo. En los planes de estudio de toda la República las asignaturas aparecen dispersas y reflejan el enfoque biologista, técnico y curativo que ha predominado en los estudios de Enfermería desde su origen, descuidando lo preventivo y lo social. Es así que continua destacando la técnica, aumentando el ámbito de conocimientos de acuerdo a la tecnología y coadyuvando a esto se implementan los planes de estudio con bibliografía norteamericana la cual se construye en un medio donde existe tecnología avanzada, en la que se tiene diferente cultura, ideología y tratamiento de la salud, dicha bibliografía es utilizada para abordar los conocimientos de la atención de enfermería. Estos planes de estudio se conforman de un mero listado de asignaturas trasladado de otros países⁽⁶⁶⁾.

A mediados de los setenta se dan algunas reestructuraciones curriculares surgidas como intentos de enfrentar a la problemática del sistema de salud y/o romper con moldes heterogéneos; aparecen objetivos y declaración de algunos conceptos en torno al plan de estudios, intentos alejados de un análisis profundo y serio de la problemática social de salud; del papel de la Enfermera frente a ella y de los apoyos de la teoría curricular⁽⁶⁷⁾.

De ello se tienen currículos donde emergen asignaturas con temáticas y prácticas hacia el trabajo de campo de la comunidad, con la intención de equilibrar la atención preventivo promocional con lo curativo. Se percibe una lógica de organización curricular de la historia natural de la Enfermedad*. Igualmente se le asignan roles funcionales a la práctica profesional que se identifican en los planes de estudio. Dichas funciones son atención directa en comunidad u hospitales con funciones de administración, docencia e investigación. Entre otros objetivos y conceptos, se perciben de estrategias de logro. Al quedar plasmado en el papel, sin diseño de estrategia, significa que queda librado a la interpretación de quien los tenga que poner en operación o de que se piense que se dará por decreto.

En estos años empiezan a funcionar los programas de Integración Docencia Asistencial con la fundamentación de unir la teoría con la práctica.

Se hace énfasis en atender al hombre biopsicosocial, pero la enseñanza al respecto es fragmentada en diferentes asignaturas. Al alumno le toca armar el rompecabezas. A

* La Historia Natural de la Enfermedad se basa en la triada ecológica, es decir, en tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio; el Agente, el Huésped y el Medio Ambiente.

pesar de que el enfoque ha variado un poco, en relación a los objetos del conocimiento que se abordan en la enseñanza de la Enfermería, sus formas y procedimientos metodológicos se pueden clasificar en enseñanza de tipo tradicional con la incorporación de algunos elementos de la tecnología educativa.

Confirma lo anterior el hecho de que las prácticas se realicen casi siempre en los centros hospitalarios; rara vez las alumnas entran en contacto con las comunidades del medio rural. Y lo fundamenta el II Congreso de la Facultad de Enfermería de la UANL, celebrado en Octubre de 1978, en donde se puntualizaban los problemas siguientes: Inexistencia de un concepto uniforme de Enfermería, falta de una filosofía sobre la Enfermería, desarticulación respecto al Sistema Educativo Nacional, diversidad de niveles académicos y anarquía en el cumplimiento del servicio social.

Es así que la preparación de los profesionales de enfermería es desigual, el mayor número de personas con preparación técnica ejerce la profesión en instituciones hospitalarias de alta complejidad y con una organización que no corresponde a la realidad nacional, ya que fueron planeados tomando en cuenta los modelos de los países altamente desarrollados en el aspecto económico y tecnoló-

gico. Por lo tanto la visión de la Enfermera profesional es eminentemente individualista, tecnocrática, de culto a los aparatos, a las fórmulas, a las tecnologías sofisticadas. Por el contrario, en el campo de la salud comunitaria la demanda profesional es menor por situaciones derivadas de motivos presupuestales, del modelo colonial de la medicina y de la economía que se padece en el país, y en consecuencia no se atiende a las necesidades reales de salud de la población.

Asimismo, al analizar la distribución del personal de enfermería en las principales instituciones del sector salud del año de 1983-1984 se observa (Cuadro no. 3) que el IMSS cuenta con el mayor número de Enfermeras tituladas (21,349) y Auxiliares (22,491). En cambio en la Secretaría de Salud, donde se atiende a la población abierta, el número de enfermeras tituladas sólo corresponde a 5,451, aunque si absorbe a un mayor número de auxiliares. Por lo tanto, la cobertura al primer nivel de atención es proporcionado en su mayoría por Auxiliares de Enfermería.

A la luz de los anterior se puede puntualizar que es en los hospitales donde se centra la atención de enfermería, en cambio, las comunidades que más la necesitan padecen grave déficit. De esta manera la pirámide de "atención" esta invertida, en relación con la pirámide de

las necesidades. (Cuadro no. 4).

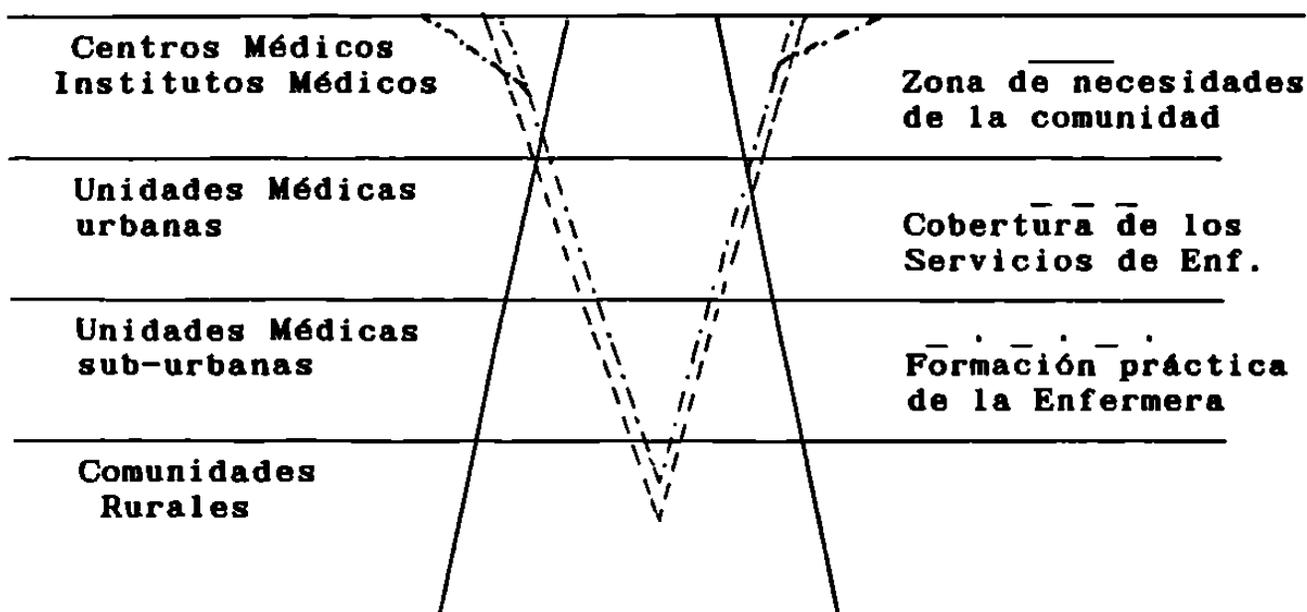
CUADRO NO. 3
PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS PRINCIPALES
INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
República Mexicana 1983-1984

PERSONAL DE ENFERMERIA	SECRETARIA DE SALUD	IMSS	ISSSTE	TOTAL
Enfermeras	5,451	21,349	10,206	37,006
Aux. de Enfermería	17,396 ¹	22,491	9,223	49,100
	22,847	43,840	19,429	86,116

¹ Incluye un número no conocido de Enfermería.

Fuente: Concentrado de Recursos Físicos y Humanos del Depto. de Enfermería del ISSSTE. 1983-1984.
Concentrado de datos sobre Recursos Físicos y Humanos de Dirección General de Estadística e Informática, SSA. 1983-1984.

CUADRO NO. 4
RELACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA EXISTENTES
LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y LA FORMACIÓN PRACTICA
DE LA ENFERMERIA



Fuente: Fajardo Ortiz Guillermo. La Atención Médica en México. Edit. Méndez Oteo. México, 1979.

Es en esta década de los ochenta en que el aumento de la demanda de los servicios de salud, generada tanto por el crecimiento de la población y por la política del Estado de ampliar la cobertura de los mismos, propicia la consolidación del Sistema Nacional de Salud en 1981, "creándose para ellos, en primera instancia la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República Mexicana, con la misión expresa de definir los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud en un Sistema Nacional que diera cobertura a toda la población"⁽⁶⁰⁾, y que garantizara el derecho a la salud de los mexicanos, iniciativa del Ejecutivo Federal en 1983, que reforma la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo IV.

Sin embargo, existe una gran contradicción en lograr una cobertura a toda la población ya que el fuerte endeudamiento de Latinoamérica, en particular el de México, lo ubican como segundo deudor latinoamericano, mismo que desbordó en una de las peores crisis, justamente un año antes de que se garantizara el derecho a la salud de los mexicanos. Dicha crisis afectó mayormente a los grupos más desprotegidos que sufrieron la pérdida real de más del 5% del valor de sus salarios y la disminución

cualitativa y cuantitativa de los servicios destacando dentro de ellos, la salud y educación⁽⁶⁹⁾.

Ante tal situación de endeudamiento, el Gobierno precedido por Miguel de la Madrid (1982-1988) tomo la decisión política de priorizar el pago de la deuda a las necesidades sociales nacionales, con políticas emanadas de las cartas de intención formadas con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en donde se comprometían al aporte del gasto público como una de las medidas a seguir. Con medidas como ésta el gasto asignado a la salud descendió del 4,7% al 2.7% entre 1981 y 1989, correspondiendo cada vez menores porcentajes del PIB al mismo. Esto equivale a un proceso deliberado de descapitalización, de las instituciones de la salud, dada la opción de transferir la mayor parte de los fondos públicos al capital financiero internacional, por vía de pago de intereses⁽⁷⁰⁾.

El recorte presupuestario que se dió sin disminución de la cobertura de los servicios ha significado depresión salarial, empeoramiento de las condiciones de trabajo, por falta de equipo y material, y crecientes obstáculos burocráticos de acceso a los servicios, lo que juntos se traduce en la desvalorización del trabajo institucional⁽⁷¹⁾.

Asimismo la práctica de la salud continua siendo curativa, prioritariamente el gasto público en salud se

destina principalmente a servicios hospitalarios dado el gran auge y modernización de ellos en los años anteriores.

En consecuencia bajo esta situación es difícil lograr la cobertura nacional, al tener un PIB reducido para el sistema de Salud. Por lo que el derecho a la salud establecido en el artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, queda a nivel declarativo estipulado en un documento, porque al contrastar con la realidad se palpan las incongruencias dado que la atención a la salud está inclinada prioritariamente a la fuerza productiva, quedando al margen la población abierta, sin afiliación a ninguna institución de salud.

El Programa Nacional de Salud 1984-1988 consolida el Servicio Nacional de Salud y representa una coyuntura para que la Enfermera extendiera nuevamente sus servicios hacia el primer nivel de atención que a la fecha, había estado olvidado.

Hasta ese momento el personal de Enfermería inserto en las instituciones se clasificaba básicamente en dos categorías (la partera empírica continuaba su ejercicio fuera de ellas), una con preparación escolarizada y otra sin ella; la enfermera titulada y la auxiliar de Enfermería. Es aquí donde aparecen y participan en el mercado de trabajo correspondiente a la Enfermera otro tipo de

agentes, como son los promotores de salud y los promotores voluntarios, los que rápidamente se incorporan al primero y segundo nivel urbano una vez que han recibido alguna instrucción.

La apertura de un servicio de salud escolarizado y regionalizado que potencialmente debe atender los problemas de salud de la mayoría de la población a través de los sistemas locales de salud constituye una base de organización para que la Enfermería participe en los tres niveles de atención, con el cual el mercado de trabajo se amplía mediante la apertura de plazas en el primer nivel.

La contradicción más notable en esta realidad, es que la demanda de enfermeras persiste para el segundo y tercer nivel, pues el mercado de trabajo ocupacional ha avanzado lentamente en la consecución de nuevos puestos para la Enfermera en el primer nivel, sobre todo en lo que se refiere al personal profesional a pesar de que el Programa Nacional de Salud vigente continúa con el impulso de proteger la salud de todos los mexicanos y mejorar los servicios de salud.

"De las 117,620 Enfermeras existentes en el país para el año de 1990, 64% se ubican en las instituciones de seguridad social, las que disponían de 1,7 Enfermeras por cada 1000 habitantes, mientras que las instituciones

encargadas de dar atención a la población abierta contaban con solo 1,4⁽¹²⁾. Esta proporción aparentemente cubre la demanda programada de servicios de salud, sin embargo, es sólo una interpretación estadística, si se toma en cuenta que la mayor parte del personal está concentrado en los hospitales y en las áreas urbanas y que la población rural está particularmente sub-atendida por personal con poca capacitación.

Para finalizar este apartado se va a dar respuesta a la interrogante ¿Responde la carrera de Enfermería a los requerimientos de salud de la población general?

En el transcurso de este trabajo se ha visto la gran influencia que tienen las acciones del Gobierno mexicano en la práctica de salud y por ende en la formación y práctica de la Enfermeras ya que éstas están ligadas a la estructura social por lo que tienden a ser congruentes con el sistema imperante siendo este el capitalista. Dicho sistema está enfocado a la productividad, por lo cual le interesa mantener la eficiencia de la fuerza de trabajo. De ahí la demanda de las Enfermeras a las instituciones hospitalarias y la tendencia de los planes de estudio de inclinarse al trabajo cautivo-hospitalario en donde se le brinda atención prioritaria al sector productivo.

Un problema que se le agrega a la Enfermera durante

su formación, es lo que menciona Castañeda (1988) en la actualidad al ingresar la alumna a la Escuela de Enfermería a través de la preparación que se le proporciona en muchos casos, es que se le forma una ideología acrítica respecto a la realidad en que se vive y con esto, la futura enfermera cree ingenuamente o está falsamente convencida de que la atención a la salud es igual para todos los mexicanos.

Al revisar la concentración del personal de Enfermería tanto profesional como Auxiliar en las principales instituciones del sector salud, se puede afirmar que la mayoría de este recurso de salud está enfocada al trabajo hospitalario y en consecuencia sobresale la práctica del modelo-médico, es decir, atención-curativa. Por lo tanto en los hospitales se centra la atención de Enfermería y las comunidades se encuentran con un gran déficit de personal profesional.

Por tal motivo se puede concluir que la carrera de enfermería responde parcialmente a las necesidades de salud de la población ya que posee mayor enfoque a la atención curativa-hospitalaria modelo-médico dominante quedando desprotegida gran parte de la población abierta.

2.5 Teoría Curricular.

Para elaborar el marco conceptual de la teoría curricular se estructuran los siguientes apartados:

2.5.1 Surgimiento de la Teoría Curricular.

2.5.2 Currículo. Modelos de Organización Curricular.

2.5.3 Propuesta Metodología para la Elaboración de Programas de Estudio.

2.5.4. Educación en Enfermería.

2.5.1 Surgimiento de la Teoría Curricular.

El surgimiento de la teoría curricular se concreta en los trabajos de Tyler⁽⁷³⁾, después de la Segunda Guerra Mundial, la etapa inicial de la propuesta curricular se caracteriza por efectuar una discusión más sólida sobre los problemas de los planes y programas de estudio. Si bien efectúan tal discusión a partir de plantear la necesidad de elaborar objetivos conductuales o refiriéndose a metas y especificaciones concretas ((Taba), determinan un conjunto de consideraciones extensas para la definición de tales objetivos.

De hecho proponen bases referenciales que permitan establecer los objetivos, a partir de un

diagnóstico de necesidades (Taba), o de fuentes y filtros aplicados para su elaboración (Tyler), lo cual es particularmente significativo. En la actualidad, Díaz Barriga (1990) aludiendo a la "mitificación de objetivos de aprendizaje" señala que prácticamente se ha llegado a que éstos tengan un valor por sí mismos en las propuestas curriculares.

En base a lo anterior se puede decir que se les dá un valor preponderante a los objetivos, cuidado su estructuración, sin analizar con profundidad su trascendencia en el proceso-enseñanza aprendizaje y sin cuidar la implementación de éstos.

Así, para Ralph Tyler, las decisiones que se tomen en relación con los aprendizajes que se deben de promover en un programa escolar deben ser el resultado del análisis de diversas fuentes de naturaleza variada, ya que, considera "ninguna fuente única de información puede brindarnos una base para adoptar estas decisiones"⁽⁷⁴⁾.

Por esta razón propone que las fuentes generadoras de los objetivos de aprendizaje sean el alumno, la sociedad y los especialistas; propone, asimismo que una vez estudiados los requerimientos y necesidades de cada uno de ellos, se establezca una

versión preliminar de los objetivos de aprendizaje, como primera propuesta curricular que tiene que ser precisada y armonizada.

Las fuentes generadoras de los objetivos que propone Ralph Tyler (alumno, sociedad y especialistas), son importantes ya que estos tres elementos tienen interacción constante en la enseñanza y si se profundiza en cada uno de ellos con respecto a sus intereses y requerimientos, se planeará un proceso de enseñanza más nutritivo y productivo.

2.5.2 Currículos.

Currículo es un término polisemántico, que se usa indistintamente para referirse a planes de estudio, programas e inclusive implementación didáctica. Sin embargo, hay un esfuerzo de conceptualización; en que diversos autores definen el término según la visión que ellos tienen de la problemática educativa. Esto es lo que integra la teoría curricular que algunos autores presentan como un campo disciplinario autónoma y otros como un campo propio de la didáctica, disciplina científica que se aboca al estudio de los problemas de la enseñanza. Retomando las concepciones de Pansza González, el pre-