



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ARAGON”

**PROPUESTA DE ANALISIS DE AREA
HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES
DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
EL CASO DE LA ENEO UNAM**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA

Presenta:

MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

Asesor de Tesis: Lic. Antonio Carrillo Avelar

México, D. F. 1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
CAPITULO I. CONTEXTO HISTORICO Y SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	6
1.- Proceso Salud-Enfermedad	7
2.- Necesidades sociales y de salud en México	20
3.- Institución de bienestar social y de - salud.	31
CAPITULO II. SITUACION SOCIAL DE LA ENFERMERIA EN - MEXICO	38
1.- Proyección histórico-social de la Enferme <u>r</u> ría.	39
2.- Inserción de la enfermera en los servicios de Salud y Seguridad Social	48
3.- Característica de la enseñanza de Enferme <u>r</u> ría y situación actual.	56
CAPITULO III. CURRICULUM DE ENFERMERIA	66
1.- Desarrollo curricular del plan de estudios	67
2.- Modelo curricular por áreas de conocimien <u>t</u> o.	80
3.- Análisis general de la conformación inter <u>n</u> na del plan de estudios ENEO-UNAM	86
3.1 Marco referencial del plan de estudios	91
3.2 Objetivos y propósitos del plan	96
3.3 Organización curricular	103
3.4 Vinculación teoría-práctica	116

	Pag.
CAPITULO IV. ANALISIS DEL AREA "HISTORIA NATURAL DE - LAS ENFERMEDADES"	120
1.- Análisis de la conformación interna de los programas	121
1.1 Relación entre los objetivos del área, con los del plan de estudios, y con los programas	121
1.2 Aporte pedagógico del modelo por Area a los programas.	126
1.3 Horizontalidad y verticalidad de los contenidos del área.	130
2.- Análisis de las estructuras de los programas del área.	135
2.1 Estructura epistemológica	135
2.2 Estructura y línea teórica de los programas	138
2.3 Implicaciones metodológicas y técnicas	143
2.4 Vinculación teoría-práctica	145
3.- Vinculación del área con el contexto social y de salud en México	149
CONCLUSIONES	154
BIBLIOGRAFIA	165

INTRODUCCION

Durante la formación del futuro profesionista, se destacan acciones importantes para el logro de los objetivos formativos dentro de los cuales se menciona, el continuo devenir de -- los elementos epistemológicos que suscitan la estructura del conocimiento y que implican a la vez, el análisis de las estructuras involucradas en el proceso del aprendizaje, siendo necesario recurrir a explicaciones teóricas que conduzcan a un acercamiento crítico del desarrollo del curriculum, las cuales tienen su origen a través de la teoría curricular explicitada por tres categorías: Objetivos, Contenido y Métodos. En este sentido, - vale la pena precisar las aportaciones que se han hecho a partir del desarrollo de ésta, teniendo la posibilidad de analizar que, el contenido de los programas forma parte de las estructuras sociales; el método es la capacidad de cambio y los objetivos la posibilidad de transformación, así mismo, cabe mencionar las implicaciones innovadoras que a partir de las fundamentaciones anteriores se han implementado en el curriculum de las carreras profesionales, dentro de las cuales se ubica la profesión de Enfermería, la cual está inmersa en la misma problemática que otras profesiones, las cuales buscan definir sus objetivos y su ubicación dentro de las contradicciones de nuestra sociedad, por lo que es importante definir estos objetivos a través de la evaluación y análisis del plan de estudios. Lo anterior se ha prestado a múltiples cuestionamientos, dándole una -

justificación en relación con los requerimientos administrati--vos de la Universidad, sin embargo, para efectos del presente -trabajo, se considera que la evaluación del plan de estudios implica una evaluación curricular con bases teóricas y supuestos epistemológicos que conceptualicen al plan de estudios como un proyecto social y una propuesta de organización curricular en -el proceso dialéctico de la conformación del trabajo grupal.

Partiéndolo del hecho, que la escuela asegura la cualifica--ción de sus egresados, se hace necesario cuestionar sobre la --formación de Enfermería, así como de la selección y organiza---ción de los contenidos y de los aspectos ideologizados que subyacen a éstos. Es por ello que la Escuela Nacional de Enferme--ría y Obstetricia de la UNAM, como elemento integrador de la --problemática social y de los programas existentes en el país, -tiene el compromiso de buscar estrategias educativas que contri--buyan a que los individuos se problematicen como seres históri--cos con la posibilidad de ser autores conscientes de su histo--ria, por lo que se hace necesario, efectuar evaluaciones cons--tantes de su plan de estudios y del curriculum en general desde una postura teórica que posibilite la participación en alterna--tivas para la reconstrucción de los elementos que se interac---túan en éste. El presente trabajo es una propuesta que emerge de los cuestionamientos anteriores y tiene como objetivo funda--mental: Proponer una metodología sobre algunos planteamientos de análisis curricular de planes de estudios de Enfermería, to--mando como eje. El proceso Salud-Enfermedad como expresión del proceso económico y social del país. En este sentido, la pro--

puesta de análisis se especificará en el área "HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES" la cual mantiene una relación general con el proyecto educativo del plan de estudios de Enfermería, éste se basará en las fundamentaciones teóricas que la corriente de pensamiento de la Epidemiología Social han creado a través de la teoría del materialismo histórico, el cual surge como resultado de la crisis social, política y económica, cuestionando el carácter puramente biológico de la enfermedad y proponiendo que el proceso Salud-Enfermedad debe ser analizado como un hecho social, histórico y de grupo, de aquí la importancia de cuestionar los elementos que conforman el aprendizaje del estudiante de enfermería.

Para el desarrollo del trabajo se plantea primeramente; la construcción de un marco teórico que contenga las diferentes conceptualizaciones del proceso Salud-Enfermedad; su relación con el proceso productivo, explicitando cómo y por qué se define la SALUD y cuales son sus límites con la ENFERMEDAD, lo cual está determinado por el sistema de atención dominante y por la caracterización que la sociedad hace de la misma. Se analizarán las diferentes corrientes teóricas que explicitan lo anterior, especificando la corriente médico-social basada en el Materialismo Histórico y del cual se efectúa el análisis interpretativo del trabajo.

Con base a lo anterior se cuestionará sobre la problemática social y de salud de México, así como la planeación estatal de los recursos para su atención, estableciendo el marco --

referencial para la formación de la Enfermería en México, analizando bajo que proyecto histórico y social se está conformando y los determinantes que propician su inserción en los servicios de salud y seguridad social.

En el siguiente apartado y en relación a lo anterior, se racionalizará el proceso histórico y social de la Enseñanza de Enfermería, así como el desarrollo curricular de su Plan de Estudios, realizando el análisis de la conformación interna del Plan, retomando los fundamentos anteriores y explicitando los cuestionamientos en cuanto a: Objetivos y Propósitos; enfoque explícito e implícito; y su organización curricular para dar pie a la propuesta de análisis del área.

Por consiguiente, en un último apartado se efectuará el planteamiento de la propuesta de análisis del área "HISTORIA -- NATURAL DE LAS ENFERMEDADES" con base a los fundamentos teóricos de la corriente que explica al proceso Salud-Enfermedad como un proceso social, desarrollando dicha propuesta a través del estudio de la conformación interna de los programas que la integran, así como del análisis de la estructura epistemológica de sus contenidos; de su línea teórica y de sus implicaciones metodológicas, determinando la vinculación del área con el contexto económico-social del país y con la situación social de la Enfermería.

OBJETIVOS

- 1.- Proponer una metodología de análisis curricular del Plan de Estudios de Enfermería, tomando como eje: el proceso Salud-Enfermedad como expresión del proceso económico y social del país.
- 2.- Determinar el proceso de interpretación del proyecto curricular del área "HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES" mediante el análisis general de la conformación interna del Plan de Estudios de Enfermería.
- 3.- Proponer con base a los fundamentos teóricos de la corriente que explica al proceso Salud-Enfermedad como un proceso social, el análisis del planteamiento curricular del área "HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES" del Plan de Estudios de la carrera de Enfermería.

CAPITULO I

CONTEXTO HISTORICO Y SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1.- PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Para efectuar el análisis de la propuesta de estudio del área: "Historia Natural de las Enfermedades", correspondiente al curriculum formal de la carrera de Enfermería, se hace necesario primeramente efectuar una revisión teórica de las implicaciones que subyacen al plan de estudios, por lo que, considerando que la profesión de Enfermería forma parte de la planeación de la Universidad como carrera universitaria por un lado, y como formadora de recursos para la atención a la salud por otro lado, en este primer capítulo se pretende realizar una aproximación a la interpretación de los problemas de la salud y la enfermedad, analizando el porqué determinados procesos sociales llegan a expresarse en la enfermedad que presentan las distintas clases ó grupos sociales, así mismo, cuestionar los aspectos económicos, políticos e ideológicos que conforman y determinan el carácter clasista de los sistemas de atención. Por lo tanto y en base a lo anterior efectuar la caracterización del plan de estudios de la carrera de Enfermería a través del proyecto social de ésta, la cual tiene su génesis en el contexto social y de salud en México.

"En nuestro país la Enfermería como profesión enfrenta actualmente algunos problemas académicos entre los que sobresalen la dependencia y la subordinación a la medicina y a las características de las diversas instituciones que conforman el sector salud". 1)

1) MIRALDEYL MORALES. *Proyección social de la Enfermería, antecedentes y perspectivas*. p. 238.

De esta forma, es necesario realizar el estudio de las diferentes corrientes teóricas que interpretan a la salud y a la enfermedad para racionalizar el carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad que a su vez justifica y racionaliza - los problemas concenuales de éstos, y por ende, la conforma---ción de determinada atención, producto de un sistema capitalis---ta.

"Es conveniente recordar que la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y entre ellas se establece una relación en constante cambio". 2)

Lo anterior conduce a cuestionar el hecho de que en Méxi---co, desde tiempos ancestrales, el sistema de atención a la sa---lud ha jugado un papel decisivo en la consolidación capitalista, de esta manera se atiende la fuerza de trabajo que proporciona mayor plusproducto y en este sentido existen mayores centros -- hospitalarios en áreas urbanas, que en áreas rurales, ya que en las primeras están consideradas las industrias y manufacturas - más importantes del país, así mismo dentro de esta clasificac---ción existen diferencias marcadas en relación a tipo de aten---ción que se recibe de acuerdo a las relaciones sociales de pro---ducción.

"La característica esencial del proceso de producción capitalista es que al mismo tiempo que es un proceso laboral, técnico de producción de bienes (valores de uso), es un proceso de producción de valor (extrac---

2) CRISTINA LAUREL. "Medicina y Capitalismo en México" en *Cuadernos Politi-*cos # 5, p. 81.

ción de plusvalía) ... Por lo que estudiar el proceso laboral equivale a descubrir bajo que formas concretas, el capital consigue extraer y maximizar la plusvalía". 3)

Estas transformaciones del proceso laboral capitalista deben ser analizadas bajo las formas que utiliza el capitalista - para aumentar la plusvalía y nulificar el movimiento obrero ante la resistencia a la explotación por lo que

"este problema está indisolublemente ligada a la lucha de clases, dado que el capitalista no sólo persigue valorizar su capital, sino que está obligado a hacerlo de cara a la resistencia obrera". 4)

Estos planteamientos con implicaciones de tipo económico y social revelan que hay un vínculo íntimo entre el trabajo y - la salud que no sólo deben ser estudiados por algunos factores de riesgo ambiental y ocupacional, sino por una clara división social del trabajo y una clara lucha de clases.

"Se parte de que el trabajo es a la vez un modo biológico y psíquico de vivir, entonces no se trata solo - de luchar contra la posibilidad de contraer determinadas enfermedades sino por establecer el control obrero colectivo sobre las condiciones desgastantes". 5)

De esta manera existen diferentes formas para lograr lo - anterior y una de ellas, son los mecanismos de control utilizados por el sistema social a través de las diversas instituciones de seguridad social.

- 3) CRISTINA LAURELL, MARGARITA MARQUEZ. *El desgaste obrero en México. Proceso de Producción y Salud*. p. 6.
- 4) *Idem.*
- 5) *Ibidem.*, p. 18.

"El IMSS, el ISSSTE, PEMEX, constituyen la parte más importante de la medicina institucional del país, -- atienden a una tercera parte de la población y disponen para esto del 40% de médicos y personal de enfermería, así como de presupuestos que son diez o hasta 20 veces más altos que el de la Secretaría de Salud y los derechohabientes de estas instituciones son -- principalmente los trabajadores sindicalizados del -- sector privado y estatal, por lo que son grupos que se caracterizan por su importancia económica o política". 6)

Cabe aclarar que la seguridad social implica una serie de acciones tendientes al mejoramiento del "nivel de vida"⁷⁾ de -- sus trabajadores lo cual a pesar de su connotación desarrollista abarca aspectos tales como vivienda; préstamos financieros; incapacidades médicas: por enfermedad o accidentes de trabajo y por embarazo; tiendas de productos básicos; servicios de funeral, etc., y la atención médica la cual es la parte más importante de ésta. Por lo tanto

"la seguridad social permite al capitalista disponer de una fuerza de trabajo en aceptables condiciones -- físicas", 8) aún más, "la institucionalización y -- la reglamentación en condiciones ideológicas favorables al capital, respecto a lo que debe considerarse como enfermedad, beneficia al empresario en contra -- del trabajador". 9)

Situación que perjudica enormemente las ya precarias condiciones económicas y de salud del trabajador asalariado, en -- este sentido se debe cuestionar sobre el carácter meramente --

- 6) CRISTINA LAURELL. "Medicina y capitalismo en México" en *Cuadernos Políticos* # 5, p. 90.
- 7) "Nivel de Vida" concepto desarrollista extraído de Hernán San Martín. -- *Proceso salud enfermedad*, p. 69.
- 8) CRISTINA LAURELL en *Cuadernos Políticos* # 5, op. cit., p. 90.
- 9) *Ibidem.*, p. 90.

biologicista de la enfermedad y analizarla desde una perspectiva histórico-social y como un proceso dialéctico; corriente que se basa en los fundamentos del materialismo histórico y tiene su génesis a partir de los siguientes cuestionamientos.

"A finales de los 60s surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social". 10)

Aunado a estos cuestionamientos, esta corriente de pensamiento, crítica los marcos conceptuales y metodológicos que orientaban el trabajo en el área de la salud en el cual se extendía el pensamiento positivista.

"El científicismo positivista, se conformó en el terreno de la salud como un modo de actuar y de pensar plenamente funcional a las necesidades de reproducción del capitalismo monopólico". 11)

Situación que desplazó lo social y se concentró la atención a los procesos biológicos y físicos

"con el fin de manipular con alto grado de especificidad y eficiencia las condiciones de reproducción de los sectores claves de la fuerza de trabajo". 12)

Sin embargo, a partir de las crecientes demandas de atención, traducidas en luchas populares que caracterizan los años sesentas, ponen en entredicho el modo dominante de satisfacer -

10) CRISTINA LAURELL. *La salud-enfermedad como proceso social*. op. cit. -- p. 7.

11) JAIME BREIH. *Investigación de la salud en la sociedad*. p. 20.

12) *Idem*.

las necesidades de las masas populares.

"El proceso histórico de las sociedades estructuradas alrededor de la propiedad privada y una creciente concentración de la riqueza social, llevó a descubrir incongruencias y diferencias en la distribución de las condiciones de salud-enfermedad y dinamizó la reaparición de inquietudes sociales frente a los problemas "de la salud". 13)

Al llegar a este punto de análisis, es importante mencionar que si bien, las demandas populares hicieron posible el surgimiento de nuevas formas de atención a la problemática de salud, estas inquietudes se proyectaron en dos direcciones contradictorias entre sí: Una línea científico-social y una línea neo-positivista, predominando desde luego en nuestro país esta última, tanto en su implementación en el sector salud, como en la planeación formativa de los recursos humanos.

"El neo-positivismo en Salud, que apareció con nuevos bríos a partir de la década de los cincuentas y cobró auge desde los años sesentas, continuó en esencia con los principios positivistas precedentes, revistiéndoles del ropaje científico, ecológico y utilizando elementos de una sociología empírica." 14)

De esta manera surge la epidemiología tradicional que presenta las mismas limitaciones del método positivista, interpretando a la sociedad como un agregado de elementos homogéneos 15) de carácter ecológico, o sea, del medio ambiente en que ésta se

13) JAIME BREILH. *op. cit.* p. 21.

14) *Idem.*

15) Al no considerar que la sociedad está dividida en clases, deja de lado esta categoría científica y considera a la población como un conglomerado homogéneo, en el cual las diferencias se reducen a variaciones secundarias de carácter biológico (edad, sexo) u otras variaciones de carácter cuantitativo individual (ocupación, ingreso, religión, etc.).

desenvuelve, desplazando la consideración de los fundamentos -- económicos sobre los que se desarrolla la vida social.

"Así en lugar de interpretar los procesos sociales como expresiones de ciertos modos de producción de las clases sociales en que éstos dividen a la sociedad, y en el lugar de explicar las razones por las que cada clase social está espuesta a diferentes riesgos de enfermar y posibilidades de mantener la salud, se halla un sistema ecológico equilibrado, en el equilibrio pasa a ser sinónimo de normalidad, (salud) y todo lo -- que rompe el equilibrio es considerado como patogénico o anormal, (enfermedad)." 16)

Por lo que surge la necesidad de contar con elementos teóricos que superen los cuestionamientos anteriores y en los que sobresalgan las relaciones entre trabajo y proceso salud-enfermedad, reconociendo que en el ámbito social es donde surgen y evolucionan los problemas de salud, los cuales están marcados por la lucha de clases. Así tenemos que para llegar a una interpretación del pensamiento científico-social en el campo de la salud, se hace necesario primeramente superar la supeditación dominante del análisis a las leyes funcionales y probabilísticas y a los aspectos cuantificables de los fenómenos.

"El uso del conocimiento producido por la Epidemiología tradicional, sirvió y sirve fundamentalmente para apuntalar el proyecto de dominación política de las clases dominantes, lo que apoyó y sigue apoyando el mayor oscurecimiento de la visión del proceso salud-enfermedad y el desarrollo de alternativas de -- verdadera transformación." 17)

situación que clarifica el hecho de que se estudien los INDICA-

16) JAIME BREILH. *op. cit.* p.p. 27-29.

17) JAIME BREILH. *op. cit.* p. 31.

DORES DE DAÑO A LA SALUD¹⁸⁾ sólo a través de aspectos cuantificables y observables, sin que exista un análisis histórico y social.

"La epidemiología tradicional parte desde el objeto sensorial, trata de encontrar los elementos que integran ese objeto a través de un proceso de análisis y no vuelve a reconstruir el concreto pensando a través de la síntesis. Su punto de partida son abstracciones a las que denomina: FACTORES, que de una forma aislada se suponen intervenir con mayor o menor fuerza en la aparición del problema que se estudia". 19)

En este sentido, se debe dar un giro al enfoque tradicional del estudio del proceso salud-enfermedad, demostrando su carácter social y analizando: el tipo; la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen a la sociedad, determinando que el perfil patológico cambia para una misma población según las características del momento histórico.

"Así tenemos que las distintas formaciones sociales presentan perfiles patológicos que, a nivel muy general, se diferencian según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción." 20)

Lo anterior nos remite al problema de cuestionar el carácter social de los conceptos de Salud y de Enfermedad, así como de comprobar una vez más que las necesidades de las clases domi

18) INDICADORES DE DAÑOS A LA SALUD: Morbilidad o incidencia de la enfermedad y Mortalidad.

19) CARLOS RODRIGUEZ. *et. al.* "Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico en Cuadernos Políticos No. 28, p. 41

20) CRISTINA LAURELL. *La Salud-Enfermedad. op. cit.* p. 18.

nantes se expresan como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto y por lo tanto, ésto determina el componente oculto e ideológico de su definición.

"En la sociedad capitalista, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que lo disocializa", sin embargo "el concepto de enfermedad oculto, es decir, el que subyace a la definición social de lo que es la enfermedad, - se refiere a la incapacidad para trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y eventualmente con la creación de la plusvalía y la posibilidad de acumulación capitalista." 21)

De esta manera, desde el momento en que surgen elementos inherentes al concepto de salud y enfermedad y una conceptualización biológica implica una social, es importante efectuar la relación dialéctica entre ambas, por lo tanto, en el primero se cuestiona su carácter individual y en el segundo se reafirmaría su carácter grupal e histórico, por lo que, habría que especificar que se entiende por el proceso salud-enfermedad de un grupo y como se relaciona con el proceso salud-enfermedad del individuo.

"Por el proceso salud-enfermedad de la colectividad - se entiende, el modo específico como se dá en un grupo el proceso de desgaste-reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad". 22)

Por lo que la relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y del individuo, está dada porque el proceso salud-en

21) *Ibidem.*, p. 19.

22) CRISTINA ALURELL. *op. cit.*, p. 21.

fermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales se circunscribe la variación biológica individual y en este sentido, el contexto social tiene gran reelevancia por condicionar su biología y determinar la probabilidad de que se enferme de un modo particular.

"Es decir, el estudio del grupo, significa contemplar lo en su carácter propiamente social, esto es, por el modo como se relaciona con el resto de los grupos en el proceso de trabajo de la sociedad y el perfil patológico* se tiene que realizar buscando, no la singularidad de cada caso individual sino estableciendo lo común que caracteriza al grupo." 23)

En este sentido, el estudio del proceso salud-enfermedad colectivo centra la comprensión de la causalidad de manera distinta...

"ya que al preocuparse por el modo como el proceso -- biológico se da en la sociedad, necesariamente recupera la unidad entre la enfermedad y la salud dicotomizada en el pensamiento médico clínico." 24)

"Y ocurre así porque visto como un proceso de la colectividad lo preponderante es el modo biológico de vivir en la sociedad que determina a su vez, los tránsitos biológicos característicos de la enfermedad, por lo que no aparecen separados SALUD ENFERMEDAD sino que se dan como momentos de un mismo proceso". 25)

Lo anterior demuestra las limitaciones de los modelos de Causalidad que subyacen en el pensamiento médico dominante ya que enmarcan

* PERFIL PATOLOGICO.- Incidencia y forma en que se presenta la enfermedad.

23) *Idem.*

24) La medicina clínica y la epidemiología abordan el problema de manera -- distinta, ya que la primera tiene como finalidad, profundizar en la enfermedad individual, mientras que la segunda pretende avanzar hacia la comprensión de los procesos colectivos.

25) CRISTINA LAURELL, *op. cit.* p. 22.

"la necesidad de las fuerzas homogénicas de la sociedad de esconder los trastornos sociales producidos -- por el irracional sistema de explotación capitalis-- ta". 26)

ya que el modelo unicausal de la enfermedad, trata de reconocer una causa única y fundamental para la producción del efecto-enfermedad, la misma que está siempre ubicada por fuera del organismo.

"La teoría unicausal de la enfermedad fué la concepción dominante desde los inicios mismos de la sociedad. Los descubrimientos microbiológicos estimulados por las empresas de explotación en territorios tropicales, presentaron en el parásito, la bacteria y posteriormente el virus como las causas últimas y únicas de la enfermedad." 27)

Por lo tanto presenta cada enfermedad como resultado de - la acción de un agente patógeno específico, es decir, cada enfermedad tiene su causa particular y única, sin embargo este modelo de atención

"Había conducido en el campo de los servicios de la - Salud a la formulación de complicados sistemas de - atención, apoyados en una costosa infraestructura técnica de Diagnóstico y de Tratamiento, permitiendo solamente el acceso a pequeños grupos pertenecientes a la clase dominante, quedando sin protección inmensos sectores populares:" 28)

Ante estas observaciones surge un modelo causal alternativo que permitiera conducir acciones poco costosas e implementar medidas masivas de control, en este sentido...

26) JAIME BREILH. *op. cit.* p. 31.

27) JAIME BREILH. *op. cit.* p. 32.

28) *Idem.*

"No se trataba de llegar a las verdaderas causas del problema sino más bien a colocar una cortina ideológica que distorcione la realidad pero que permita al mismo tiempo, obtener resultados pragmáticos adecuados. 29)

es decir, que este modelo permite por lo tanto, no buscar las verdaderas causas del problema, sino dar una respuesta práctica, cortando la cadena causal, mediante la modificación de los factores que intervienen, lo cual permite restaurar las condiciones biológicas para que el hombre como fuerza de trabajo, se mantenga en el proceso de producción y así surge hasta la actualidad el modelo importado de la TRIADA ECOLOGICA DE Leavell y Clark³⁰⁾ la cual es una variante más dinámica y desarrollada del modelo multicausal. Breilh nos dice³¹⁾ que aunque este modelo permite explicar en forma sistemática y dinámica el proceso salud-enfermedad, sin embargo se basa sobre criterios que traducen profundos errores los cuales los describe de la siguiente manera:

"Se desconoce la categoría social del hombre y lo -- transforma en un factor eminentemente biológico, esto permite esconder las profundas diferencias de clase que existen entre los hombres." 31)

"Al separar artificialmente al sujeto social (factor hombre) y su producción (la cultura es clasificada -

29) JAIME BREILH. *op. cit.* p. 33.

30) *Viz.* Según ésta, las causas se ordenan dentro de tres posibles categorías o factores que intervienen y condicionan el apareamiento y desarrollo de la enfermedad. Estos tres factores son: el agente, la huésped y el ambiente, mismos que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio. El comportamiento anormal de cualquiera de los factores puede causar trastornos en los otros factores; así la presencia de un ambiente desfavorable ocasiona trastornos en el huésped u hombre, la activación del agente y la consecuente ruptura del equilibrio.

31) JAIME BREILH. *Epidemiología, Economía, Medicina y Política.* p. 102.

como un integrante del factor medio ambiente) desaparece el origen social de esos productos y se los hace aparecer como un ser extraño, como un poder independiente del producto al que puede lesionarlo, sin que la propia organización del factor humano tenga que ver con el problema." 32)

Esta deformada interpretación permite proponer medidas correctivas biológico-ecológico y en ningún momento buscar transformaciones que atenten contra el equilibrio del sistema, situación que favorece al capitalismo y a las relaciones sociales de producción, por lo tanto es necesario reconocer que cada formación social crea su propia patología, siendo importante detectar cuales son los procesos presentes y efectuar una participación más comprometida, ya que éste enfoque tiene implicaciones profundas para la práctica de enfermería y una nueva práctica no depende sólo de una interpretación del proceso salud-enfermedad aislada, sino que se debe apoyar sobre bases sociales que la impulsen y sostengan, en este sentido, los cuestionamientos anteriores -- servirán de sustento para analizar los factores inherentes a la contextualización del proceso salud-enfermedad, detectando cuales son los procesos presentes en ella y que tienen relevancia -- para el panorama social y de salud en México, por lo que a continuación se cuestionará sobre las necesidades sociales y de salud y sus implicaciones de tipo social y económico.

32) *Idem.*

2. NECESIDADES SOCIALES Y DE SALUD EN MEXICO

- El hecho de haber precisado que el proceso salud-enfermedad tiene carácter histórico en sí mismo y no solamente porque está socialmente determinado, permite plantear el vínculo que existe entre el proceso socio-económico del país y el proceso salud-enfermedad biológico, caracterizado por particularidades propias de cada grupo, así tenemos que dos características de la política económica implementada a partir de los años cincuenta, tiene particular relevancia para el entendimiento de los problemas de salud y la enfermedad y son: La baja inversión social y la protección al capital. Estos dos aspectos del proceso de desarrollo se manifiestan claramente en las condiciones generales de vida y de trabajo de la clase trabajadora.

"Durante el desarrollo estabilizador fue el sector industrial el que imprimió mayor dinamismo al resto de la economía: su tasa media anual de crecimiento fue superior a la que registró la economía en su conjunto, pero esto se lograba a costa de debilitar aún más el mercado de trabajo, aumentando el desempleo y el subempleo, creando un desequilibrio creciente en el mercado de trabajo". 33)

Estos hechos se suman a la crisis del capitalismo que se caracterizó por la forma caótica de crecimiento de centros industriales sin la creación de una infraestructura mínima de servicios públicos lo cual se traduce en

33) LEPOLDO SOLIS. *La realidad económica mexicana. Retrospección y perspectivas.* p. 105.

"El hacinamiento, la falta de servicios básicos de -- agua potable y la deficiente disposición de excretas así como la contaminación biológica de los alimentos y del agua que se supone puede ser empleada para el consumo humano". 34)

Estas son las constantes ambientales que originan en México una infección permanente de gran importancia para la situación de salud del país. La fuente de datos en el censo de 1980, ofrece un panorama desolador.

"los sistemas de alcantarillado en localidades mayores de 2 500 habitantes, beneficiaba a 11 millones de personas y dejaba sin servicios a unos 14.5 millones de habitantes; más grave aún era la situación en las localidades menores de 2 500 habitantes, ya que sólo 50 000 personas contaban con este tipo de servicios, mientras que más de 19.5 millones carecía de él. Por otro lado, el 41% de las viviendas censadas que alojaba casi a 30 millones de personas, tenía instalaciones de drenaje intradomiciliario para el manejo de excretas, mientras que el 59% donde habitaban más de 28 millones de personas no contaba con estos servicios." 35)

Los servicios intradomiciliarios y el tipo de vivienda existente, muestra también importantes carencias:

"El 41% de la población vivía en casas de piso de tierra; el 31% de las viviendas tenía baño; el 58% de las casas contaba con servicio eléctrico y el 73% tenía cocina."

"En cuanto al hacinamiento, cabe mencionar que el 40% de las viviendas, contaba con un solo cuarto; el 13% tres cuartos y el resto más de cuatro habitaciones, - en los dos primeros grupos vivía casi el 70% de la población con un promedio de seis habitantes por vivienda." 36)

34) *Ibidem.*, p. 106.

35) Se realiza el análisis de los datos obtenidos en el CENSO POBLACIONAL DE 1980 a través de la CONAPO.

36) *Idem.*

Otra esfera importante de problemas que guarda relación -- con la salud es, la del deterioro ecológico a través de la contaminación del ambiente; en el agua y en los alimentos, sumado a -- las deficiencias de higiene y al inadecuado manejo de los desperdicios, traducido en elevadas tasas de enfermedad y muerte por - enfermedades infecciosas y parasitarias.

"En 1980 el 46% de la población estaba constituida - por menores de 15 años y únicamente el 13.5 eran personas mayores de 45 años, esto significaba altos índices de natalidad y escasos porcentajes de pobla---ción que alcanzaban edades avanzadas." 37)

Sin embargo, y a pesar de los datos estadísticos existe una alta mortalidad infantil, por lo que la alimentación y la nutri-ción es otro de los aspectos importantes en la morbi-mortalidad - de la población. Además del deterioro en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, se observan deficiencias mentales, dichos - problemas van en relación a las clases sociales más bajas.

"En cuanto a mortalidad general, de 1978 a 1979, el - 43% las muertes fueron en menores de 5 años". 38)

Lo anterior fundamenta la naturaleza social de la enferme--dad ya que el fenómeno de salud y enfermedad es resultado del am--biente total y como ejemplo se tienen los siguientes datos:

"Las enfermedades gastrointestinales fueron controla--das en las sociedades en las que se logra un abasto--cimiento de agua potable limpia; una eliminación ade-cuada de excretas; una nutrición suficiente y una hí-giene indispensable." 39)

37) CONAPO. *op. cit.*

38) *Idem.*

39) DANIEL LOPEZ ACUÑA. "Crisis de la medicina mexicana", en *Cuadernos Univer-*sitarios # 11, p. 112.

La situación de salud en México es todo lo contrario, ya - que se encuentran poblaciones *marginadas* en áreas urbanas y rurales conocidas como "ciudades perdidas" en las cuales predomina - la problemática ya descrita anteriormente. Esto trae como consecuencia altos índices de daños a la salud a través de los registros de mortalidad en México, los cuales son fidedignos aún cuando abarcan sólo el 80% de las defunciones, ya que el resto no se certifica, no ocurre lo mismo con los registros de morbilidad, - que prácticamente no existen, lo que dificulta enormemente la -- disponibilidad de cifras para estimar la incidencia de la enfermedad, por lo que a continuación y a manera de fundamentar la -- problemática de salud en México, se efectuará un análisis de las diez principales causas de mortalidad general, teniendo como fuente la Dirección General de Bioestadística (microfichas de mortalidad), de la Secretaría de Programación y Presupuesto⁴⁰⁾ y para su mejor comprensión se agruparon por causa de acuerdo al lugar que ocupa.

40) S.P.P. Dirección General de Bioestadística.

CUADRO I

CUADRO DE MORTALIDAD DE ACUERDO A ETAPAS DE VIDA

LUGAR	ENFERMEDAD	EDADES QUE COMPRENDE
1er.	Influenza, Neumonías e infecciones respiratorias agudas	de 1 a 5 años
2do.	Enteritis y otras enfermedades -- diarreicas	de 1 a 24 años
3ro.	Mortalidad Perinatal	Predomina en embarazo, parto y puerperio y recién nacido.
4to.	Anemia, avitaminosis y deficiencias nutricionales	de 1 a 14 años
5to.	Accidentes	de 5 a 49 años
6to.	Lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencional	de 15 a 49 años
7mo.	Cirrosis hepática	de 50 a 64 años
8va.	Enfermedades cerebro-vasculares	de 50 a más años
9na.	Enfermedades del corazón	de 50 a más años
10ma.	Tumores malignos	de 25 a 65 y más

Fuente: Dirección General de Bioestadística. 1980. S.P.P.

Como aspectos significativos se observa que del total de defunciones, el 50% obedecieron a causas infecciosas, siendo las dos primeras causas: las neumonías y la influenza, enfermedades del aparato respiratorio; siguiéndole en orden de importancia: las enteritis y otras enfermedades diarreicas, efectuando la interpretación social de ambas, encontramos condicionantes socioeconómicas que predisponen y favorecen los factores que las desencadenan, en este sentido el hablar sobre el tipo de vivienda y sus carencias, tales como el hacinamiento; la promiscuidad; la

humedad; la falta de ventilación y el tipo de material de su -- construcción, así como el hablar sobre la contaminación del ambiente, del agua, de los alimentos, deficientes condiciones de higiene, nos hace pensar en la estructura clasista en la atención a estos problemas y en la justificación racionalizada del círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad.

"El perfil patológico cambia para una misma población según las características del momento histórico, asimismo las distintas formaciones sociales presentan -- perfiles patológicos, los cuales se diferencian según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción." 41)

En el cuadro presentado se observa que la población infantil es la más afectada por estos padecimientos, predominando las defunciones en menores de 4 años. Cabe hacer notar que las deficiencias nutricionales ocupan el 1er. lugar, sin embargo la desnutrición como tal es el factor socioeconómico más importante en México que predispone a cualquier tipo de padecimiento.

"Uno de los pocos estudios latinoamericanos que comprueban la probabilidad diferencial de morir en la temprana infancia, según la clase social demuestra -- que el riesgo de morir está directamente relacionado con la ocupación del padre, o sea, con el modo como éste se inserta en la producción." 42)

esto es, la insuficiencia del salario, muchas veces no se manifiesta en el trabajador sino en la desnutrición de los hijos.

41) CRISTINA LAURELL. "La Salud-Enfermedad como proceso social", p. 18.

42) CRISTINA LAURELL. *El desgaste obrero. Proceso de producción y salud*, - p. 24.

La razón de ser de esta situación de salud está dada por factores económicos sociales y políticos que muestran claramente la distribución desigual de los recursos de salud producto de una determinada organización social.

En este sentido, interesa detectar cuales son los procesos socioeconómicos de la sociedad mexicana que suscitan esta problemática. En el área rural, el capitalismo implica una serie de transformaciones en la estructura económica agraria, dicho desarrollo tiende a obligar a los pequeños cultivadores a orientar su producción al mercado a expensas de la producción para el autoabastecimiento, sujetándolos a una relación de intercambio desigual. Al mismo tiempo tiende a crear una rápida proletarianización.

"La intensidad de este proceso lo ilustra el hecho de que aproximadamente la mitad de la población rural económicamente activa son jornaleros sin acceso a la tierra, mientras que un alto porcentaje de los pequeños productores se ven obligados a complementar sus ingresos con trabajo asalariado. El rápido crecimiento de la oferta de mano de obra, aunado a una demanda muy inferior, mantiene los salarios extremadamente bajos, creando desempleo crónico y expulsando a grandes grupos del campo." 43)

Esto implica cambios en la estructura de clases y en las relaciones de producción y de cambio. La explotación del proletariado se da a través del trabajo y en condiciones que dificultan su organización en defensa de sus intereses.

"La extracción del plusproducto del pequeño productor se efectúa a través del mercado en el intercambio desigual entre productos agrícolas e industria--

43) DANIEL LOPEZ ACUÑA, *op. cit.*, p. 61.

les. Otro mecanismo importante es el crédito usurero a través de la banca Estatizada, que además obliga a la siembra de cosechas comerciales." (CONASUPO) 44)

Una de las consecuencias de esto es que las formas de explotación se individualizan, ya que no es la comunidad como tal la que está sujeta a la explotación, sino a cada uno de sus miembros.

"La diferenciación interna de la comunidad hace que ésta desaparezca y que lo determinante para las condiciones de vida y de trabajo no sea la pertenencia a un sistema ecológico y socioeconómico homogéneo sino, la pertenencia de clase." 45)

El proceso dinámico que implica el empeoramiento de la salud se debe a el paso de una economía natural a una mercantil, la relación del productor con la tierra cambia. En aquella es un medio directo que sirve para la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, habitación y vestido. La producción, así, garantiza mínimamente la sobrevivencia y los productos tienen cierto control directo sobre sus condiciones de vida.

Este cambio en la utilización de la tierra transforma la relación con la naturaleza, ahora no se trata de producir lo necesario sino lo máximo.

"La introducción de nuevas técnicas como son los insecticidas y fertilizantes implica cambios ecológicos cuyos efectos no están previstos, los cultivos comerciales son más vulnerables, tanto a los factores biológicos y climatológicos como a fluctuaciones en el mercado, se pierde el control sobre los medios de subsistencia. Los pequeños productores como los

44) FRANCISCO GOMEZJARA, et. al. *Salud comunitaria. Teoría y práctica.* p. 50.

45) *Idem.*

jornaleros que para satisfacer sus necesidades básicas dependen del dinero, tienden a cambiar sus patrones -- tradicionales de consumo bajo la presión de la propa-- ganda, transformando la dieta en productos elaborados, caros y de bajo valor nutritivo." 46)

En este sentido la desnutrición se extiende endémicamente, predisponiendo a la población a las enfermedades infecciosas.

En el área urbana se presentan los mismos problemas del campo, además de los propios de los procesos de industrialización y urbanización.

"Gran parte de la problemática que determina las condiciones de salud de las ciudades, se traduce en un primer elemento de un ambiente nocivo, producto de la escasez de agua por demás contaminada; a la contaminación fecal; a los basureros improvisados se agrega el aire contaminado por los gases de automóviles e industriales; la emisión de contaminantes; personas hacinadas en viviendas defectuosas." 47)

Todos estos factores propician las enfermedades contagiosas, como diarreas, parasitosis, infecciones de las vías respiratorias, encontrando condiciones óptimas para su propagación, así mismo el aire contaminado irrita los bronquios abriendo paso a las infecciones. Otro de los grandes problemas económicos son los movimientos migratorios del campo a la ciudad y en parte se explican por los efectos del desarrollo capitalista en el agro. 48)

46) CRISTINA LAURELL. *Medicina y Capitalismo. op. cit.*, p. 86.

47) DANIEL LOPEZ ACURA. *op. cit.*, p. 96.

48) Si evaluamos el comportamiento global de la economía durante y después del Desarrollo estabilizador, se concluye en un estancamiento del sector agrícola y una política sustitutiva de importaciones de productos básicos, como el grano (maíz y frijol), agravando el problema del empleo. Tomado en: *La realidad económica mexicana*, de Leopoldo Solís, p. 130.

Los inmigrantes recientes llegan a integrarse a las filas de los desempleados carentes de recursos tanto económicos como organizativos.

"La política de 'apoyo al capital' se complementa con una política de contención de las luchas reivindicativas de los trabajadores, ésta se ha instrumentado a través del sindicalismo controlado (C.T.M.) y la franca desorganización de los obreros, sin olvidar los mecanismos de represión y enajenación de los que son víctimas." 49)

El freno a las luchas reivindicativas permite extender el nivel salarial relativamente bajo y las precarias condiciones de vida, además explica por qué las medidas de protección al trabajador en los centros de trabajo se encuentran a un nivel rudimentario, mientras que todos los mecanismos de intensificación del trabajo propios del capitalismo industrial avanzado, son impulsados, por lo que ya no es privativo de las clases dominantes padecer de las enfermedades de una sociedad moderna, la úlcera y el infarto han pasado a ser, también de los trabajadores.

Un estudio comparativo que investiga la diferencia de los problemas de salud entre la clientela de la medicina privada y los pacientes del Hospital General de México arroja los siguientes datos: 50)

La patología más frecuente de los pacientes del Hospital General -obreros no organizados, subproletariado urbano y clases

49) CRISTINA LAURELL. *El desgaste obrero en México*, op. cit., p. 63.

50) CELIS A., NOVA J. "La patología de la pobreza". *Revista del Hospital General*. No. 29, p. 33.

trabajadoras rurales- se puede resumir de la siguiente manera:

- alta frecuencia de las enfermedades infecciosas como pulmonía, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y amibiasis; cirrosis hepática; problemas graves de la piel; cáncer en estados avanzados; complicaciones del parto y del aborto provocado; desnutrición en el adulto.
- presencia simultánea de varias enfermedades.
- enfermedades en estado avanzado
- alta mortalidad

La patología de la clientela privada-burguesa y clase media alta- se caracteriza por lo siguiente:

- frecuencia más baja de enfermedades infecciosas.
- predominio de enfermedades degenerativas; cáncer en estado poco avanzado, enfermedades psicósomáticas y neurosis.
- detección temprana de la enfermedad.

Aparte de las diferencias obvias entre las distintas clases que estos datos ponen al descubierto, es importante hacer notar - que los grupos se enfrentan a ellos de manera distinta. La burguesía tiene libre acceso a la medicina profesional y se atienden antes que la enfermedad haya progresado. Las clases representadas en el Hospital General no pueden admitir la enfermedad hasta que ésta tan avanzada que el paciente no puede seguir trabajando y no tienen otra alternativa que las instituciones públicas, que disponen de recursos bastantes limitados para atender a una parte mayoritaria de la población. Así la atención a la salud es otro problema relacionado con la organización de la sociedad por lo que en el siguiente apartado se tratará este problema para --

clarificar la situación clasista de las instituciones de salud y su forma muy particular de enfocar el proceso salud-enfermedad.

3. INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y DE SALUD

El acceso a los servicios de salud muestra también una desigual distribución por clases, se puede hablar de tres grandes grupos sociales en relación con el tipo de atención de que disponen. El primero constituido por la clase privilegiada y algunos sectores de la clase media que poseen los recursos para pagar una atención médica de tipo privado, un segundo sector formado por los trabajadores asegurados y demás derechohabientes de instituciones de seguridad social y un tercer grupo que no tiene acceso a la seguridad social: trabajadores del campo y la ciudad, trabajadores eventuales, subempleados, es decir subproletariado en continua migración, con escasísimos recursos económicos como para pagar la atención privada y que en mínima parte recibe atención de la Secretaría de Salud, antes Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dentro del contexto histórico de estas instituciones destacan los siguientes datos:

"Se creó en 1937 la Secretaría de Asistencia Pública destinada a impartir asistencia médica a todos los sectores de la población". 51)

al mismo tiempo se impulsó la política de integración de las comunidades indígenas a través de los institutos indigenistas cu-

51) DANIEL LOPEZ ACUÑA, *op. cit.*, p. 56.

Los análisis giraron en buena parte alrededor de las condiciones de salud de los núcleos indígenas y de las limitaciones para proporcionarles atención.

"En 1943 se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud Pública dando lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (llamada a partir de 1985 Secretaría de Salud)". 52)

El país experimentaba una industrialización creciente en las áreas urbanas y contemplaba el aumento del sector obrero. Interesaba a la clase dominante conservar en buenas condiciones a los trabajadores que suministraban la fuerza laboral para la producción.

"En 1943 se creó el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) destinado a encargarse de los problemas específicos del trabajador." 53)

No sólo se ocupó de la salud sino que amplió sus prestaciones al ámbito de la invalidez, las pensiones, la desocupación, la vejez, la muerte, la maternidad y el seguro de riesgos profesionales. Se trataba de eliminar la enfermedad, la incapacidad y el riesgo de ausentismo; por lo tanto de favorecer por esta vía la industrialización y la protección al capital con la apariencia de una conquista obrera y una política estatal en favor de las mayorías, pero de las mayorías que tenían acceso a estos servicios.

"El crecimiento de la burocracia estatal y razones similares a las que determinan la aparición del IMSS --

52) S.P.P. México a través de sus informes. p. 76.

53) CRISTINA LAURELL. *El desgaste obrero en México*, op. cit., p. 22.

llevaron en 1960 a la creación del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado) para encargarse de la seguridad social - de los trabajadores de la Federación." 54)

Estas instituciones iniciaron sus operaciones en las grandes ciudades, donde están los centros industriales o las dependencias estatales de mayor significación, hasta mucho tiempo después comenzaron a extender sus servicios a las áreas más necesitadas y a ampliar el régimen de solidaridad social que curiosamente se dirigió a muchas clases de trabajadores: henequeneros; cacaoteros; copreros; tabacaleros e ixtleros.

"El IMSS protege entre el 40 al 60% de la fuerza de trabajo en los diversos renglones de la industria y los servicios y únicamente al 1.4% de la fuerza de trabajo en áreas rurales." 55)

al mismo tiempo se le fueron restando recursos de importancia a la SSA lo que ha significado el abandono de las masas campesinas e indígenas por lo que puede verse que el interés central del Estado es concentrar sus esfuerzos en la atención de los sectores más productivos de la sociedad, quedando sin amparo los peones, los trabajadores del campo, los obreros no asegurados, los desempleados y los pequeños comerciantes.

"Otras instituciones de Seguridad como PEMEX, FERRO CARRILES, HACIENDA y las fuerzas armadas complementan la acción del Estado con la misma orientación." 56)

Han surgido instituciones de seguridad para la población infantil como el IMPI (Instituto Mexicano de Protección a la Infan-

54) DANIEL LOPEZ ACUÑA. *Crisis de la Medicina Mexicana*. p. 23.

55) *Ibidem.*, p. 24.

56) DANIEL LOPEZ ACUÑA, *Op. cit.*, p. 31.

cia) más adelante IMAN (Instituto Mexicano de Atención a la Infancia) y ahora DIF (Desarrollo Integral de la familia) y otras instituciones con enfoque de beneficencia como es el caso de la Cruz Roja y los hospitales del D.D.F. que tiene un mínimo subsidio estatal y se encuentran en el Distrito Federal.

"En 1975 el 31% de los 60 millones de habitantes que tenía el país, es decir, 18 500 000 personas estaba cubierto por algún régimen de seguridad social. Dentro de esta cobertura quedó solamente el 21% de la población económicamente activa. En contraste la S.S.A. debe atender a las dos terceras partes de la población del país pero sus capacidades de hospitales y servicios sólo alcanzan para cubrir una población de 15 millones. De esto resulta que entre 24 y 26 millones de mexicanos carezcan en forma permanente de servicios médicos." 57)

"En 1975 se otorgaron 32 000 millones de pesos al IMSS y al ISSSTE para la atención de la población de rehohabiente, mientras que sólo se asignaron 5 000 millones de pesos a la S.S.A. el gasto anual por rehohabiente del IMSS y del ISSSTE fue de 1 000 pesos, mientras que el de la S.S.A. fue de 50 pesos, así para atender a la tercera parte de la población, las instalaciones de seguridad social gastaron más de la mitad de los recursos económicos para la salud." 58)

así a la S.S.A. dotada de relativamente pocos recursos económicos, le corresponden las acciones básicas de servicios no personales - o colectivos como las campañas de vigilancia, control y erradicación de ciertos padecimientos (paludismo, enfermedades venereas, poliometitis, etc.), las acciones de saneamiento ambiental y control de contaminación, la potabilización del agua, los programas de nutrición y promoción de obras comunitarias, el control de fau

57) DANIEL LOPEZ ACUÑA, *op. cit.*, p. 24.

58) CRISTINA LAURELL. *Medicina y Capitalismo en México, op. cit.*, p. 90.

na nociva, la inspección sanitaria de mercados, establecimientos comerciales, puertos de entrada al país y otros lugares públicos, etc., pero además de esto, tiene el compromiso, al menos declarativo de otorgar servicios médicos a dos terceras partes de la población mexicana, cosa que desde luego no cumple. Por su parte,

"la Dirección General de Medicina del Trabajo, dependiente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social intenta ocuparse de los problemas de la salud ocupacional, dictamina en caso de demandas de indemnización por accidentes y enfermedades del trabajo. A su vez la Dirección General de Higiene Escolar, dependiente de la Secretaría de Educación Pública -- (SEP) se divide entre la atención médica a algunos escolares del Sistema de Enseñanza Pública y la promoción higiénica y educación para la salud en las escuelas primarias. Finalmente la Secretaría de Comunicaciones y Transporte contaba con un departamento de medicina preventiva que se encargaba de la inspección médica de los conductores de autotransportes públicos, pero actualmente los atiende el IMSS". 59)

En este sentido las instituciones de seguridad social que cuentan con recursos mucho mayores únicamente para fines de salud sólo proporcionan, en la práctica, servicios de tipo personal, sobre todo de orden curativo y rehabilitatorio.

En suma, el Estado ha concentrado sus esfuerzos en la atención de los sectores más productivos de la Sociedad, estrechando los recursos para la atención de los habitantes del campo y otros grupos desprotegidos atendiendo en instituciones de asistencia pública. Así la redistribución del ingreso que podría ser ejercida a través de los servicios de salud, resulta mínima o casi nula. Las instituciones de seguridad social, estatales y paraesta-

59) M. TERRIS. Los tres sistemas mundiales de atención médica. Tendencias y perspectivas. En: *Revista epidemiológica y medicina social*, p. 109.

tales se pagan con las cuotas de sus agremiados y con las aportaciones del Estado. Sólo los servicios de la S.S.A. están financiados, casi en su totalidad y mínimamente por el Estado pero, - desde hace algunos años introdujeron la modalidad de cobrar cuotas de recuperación a sus usuarios, ya sea en dinero o en donaciones de sangre aunque este último actualmente está limitado, - lo que añade una barrera para el acceso de los servicios a la población que suele hacer uso de ellos. Esto hace que los servicios de la S.S.A. sean en parte, servicios de beneficencia, servicios subsidiados con alto grado de ineficiencia y servicios -- inaccesibles para la población necesitada, lo que los aleja de - una política sólida de bienestar social por parte del Estado, así como de su naturaleza aplicativa para hacer efectivo el derecho a la salud. A todo lo anterior se agrega que los servicios públicos de salud han venido a ser instrumento de intermediación - política con el que el Estado soluciona parcialmente las demandas más exigentes de los núcleos organizados de trabajadores agrícolas e industriales otorgando concesiones en los servicios sin - modificar las condiciones de producción. Asimismo, son puestos - políticos el llegar a ser funcionarios de las instituciones del - sector salud y de bienestar social olvidando la génesis social de las mismas.

"En última instancia el verdadero efecto social con respecto a la S.S.A. es crear la convicción de que el gobierno vela por el bienestar de todos los ciudadanos, por pobres e insignificantes que sean". 60)

60) CRISTINA LUARELL. *Medicina y Capitalismo. op. cit.*, p. 91.

Lo anterior conduce a analizar la participación de enfermería ante esta problemática, traducida en programas oficiales de aspecto meramente curativo y hospitalario, por lo cual se hace necesario contextualizar a la profesión bajo una trayectoria histórica social visualizando y cuestionando su incursión al sistema social y por ende al sistema de atención dominante, lo cual conducirá a racionalizar sobre el proyecto social de la profesión de Enfermería y los determinantes que caracterizan su proyecto curricular por lo que en el siguiente capítulo se abordará la problemática que subyace a la Enfermería desde un marco histórico-social tomando como eje el contexto histórico social del proceso salud-enfermedad analizado en este capítulo y que será la base para cuestionar el marco referencial en la situación actual de la profesión.

CAPITULO 11
SITUACION SOCIAL DE LA ENFERMERIA EN MEXICO

1. PROYECCION HISTORICO-SOCIAL DE LA ENFERMERIA

Tomando como base las implicaciones teórico conceptuales - del proceso salud-enfermedad, así como la problemática inherente a la misma, en este capítulo, se abordará la situación de Enfermería desde un análisis histórico-social en su formación y su -- práctica profesional en relación a los elementos teórico metodo- lógicos que implica su proyección social, lo cual conlleva al -- análisis de su evolución como profesión ejercida eminentemente - por mujeres en una época en que la posición de ésta se caracteri- za por su subordinación y sojuzgamiento al hombre.

Estas consideraciones hacen que sea necesario ubicar a la mujer dentro del contexto del proceso de desarrollo económico y social concebido éste, como algo mucho más complejo que el incre- mentar la producción nacional o el ingreso per cápita, implica -- también, el mejoramiento de las condiciones sociales de la mujer y por ende, de su posición social como profesionista. Por lo tan- to, la revisión de los antecedentes históricos de la profesión, - permite conocer su evolución, comprende su situación actual y es- tablecer perspectivas.

El análisis se inicia en el periodo de la conquista:

"Una vez establecido el español en México, las tie- rras conquistadas se le presentaban como una fuente inagotable de riquezas con todas las posibilidades - de explotación, ya que contaba con la autorización - real para apropiarse de las mismas y hacer que sus - moradores las trabajarán para ellos a cambio de la -

salvación espiritual". 61)

Sin embargo una serie de sucesos vinieron a modificar los objetivos del conquistador y fue el hecho de la presencia de las epidemias que, traídas por el mismo, se sucedieron en México y - que agravaron la situación de los indígenas.

"La primera epidemia de viruela fue traída en 1521 por un negro esclavo; la segunda de sarampión en 1531; la tercera de peste en 1545. Estas epidemias diezmaron a tal grado a la población, que amenazaba con extinguirla y ante el peligro de quedarse sin indios que trabajaran, Carlos V despachó una cédula fechada el 10 de abril de 1546 dirigida a la Real Audiencia de España - mandándoles las órdenes para enviar a México, religiosos para la atención hospitalaria de los indios." 62)

Fueron varias las órdenes religiosas llegadas a México, pero sobre todo los Franciscanos; Dominicos; Agustinos y Jesuitas y tenían como objetivo el cuidado de los indios.

"La población indígena se redujo alarmantemente a causa, no sólo de las epidemias para las que no tenían defensas, pues eran desconocidas en la Nueva España, sino porque éstas atacaban a individuos desnutridos y exhaustos, producto del mal trato y sobreexplotación por parte del español". 63)

Los religiosos al ver la situación recomendaron como medio adecuado para convertir a los indios a la nueva religión y adaptarlos a la civilización española, la fundación de hospitales -- donde era fácil lograr los fines religiosos y políticos.

61) CHARLES GIBSON, *Los aztecas bajo el dominio español*, Ed. Siglo XXI, Méx. 1981, p. 103.

62) CARMEN VENEGAS RAMIREZ. *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*, p. 29, Ediciones SEEP. INAH. México 1973.

63) *Ibidem.*, p. 30.

"La construcción de los hospitales, además de tener como fines los religiosos y políticos, respondían a la necesidad de dar asistencia médica a los indígenas, elementos básicos para la conformación de la nueva estructura. Se construyeron una gran cantidad de ellos; desde el hospital Real de los Naturales - fundado en 1531 por Fray Pedro de Gante, hasta el hospital Zacatecos fundado por religiosos en 1608". 64)

Por otro lado la presencia de médicos españoles no benefició en nada la salud de la población indígena

"con licencia fechada en Burgos, España el 8 de julio de 1524 llegaba a México el Dr. Olivares a encargarse de la atención a los problemas de salud. - Antes de este médico había llegado el Dr. Cristóbal Ojeda pero como integrante de una expedición de conquista". 65)

Así fueron llegando médicos españoles pero éstos se dedicaron a las actividades de la colonización, como todos los peninsulares y cuando ejercían la medicina lo hacían atendiendo a la población española sin atender la salud del indígena enfermo.

"Las epidemias se presentaban atacando a casi toda la población indígena y tuvo la singularidad de que contagiándose casi todos los naturales, los españoles e hijos gozaban de cabal salud." 66)

Esta singularidad de no contagiarse se puede atribuir a -- que los conquistadores no tenían trato directo con los enfermos, si se humillaba y se evitaba tener cualquier relación que no -- fuera de explotación con el indio sano, mucho menos podría exponer su propia salud, atendiendo al enfermo por lo que...

64) NICOLAS LEON. "La oblitricia en México", p. 96.

65) CARMEN VENEGAS, *op. cit.*, p. 24.

66) ANDRES CALVO. "Los tres siglos de México en régimen hospitalario para indios en Nueva España", p. 65.

"Los mismos indios contribuyeron al sostenimiento de los hospitales con limosnas, regalos como ovejas; -- puercos; maíz; frijol; gallinas; ropa y su trabajo personal allí atendían los médicos indígenas en la aplicación de yerbas y medicinas." 67)

"Atendían a los indígenas hombres y mujeres denominados COFRADES O SEMANEROS a quienes se exentaba del pago de impuestos por sus servicios voluntarios en hospitales." 68)

En este sentido, el origen de la Enfermería en México, se encuentra como respuesta a las necesidades de atención a la --- gran cantidad de indígenas afectados por las epidemias traídas a América por los españoles así hombres y mujeres se vieron pre cisados a participar como enfermeros, ya sea en las cofraídas u hospitales sin tener ningún conocimiento específico; o bien en los hospitales para españoles, cuando poseían conocimientos sobre la atención de la salud, conocimientos adquiridos y llevados a la práctica antes de la conquista. Por otro lado, la situa -- ción de la partera fue completamente distinta ya que en primer lugar sus servicios respondían a una necesidad natural y en se -- gundo lugar, ésta existía desde la época prehispánica gozando de gran prestigio entre su pueblo.

"La presencia de la partera asombró desfavorablemente al médico español como asombraron también las prácticas para la atención del parto, comenzó a llamarla co -- madrona, vieja hechicera, chiripera y todos los califi -- cativos despectivos." 69)

Esta situación llevó a que los médicos de entonces se nega-

67) *Ibidem.*, p. 70.

68) ENRIQUE CARDENAS DE LA PERA. *Historia de la Medicina en la Ciudad de Méxi* -- *co*, p. 62.

69) NICOLAS LEON, *op. cit.*, p. 81.

ron a ejercer la obstetricia por ser una actividad denigrante y en una sociedad con marcadas diferencias sociales, la atención a la salud desde esta época adquiere un carácter profundamente clasista.

"Las clases dominantes recibían atención del médico - español y aunque consideraban denigrante dedicarse a la obstetricia, llegó un momento en que deberían atender los partos de las mujeres de su clase social, función que asume hasta el siglo XIX. La población de la clase media era atendida por médicos mestizos que habían podido estudiar y la clase más explotada, seguía siendo atendida por yerberos, agoreros y parte-
ras indígenas". 70)

A partir de entonces el médico diagnostica, prescribe, no pierde su talento en los detalles del paciente hospitalizado; para estas actividades necesitaba sólo una obediente ayudante, una enfermera. El curar llegó a ser actividad exclusiva del médico; atender fue relegado a la enfermera. Los créditos de la mejoría del enfermo los recibe el médico, el poseedor de la ciencia y, las actividades de la enfermera fueron similares a las realizadas por los sirvientes.

"Junto con la sangrienta destrucción de patrones y valores existentes en las culturas prehispánicas y la violenta imposición del mestizaje como resultado de la conquista, en el país fueron igualmente impuestas costumbres y valores vigentes en Europa, lo que representó un considerable retroceso para la condición social de la mujer, que fue convertida en objeto para la atención de la salud, la cual se vio afectada por problemas sociales y de salud, que anteriormente no existían." 71)

No obstante expresarse la igualdad de todos los mexicanos -

70) *Ibidem.*, p. 88.

71) MORALES MERALDEYL, *op. cit.*, p. 237.

y plasmada en las diferentes constituciones promulgadas a lo largo de la historia, la condición social de la mujer continuó en un estado de subordinación tal que, no se le reconocía ni siquiera el derecho al voto y en el caso de la mujer indígena algunos autores señalan que su participación estaba supeditada a la del hombre.

"La TICITL (Enfermera) aplicaba algunos procedimientos pero siguiendo las órdenes del médico." 72)

En ese tiempo fueron las diversas órdenes religiosas las que prestaron atención a los enfermos, había también enfermeros pero se consideraba tan humilde su ocupación que no se les exigía licencia ni examen previo de aptitud para ejercer.

"Los establecimientos hospitalarios en México, continuaban en decadencia por eso la llegada de religiosas dedicadas a la administración de instituciones benéficas despertó gran entusiasmo, todas eran muy jóvenes y llevaban en la sangre la nobleza y energía característica de quienes nacieron en las montañas del viejo reino de Navarra". 73)

Sin embargo su participación no fue directa con el enfermo indígena ya que sólo se dedicó a actividades administrativas y en este sentido la enfermera indígena estuvo supeditada a estas religiosas.

La atención que recibía el indígena, el mestizo y el resto de las castas era deficiente, si sano se le trataba con desprecio, enfermo se le trataba peor, al grado de que a pesar de es-

72) JAIMIENSON, *et. al.* *Historia de la Enfermería*, p. 358.

73) JAIMIENSON, *et. al. op. cit.*, p. 360.

tar vedada su libertad de expresión, muchas veces era capaz de denunciar los malos tratos y los abusos de los religiosos, sus testimonios se pueden constatar en documentos del Archivo General de la Nación,⁷⁴⁾ que además muestra el tipo de atención recibida.

En este orden de ideas, se encuentra una atención de Enfermería clasista, ya que mientras los enfermos de clase privilegiada eran atendidos por religiosas católicas; los enfermos humildes eran atendidos por enfermeras indígenas que poco a poco fueron incorporándose, sobre todo las mujeres, al mercado de trabajo hospitalario, pasando a ser sirvientes a las Órdenes religiosas, realizando todo el trabajo de atención al paciente. Las enfermeras dependían en línea jerárquica de la partera,⁷⁵⁾ quien ocupaba un sitio social superior y desde este momento se puede observar las características sociales de la enfermera.

En 1860 se aprueba el reglamento de la casa de maternidad y hospital de niños.

De los sirvientes.

Art. 108. Las enfermeras distribuirán las medicinas y alimentos como lo ordene la partera y el médico, asearán las salas

74) ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. Sección Hospitales, Vol. 24, exp. 12, Fs. - 320-325.

75) El antecedente de la enseñanza formal de la obstetricia a las mujeres dedicadas a la atención del parto se encuentra en 1812 en la escuela médica de Jalisco y en 1857 en Morelia en donde se señala que debe estar dirigida a "señoras decentes" para elevar su instrucción y que puedan atender en sus partos, también a "señoras decentes". (Tomado de NICOLAS LEON, op. cit., p. 517.

o enfermeras, baños, etc., ayudarán a cambiar la ropa a las enfermas y todo lo relativo al servicio doméstico.

En cuanto a la enfermería como profesión su existencia es reciente y se inicia con la construcción del Hospital General de México. Aunque este fué el primer paso para su formalización, - no se debe perder de vista que surgió para responder a la necesidad de contar con un personal que ayudará al médico en la atención de los enfermos, limitándose a las actividades de tipo manual que de ella se requiere.

"Así surge en 1902 la instrucción formal para las enfermeras, de la necesidad de adiestrar personal que se hiciera cargo de los hospitales de nueva creación y, de la necesidad cada vez mayor de contar con ayudantes que al encargarse del trabajo sucio, abriera - al médico, el camino hacia la ciencia y el reconocimiento social." 76)

Como resultado de estas situaciones, en 1905 se inaugura - formalmente la primera Escuela de Enfermería y se incorpora a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional. De 1905 a 1974, la creación y dirección de la Escuela de Enfermería de la UNAM, estuvo dirigida por médicos, generalmente ajenos a los intereses de las enfermeras.

"En la época post-revolucionaria, se importan capitales para la industrialización del país, y en la práctica, la enfermería se ve determinada por sistemas y modelos de atención importados. Con el crecimiento industrial, surge la necesidad de restaurar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, así se gestan los esquemas de seguridad social en el país, y --

76) EDDA ALATORRE W. "Antecedentes históricos de la enseñanza de la Enfermería en la UNAM", Material impreso, p. 32.

con ellos se promueve y fomenta la atención hospitalaria". 77)

Este hecho es importante y definitivo para la ubicación social de la profesión, ya que como consecuencia, se incrementa la demanda y se multiplican las escuelas de Enfermería, un porcentaje considerable de ellas en centros hospitalarios (IMSS, ISSSTE, D.D.F., INGLES, etc.) lógicamente orientadas con un enfoque curativo y biologicista. Esto determinó también la distribución geográfica y estratificación de este personal.

A medida que los hospitales se desarrollaron, crecieron -- también los demás profesionales de la salud, como consecuencia - lógica. No obstante la posición de la mujer en la sociedad, la dependencia psicológica, técnica y científica de la medicina, limitaron el desarrollo de la Enfermería y han dificultado su consolidación como profesión. En este sentido la Enfermería enfrenta actualmente problemas muy graves entre los que sobresale la dependencia y subordinación a la medicina y a las características de - las diversas instituciones que conforman el sector salud.

"En la actualidad la Enfermería pierde incluso campos tradicionales de actividad: la obstetricia, anestesia, y la instrumentalización quirúrgica. En el campo administrativo empiezan a ser relegadas del poder de decisión cuando, a partir de 1973 la jefa de enfermeras del IMSS en el Valle de México, es nombrada simplemente asesora, a sabiendas que este cargo sólo tiene capacidad de sugerencia. Posteriormente, al llegar la llamada Reforma Administrativa a la Secretaría de Salud, desapareció la Dirección de Enfermería y en - 1979, el IMSS destituyó a la Jefe de Enseñanza de En-

77) MIRALDEYL MORALES. "Proyección Social de la Enfermería. Antecedentes y - Perspectivas". p. 26.

fermería, lo mismo ocurrió con la División de Enfermería Sanitaria del IMSS". 78)

Es por ello que se hace necesario analizar la explotación que hacen las instituciones formativas y las de atención a la salud, de los valores morales, culturales e ideológicos de la enfermera en su dualidad de mujer y de profesionista, como instrumento de control social indispensable para garantizarles cumplir con sus objetivos. En un siguiente punto se abordará este cuestionamiento en relación a la inserción de la enfermera en los servicios de salud y de seguridad social para posteriormente teorizar sobre su situación actual.

2. INSERCIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Para abordar el presente tema se hace necesario retomar algunos datos de investigaciones realizadas sobre la situación de Enfermería como integrante de los recursos humanos para la atención a la salud desde una perspectiva formativa,⁷⁹⁾ sin perder de vista que la desigual distribución de los servicios de salud, es un factor importante que propicia que el personal de Enfermería se ubique en igual proporción de acuerdo a esta distribución.

"El estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia muestra grandes diferencias en la distribución geográfica del personal. En el Distrito Federal se concen-

78) GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 93.

79) PABLO LATAPI, *et. al. Sociología de una profesión. El caso de Enfermería.*

traba en 1970, 5 642 enfermeras profesionales, que correspondían al 52%, en tanto que en Quintana Roo sólo había ocho enfermeras profesionales y en Tlaxcala 10. Tomando como criterio la proporción con el número de habitantes en el Distrito Federal había 38.6 enfermeras por cada 10 000 habitantes, mientras que en Oaxaca sólo una enfermera por 10 000 habitantes (SSA-CNE, 1979)". 80)

Así tenemos que si los servicios de salud dejan totalmente desprotegido el medio rural, tampoco el personal de Enfermería - trabajará dentro de esta área por carecer tanto de recursos humanos como materiales.

"El estudio de la ANEE en su muestra encontró que en 1976 el 55% de las enfermeras profesionales trabajan en regiones de alto nivel de desarrollo; el 39% en regiones de mediano nivel y sólo el 7% en regiones de bajo nivel (ANEE* 1976)." 81)

Lo anterior llevaría a pensar que debe existir también una desigual distribución de escuelas de enfermería, así como de los recursos propios al interior de las mismas para el desarrollo -- del proceso Enseñanza-Aprendizaje, por lo que la preparación de los profesionales de Enfermería será así misma desigual y con diferente sentido social.

"Las escuelas de Enfermería circunscritas dentro del área del Distrito Federal tienen mayor acceso a hospitales de alta especialidad muy al estilo norteamericano, predominando una formación individualmente, con valores mercantilistas, preocupados más por la restauración de la salud que por su protección y fomento; como ayudantes del médico y no con una clara conciencia del trabajo interdisciplinario sino complementario." 82)

80) *Ibidem.*, p. 118.

81) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 119.

82) FRANCISCO GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 93.

* CNE. Colegio Nacional de Enfermeras.

ANEE. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería.

En este sentido, se cuestiona el hecho que desde su formación el estudiante de Enfermería se le prepara con un enfoque -- más asistencial que preventivo, con el desarrollo ideológico que subyace a esta formación.

"La difusión del saber profesional está controlado - por el Estado y por las asociaciones profesionales a través de las Universidades, con miras a que las profesiones mantengan su monopolio y se establece el su puesto de que a mayor escolaridad, mayor excelencia profesional.

Los estudiantes se socializan en estas mismas pautas de difusión del conocimiento profesional. De esta manera la capacidad profesional adquiere un valor objetivo que la hace intercambiable en el mercado." 83)

Ante esta situación, si consideramos que la atención a la - salud se desarrolla en tres grandes grupos, la inserción de Enfermería también se efectuará en bases a esta estratificación reforzando el hecho de que

"Las relaciones sociales de producción y de intercambio determinan la salud colectiva porque constituyen la base de las condiciones de vida y de trabajo de las diversas clases sociales. Consecuencia de esto - es el hecho de que la salud-enfermedad se verifique - diversamente para cada clase social y esté determinada por las relaciones de producción y las condiciones de trabajo." 84)

De esta manera se explicita el enfoque más asistencial que preventivo de la formación de Enfermería ya que la realidad se - oculta mediante un discurso encubridor que presenta a la salud-- enfermedad como un proceso individual, asocial, ahistórico y meramente biológico como se describe en el primer capítulo, 85) además

83) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 30.

84) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 48.

85) *Vir.*- Cap. I. Contexto histórico social del proceso salud-enfermedad en te sis propuesta de análisis del área. H.N.E.

que lo anterior será fundamental en su relación con la formación económico-social del país, situación que se ve reforzada tanto - por la ubicación geográfica de las escuelas de Enfermería, así - como el enfoque del propio plan de estudios de la carrera.

"Mediante la legitimidad social que les proporciona - el sistema educativo, las profesiones logran que sus servicios se acepten en el mercado; se establece y se acepta socialmente la equivalencia entre la duración de la escolaridad y la excelencia profesional." 86)

Pero no sólo la clase trabajadora requería de una atención a su salud sino también la clase en el poder, así el estado se - vió obligado a establecer servicios específicos con un enfoque - meramente clasista y que mantuviera su poder hegemónico, así te- nemos que se estableció una gran división social de los servi--- cios.

"El primer grupo está formado por las instituciones - de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) destinado a restaurar y mantener la mano de obra productiva, en - este grupo además, es la propia mano de obra quien, - en forma total paga el servicio a través de sus cuotas del pago de impuestos y de la plusvalía obtenida para el empresario."

"Un segundo grupo está compuesto por las institucio- nes de asistencia pública destinado a los sectores me- nos productivos y cuya atención es lo suficientemente deficiente, sin embargo no provoca mayores complicaciones al Estado." 87)

En este último sector se encuentra la atención basada en - prácticas populares en las cuales se racionaliza la miseria me- diante la promoción de sustitutos de alimentos como el caso de -

86) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 27.

87) FRANCISCO GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 56.

la soya, así como la aplicación de métodos anticonceptivos sin un estudio previo de las condiciones de la mujer, y otras prácticas de bajo costo que justifican la situación social de la población, por lo tanto, este tipo de atención lo recibe la población con escasos recursos económicos, subocupados o desocupados del campo y la ciudad, en este sentido, este tipo de atención no fortalece políticamente al sistema y a la imagen paternalista del Estado, ni consumen productos elaborados por las multinacionales farmacoquímicas.

"Un tercer grupo lo constituyen las instituciones de asistencia privada, dirigidas a la población con capacidad de pago de los servicios, es decir, la burguesía y algunos sectores de la pequeña burguesía..." 88)

Ante esta perspectiva se analizará cómo a través del sistema de salud, la Enfermería ha contribuido a que sus servicios se dirijan a los diversos grupos de población según la importancia que tengan para el desarrollo capitalista del Estado, esto conduce a que la distribución del personal de Enfermería se ubique de acuerdo a los intereses del Estado. En este orden de ideas se presenta el siguiente cuadro, racionalizando bajo una perspectiva teórica la inserción de Enfermería en su mercado de trabajo.

88) FRANCISCO GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 57.

CUADRO 2. DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN INSTITUCIONES DE SALUD.

INSTITUCIONES	ENFERMERAS GENERALES		ENFERMERAS ESPECIALISTAS		AUXILIARES DE ENFERMERIA		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Seguridad Social	10,146	53.2	1,103	93.9	15,677	48.2	29,006	52.6
Asistencia	3,920	20.7	529	19.6	8,595	46.4	12,044	21.9
Particulares	3,690	20.0	680	25.2	5,148	15.8	9,518	17.2
O t r a s	1,156	6.1	303	11.3	3,129	9.6	4,588	8.3
T O T A L E S	18,912	100	2,695	100	32,549	100	55,156	100

Fuente: Estadísticas de Servicios Médicos y de Salud. DGE/SIC. Mex. 1978. -- Educación de posgrado en Medicina y Enfermería, Investigación directa.

Se puede observar en el cuadro anterior, que el sistema de Enfermería está estructurada para servir al propio sistema y no precisamente a la atención de los problemas sociales que pre disponen el estado de salud o enfermedad. La seguridad social en enfocada más a la rehabilitación de la fuerza de trabajo que con -- compromiso social cuenta con el 52.6% de personal de enfermería, así como la asistencia particular para la clase dominante constituye el 17.2 haciendo un total del 69.8% y juntas apuntalan al or den establecido con un sentido de reproducción social.

"La clase capitalista con apoyo del Estado, organiza una manera de atención de la salud que asegura la -- productividad de la fuerza de trabajo. Para esto se vale de la práctica médica y de Enfermería la cual -- por ser también orgánica a la formación económico-so cial, le presta un servicio eficaz e ideológicamente adecuada." 89)

89) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 53.

Otro tipo de hospitales privados incluidos en "OTROS" que son principalmente los grandes hospitales de investigación y especialización como Cardiología y Nutrición, que tienen una cobertura mínima que no es cuantificada, labora la cuarta parte del personal de enfermería con una notable concentración de personal especializado.

En el extremo contrario están las instituciones sanitario-asistencial que tiene el 74% de la población y cuentan tan sólo con la otra cuarta parte del personal y que en su mayoría es auxiliar de enfermería.

"Dentro del modelo hospitalario predominante, las actividades se han diferenciado en tres niveles de atención que van de la menor a la mayor especialización. El tercer nivel altamente especializado se ha constituido como hegemónico en la práctica médica. La enfermería, por su subordinación a ésta, va siguiendo la misma tendencia respecto a los grupos destinatarios con el efecto de aislar más a la enfermera de las necesidades básicas de salud de los grupos mayoritarios".
90)

Ante esta situación,

"las instituciones de seguridad social están más parejas entre sí ya que tienen la mayor proporción, corrigiendo de 353 a 368 derechohabientes por enfermera (o) respectivamente; Pemex es quien tiene una proporción mayor, es decir, 716 derechohabientes por enfermera(o), en contraste con las instituciones sanitario-asistenciales las cuales cuentan con una enfermera para cerca de 3 000 personas." 91)

Los sueldos son generalmente otra razón por lo que las enfermeras(os) prefieren una institución a otra. Para justificar

90) PABLO LATAPI, *op. cit.*, p. 157.

91) DANIEL LOPEZ ACUÑA, "La salud desigual en México", en *Cuadernos Universitarios* # 130, p. 126.

esta afirmación se recolectó información en diferentes instituciones obteniendo los siguientes datos:⁹²⁾

El personal de Enfermería que labora en la SSA ganaba mucho menos que otras instituciones: una enfermera con licenciatura y con funciones de Jefe del Servicio ganaba 160,000 mensuales, la Auxiliar en el Centro de Salud, perteneciente a la Secretaría de Salud de 130,000 a 138,000 mensuales. Los sueldos mejoran en algunos hospitales de la iniciativa privada y más aún en las instituciones de seguridad social por ejemplo: En el hospital Mocol una Jefe de Servicio ganaba 176,000; en el IMSS 220,000 y en el Ejército de 190,000 a 220,000 de acuerdo a su grado militar: Los docentes de Enfermería son los que tienen mayor sueldo, solían ganar entre 280,000 y 300,000, algunos hasta 400,000; una Directora de escuela tenía un sueldo de 500,000 y era probablemente de los sueldos más elevados.⁹³⁾

En suma, los servicios de salud tienen grandes deficiencias de calidad, puesto que cuentan con recursos humanos y materiales muy diversos. Estas diferencias corresponden a los diversos estratos socio-económicos de la población: La clase dominante recibe un servicio exclusivo y de primera; la clase obrera y trabajadora tiene servicios dentro de su propia burocracia, la clase desempleada y mayoritaria reciben pocos servicios de mala calidad y en áreas rurales, así como áreas suburbanas, con escasos o nulos servicios públicos. Ante esta problemática, otro elemento que de

92) Fuente directa en Julio de 1987, salarios aproximados por los relativos aumentos de emergencia.

93) Fuente directa realizada en Julio de 1987, salarios aproximados por los relativos incrementos de emergencia.

termina la inserción de enfermería en su mercado de trabajo, se ve reforzada en la orientación social de la enseñanza de enfermería, ya que se prepara al personal para el hospital con un enfoque curativo, ubicando a la enfermedad con una orientación biológica e individualizada y no como producto de un sistema capitalista. El Curriculum de Enfermería comprueba esta orientación, así como los cursos post básicos que hace la enfermera(o) al terminar su carrera, el aspecto comunitario de promoción y prevención a la salud quedan relegados y finalmente olvidados.

Lo anterior conduce a analizar la participación de la Enseñanza de Enfermería en relación a su conformación y proyección social, para que posteriormente se analice el plan de estudios de la carrera de Enfermería y específicamente el área base del enfoque del plan.

3. CARACTERISTICAS DE LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA Y SITUACION ACTUAL.

Con base a los cuestionamientos anteriores resulta claro entonces, el tipo de personal para la atención a la salud que está formándose en México, con una visión ajena a la problemática nacional; con una formación académica importada y con una concepción parcializada del proceso social-enfermedad.

Enfermería como parte integrante del equipo de salud no escapa a este tipo de formación, con una ausente conciencia de clase convirtiéndose en elemento afianzador de la hegemonía estatal. Así tenemos que al haber una desigual distribución de los servi--

cios de salud, habrá una desigual distribución de las escuelas - de Enfermería porque tratan de ubicarse cerca o dentro de los centros hospitalarios, lo cual también influye en la orientación social de la enseñanza. Al respecto se analizará una información - recabada durante el Inventario y Evaluación de Escuelas de Enfermería en México. (vir).

Se puede observar una gran concentración de escuelas en el área metropolitana. En el Distrito Federal se encuentran 22 escuelas, siguiéndole en orden de importancia, Jalisco, Michoacán; Tamaulipas y Veracruz con 8 escuelas, considerando que son áreas urbanas y con gran índice de población y productividad para el país ya que son territorios portuarios o de grandes industrias, por lo que se refuerza el hecho de que las instituciones de salud, así como las de formación de recursos para la salud deben - de sustentar el proceso de consolidación del Estado capitalista, esto conduce a que la formación de Enfermería se aleje cada vez más del trabajo directo con la comunidad en el aspecto preventivo y de compromiso social.

"La enfermería hospitalaria recibe un impulso extraordinario como efecto de la prioridad dada a la medicina institucional y a la población urbana a partir de los años 50. De esta prioridad y el avance científico de la ciencia médica se deriva la modernización de -- sus prácticas, el predominio del enfoque curativo y - la tendencia a la especialización." 94)

(vir) Investigación que se realizó a través de la Subsecretaría de Planeación de la S.S.A. en coparticipación con dirigentes de 7 escuelas de Enfermería. 1977.

94) PABLO LATAPI. *op. cit.*, p. 178.

CUADRO 3. ESCUELAS DE ENFERMERIA.
REPUBLICA MEXICANA

DISTRIBUCION POR ENTIDAD FEDERATIVA

1 9 7 8

Aguascalientes	1
Baja California Norte	3
Campeche	2
Coahuila	7
Colima	2
Chiapas	1
Chihuahua	7
Durango	2
Distrito Federal	22
Guanajuato	5
Guerrero	2
Hidalgo	1
Jalisco	8
México	4
Michoacán	8
Morelos	3
Nayarit	1
Nuevo León	7
Oaxaca	2
Puebla	7
Querétaro	1
San Luis Potosí	2
Sinaloa	3
Sonora	4
Tabasco	1
Tamaulipas	8
Tlaxcala	1
Veracruz	8
Yucatán	2
Zacatecas	2
T O T A L	127

FUENTE: Inventario de las Escuelas de Enfermería. Noviembre, 1978. Grupo Interinstitucional de Enfermería.

Del total de escuelas en el país, sólo siete exigen bachillerato y, por lo tanto, ofrecen una preparación a nivel de Licenciatura, las 120 escuelas restantes sólo ofrecen el nivel de Enfermería básico, considerando únicamente el certificado de secundaria, así como un examen de conocimientos, por lo que podría pensarse que el requisito de bachillerato limita el acceso a esta educación; sin embargo los estudiantes del nivel licenciatura cuestionan su compromiso social en el sistema de atención y exigen una mayor participación en el proceso de enseñanza-aprendizaje, elemento que a futuro mejorará la situación social de la Enfermería, así como su compromiso dentro de su contextualización histórica.

"El nacimiento de Enfermería nivel Licenciatura en México, no obedeció a un proceso planificado realmente, sino al resultado de todo un proceso social, donde la influencia de la práctica médica fue determinante y ésta a su vez, por la estructura económica que conforma el país." 95)

La implementación de la licenciatura trae como consecuencia el acceso de estudiantes del sexo masculino, los cuales reciben un total rechazo por las instituciones de salud por el carácter femenino que se le ha dado a la profesión así mismo el propio estudiante refleja rechazo al descubrir el carácter subordinado al médico lo cual se traduce en el total desinterés de éste para el cambio radical de la concepción tradicionalista de la carrera, enfocando más su atención hacia aspectos médicos, estableciendo

95) ROSA MA. NAJERA: Cuando y porqué surgen los Programas de Enfermería a nivel Licenciatura", Material impreso, p. 6. Universidad de Nuevo León, Facultad de Enfermería.

un ideal de profesión sobre el prestigio propio de la medicina. A partir de estas contradicciones, la dualidad enfermera-mujer - que se ha impuesto a la profesión tiende a cambiar y se puede corroborar en el último movimiento gremial del personal de Enfermería del IMSS en julio de 1987 en la cual se observó una participación más activa y comprometida en beneficio del gremio, sin embargo no se ha podido desligar de la subordinación a los intereses que sostiene el poder médico.

"La enfermera, por sus características, (vir) no sólo está excluida del poder médico sino que se contrapone a él, no tanto como una potencial competencia cuanto por constituir la fuerza de trabajo manual que requiere la medicina para expandirse y prosperar. Cualquier intento del gremio de Enfermería por superar su actual modelo de ejercicio profesional, en la medida en que -- prive a la medicina de la fuerza de trabajo ejecutora y disciplinada en que se sustenta, será considerada -- por el gremio médico como una acción desestabilizadora de su poder." 96)

En este sentido se cuestiona la participación del docente - de Enfermería para la orientación que se le dá a la enseñanza en la cual los estudiantes tanto hombres como mujeres definen el carácter de la profesión como elemento importante de un grupo interdisciplinario de participación más no de subordinación, esto conduce a analizar las características del personal docente de acuer

(vir). Las características de sacrificio y abnegación han estado vinculadas a la imagen femenina ideal en la tradición cultural mexicana; frustración y sacrificio corresponden a ciertas conveniencias sociales al aplicarle - estos atributos a la enfermera, se intenta afianzar el estereotipo femenino en el campo de atención a la salud y garantizarse una relación de sometimiento y servicio incondicional de la enfermera al médico.

96) PABLO LATAPI, op. cit., p. 172.

do a los datos obtenidos en el Inventario de las escuelas de Enfermería. (Ver cuadro 4).

De los 4 850 maestros que constituyen el personal docente de las escuelas estudiadas, únicamente 2 096 que corresponden al 45.8% son enfermeras, en tanto que 1 444 o sea el 31.6% son médicos. Los 1 040 profesores restantes, que representan el 22.6% - tienen otras profesiones correspondiendo el porcentaje mayor a - maestros normalistas y a químico-biólogos.⁹⁷⁾

Es poco explicable el hecho de que la tercera profesión en frecuencia entre los profesores de las escuelas de Enfermería, - sea la de maestro normalista, disciplina que poca o ninguna relación tiene con el contenido de la carrera y cuyas actividades -- son ajenas a su competencia yendo en detrimento de la misma, como es el caso de la impartición de la materia de didáctica, la - cual se vuelve un conjunto de auxiliares de la comunicación sin ninguna relación con lo que es la educación para la salud con enfoque crítico y comunitario, por lo que llama la atención la escasez y ausencia de pedagogos. Siguiéndole en orden de importancia los sociólogos, psicólogos y otras disciplinas que pudieran aumentar en los alumnos el interés por los aspectos sociales de la profesión de Enfermería.

97) Inventario y Evaluación de las escuelas de Enfermería, *op. cit.*, p. 50.

CUADRO 4. ESCUELAS DE ENFERMERIA. REPUBLICA MEXICANA.

CONTRATACION Y PROFESION DE LOS MAESTROS

1 9 7 8

PROFESION	TIEMPO DE CONTRATACION						TOTAL	
	T. C.		(*)		M. T.		T. P.	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Enfermeras	962	90.9	421	96.6	713	23.1	2,096	45.8
Médicos	13	1.2	4	0.9	1,427	46.2	1,444	31.6
Psicólogos	2	.2	2	0.5	53	1.7	57	1.2
Antropólogos	2	.2	0	0.0	31	1.0	33	0.7
Nutricionistas	4	.4	0	0.0	102	3.3	106	2.3
Economistas	2	.2	0	0.0	17	0.6	19	0.4
Administradores	2	.2	0	0.0	27	0.9	29	0.6
Normalistas	60	5.7	4	0.9	127	4.1	191	4.1
Trabajadores sociales	0	0.0	0	0.0	40	1.3	40	0.9
Químico-Biólogos	3	.3	4	0.9	173	5.6	180	3.9
Abogados	2	.2	0	0.0	144	4.7	146	3.2
Otros	6	.6	1	0.2	232	7.5	239	5.3
T o t a l	1,058	100.0	436	100.0	3,086	100.0	4,580	100.0

(*) T.C.=Tiempo completo; M.T.=Medio tiempo; T.P.=Tiempo parcial.

FUENTE: Inventario de las Escuelas de Enfermería. Noviembre, 1978. Grupo Inter-institucional de Enfermería.

"Ni los estudios de Enfermería, ni sus antecedentes familiares le han dado a la enfermera una formación que las habitúe a la reflexión profunda y abstracta, como consecuencia de esto, las soluciones que proponen a sus problemas se restringen a combatir los efectos y no las causas que generan esos problemas y no han llegado a tomar conciencia clara y definida y activa de su pertenencia a una clase social, desconocen o descuidan las relaciones con el gremio, con el sindicato ó con otros grupos intermedios que podrían enriquecer su referencia social." 98)

Es de llamar la atención que el perfil profesional de la Docente de Enfermería es escaso en cuanto a preparación, sin embargo no se debe perder de vista que se han incrementado de 1974 a la fecha escuelas de Enfermería de tipo privado con incorporación a la UNAM o a la SEP, las cuales contratan personal sin un mínimo necesario de requisitos para ejercer en Docencia, contratando en su mayoría a pasantes de Enfermería o de otras disciplinas. Este es otro factor que va en deterioro de la proyección de Enfermería como profesión.

"En cuanto a la selección de estudiantes es, como en toda la educación, bastante antidemocrática; se recibe nada más al 20% de los solicitantes. A partir de entonces, se inicia un largo y acusado proceso de selección y de 18 735 nuevos alumnos egresan 4 979 o sea, la cuarta parte." 99)

Entre las áreas que se utilizan para la enseñanza, la comunidad y la consulta externa están mínimamente utilizadas, pues aún materias como "Materno Infantil" ahora llamada "Crecimiento y Desarrollo" con mismos contenidos que la primera sólo que estu-

98) ELVIA MARGARITA CORTEZ et. al. *Diagnóstico Social de la Profesión de Enfermería*, p. 54.

99) GOMEZJARA, op. cit., p. 93.

diando al individuo en sus diferentes etapas de vida y la materia de Pediatría que son de atención al paciente ambulante y de servicio en la comunidad, sólo son utilizadas en este sentido por muy pocas escuelas por lo que la preparación de los profesionales de Enfermería es desigual, el mayor número de egresados ejerce su profesión en hospitales y por ello predomina la especialización para esta área. En cambio, los campos de salud comunitaria que hacen énfasis en la prevención de las enfermedades, la demanda profesional es significativamente menor, lo mismo sucede para la ubicación de la pasante en servicio social siendo mínimo el porcentaje que lo realizan exclusivamente en trabajo de comunidad durante un año y un porcentaje alto se ubica en instituciones comprendidas en el área urbana y a nivel de hospitalización por lo que éste sigue siendo muy favorecido.

El caso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM es muy singular, durante el desarrollo del plan de estudios se observan prácticas de comunidad que tienen como finalidad implementar actividades tendientes a la prevención de enfermedades que se contemplan en la materia, sin embargo se dificulta dicha práctica social por el desconocimiento de elementos metodológicos que apoyen la génesis del conocimiento del profesor de Enfermería para la planeación de las actividades de aprendizaje así como de su compromiso como integrante de un grupo, y un aspecto que llama la atención con respecto al servicio social, es la selectividad que se realiza al egresado que quiere realizar su servicio social en el área rural, siendo lo contrario en la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional en

la cual todo egresado sale a áreas rurales y la selección se realiza para áreas urbanas, además de la disposición de la egresada para salir al interior de la República Mexicana.

En este sentido se considera que el profesor como elemento activo del proceso enseñanza-aprendizaje y como enfermera(o) debe tomar conciencia clara definida y actual de su pertenencia a una clase social, conociendo y sin descuidar sus relaciones con el gremio, con el sindicato y con grupos que puedan enriquecer su referencia social y algo muy importante como profesor: es el enfoque social de su práctica docente en tanto participe dentro de su propio rol en la implementación de actividades en la comunidad, acercando al estudiante a un proceso de concientización - mediante su relación directa con la problemática social y de salud de la población.

De esta manera en el siguiente capítulo se abordará el análisis del curriculum de Enfermería haciendo énfasis en su enfoque implícito y explícito, desde su desarrollo histórico hasta su conformación actual, visualizando sus tendencias y perspectivas en relación al proceso salud-enfermedad y a la proyección social de Enfermería como profesión.

CAPITULO III
CURRICULUM DE ENFERMERIA

1. DESARROLLO CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS

- Los planes de estudio se desarrollan en un ámbito social e institucional que no pueden ser ignorados, de aquí que no sea adecuado importar modelos de otras Universidades al margen de la situación real socio-económica, histórica y política del país en que se implementará el plan, así mismo se deben considerar las necesidades y características de los estudiantes y de la institución formadora. Esto significa que no es posible diseñar planes de estudio universales ó aún nacionales para una determinada carrera, sino que cada institución debe abocarse a una estructuración más coherente con su situación particular. En este sentido:

"La determinación del plan de estudios, es en cada caso, una investigación que requiere constantemente de revisión y análisis." 100)

El hablar sobre curriculum de Enfermería lleva implícito el análisis que se haga del mismo, con base a inferencias sobre el contexto social y de salud del país, así como la génesis conceptual de la profesión y la proyección social de ésta con el con texto.

De esta manera, resulta importante efectuar una revisión -- histórica de la evolución que se ha tenido con respecto a los cam bios curriculares, los cuales a su vez están determinados por una práctica de salud, que abarca tanto la estructura económica, como

100) ALICIA GUARDIAN. *Modelos metodológicos de diseño curricular*, Universidad de Costa Rica, p. 91.

las instancias jurídicas, políticas e ideológicas en donde lo social juega un papel predominante.

"La organización de las instancias en los niveles -- económico, político, ideológico, se refleja en las relaciones sociales, en práctica económica, política e ideológica de clases y en lucha de las prácticas - de las diferentes clases sociales." 101)

Con base a lo anterior, el análisis histórico de los cambios curriculares en la formación de Enfermería, requiere una - - identificación previa de las fases por las cuales han pasado las formaciones sociales, haciendo hincapié en el periodo en donde la dirección de la escuela estuvo a cargo por una enfermera, situación que modificó de alguna forma el proyecto social de la carrera.

Para el desarrollo de este apartado se retoman algunas con sideraciones del artículo del proceso de conformación de la ENEO, UNAM, elaborado por Ponce Blanca y Quezada Catalina,¹⁰²⁾ efectuando una interrelación con los procesos sociales y como ésto determina la práctica de salud dominante y por lo tanto la supeditación de una práctica de Enfermería y el desarrollo de la carrera como - tal. Motivo por el cual se afirma que:

"La ideología de una clase dominante tiende a ser -- igualmente la idea dominante en la sociedad global, con la pretensión de dar una explicación ilusoria de los mecanismos y los motores reales de la historia." 103)

101) NICOS PAOLANTZAS, *Poder político y clases sociales en el Estado capitalista*, p. 77.

102) BLANCA PONCE, CATALINA QUESADA. *Proceso de conformación de la ENEO UNAM*.

103) GILBERTO JIMENEZ. "Historia y coyuntura de la Reforma Política en México". En: *Enfermería: cadena o camino*, p. 61.

En este sentido, se pretende efectuar un análisis más crítico sobre los procesos sociales y económicos que se circunscriben al desarrollo de la Enfermería y a su conformación como carrera profesional.

Dentro de las características económicas del periodo comprendido de 1900-1940 se destaca por el modelo de desarrollo hacia afuera, ya que la actividad central de la economía estaba dirigida hacia los países más desarrollados. La producción agrícola estaba ligada a la exportación de alimentos; la industria extractiva se caracterizaba por un mercado interno estrecho y un comercio internacional en desarrollo.

"El año de 1910 marca el inicio de una fuerte caída de la actividad económica... en el sector de la minería la producción sufrió un descenso sumamente brusco. La explotación de oro descendió en 1915 al 18% de lo producido en 1910; la de la plata bajó al 50% y la de plomo cayó al 4.6% y el descenso de sus ventas al exterior fue severo... En cambio de 1910 a 1921 el petróleo tuvo un crecimiento extraordinario, 43.0% - - anual. Muchos de los productos agrícolas más importantes mostraron un descenso considerable en su nivel de producción. Tal es el caso del maíz, el frijol, la caña de azúcar, el chile seco, el café y el henequén... La producción manufacturera sufrió una evolución similar a la de la producción agrícola." 104)

Una de las expresiones de esta situación fue el desarrollo de los medios de transporte marítimo y ferroviario, esto no significó sin embargo, un estímulo para el desarrollo de su propia industria, sino que se tradujo casi totalmente en costosas importaciones, financiadas por préstamos externos.

104) LEOPOLDO SOLIS. *La realidad económica mexicana. Retrovisión y perspectivas*. p.p. 77-78.

En este marco de desarrollo, la práctica de salud dominante era la práctica sanitaria: saneamiento y vigilancia de los puertos; lucha y control de las enfermedades que exigían cuarentena y que resultaban un obstáculo para el comercio internacional.

"La necesidad de proteger y aumentar la capacidad de trabajo de las fuerzas laborales estimuló la realización de campañas sanitarias para combatir las enfermedades endémicas". 105)

En este orden de ideas la atención médica desde principios de la independencia era ejercida en asilos y hospitales de beneficencia que operaban como refugio de desamparados y servían para el confinamiento de enfermos contagiosos. Por lo tanto, el desarrollo de la Enfermería estuvo siempre vinculada al desarrollo de los hospitales.

"En México, la Enfermería estaba en manos de congregaciones religiosas que cumplían más la función de moralización, procurando la conversión religiosa". 106)

En 1905 se fundó el Hospital General teniendo como política

"El reconocimiento de que la salud no es patrimonio de una clase privilegiada, sino derecho de todos y -- por lo mismo es obligación del Estado cuidar de su mejoramiento, conservación y restauración." 107)

Sin embargo, a través de la historicidad social del proceso salud-enfermedad, se puede cuestionar y refutar esta postura, la cual está fundamentada en el capítulo anterior¹⁰⁸⁾ clarificando -

105) OLGA VERDERESE. "Análisis de la Enfermería en América Latina". En: *Revista de Educación Médica y de Salud*, p. 199.

106) *Ibidem.*, p. 160.

107) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 74.

108) *vir.* Capítulo I de la Tesis *Contexto Histórico del Proceso salud-enfermedad*.

el carácter clasista de la atención a la salud y por lo tanto la baja calidad en la atención a los pacientes que son atendidos en el Hospital General perteneciente a la ahora Secretaría de Salud.

La fundación del Hospital General de México tuvo importancia para el surgimiento de la carrera de Enfermería ya que a partir de aquí nace como tal pero con las limitaciones que hasta la actualidad repercuten en su formación:

"Es importante señalar que la carrera de Enfermería, nació por la necesidad que sentía el médico de contar con ayuda en el hospital, con el surgimiento de nuevas técnicas en la terapia hospitalaria, por lo que la Enfermería nace y crece a la sombra de los médicos que le dan su forma y contenido". 109)

En 1907 se funda la Escuela de Enfermería del Hospital General a petición de los médicos, esta escuela pasa a depender de la Escuela de Medicina, incorporándose ambas a la Universidad de México y las características del plan de estudios de Enfermería.

"Se inspiran desde sus orígenes en el principio de la división social del trabajo ya que a la Enfermería se le enseñaban prácticas rutinarias, manuales y subordinadas... además de las características de la formación médica, basada en la medicina norteamericana, lo cual implica un enfoque biologicista, curativo e individualizado." 110)

Por lo que a pesar de las características económicas dominantes, no se implementaron prácticas sanitarias a un nivel preventivo y de promoción a la salud hasta que se funda la Escuela de Salud Pública en 1924 con la cooperación y el apoyo técnico y financiero de la Fundación Rokefeller (Institución norteamericana).

109) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 75.

110) *Ibidem.*, p. 80.

Es importante hacer notar que:

"Para la planeación y supervisión de las prácticas de las estudiantes, fueron invitadas primeramente dos enfermeras alemanas y después, dos norteamericanas, lo cual implicaba una gran influencia extranjerizada en la planeación e instrumentación didáctica". 111)

En este sentido se observa un predominio de conocimientos - basados en métodos clínicos fundamentados en:

"La teoría unicausal de la enfermedad, lo cual limita la solución del problema de salud a una condición individual y meramente biologicista." 112)

El nivel de estudios que se exige para el ingreso a la carrera se va modificando a medida que aumenta la cobertura escolar en el país. En 1907 sólo se exigía hasta el 4º año de primaria y años más adelante se pide la primaria completa.

El primer plan de estudios queda comprendido de la siguiente manera y abarca hasta 1945, sin ninguna modificación:

- Anatomía, Fisiología e higiene.
- Primer curso de clínica para enfermeras
- Patología, farmacia y terapéutica
- Segundo curso de clínica para enfermeras

Después de la carrera básica, se cursaba el complemento de partera con una duración de dos años con el siguiente plan de estudios:

- Primer curso de obstetricia teórica
- Primer curso de Clínica Obstétrica
- Segundo curso de Obstetricia Teórica
- Segundo curso de Clínica Obstetrica." 113)

Con el crecimiento industrial surge la necesidad de restau-

111) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 80.

112) JAIME BREILH. *Investigación de la Salud en la Sociedad*, p. 26.

113) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 81.

rar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, así se gestan los esquemas de seguridad social en el país, y con ellos se promueve y se fomenta la atención hospitalaria, como se menciona en el capítulo anterior¹¹⁴⁾ este hecho es importante y definitivo para la ubicación social de la profesión, ya que como consecuencia, se incrementa la demanda y se multiplican las escuelas de Enfermería, un porcentaje considerable de ellas en los centros hospitalarios, lógicamente orientadas con un enfoque curativo y biologicista¹¹⁵⁾ siendo estos aspectos

"otro elemento de control social que se encuentra a menudo y es el hecho de que las enfermeras desconocen, la trascendencia de su quehacer, desde el punto de vista económico."

A partir de 1935, se exige la secundaria como requisito para estudiar Enfermería y el título de enfermera para estudiar obstetricia, por lo que las exigencias académicas son mayores y el filtro escolar es más notorio gestándose desde aquí los diversos niveles que caracterizaran la organización lineal del grupo de Enfermería.

"En la organización de las actividades para Enfermería se distinguen varios niveles entre las enfermeras mismas, como son: la Jefe de Enfermeras, las Supervisoras, las Jefes de Piso, Enfermeras Generales y Especialistas, así como Auxiliares de Enfermería." 116)

- 114) C/A.: Capítulo I de la Tesis. "Contexto histórico social del proceso salud enfermedad".
- 115) C/A.: Capítulo II de la Tesis. "Situación Social de la Enfermería en México."
- 116) ISABEL H. TEZOQUIPA, et. al., *Enfermería cadena o camino*, p. 59.

Siendo evidente que en estos niveles hay una distribución desigual de la responsabilidad del poder, del prestigio y del ingreso, producto de la racionalidad capitalista y de una clara división de clases.

En esta etapa de industrialización (1940)

"Corresponde en el sector salud a la creación del -- IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) y del inicio de la proliferación de una serie de hospitales de alta especialización como el Instituto Nacional de Cardiología; Nutrición; Neurología; Cancerología; Hospital Infantil de México y los de seguridad social como el ISSSTE, PEMEX, Ferrocarriles." 117)

Lo que determina un mayor énfasis en la práctica hospitalaria médica y de enfermería, dejando de lado los aspectos sociales y preventivos. Esto puede explicarse como una respuesta a las -- reivindicaciones de la clase obrera, como una medida que contribuye a que el Estado se legitime como un sistema de atención curativo y altamente especializado, afianzando de esta forma su hegemonía, sin embargo, una gran población queda al margen de los sistemas de atención los cuales son:

"Los grupos sociales que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas; que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista, de manera que ni siquiera importa al sistema, la reproducción de su fuerza de trabajo." 118)

De esta manera se establecieron prácticas populares de bajo costo para la asistencia a esta población por lo que el acceso a una determinada atención será en función de la clase social logrando atender niveles mínimos de las demandas sociales, sin alte

117) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 86.

118) CRISTINA LAURELL. "Medicina y Capitalismo en México" en: *Cuadernos Políticos* No. 18, p. 82.

rar las relaciones de producción

"En este periodo surge por un lado el auge de la práctica hospitalaria y por otro el impulso a la atención de la salud comunitaria, por lo tanto a la ampliación de los servicios sanitarios asistenciales, así como el desarrollo de metas contra las enfermedades transmisibles." 119)

En este sentido, se reestructura el plan de estudios de Enfermería con un enfoque sanitario y profiláctico, incluyendo las siguientes materias:

- Higiene y Medicina Preventiva
- Trabajo Social y Etica Aplicada
- Dietética y preparación de alimentos
- Microbiología, Parasitología y Prácticas de Laboratorio.
- Enfermería Médica
- Higiene mental y psicología". 120)

Como se puede observar, las materias que ya contempla el plan de estudios tienen implicaciones hacia la prevención, sin embargo aún se manifiesta el enfoque meramente unicausal y multicausal de la enfermedad.

"En 1945, la Escuela de Enfermería se desarrolla independientemente de la Facultad de Medicina, pero continúa siendo dirigida por médicos, sin embargo existió la preocupación por la formación de profesores de Enfermería, surgiendo el curso de especialización en docencia, así como el de Pediatría." 121)

Un aspecto importante a destacar dentro de la problemática de la formación de Enfermería, es el hecho de que los cursos impartidos a grupos de enfermeras tituladas y con determinada expe-

119) OLGA VERDERESE, *op. cit.*, p. 186.

120) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 87.

121) *Idem.*

riencia profesional, se consideraban de especialización, pero a partir del surgimiento de la Licenciatura de Enfermería, estos cursos son considerados como postécnicos, quedando la carrera de Enfermería dividida a nivel profesional en dos niveles: Enfermería nivel Técnico y Licenciatura en Enfermería, por lo que el nivel de especialización sólo se otorga a los cursos posteriores a la Licenciatura de Enfermería. A este respecto se hace necesario cuestionar sobre el origen e implementación de la Licenciatura como elemento que modificó en gran parte la estructura curricular de la carrera:

"El surgimiento de la Licenciatura en 1966 fue a consecuencia por un parte de la revisión de la estructura académica de la Universidad Autónoma de México, que exigía que todas las escuelas que la integraban intervinieran dentro de la legislación universitaria y por lo tanto, debían tener el grado mínimo de Licenciatura." 122)

Sin embargo con el advenimiento de la Licenciatura se suprime la carrera de Obstetricia (Partera) además surge la creación de cursos postécnicos como: Cardiología, Neurología, Psiquiatría, Administración, lo cual refuerza el auge de la atención hospitalaria, orientando la formación de Enfermería, por lo que a pesar de la restructuración del plan de estudios, incluyendo una o dos materias con implicaciones sanitarias no significaba cambiar el enfoque, además el hecho de crear cursos postécnicos, explicita en que medida el Estado se va consolidando, introyectando sus políti

122) ROSA MA. NAJERA. Cuando y por qué surgen los Programas de Enfermería a nivel de Licenciatura en México, p. 2.

cas y propósitos hegemónicos a la institución escuela, la cual reproduce y refuerza los intereses económicos y sociales.

"El control social y económico que ocurre en las escuelas, no sólo pasa bajo las formas de la disciplina escolar o en las disposiciones que se enseñan, las reglas y rutinas para mantener el orden, el currículum oculto que refuerza las normas de trabajo, obediencia, puntualidad, etc., el control también se ejerce en las formas de significación que la escuela distribuye, esto es, el cuerpo formal del conocimiento escolar puede llegar a ser una forma de control social y económico." 123)

En este sentido, la orientación teórica de las características epistemológicas del plan de estudios, será fundamental en el planteamiento de los problemas sociales ó en el ocultamiento ideológico de los mismos. Por otro lado

"Los planes de estudio de la carrera de Enfermería - hasta 1975, no escapaban a la tendencia genérica de la educación nacional en cuanto a su organización -- por materias o disciplinas." 124)

Lo cual implicaba un listado de contenidos contemplados en un conjunto de programas sin ningún nivel de análisis metodológico, ni claridad en su estructuración curricular. Por lo tanto un ocultamiento total de una realidad social y una parcializada participación en los problemas de salud del país.

"Durante el periodo de 1960 hasta el presente ocurren varias crisis en la economía del país, y de los países latinoamericanos, los cuales, algunos autores la caracterizan por la reducción de la importación; disminución en las inversiones de capital, aumento en la

123) FRANKLIN BARRY. "Historia curricular y control social"; tomado de AAPLE. *Ideología y currículum*, p. 5.

124) CATALINA QUESADA. *Propuesta de plan de estudios del curso posttécnico de Enfermería cardiológica de la ENEO-UNAM*, p. 4.

deuda externa y desempleo". 125)

Estas crisis sucesivas y el hecho de que el crecimiento industrial logrado no haya producido las modificaciones esperadas, formó una situación de desequilibrio entre un alto nivel de demandas y una escasa oferta de oportunidades a partir de esos -- años se vive una nueva etapa de luchas sociales, que asumen formas particulares en los diferentes países, pero que caracterizan a la época:

"Uno de los rasgos de las luchas populares en esos -- años es que ponen en entredicho, bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance, el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras, caracterizándose esta crisis del capitalismo por un agudo déficit fiscal, ingresos estatales, insuficientes para el subsidio de la salud, la educación, la previsión social, etc." 126)

Como es de observarse las dos áreas muy importantes para el desarrollo del curriculum de Enfermería, como es el sector salud y el sector correspondiente a la educación se vieron alteradas y modificadas de acuerdo a las condiciones de ese momento histórico por lo que

"En el sector salud surgen las primeras políticas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales, creándose una serie de medidas para controlar los grupos populares organizados, mediante la racionalización de la miseria y el desarrollo de mecanismos de concesión y represión a través de organismos Estatales que implementaron acciones paliativas a los problemas sociales surgiendo la medicina comunitaria como instrumento de legitima-

125) OLGA VERDERESE, *op. cit.*, p. 190.

126) CRISTINA LAURELL. "La salud enfermedad como proceso social". En: *Cuadernos Políticos* # 10, p. 7.

ción del aparato político". 127)

Es importante hacer notar que dentro de la serie de medidas tendientes al abarataamiento del costo de la educación, se formó la integración docencia-servicio, tan cuestionada y fomentada actualmente, pero no como elemento de integración teoría-práctica, sino como medida que favorece la utilización de fuerza de trabajo sin recibir ingresos. Así mismo, en esta época, en la ENEO-UNAM se implementa el servicio social obligatorio con estas mismas tendencias ya que los pasantes se insertan al sistema de salud sin percibir ningún salario. Por otro lado tiene su origen el Sistema de Universidad Abierta que abarca a una gran cobertura de estudiantes con pocos recursos físicos y humanos.

Dentro de aspectos a destacar: en 1975 asume la Dirección de la Escuela de Enfermería una enfermera Lic. Marina Guzmán de Vammeter y se inicia la reestructura del plan de estudios, éste se implementa a partir de 1979 organizado por cuatro áreas del conocimiento.

- El hombre y su ambiente
- Crecimiento y desarrollo
- Historia natural de las enfermedades
- Enfermería avanzada.

Teniendo como propósitos fundamentales:

"-partir del estudio y atención del individuo sano según sus etapas de crecimiento y desarrollo.

- Partir del estudio del individuo enfermo de acuerdo al enfoque de la historia natural de las enfermedades.
- Contemplar a la comunidad como eje de las actividades, poniendo énfasis en el primer nivel de atención." 128)

Estos cambios se vieron favorecidos por el auge de la Reforma Educativa, lo cual permitió cambios académico-administrativos al interior de la Escuela de Enfermería de la Universidad, entre los que sobresalen:

"La creación de departamentos de apoyo como Psicología, Pedagogía, Servicio Social, Investigación; estadística; Información y Divulgación; Audiovisual; Intercambio -- Académico; Centro Documental y Biblioteca y la División de Estudios Superiores". 129)

Por otro lado, a partir de los cuestionamientos que emergen de la teoría curricular, iniciada en nuestro país en los años 70s, se selecciona el modelo por áreas para la carrera de Enfermería - iniciándose una nueva etapa de cambios para el curriculum de Enfermería, por lo que en el siguiente apartado se tratará específicamente la propuesta del modelo curricular por Areas y sus implicaciones teórico-metodológico dentro del plan de estudios.

2.- MODELO CURRICULAR POR AREAS DE CONOCIMIENTO

El campo del curriculum ha jugado un papel fundamental en la historicidad de la relación entre escuela y sociedad es por

128) ENEO-UNAM, Plan de Estudios, p. 26.

129) BLANCA PONCE, *op. cit.*, p. 86.

ello que es de importancia analizar

"la acción de las escuelas las cuales se concretizan en los planes de estudio por lo que la comprensión - de las implicaciones de éste deben analizarse dentro de una perspectiva más amplia que la sola institución escolar ya que detrás de cada uno de ellos hay una posición política que determina en gran medida - las finalidades, los contenidos y la forma de instrumentación de los mismos, cuestionados anteriormente." 130)

Partiendo del hecho de que la conformación curricular de la carrera de Enfermería tiene implicaciones determinadas por una -- totalidad social y por una práctica de salud dominante implementada a través de mecanismos estatales que buscan la hegemonía y legitimación del aparato político, se justifica el hecho que a principio de los 70s con el auge de la Reforma Educativa surja la --- preocupación por la revisión de los planes de estudio y las diversas alternativas curriculares, en este sentido, se efectúa el análisis del modelo curricular por áreas de conocimiento a través -- del artículo de Enseñanza Modular de Margarita Panzsa¹³¹⁾, interrelacionándolo con la contextualización del curriculum de Enfermería y de los cuestionamientos hechos por otros autores.

Al respecto la autora nos dice que:

"Todo currículo tiene una estructura organizativa general que condiciona las decisiones que se tomen para su diseño. En razón de ésta se habla de modelos de organización por materias, áreas y módulos así mismo señala que el diseño de cualquier modelo curricular -

130) MARGARITA PANZSA. "Enseñanza Modular". *Revista de Perfiles Educativos* -- No. 11, p. 31.

131) MARGARITA PANZSA, *op. cit.*

implica cuidar la conformación horizontal y vertical entre las distintas unidades didácticas que integran el currículum." 132)

ya que eso posibilita que se logre la continuidad, secuencia e integración de las diversas acciones, la instrumentación y la -- evaluación curricular.

Para efectuar el análisis de la organización curricular -- por áreas del conocimiento, se hace necesario retomar algunas ca racterísticas de la 'organización por materias ya que de aquí par te o tiene sus fundamentos el modelo por áreas.

"La organización curricular por materias es la mane ra más antigua y aún así la más importante de organi zar un currículo y tiene su esencia en las SIETE AR TES LIBERALES del currículo clásico." 133)

y se fundamenta en la estructuración formal del conocimiento con base a las disciplinas académicas, sin embargo se puede observar en los programas, que sólo se refleja en un enunciado parciali zado e informal de un contenido, sin que necesariamente implique un proyecto de aprendizaje, al respecto, se hace la siguiente cí ta en la cual se explicita el porqué en la Universidad predominan planes de estudio organizados por materias aisladas.

"Frecuentemente las Universidades adoptan una actitud muy crítica en relación a la sociedad, pero muy con servadora con relación a la manera en que ellos mismos reflejan a tal sociedad, especialmente en cuanto a lo que enseñan y como lo enseñan.

Sin duda esta contradicción se debe al hecho de que para propósitos de enseñanza el conocimiento se orga niza en base a las disciplinas académicas, pues tales

132) *Op. cit.*, p. 32.

133) HILDA TABA. *Elaboración del Currículo. Teoría y Práctica*, p. 502.

disciplinas no son sólo un conveniente medio de dividir el conocimiento sino también la base sobre la cual la Universidad se organiza en feudos autónomos que definen las diferentes especialidades de la enseñanza y la investigación. De hecho la clasificación de conocimientos según una jerarquía de disciplinas, no es sino el reflejo de valores sociales." 134)

Haciendo un análisis aproximativo de esta organización curricular se obtienen los siguientes datos:

- Su contenido refleja un acentuado enciclopedismo y una falta de relación entre las distintas materias que lo conforman provocando con ello una visión fragmentada, acabada y legitimada del conocimiento.
- Se privilegia la extensión del conocimiento sobre la concepción e instrumentación del proceso de aprendizaje.
- El centro del proceso docente lo constituye el programa de estudios independientemente de las relaciones de horizontalidad y verticalidad.
- Existe una sobrevaloración de la teoría en relación a la práctica.

En este sentido Panzsa, nos dice que:

"existe una fragmentación del conocimiento que conduce a la atomización del aprendizaje; un aislamiento de la escuela con respecto a la Sociedad y una concepción mecanicista del aprendizaje." 135)

134) APOSTEL. *et. al.* Interdisciplinaridad. *Problemas de la enseñanza y la investigación en las Universidades*, p. 13.

135) MARGARITA PANZSA, *op. cit.*, p. 35.

Estas deficiencias han conducido a la búsqueda de opciones que superan esta problemática.

En México se han implementado planes de estudio por áreas de conocimiento los cuales coexisten con los currículos por materias aisladas, sin embargo las características a nivel de planeación que subyacen a esta propuesta de organización visualizan alternativas con vía al cambio aunque en el proceso de implementación no se cumple con esta pretensión.

Margarita Panza destaca las aportaciones llevadas a cabo - en el Seminario de Niza sobre esta propuesta¹³⁶⁾, para lo cual se hacen las siguientes consideraciones:

La organización por áreas de conocimiento parte de la clarificación del concepto de ciencia y de los límites formales que caracterizan a las disciplinas, por lo que

"es también un modelo por disciplinas, sólo que estas se agrupan con el fin de lograr una mayor integración del conocimiento." 137)

De esta forma se enfrenta a una primera problemática creada por las distintas concepciones que sobre ciencia sustentan las diversas corrientes de pensamiento, así como de la conceptualización de disciplina ya que es determinante en el diseño curricular,

"desde la selección de los criterios para la agrupación de las diferentes disciplinas, hasta la selección de las experiencias de aprendizaje." 138)

136) APOSTEL. *et. al. op. cit.*, p.p. 81-151.

137) QUESADA C. *op. cit.*, p. 12.

138) PANZA M., *op. cit.*, p. 38.

En el Seminario mencionado anteriormente se elaboró una tipología de los criterios imperantes pero la agrupación de contenidos por áreas entre los cuales se encuentran:

- Reagrupación de varias ciencias exactas y de una o varias disciplinas sociales.
- Reagrupación de varias ciencias sociales que sean consideradas como elemento de una formación rigurosa.
- Estudio combinado de un conjunto de metodologías independientemente de su objeto.
- El caso más frecuente: agrupaciones naturales las que respetan simultáneamente las tradiciones científicas, la interacción de los objetos y las necesidades metodológicas.

A este respecto Porfirio Morán Oviedo emite los siguientes cuestionamientos:

"Estas agrupaciones nos demuestran que no hay ninguna proposición sistemática para modificar la compartición y atomización del curriculum, mediante la combinación de algunos campos específicos dentro de las ramas más amplias, dado que el profesor continúa trabajando su materia y su programa de manera independiente haciendo caso omiso de esta nueva organización curricular." 139)

En el plan de estudios de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, se optó, por una organización por áreas con las consecuentes implicaciones que subyacen a esto, desde su planeación hasta su implementación, por lo que en el siguiente apartado, se trabajará una propuesta sobre algu-

139) PORFIRIO MORAN OVIEDO. "Reflexiones en torno a la instrumentación didáctica" en: *Revista Perfiles Educativos*, p. 56.

nos planteamientos de análisis curricular que conduzcan a cuestionar la planeación del proyecto curricular, haciendo énfasis - en su organización por áreas y en los objetivos y propósitos del plan con referencia a:

- las necesidades sociales y de salud a una práctica social
- y a una concepción de aprendizaje
- así como a su enfoque explícito e implícito.

3. ANALISIS GENERAL DE LA CONFORMACION INTERNA DEL PLAN DE ESTUDIOS ENEO-UNAM.

Para abordar este punto se hace necesario efectuar algunas consideraciones que ponen de manifiesto el continuo devenir de las diferentes concepciones y propuestas metodológicas en la evaluación curricular. Es necesario hacer notar que dentro de estas propuestas está la de efectuar el análisis global del plan de estudios bajo dos ejes: Análisis de la conformación interna y análisis de la conformación externa. Y que tienen como finalidad -- concluir en una evaluación con fundamentaciones a la reconstrucción curricular. Sin perder de vista las corrientes teóricas -- que subyacen a dicha evaluación. En este sentido, Alicia de Alba aporta las siguientes consideraciones:

"Cabe señalar que reconocemos fundamentalmente dos influencias: Las teóricas de la Evaluación curricular insertos en la corriente de la tecnología educativa y la influencia de la corriente Europea de Análisis Institucional, que trabajan sobre el problema de la autoevaluación, así como las experiencias de corte auto--

gestionario" 140)

en los cuales tienen su fundamento los trabajos que se han llevado a cabo en las Universidades mexicanas.

Por lo que,

"habría que fundamentar dos ejes orientados para pensar en la evaluación de un plan de estudios; uno que se refiere a la relación con la sociedad englobado - en el rubro de congruencia externa... y el otro eje sería la relación que guardan los distintos elementos del plan de estudios entre sí en los momentos de planeación e implementación llamada congruencia interna del plan de estudios." 141)

Asimismo otros autores señalan la importancia de iniciar - el análisis de un plan de estudios a través de su organización - curricular.¹⁴²⁾ Tomando las bases epistemológicas que fundamentan dicha organización.

Para efectos de este trabajo se retomarán las consideraciones anteriores ya que no se oponen en su forma ni contenido poniendo énfasis en la conformación interna del plan de estudios y se planteará como objeto de estudio para este análisis al currículo de Enfermería tomando como eje el proceso salud-enfermedad como expresión del proceso económico y social del país.

Asimismo, se desarrollará el análisis con base a los fundamentos metodológicos de un plan de estudios que parten de los ---

140) ALICIA DE ALBA. "Evaluación de planes de estudio". Trabajo presentado en el Encuentro sobre diseño curricular. ENEP Aragón, UNAM, p. 83.

141) PANZA, *op. cit.*

142) ALICIA DE ALBA, *op. cit.*, p. 75.

planteamientos de la teoría curricular trabajados por Angel Díaz Barriga¹⁴³⁾ con base a los fundamentos de Taba y Tyler contemplando los siguientes aspectos:

- Marco Referencial del plan de estudios. Se analizará la genesis u origen de donde parte el plan de estudios, si se llevó a cabo un D.X.* de necesidades o el análisis de la problemática que dió origen al plan actual.
- Elaboración de los objetivos. Con la primera formulación estructurada sobre la teoría curricular, Tyler destaca la importancia de definir los objetivos será tener claro los propósitos de la educación, es importante hacer notar que este autor restringe la noción de objetivos a un conjunto de conductas observables en los sujetos, por lo tanto la propuesta de trabajo es de que el análisis no se centre únicamente en los objetivos y se analicen los propósitos en relación a la vinculación que establece la escuela con la sociedad, generando nuevas dimensiones de la práctica social, en este sentido los cuestionamientos girarán en torno a la concepción de aprendizaje y a las necesidades sociales a las que responde.
- Contenidos. Dentro de los aspectos a considerarse en el contenido, es el análisis del modelo de organización curricular, - sus implicaciones y sus estrategias de aprendizaje, de aquí - la importancia de explicitar los supuestos históricos del - -

143) ANGEL DIAZ BARRIGA. "Enfoque metodológico para la elaboración de programas escolares" en *Perfiles Educativos* # 10.

* D.X. = Diagnóstico.

plan de estudios.

En el análisis de los contenidos se trabajará sobre la integración epistemológica de los programas que lo conformen en un sentido de horizontalidad y verticalidad, por lo que se podrá determinar la relación entre una materia y otra y la seriedad que existe. Asimismo se establecerá la relación de los objetivos de cada programa, con los objetivos generales del plan y de manera general se cuestionarán los contenidos de cada materia en relación al enfoque implícito y explícito del plan.

- Vinculación Teoría-práctica. Uno de los cuestionamientos actuales sobre la implementación de todo plan de estudios con respecto a su instrumentación didáctica, es la dicotomía que se realiza de teoría y de práctica y que emerge principalmente del proyecto de organización curricular por áreas del conocimiento ya que se le dá mayor preferencia a la teoría que a la práctica, por lo que se pretende trabajar sobre lo que se nombrará "instrumentación didáctica conformada por dos grandes momentos: La planificación de situaciones de aprendizaje y la planificación de la evaluación",¹⁴⁴⁾ lo cual conduce a cuestionar los programas teóricos y los teórico-prácticos y la forma de cómo son planeados e implementados para llegar a experiencias de aprendizaje.

¹⁴⁴⁾ DIAZ BARRIGA, ANGEL. "Un enfoque metodológico para la elaboración de programas escolares", en *Revista Perfiles Educativos*, p. 19.

De las reflexiones anteriores emerge una propuesta que puntualiza los elementos básicos para llevar a cabo los cuestionamientos de análisis. Es importante hacer notar que para efectos de este trabajo sólo se estudiará el plan curricular en forma general ya que su análisis integrativo requiere de más elementos teóricos y metodológicos, así como el abarcar también la conformación externa que lleva implícito el cuestionar ampliamente la proyección de los egresados en la sociedad; un análisis institucional y las implicaciones administrativas que subyacen a esta. En este sentido se presenta los siguientes planteamientos que están expuestos a modificaciones de acuerdo a los objetivos que se pretendan.

1.- Marco Referencial del Plan de Estudios:

- Génesis del plan de estudios (explícito en el documento).
En relación a un Dx de necesidades o a una problemática - académico-administrativa.

2.- Objetivos y propósitos del plan con referencia a:

- necesidades sociales y de salud
- práctica social
- concepción de aprendizaje

3.- Organización curricular

- modelo de organización
- Areas y programas
 - ° Descripción
 - ° Ubicación
 - ° Enfoque comunitario-hospitalario
- Relación de horizontalidad y verticalidad

- Integración epistemológica

4.- Enfoque explícito e implícito

- enfoque explícito y su relación con los contenidos
- línea teórica de los programas (enfoque implícito)
- coherencia de los objetivos de los programas con los objetivos del plan.

5.- Vinculación teoría-práctica.

- Relación de los programas teóricos y teórico-prácticos.
- Programas de prácticas
- Instrumentación didáctica

Con base a lo anterior se realiza el análisis general del plan de estudios de la carrera de Enfermería realizando las siguientes observaciones:

3.1 MARCO REFERENCIAL DEL PLAN DE ESTUDIOS

Haciendo manifiesto, que el plan de estudios como proyecto educativo

"constituya una síntesis de elementos interdependientes con determinaciones múltiples, producto de una realidad socioeconómica, política, histórica y cultural particular, en lo que se encuentra inserto el ejercicio social de la profesión" 145)

el plan de estudios de la carrera de Enfermería vigente fue reestructurado tratando de tomar en cuenta los aspectos mencionados en la cita plasmándola en la información base para la reestructura---

145) EDGAR GONZALEZ GAUDIANO. *Implicaciones institucionales de la génesis de los procesos de reestructuración curricular*. ENEP-Zaragoza (mimeo).

ción del plan y en la nota de Introducción, de las cuales se extraen los aspectos más relevantes y que serán los ejes para efectuar el análisis.

Primeramente se observa como ya se mencionó, la inquietud por tratar de proponer un plan de estudios más analítico, y basado en la realidad en un ámbito de democracia.

"Para la reestructuración del plan de estudios de Enfermería se contemplarán los aspectos cualitativos - del ejercicio profesional acorde a nuestra realidad socio-económica y conceptual de la salud. La ENEO realiza una evaluación del plan de estudios existente en la que participó no sólo personal y alumnos de la propia escuela, sino también representantes de las escuelas incorporadas y de instituciones de salud". 146)

Es de llamar la atención que a pesar de explicitar el enfoque que se pretendía, éste no surge como una necesidad manifiesta a un Diagnóstico situacional que involucra una problemática académica en torno a un proceso social, entendiéndolo que

"el curriculum es resultado de un proceso que incluye...

- a) El análisis y reflexión sobre las características y necesidades del contexto, del educando y de los recursos.
- b) La definición (tanto explícita como implícita) de los fines y objetivos educativos; y
- c) La especificación de los medios y procedimientos propuestos para asignar racionalmente los recursos humanos, materiales, informativos, financieros, temporales y organizativos, de manera tal -- que se logren los fines propuestos." 147)

- 146) Plan de Estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, p. 2.
- 147) FRIDA DIAZ BARRIGA. "Metodología de Diseño Curricular para la enseñanza superior". En: *Revista Perfiles Educativos*, CISE, UNAM.

Por lo tanto, se cuestiona el hecho que por un lado en la nota introductoria se considere a la profesión de Enfermería como un "paliativo" para resolver los problemas de salud del país.¹⁴⁸⁾ Por lo tanto se está considerando el quehacer de Enfermería desde un enfoque biologista sin que se establezca una relación en base a un proceso de trabajo y a las condiciones sociales y de salud de la población. Por otro lado en el rubro de Estructuración del plan de estudios se puntualiza el concepto de que

"la enfermedad será vista como un accidente en la vida de los individuos, ya que, el mayor número de la población se encuentra en un estado de aparente salud." 149)

Por lo que se contradice el propósito inicial y no se justifica racionalmente ni teóricamente la génesis de esta reestructuración.

Es importante señalar que se hace mención de una evaluación del plan de estudios anterior, la cual tuvo una duración de 5 meses, enunciando las conclusiones más específicas las cuales giran alrededor de ocho aspectos.

- 1.- Características socioeconómicas y necesidades de salud de la población.

En este punto se destacan los siguientes aspectos:

148) Plan de estudios, *op. cit.*, p. I.
Paliativo en el sentido médico es el uso de un tratamiento que no erradica el problema sólo lo controla.

149) *Ibidem.*, p. 10.

- "-El disfrute de los bienes y servicios es desigual - pues grandes grupos de la población están en la miseria y una minoría en la opulencia...
- el trabajo productivo recae en un reducido número - de población.
- las tres primeras causas de mortalidad en el país - son problemas de salud evitables.
- la relación de camas de hospital es muy reducida.
- existe carencia de personal de Enfermería y la tendencia a la propensión será la atención domiciliaria." 150)

Se puede observar una clara visión sobre la problemática - del país, sin embargo es notorio la falta de claridad teórica pa - ra dichos análisis en tanto que

"toda evaluación curricular muestra fragilidad en -- cuanto a su status científico debido a que carece de un cuerpo teórico consistente". 151)

Por lo que se hace necesario que todo planteamiento mantenga una línea teórica que permita guiar el análisis, en este sentido existen contradicciones básicas en relación a los datos obtenidos con referencia a una problemática económica que repercute en - lo social y en una marcada división de clases; con la propuesta - de preparar a los egresados en la atención domiciliaria sin que - ésto comprometa socialmente a los profesionistas o modifique su - práctica social.

Con respecto a la evaluación que se hizo de los programas - se destacan aspectos importantes como son:

- "-La desarticulación entre los programas y el aislamiento de los contenidos.
- Las materias no llevan secuencia lógica y carecen

150) Plan de Estudios, *op. cit.*, p. 4.

151) ALICIA DE AIBA, *op. cit.*, p. 69.

de metodología científica.

-La no diferenciación en cuanto a contenido, amplitud y profundidad de los programas que integran el plan de estudios de la licenciatura y la carrera -básica." 152)

Aspectos importantes que cuestionan más que nada, deficiencias en cuanto al modelo de organización curricular sin que esto conlleve a un análisis más profundo de los contenidos

"Un aspecto muy importante es el análisis de las diferentes organizaciones curriculares, es detectar las bases epistemológicas del mismo, es decir, su significación dentro del proceso de conocimiento". 153)

Es importante hacer notar que es el rubro de motivaciones - e intereses de los estudiantes el fenómeno de la deserción escolar que se aproxima a un 20% de la población y el problema de la no acreditación "atribuible a la condición socio-cultural", edad, falta de interés vocacional y deficientes hábitos de estudio del alumno", 154) para lo cual se propone un cambio sobre los sistemas tradicionales de enseñanza, cuestionándose nuevamente que los porcentajes solamente pueden ser una aproximación al problema por lo que se requiere un proceso mayor de investigación con fundamentos teóricos que conduzcan a la esencia del fenómeno. En este sentido, se critica este tipo de investigación ya que las alternativas

* El subrayado es mío: Se señala al respecto en una investigación realizada - por alumnos de la UAM que las enfermeras del país se perciben como de la -- clase "media" y durante su vida de estudiantes de la clase "baja" o "media baja".

152) Plan de estudios, *op. cit.*, p. 6.

153) PANZSA, M. *op. cit.*, p. 34.

154) Plan de estudios, *op. cit.*

"se limitan a buscar modificaciones de cifras estadísticas sin ningún cambio fundamental en la estructura de una realidad social". 155)

Por todos los cuestionamientos anteriores se considera que el Marco Referencial deberá contener ejes de análisis con un tratamiento teórico-metodológico que guíe el quehacer evaluativo y - fundamente críticamente la nueva propuesta de estructura curricular y ésta a la vez sea continuamente analizada en su sentido de historicidad producto de un proceso social. Bajo esta perspectiva se cuestionarán los objetivos y el propósito del plan de estudios en el siguiente apartado.

3.2.- Objetivos y propósitos del plan

Como siguiente elemento de análisis y que mantiene una estrecha relación al punto anterior, es conocer y cuestionar el propósito fundamental del plan de estudios, así como los objetivos - del mismo que de alguna manera delínean los rasgos generales del perfil del egresado

"con la primera formulación estructurada sobre la teoría curricular Tyler destaca la importancia de definir los objetivos para tener claros los propósitos de la educación... Sin embargo, las grandes metas de la Educación han sido omitidas en este planteamiento, al restringir la noción de objetivos a un conjunto de -- conductas observables en el sujeto". 156)

La cita anterior puntualiza la importancia de efectuar el análisis sin perder de vista

155) JAIME BRUELH, *op. cit.*, Prólogo.

156) Alcances y Limitaciones de la Metodología para elaborar planes de estudio. Trabajo publicado en *Revista ANUIES, México*, 1981, p. 17.

"que el efecto de esta situación es que los objetivos de la Educación queden mermados, desvirtuados y prácticamente desconocidos". 157)

por la fragmentación que se hace de los mismos, así como la concepción de aprendizaje conductista que subyace a éstos.

"El propósito de la enseñanza de Enfermería es formar profesionales; que sean capaces de participar en y para la comunidad, con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las fases del ciclo de la vida, dando más importancia a la conservación de la salud y considerando la enfermedad, como un accidente en la vida de los individuos, además que sepan comprender al ser humano como eje biopsicosocial en constante interacción con el medio ambiente." 158)

Como se puede observar, se pretende que a través de la implementación del plan de estudios, el profesionista de Enfermería tenga una mayor participación en las actividades concernientes a la comunidad, por lo tanto deberá enfocar más su atención al individuo "sano" puesto que se le debe dar mayor importancia a la conservación de la salud. El análisis de este propósito girará a través de dos ejes; el primero, en el cual se cuestionará como y porqué surge la inquietud por preparar hacia la atención comunitaria y el siguiente eje en el cual se clarificará el enfoque biopsico-social o tridimensional, así como la connotación de medio ambiente.

Es importante hacer notar que el plan de estudios tiene sus bases en el Plan Nacional de Salud y en la Reforma Educativa.

"La metodología consistió en elaborar un marco conceptual que contemplará los aspectos de Educación, ense-

157) *Ibidem.*, p. 17.

158) Plan de estudios, *op. cit.*, p. 21.

ñanza, aprendizaje y Enfermería, vistos a través de la Reforma Educativa y del Plan Nacional de Salud." 159)

Lo que justifica en cierta medida una reestructuración que surge de las políticas nacionales sin que sea cuestionable este factor, sino lo cuestionable es que se toman las políticas como *modas* para revestir y incubir una determinada situación ya que estas políticas parten de una ideología dominante en torno a una hegemonía de clase.,

"Decimos que una fracción (o fracciones) de clase es hegemónica, cuando puede aparecer como la representante ideológica y política de toda la sociedad civil y puede dictar la orientación fundamental de la política económica del Estado. A este nivel la clase dirigente ejerce su dominio basándose en el consenso ideológico y en la aceptación de las mayorías." 160)

En este sentido es criticable el adoptar políticas fuera del contexto de la realidad de toda profesión y adecuarlas a una propuesta curricular, por lo tanto, es necesario efectuar el análisis de las mismas, interrelacionando las distintas instancias formales y reales que constituyen la institución escolar y con las contradicciones propias que la caractericen, buscar la existencia de espacios independientes o relativamente independientes donde se puedan generar transformaciones educativas.

"Enmarcada en esta perspectiva, nos parece indispensable considerar la forma en la que la Universidad interpreta o incorpora las políticas, planes y programas - que, en materia de Educación en general y Educación en

159) Plan de Estudio, op. cit., p. 10.

160) AMERICO SALDIVAR. *Ideología y Política del Estado Mexicano*, p. 25.

particular marca la dirección a seguir". 161)

Considerando que el enfoque explícito del plan de estudios se basa en las políticas que emergen del Plan Nacional de Salud, se puede observar en lo que se refiere a la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud del mismo, políticas encaminadas a la atención a las comunidades así como una clara división del trabajo para el desarrollo de su ejercicio, a continuación se citan estas políticas:

1o. Planear la formación de personal por equipos integrados en función de las necesidades de las instituciones de salud y de las comunidades en donde habrán de actuar...

2o. Prever la formación de cada uno de los tipos de personal, las características socioeconómicas de la comunidad en las que van a desempeñar sus funciones, con el propósito de que la distribución del personal no sea un acto administrativo realizado a posteriori, sino resultado previsto del proceso educativo.

A esta política se agrega la siguiente explicación que es importante retomar.

"Evidentemente, no es factible ni necesaria la formación local de médicos, enfermeras o especialistas, pero carecemos en gran medida de técnicas y auxiliares, que podrían formarse en lugares donde hacen falta, a condición de que el sistema educativo colaborara en esta tarea llevando los programas de enseñanza al seno mismo de las comunidades." 162)

161) MARIA MENDEZ D. GALAN GIRAL D. "Evaluación curricular. Una propuesta de trabajo para el Estudio de Rendimiento Escolar" en: *Revista Perfiles Educativos* # 5, CISE, UNAM.

162) Plan Nacional de Salud, 1974-1983. Vol. III, S.S.A., p.p. 514-515-516.

A estas políticas subyace una clara ideología dominante que bajo mecanismos de cobertura de atención a las poblaciones rurales y áreas suburbanas trata de paralizar las luchas populares, - creando una clara división del trabajo en base al grado de escolaridad, así tenemos que para estas fechas se fortalece y se fomenta el servicio social y los egresados con mejor promedio de acreditación pueden escoger el lugar, no siendo así a los que van disminuyendo su escala de calificación, los cuales no tenían tanta opción. En el caso de Enfermería y específicamente de la Escuela de Enfermería de la Universidad a partir de estas políticas se implementó el servicio social como obligatorio, sin embargo y a pesar de que existe demanda hacia la comunidad, nuevamente las instituciones de atención hospitalaria absorben a las pasantes, siendo nula la proyección hacia la comunidad no siendo el caso de las pasantes de Enfermería del I.P.N. las cuales se ubican en áreas rurales ó cabeceras de municipios, por lo tanto, la supuesta proyección hacia la comunidad se estableció con las propias limitantes que las políticas propician ya que se requería solamente personal de escasa preparación y en este sentido el pasante en Servicio Social adiestraba sin que esto llevara o condujera a un compromiso social para ambas partes, siendo ésta una de las formas en que el sistema educativo participa. Por otro lado, esto trajo consecuencias a la profesión de Enfermería ya que el plan de estudios buscó salidas en la preparación por niveles.

"Este trabajo consigo una redefinición de los niveles y funciones que a estos profesionales compete, se concluyó que de acuerdo a la estructura política, social y económica del país, requiere de la formación de --- tres niveles:

- 1.- Auxiliar de Enfermería
- 2.- Enfermería nivel técnico
- 3.- Licenciatura en Enfermería y Obstetricia." 163)

Y en esta lógica de ideas se plantea a nivel nacional: regionalizar los servicios de salud repercutiendo en la regionalización de los servicios de Enfermería en tanto que el personal auxiliar o adiestrado se ubicaría en las áreas rurales como casas de salud o centros de salud, Enfermería nivel técnico se ubicaría en hospitales de 2o. nivel y Licenciados o Especialistas en Institución de tercer nivel o alta especialidad¹⁶⁴⁾ de aquí que ésto sea la génesis de una clara división de clase en el gremio de Enfermería:

"Es evidente que en los diversos niveles de Enfermería hay una distribución desigual de la responsabilidad del poder; del status, y en consecuencia de ingresos, todo esto forma parte de la racionalidad capitalista." 165)

De esta manera, la escuela puede instrumentar a través del plan de estudios

"el control social del gremio de Enfermería, evitando su conciencia de grupo y la lucha de sus intereses legítimos como sería, la organización de grupo, salarios dignos y fuerza gremial sindical." 166)

Estos cuestionamientos conducen a reflexionar sobre la importancia de reestructurar el proyecto curricular de Enfermería -

163) Plan de estudios, *op. cit.*, p. 10.

164) A partir de la propuesta de regionalización de los servicios de salud, surgen 3 niveles de atención: 1er. nivel ó nivel preventivo, 2o. nivel ó nivel curativo y 3er. nivel ó de especialización.

165) ISABEL H. TOZOQUIPA. *Enfermería: cadena o camino*, p. 53.

166) ISABEL H. TOZOQUIPA, *op. cit.*, p. 52.

hacia sistemas no alienantes y que problematicen al alumno hacia lo que deberá ser la proyección social de la Enfermería. Uno de estos aspectos explícitos en el propósito del plan de estudios, es el de considerar al individuo como unidad bio-psico-social 6 tridimensional introyectando al plan aspectos sociales o factores del medio ambiente que repercuten en la *homeostasis** del individuo produciendo la enfermedad. La explicitación de estos planteamientos se basan fundamentalmente en la biologización de lo social bajo un enfoque multicausal de la enfermedad

"El neopositivismo en salud que apareció con nuevos bríos a partir de la década de los 50 y cobró auge desde los años 60, continuó en esencia con los principios positivistas precedentes, revistiéndoles del ropaje científicista ecológico, y utilizando complementariamente algunos instrumentos de una Sociología empírica que se apoyó fuertemente en los principios de la teoría funcionalista de los sistemas". 167)

Es por ello que se deben descubrir incongruencias y diferencias en la distribución y condiciones del proceso salud enfermedad y dinamizar las inquietudes sociales que emergen de esta problemática, y con esto contar con más elementos de análisis que convergen a una visión totalizadora de lo que se pretende en un proyecto curricular de Enfermería.

Esto conduce a reflexiones sobre los contenidos que se planearán y se instrumentan en relación al propósito y objetivos del plan.

* Homeostasis.- término médico que equivale al equilibrio o funcionamiento normal del organismo humano.

167) JAIME BREILH, op. cit., p. 21.

3,3 ORGANIZACIÓN CURRICULAR

El modelo de organización del plan de estudios de la carrera de Enfermería de la Universidad está basado en los plantea---mientos del modelo por áreas del conocimiento propuesto explícitamente en su enfoque.

"La estructura del plan de estudios será en base a - áreas integradas en el proceso Enseñanza-aprendizaje en el que se enfaticen situaciones problemas para cuya solución se requiere selectividad de la informa---ción." 168)

En este sentido el plan se divide en 4 áreas las cuales a manera general se describen de la siguiente manera:

AREA I. El hombre y su ambiente, la cual comprende dos semestres con 6 materias respectivamente en cada uno.

AREA II. Crecimiento y Desarrollo, comprende un semestre con 4 - materias.

AREA III. Historia Natural de las Enfermedades, comprende 3 se---mestres; los dos primeros semestres corresponden a Patolo---gía I y II concerniente a aspectos medico quirúrgicos en - la población económicamente activa y es en donde se realiza rá un análisis más específico. Dentro de esta área se contempla en un tercer semestre la Patología III la cual abarca los aspectos médico quirúrgicos en la población infantil y por último la Patología IV concerniente a los trastornos mentales, para cada Patología existen tres materias, hasta aquí concluye el nivel técnico o carrera básica de Enferme

168) ENEO UNAM. Plan de Estudios, *op. cit.*, p. 23.

ría y la Licenciatura de Enfermería se continúa a el AREA IV. Enfermería Avanzada, abarcando 2 semestres con tres materias respectivamente por semestre.

Como se puede observar no se enfatizan situaciones problemas ni las alternativas para la selectividad de información, sólo se agrupan en cada área diversas materias de acuerdo a un tema general y en la revisión en forma somera de cada programa se observa un enlistado de contenidos sin que se seleccione el eje de la organización de los contenidos, asimismo,

"en ninguna parte se señala lo que se entiende por - área, ni el objetivo de la misma, infiriendo que el término se aplica a las especialidades médicas clásicas y a la clasificación tradicional de las ciencias." 169),

por lo que se considera que la planeación del plan de estudios se enfrenta a una serie de críticas en cuanto a que existe una atomización de conocimientos por la fragmentación de los contenidos, derivado no sólo de la gran diversidad de los campos de los contenidos, sino también

"Del exceso de materias, que en ocasiones se han incorporado arbitrariamente en los planes de estudio, sin tomar en cuenta si realmente sus contenidos son significativos en el sentido social". 170)

Se dice que el aprendizaje debe tener significación en el individuo para que pueda ser asimilado e incorporado a sus esquemas cognoscitivo, en este caso significativos en relación a la práctica profesional que el egresado enfrentará. Otro de los as

169) CATALINA QUESADA, *op. cit.*, p. 16.

170) HILDA TABA. *Elaboración del currículo*, p. 359.

pectos es la selección inadecuada de los contenidos al interior de cada materia, como es el caso de Anatomía y Fisiología que más parece un índice de un libro de Anatomía sin tomar en cuenta a que áreas y materias apoyará, puesto que en relación con los contenidos de las otras materias que conforman el área en donde se encuentre ubicada, no existe ninguna interrelación y por consiguiente nula aplicación.

"Materias que comprende el 1er. Semestre:

Anatomía y fisiología.

Familiariza al estudiante con la morfología y funciones del ser humano normal, valorando la importancia de mantener al organismo dentro de las condiciones óptimas para su desarrollo.

Ecología y salud

Describe las relaciones del hombre con su ambiente, para una mejor comprensión y aplicación de las medidas de profilaxis, terapéuticas y cuidados de Enfermería.

Antropología Social

Da a conocer la evolución histórica y socio-cultural del hombre, desde la aparición sobre la tierra hasta nuestros días.

Método Científico y Proceso de atención de Enfermería

Señala los pasos a seguir para obtener una mejor identificación de los fenómenos que ocurren a nuestro alrededor, aplicando el método científico en la atención al individuo durante el proceso salud-enfermedad.

Estadística

Proporciona las técnicas lógico-matemáticas indispensables para cuantificar, analizar y valorar el comportamiento de los fenómenos.

Introducción a salud pública

Prepara al alumno para que conozca el rol de Enfermería en la comunidad mediante el conocimiento de las acciones que le competen como tal en nuestro país." 171)

Como se puede observar la tendencia de este primer semestre es desarrollar el conocimiento en torno a los

"aspectos bio-psico-sociales del ser humano que permiten ubicarlo dentro de su ambiente y conocer la influencia recíproca que existe entre ambos." 172)

Por lo que los contenidos programáticos de la materia mencionada, aparte de ser extensas están fuera del propósito del semestre, en este sentido, es cuestionable su ubicación dentro de esta área, así mismo, no se toman en cuenta los criterios de continuidad, en cuanto a la secuencia de las diferentes materias y a la relación entre los que se cursan simultáneamente. Esto es, no se establece un problema eje sobre el cual se pretenda vincular la selectividad y complejidad de los contenidos.

"La teoría del aprendizaje afirma que la organización cognoscitiva es la característica fundamental de todo aprendizaje intelectual, pero la selección y la organización de las experiencias del aprendizaje debe ayudar a inducir a la formación consciente de ideas generales y sus relaciones." 173)

Con referencia a lo anterior se puede observar un exceso de materias, que conducen a cursar varias simultáneamente, por consiguiente, tener un gran número de horas de clase diaria lo cual repercute en el aprendizaje de los alumnos.

Es importante señalar que no en todos los semestres se observa una carga excesiva de materias, como en el caso del área II Crecimiento y Desarrollo, ubicada en el plan de estudios en el 3er. semestre pero recibida por situaciones administrativas en el 5o. semestre solo abarca un semestre y cuenta única y exclusivamente con 4 materias, no siendo el caso del área I y área III,

172) *Ibidem.*, p. 29.

173) PANZSA M., *op. cit.*, p. 35.

Ésta última abarca 3 semestres con 4 patologías respectivamente y para patología 1 y 2 abarca alrededor de 100 padecimientos -- por cada una, en un total de 80 horas de las cuales 40 corresponden a la fisiopatología y 40 a las acciones de Enfermería -- por lo que existe un excedente de contenidos y materias para -- unas áreas y para otras disminuye no siendo equitativo y repercutiendo en la forma de abordar los contenidos.

"Estas concepciones refuerzan el aislamiento del trabajo escolar con respecto a una situación social más amplia y son adecuadas para evitar las contradicciones que se dan por el hecho de fragmentar el conocimiento de la realidad. Traduciéndolo en disciplina -- tajantemente separadas." 174)

Este cúmulo de contenidos propicia a la vez diferente significación dentro del proceso del conocimiento y en este sentido

"las materias y los contenidos al aislarse tienden a centrarse ya sea en un modelo mecanicista, o en el modelo activista idealista del conocimiento... En el modelo mecanicista el alumno es pasivo, contempla y recoge el conocimiento, su papel consiste en registrar los estímulos procedentes del exterior... En el segundo modelo el sujeto es el creador de la realidad; la realidad exterior pierde importancia, ofrece una concepción subjetivista del conocimiento." 175)

Ambas situaciones van en detrimento de los procesos de elaboración de la información y del aprendizaje.

Como se puede observar en la descripción y ubicación de -- las áreas y sus contenidos programáticos, existe una completa disociación entre el propósito del plan de estudios con la organización curricular que se tiene, en el sentido de considerar a la

174) PANZSA, M. *op. cit.*, p. 35.

175) APCSTOL, *et. al.*, *op. cit.*, p. 56.

comunidad como campo de acción del estudiante y que sean pocas - las materias que apoyan la práctica en ésta, así tenemos que del total de asignaturas que son 32 para el ciclo de Licenciatura y 25 para la carrera básica solamente 8 materias la apoyan, las - cuales son las siguientes:

- Ecología y salud
- Antropología social
- Introducción a salud pública
- Sociología
- Estadística
- Comunicación
- Técnicas de la Enseñanza
- Psicología evolutiva

Mediante estas formas o modos de manifestación de la organización curricular,

"en el ámbito escolar se establece un control social en el tipo de contenido educativo, así como en la relación social que se maneja dentro del recinto escolar, sin análisis, ni justificación de ciertos enfoques teóricos y metodológicos." 176)

Por otro lado "el enfoque del plan de estudios se fundamenta en el proceso salud enfermedad"¹⁷⁷⁾. Sin embargo en ningún - programa a excepción de Introducción a Salud Pública, se aborda su conceptualización pero no como tal sino a través de la Historia Natural de la Enfermedad la cual describe el proceso desde -

176) MARIN MENDEZ, GALAN GIRAL, *op. cit.*, p. 41.

177) Plan de Estudios, *op. cit.*, p. 23.

un punto de vista biologicista y ahistórico por lo tanto en forma individual, en contraposición Cristina Laurell dice que

"La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo -- otra oculta, de carácter ideológica. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presuma enfermedad. Es necesario además, una interpretación de este fenómeno en -- las que interfieren valores socialmente determinados." (178)

En este sentido, lo cuestionable es la no definición del objeto de Estudio de la carrera de Enfermería a través de su organización curricular por lo que se debe profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como un proceso social, histórico y de grupo y por ende el estudiante de Enfermería se ubique en

"la interpretación de los problemas de salud y la enfermedad y las respuestas que se dan como partes dinámicas de una formación social, ... así mismo analizar como determinados procesos sociales llegan a expresarse en la patología que presentan las distintas clases o grupos"

y acercarse a

"la manera de como los aspectos económicos, políticos e ideológicos influyen en la determinación del carácter de los servicios de atención." (179)

Aspectos que no se contemplan en la estructura curricular y por lo tanto el alumno no cuenta con elementos que lo acerquen a "analizar la realidad nacional social, política y económica"¹⁸⁰⁾

178) CRISTINA LAURELL. "Medicina y capitalismo en México", Cuadernos Políticos No. 18, p. 80.

179) CRISTINA LAURELL, *op. cit.*, p. 81.

180) Plan de Estudios, p. 21.

por lo tanto no identifica los problemas de salud ni precisa al campo de acción de Enfermería ante dicha problemática en forma - consciente y comprometida. De esta manera la integración epistemológica de los contenidos tiene sus bases en

"el modelo causal clásico de la medicina la cual presenta cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno de carácter biológico o la búsqueda en una versión ampliada, que en vez de buscar un agente busca varios factores de riesgo sin perder el carácter biológico individual". 181)

Por lo que es cuestionable la relación que se establece - con el propósito y los objetivos del plan de estudios con la línea teórica implícita en los contenidos de los programas.

Con base en esta lógica de ideas, Díaz Barriga

"Considera que en los procesos educacionales, el programa escolar no es un elemento aislado, sino que tiene una profunda inserción curricular, esto es, todo programa escolar forma parte concreta de un plan de estudios." 182)

por lo que cada programa se debe ubicar en lo que Tyler denominó; "relaciones horizontales y verticales",¹⁸³⁾ que le darán elementos al docente para interpretar su plan de estudios y

"estudiar la manera de como determinado programa forma parte de una táctica concreta, que posibilita, -- por medio del aprendizaje, el logro de ciertas metas curriculares." 184)

y agregado a lo anterior también posibilita la reflexión crítica

181) CRISTINA LAURELL, *op. cit.*, p. 81.

182) ANGEL DIAZ BARRIGA. "Propuesta metodológica para la elaboración de programas de estudio", p. 32.

183) RALP TYLER. *Principios básicos del curriculum*, p. 85.

184) ANGEL DIAZ BARRIGA, *op. cit.*, p. 33.

de la interpretación del programa y del propio plan de estudios por lo que a continuación se analizará las relaciones de horizontalidad y verticalidad de los programas del plan de estudios de Enfermería, lo cual dará pauta para visualizar como se integran y apoyan los diferentes contenidos por lo tanto analizar si

"se diseñó la enseñanza para que el estudiante por sí mismo busque e integre conocimientos, en el estudio de problemas concretos". 185)

el cual es uno de los principales objetivos del plan de estudios.

Primeramente se observa en el área I El hombre y su ambiente una connotación muy amplia del tema general que bien podría inducir otros contenidos dado la amplitud del título, así mismo no existe una continuidad de las materias de un semestre a otro a excepción de Antropología y Sociología y se implementan programas totalmente diferentes, como menciona Hilda Taba

"Es indispensable llevar a cabo soluciones sobre diversos niveles del contenido: El tema central y sus dimensiones, las ideas fundamentales de acuerdo con los cuales se va a desarrollar el tema o la unidad y los detalles específicos que servirán para el desenvolvimiento de las ideas esenciales". 186)

por lo que se hace necesario en ambos semestre como parte integrativa del área que los contenidos se seleccionen en torno a un problema eje o problemas ejes que involucre la problemática del individuo como producto de un proceso social, en este sentido no debe existir una dicotomía de un semestre a otro puesto que en ambos se cuestionará sobre un tema central.

185) Plan de Estudios, *op. cit.*, p. 21.

186) HILDA TABA, *op. cit.*, p. 460.

.. Es de llamar la atención que dentro de los objetivos del plan de estudios se pretenda "utilizar el método científico como eje central de toda la enseñanza".¹⁸⁷⁾ y sólo existe una materia que lleva este nombre conjuntamente con el proceso de atención - de Enfermería y para su impartición sólo cuenta con 40 hrs. que corresponden a 20 hrs. respectivamente, la materia explícitamente ya no es abordada en semestres posteriores, ni como contenido ni como metodología, por lo que el objetivo no se alcanza a pesar de que

"la organización curricular por áreas lleva implícito el concepto de ciencia e interdisciplinaridad."
188)

El área II Crecimiento y Desarrollo, se planea en un sólo semestre y comprende 4 materias de las cuales una es la que abarca el tema general y central del área, siendo esta "Crecimiento y Desarrollo", en la cual se abordan temas concernientes a las diferentes etapas de vida del individuo desde la pre-concepcional-embarazo-parto-puerperio-recién nacido, lactante y preescolar, escolar y adolescente y se apoya en materias como comunicación, Técnicas de la Enseñanza y Psicología Evolutiva, las cuales mantienen relación para el desarrollo del objetivo del área, sin embargo, se considera que técnicas de la enseñanza impartido por los pedagogos debiera cambiar su enfoque a lo Didáctico y esta se aborde desde el área I puesto que desde aquí se dan acciones de Educación para la Salud, misma situación en Psicología, puesto que los

187) Plan de estudios, *op. cit.*, p. 21.

188) PANZA, M., *op. cit.*, p. 35.

contenidos de comunicación se dan por los psicólogos por lo que pudiera darse una repetición de contenidos. Esta área establece poca relación de horizontalidad con las áreas anterior y posterior y no retoma elementos teóricos del área I para "ubicar el - proceso salud enfermedad en las etapas biológicas del hombre"¹⁸⁹⁾ enfocándose más hacia la atención del parto y puerperio hospitalario, así como a la asistencia al recién nacido en servicio, es to no propicia el que se cuestione sobre los determinantes socio económicos que influyen en los procesos de Desarrollo y Creci--- miento del individuo, así como la situación de salud o enfermedad, como dos momentos de un mismo fenómeno y que prevalecen en las di ferentes etapas de vida, en este sentido, el conocimiento se centra en una especialidad médica la *Gineco-obstetricia*, justificada a través de la siguiente cita:

"El capital monopólico implica una compleja división social del trabajo que se traduce en una especiali- zación general de la que no escapan los servicios - de salud". 190)

.Esto da pie al análisis del área III Historia Natural de -- las Enfermedades que ya en su nombre lleva implícito en enfoque - unicausal y multicausal de la enfermedad con base a una corriente funcionalista de la producción de la enfermedad.

En el siguiente capítulo se profundizará sobre esta área, por lo que en este apartado se mencionarán las generalidades en -

189) Objetivo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, Plan de estudios, p. - 181.

190) FRANCISCO GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 133.

GINECO-OBSTETRICIA.- Especialidad médica enfocada a la atención del parto puer perio y sus complicaciones y enfermedades del aparato reproductor.

cuanto a su interrelación e interpretación curricular, observándose un aislamiento total de las materias de esta área con las - otras del plan, ya que no se vinculan ni en su forma ni en su contenido. Se observa una carga excesiva de contenidos, los cuales se abordan rígidamente a través del modelo que se marca por Leavell y Clark,¹⁹¹⁾ y que se traduce en impartir el desarrollo de la enfermedad a través de 2 períodos. Uno: *el prepatogénico y -- otro el patogénico** a través de un horizonte clínico que determina la evolución de la enfermedad desde que el hombre está en contacto con el agente causal, en este sentido se despersonaliza al hombre como tal y sólo se memoriza la evolución biológica de la - enfermedad, por lo que la crítica consiste en que

"se debe mostrar el carácter social de la enfermedad, permitiendo ahondar en las determinantes sociales y en el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico." 192)

Por último el área IV Enfermería Avanzada, ubicada en el - 7o. y 8o. semestre de la Licenciatura de Enfermería con 2 mate--rias para 1 semestre y 4 para el otro. Existe una situación si-

* *Pre-patogénico.*- explicitado a través del Agente, Huésped y medio ambiente, en el cual el agente es el microorganismo agresor, el Huésped es el hombre y el medio ambiente es el entorno que rodea al huésped y que permite la reproducción del agente, en esta etapa aún no aparece la enfermedad.

Patogénico.- en base a lo anterior el agente agresor penetra en el huésped produciendo la enfermedad en el hombre ó huésped y se desarrolla a través - de un horizonte clínico. A todo este proceso se le denomina Historia Natural de la Enfermedad.

191) Modelo que surge en E. U. por Leavell y Clark y que es aplicado al modelo médico social en México.

192) LAURELL C., "La salud enfermedad como proc eso social", en: *Cuadernos Políticos*, p. 11.

milar en relación con los cuestionamientos de las demás áreas, - puesto que cada área trabaja por separado sin ninguna relación - en sus contenidos, pero el caso de esta área es más específico y más complicada puesto que "es una búsqueda de combinaciones inter disciplinarias de materias... que siguen conservando estructuras de la división pretendiendo solamente establecer algunos lazos - de unión,"¹⁹³⁾ así tenemos que esta área

"complementa la preparación del estudiante con materias que lo capaciten para realizar funciones de obs tetricia, pediatría, salud mental comunitaria, administración en los servicios de Enfermería y programas educativos y de investigación." 194)

Sin embargo la materia en sí de Enfermería Avanzada contempla cuatro especialidades: Terapéutica Intensiva con 6 subespecialidades a la vez; Salud Pública o Enfermería Comunitaria -- (se aplica el término indistintamente); Educación en Enfermería; y Salud Mental Comunitaria. De las cuales en la realidad sólo se imparten dos: Terapia Intensiva por profesores de Enfermería y Educación en Enfermería por el Depto. de Pedagogía, por lo tanto no existe coherencia entre el objetivo del área y su instrumentación didáctica, una de las limitantes puede ser que esta materia comprende sólo la mitad de un semestre, la otra mitad lo abarca Ginecología y Obstetricia I con contenidos similares a los de la materia de Crecimiento y Desarrollo por lo que única y exclusivamente por el tipo de contenidos se llamará Obstetricia, ya que - se contempla el Embarazo, Parto y Puerperio normal y Ginecología

193) PANZSA, M. *op. cit.*, p. 33.
Tomado del discurso del Dr. Pablo González Casanova.

194) Objetivo del área IV Enfermería Avanzada del plan de estudios de Enfermería, p. 37.

en el siguiente semestre con los fenómenos patológicos que subyacen a éstos. En este sentido se observa nuevamente la superespecialización en la que se enfoca implícitamente el plan de estudios de Enfermería coercitivamente a los objetivos del sistema capitalista. "El cual invade todos los ámbitos comercializando - los servicios y encareciéndolos, restringiendo su cobertura",¹⁹⁵⁾ ya que a mayor especialización menor acceso a los servicios y ésto lo convierte en elitista ya que sólo brinda atención al grupo en el poder político y económico.

Esto nos conduce a reflexionar sobre la vinculación que se establece de los contenidos curriculares con todas las contradicciones ya referidas con la práctica, puesto que se entiende como señala Taba

"La necesidad de una diferenciación clara entre el - contenido y las experiencias de aprendizaje para determinar los criterios que deben aplicarse en cada - aspecto." 196)

por lo que en el siguiente apartado se analizará en forma general la planeación de la práctica en la carrera de Enfermería.

3.4 VINCULACIÓN TEORIA-PRACTICA.

A través del análisis general del plan de estudios de Enfermería se observa la existencia de materias teórico-práctico, como es el caso de que es el área I con su total de 12 materias, la mitad sólo quedan a nivel teórico y las otras con la connotación - teórico-práctico. En el área II de las 4 materias sólo una lo es.

195) FRANCISCO GOMEZJARA, *op. cit.*, p. 133.

196) HILDA TABA, *op. cit.*, p. 350.

En el área III de las seis materias que comprenden 2 semestres - sólo 2 quedan a un plano teórico, del siguiente semestre que corresponde a esta área, las 3 materias son teórico-prácticas y por último las materias correspondientes al área IV sólo una queda - en el plano teórico, por lo tanto se consideraría que el plan de estudios de Enfermería en su estructura curricular tiene un enfoque teórico-práctico, sin embargo, Catalina Quesada plantea en su crítica

"la desvinculación de la teoría con la práctica, derivada de la presencia en el plan de estudios de dos tipos de materias: las teóricas y las teóricas o aplicadas... o bien la consideración de materias con dos tipos de actividades: Las teóricas realizadas en el salón de clase, y las prácticas, desarrolladas en laboratorios o campos de trabajo profesional." 197)

Bajo esta óptica se consideraría que existen materias teórico-técnicas y materias teórico-prácticas que a la vez se subdividen en materias teórico-prácticas, desarrolladas en laboratorios y teórico-prácticas desarrolladas en el campo profesional, sin embargo, nos dice la autora

"Esta división es artificial desde el momento que el conocimiento surge de las necesidades de la práctica como una síntesis de ella y a su vez, revierte sobre la práctica, desarrollando la capacidad del hombre - de actuar sobre su realidad." 198)

En este tipo de vinculación es cuestionable el porque unas materias "merecen" ser teórico-prácticas y además con determinadas actividades de aprendizaje como es el caso de la materia de

197) CATALINA QUESADA, op. cit., p. 8.

198) *Ibidem.*, p. 9.

Anatomía, Ecología, Microbiología, dietoterapia y Nutrición que su práctica se realiza a nivel de laboratorio, con todas las limitantes que ésto implica, por otro lado las materias de Enfermería como Introducción a Salud Pública, Fundamentos de Enfermería, Crecimiento y Desarrollo, Las Patologías I, II y III, Enfermería Avanzada y Gineco-obstetricia, su enfoque es hacia los campos de trabajo que en su mayoría son clínicas, hospitales generales y de especialidad y escasa su práctica hacia las comunidades y es aquí donde surge la problemática de la vinculación de la teoría con la práctica ya que para acreditar la materia teórica-práctica, se debe cumplir con esta última y se puede reprobar la teoría no así la práctica puesto que ya no se tendría derecho a presentar el extraordinario. Por lo que se cuestiona lo anterior ya que

"la vinculación teoría-práctica puede propiciarse -- aún desde el interior del aula por medio del establecimiento constante de relaciones entre los contenidos y la realidad; entre las experiencias vividas en los campos de práctica y la teoría; entre los resultados de las investigaciones realizadas y el conocimiento." 199)

En este sentido surgen una diversidad de formas de acreditación entre las asignaturas sin clarificar totalmente la concepción de evaluación y sólo se busca establecer ciertos parámetros en cuanto a la acreditación de una práctica y la teoría se califica por separado, sin que exista realmente una vinculación entre ambos puestos que desde su planeación se da esta dicotomía, por tanto su instrumentación didáctica se dificulta y aún más su eva-

luación. Esto trae como consecuencia una diversidad de formas - en cuanto a su interpretación cognoscitiva y de compromiso hacia lo que sería una nueva práctica profesional con un enfoque más - amplio y de compromiso social. Por ende, como se puede observar a través del análisis globalizado del plan de estudios existen - cuestionamientos a nivel de planeación que repercuten en la instrumentación didáctica del plan de estudios y a su vez en el tipo de formación del profesional de Enfermería, por lo que en el siguiente capítulo se analizará en forma particular el área "Historia Natural de las Enfermedades" el cual es el eje que interpreta y clarifica el enfoque explícito e implícito del plan de - estudios de la carrera de Enfermería, tomando como base los cuestionamientos anteriores.

CAPITULO IV

ANALISIS DEL AREA

"HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES"

1. ANALISIS DE LA CONFORMACION INTERNA DE LOS PROGRAMAS

1.1 RELACION ENTRE LOS OBJETIVOS DEL AREA, CON LOS DEL PLAN DE ESTUDIOS Y CON LOS PROGRAMAS.

El área III "Historia Natural de las Enfermedades" para su estudio está dividido en 3 etapas, que corresponden al 4°, 5° y 6° semestre, enunciado en el plan de estudio vigente desde 1979. Hasta la fecha, sin embargo en 1982 como parte de una propuesta administrativa a nivel escuela-"campos clínicos"²⁰⁰⁾ se modifica la ubicación de las materias, por lo que siendo esta área la correspondiente y consecuente del estudio del individuo sano al enfermo se ve alterada y en consecuencia los cambios cualitativos planteados en los objetivos del plan de estudio no son logrados en su totalidad. A partir de esta reubicación de materias, el área abarcará del 3°, 4° y 6° semestre, encontrándose desfasado y existiendo una dicotomía de un semestre a otro (como es el caso del 4° y 6° semestre).

"La idea de que el pensamiento y el aprendizaje de hechos no necesitan estar separados por un periodo prolongado de tiempo, aparece en la teoría del aprendizaje que afirma que la organización cognoscitiva es la característica fundamental de todo aprendizaje intelectual". 201)

200) Campos clínicos.- Son aquellas instituciones en donde se realiza la práctica clínica y aplicación de la teoría.

201) HILDA TABA. *Elaboración del currículo*, p. 249.

Asimismo, el proyecto curricular del plan de estudios de -
Enfermería, plantea:

"Orientar la enseñanza a la promoción de la salud -
del individuo en las diferentes etapas de desarrollo
para aumentar la esperanza de vida." 202)

Por lo tanto se debe partir de estudio del individuo sano
al enfermo por lo que se cuestiona el hecho de que el área "Histo-
ria Natural de las Enfermedades" tenga necesariamente que separar-
se de un semestre a otro modificando su enfoque cognoscitivo, pre-
dominando más la atención a la problemática administrativa que a
la académica. Para mayor comprensión del cuestionamiento, se --
plantea genéricamente la conformación del mismo: El área I co--
rrespondiente al estudio del hombre y su ambiente, teniendo como
objetivo fundamental

"Analizar la realidad nacional, social (política y
económica) como base para identificar, relacio--
nar los problemas de salud." 203)

El área II correspondiéndole un semestre y en la cual el es-
tudiante adquiere conocimientos sobre el individuo "sano" en sus
diferentes etapas de vida (Embarazo, Parto, Puerperio, recién --
nacido, lactante, pre-escolar, escolar y adolescente. Esta área -
es la que se intercala entre los semestres del área III, por lo -
que después de los dos semestres del área I se continúa con dos -
de los semestres del área III, para reubicar el área III en segui-

202) UNAM. Plan de Estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura en En-
fermería, p. 21.

203)

da, concluyendo ésta, se continúa con el siguiente semestre correspondiente al área II de ésta manera queda alterada la conformación inicial del plan de estudios y por ende su enfoque explícito dentro del mismo. Continuando el desarrollo del proyecto curricular, corresponde a el área III, la cual abarca todas aquellas patologías de los aparatos y sistemas incluyendo tratamiento y atención de Enfermería, en el último semestre, se consideran los padecimientos propios de la infancia y la salud mental comunitaria. Es de llamar la atención que la materia de Administración en Instituciones de Salud (teoría y práctica) no se ubica como área específica, sino que se incluye posteriormente de la materia de Patología IV la cual forma parte del área de "Historia Natural de las Enfermedades". Hasta aquí concluyen las áreas básicas de conocimiento de la carrera de Enfermería nivel básico para continuar con el área IV para los alumnos de la Licenciatura en Enfermería, la cual está ubicada en el 7° y 8° semestre y "complementa la preparación del estudiante para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia."²⁰⁴⁾

En este sentido se puede observar que se modifica el propósito explícito del plan, por consiguiente no existe una secuencia en los contenidos en cuanto estudiar primeramente al individuo sano y posteriormente al individuo enfermo siendo cuestionable ya que

"La selección y la organización de las experiencias de aprendizaje deben ayudar a inducir a la formación consciente de ideas generales y sus relaciones." 205)

204) Plan de estudios, *op. cit.*, p. 22.

205) HILDA TABA, *op. cit.*, p. 249.

Es decir, se debe efectuar relaciones interpretativas en las cuales se coadyuve las diferentes instancias cognoscitivas, vía la integración del conocimiento, sin embargo, al existir -- una disociación en las relaciones de horizontalidad existe el problema de la fragmentación del conocimiento, ya que este no es continuo, en relación al anterior. Hilda Taba nos dice que

"Todo programa escolar es un plan para el aprendizaje que por lo tanto debe representar una totalidad orgánica y no tener una estructura fragmentaria." 206)

En este orden de ideas se puede observar que existe una relación cognoscitiva al interior de los semestres que conforman el área a excepción de los planteamientos hechos anteriormente, sin embargo, nuevamente se cuestiona el hecho de que los objetivos terminales de la carrera de Enfermería no se sustenten sobre ejes de análisis que permitan al estudiante conocer sobre diferentes temas de interpretación. De aquí que Hilda Taba proponga que:

"Las decisiones adoptadas con respecto a los planes de estudio descansen sobre criterios múltiples y -- consideren una gran variedad de factores en lugar de centrar su razón fundamental en un sólo criterio o principio." 207)

Lo anterior da como resultado una disposición en la significación de los contenidos producto por un lado de la gran diversidad de campos del contenido sin que esto necesariamente sea la base fundamental de la cobertura para ampliar los criterios y --

206) HILDA TABA, *op. cit.*, p. 20.

207) *Ibidem.*, p. 350.

factores que sustentan el plan de estudios y por otro lado el exceso de materias que se han incorporado arbitrariamente en el plan de estudios y específicamente en el área analizada, la cual a la vez se ve sobresaturada de contenidos como se menciona en el capítulo anterior ya que cada patología (comprende 4 patologías el área) abarca alrededor de 100 padecimientos en un total de 80 hrs.

Con referencia al planteamiento didáctico de los objetivos se observa una clara propuesta de la tecnología educativa para elaborar los programas escolares.

"Esta técnica de programación se difundió en México en la década de los 70s y prácticamente la mayoría de las instituciones educativas la adoptó como requisito formal, para la elaboración y aprobación de sus programas escolares e inclusive para la misma elaboración de sus planes de estudio". (208)

y dado el contexto histórico para la elaboración del presente -- plan de estudios de Enfermería, el cual se implementa a partir de 1979, retoma en su totalidad esta propuesta por lo que los objetivos quedan a un plano de que "el alumno estará capacitado",²⁰⁹⁾ con las implicaciones que esta connotación infiere.

"La forma más útil de enunciar objetivos consiste en expresarlos en términos que identifiquen el tipo de conducta que se pretende generar en el estudiante". (210)

208) ANGEL DIAZ BARRIGA. "En torno a la noción de objetivos de aprendizaje y su papel en la didáctica", p. 2.

209) Plan de Estudios, *op. cit.*, p. 25.
Habría que distinguir entre formación y capacitación.

210) RALPH TYLER. *Principios básicos del Currículo*, p. 47.

por lo que la noción de aprendizaje que subyacen en los objetivos del plan de estudios y específicamente del área se recorta a un "eficientismo y utilitarismo"²¹¹⁾ reduciéndose sólo a manifestaciones observables del estudiante, en este sentido, los objetivos del área pasan a ser enunciados con nociones taxonómicas conductuales, usando verbos, tales como conocerá, planeará, participará, aplicará, sin embargo y a manera de crítica en su construcción, no define el número de precisiones sobre la ejecución de la conducta como la teórica lo exige, como pueden ser el nivel de precisión individual o de grupo; tiempo, lugar; materiales, etc. de tal forma que estos objetivos a pesar de tener elementos de la tecnología educativa no se explicitan como tal por lo tanto no se basan en su totalidad en esta teoría curricular, por lo tanto, no existen aportaciones teóricas que la ubiquen en otra corriente de pensamiento más analítica. Esto nos lleva a analizar la conformación de estos objetivos con el modelo de organización curricular del área, así como su aporte pedagógico.

1.2 APORTE PEDAGÓGICO DEL MODELO POR AREA A LOS PROGRAMAS.

Se establece que el plan de estudios de la carrera de Enfermería

"será estructurado en base a áreas del conocimiento en las que se enfaticen situaciones problemas para cuya solución se requerirá de selectividad de información." ²¹²⁾

Sin embargo estos problemas no se explicitan en el plan de

²¹¹⁾ Estos tienen sus bases epistemológicas empiristas.

²¹²⁾ Plan de estudios, *op. cit.*, p. 29.

estudios agrupándose en cada área diversas disciplinas de acuerdo a un tema general tal es el caso del área a estudiar: Historia Natural de las Enfermedades, en la cual se agrupan para cursar en 3 semestres, nueve materias de las cuales cuatro corresponden a disciplinas impartidas por profesores médicos y por profesores de Enfermería, siendo cuestionable el hecho que no existan programas por separado y en este sentido exista duplicidad de conocimientos, así mismo, en cada programa se observa un listado sumamente extenso de contenidos, lo cual, conjuntamente con lo anterior, indica la falta de criterios que apoyen el haber seccionado el modelo por áreas como forma de organización en detrimento de su objetivo fundamental: La integración del conocimiento.

Aunque el hecho de estructurar el plan de estudios con base a disciplinas conformando las áreas del conocimiento no garantiza que cambie radicalmente su concepción positivista como lo afirma Díaz Barriga:

"No basta tener un currículum por áreas o por módulos para que un plan de estudios cambie automáticamente - su concepción positivista. Esta puede subsistir en cualquier forma de organización curricular, traicionando sus mismos supuestos." 213)

De esta manera se cuestiona que el área no mantenga una estructura de análisis, ni maneje situaciones problemas que conduzcan al alumno a discernir sobre la línea teoría así como su estructura epistemológica, por lo que las aportaciones que hacen las distintas materias para el conocimiento de la historia natu-

213) ANGEL DIAZ BARRIGA. *Ensayo sobre la problemática curricular*, p. 28.

ral de las enfermedades es relativa y al mismo tiempo, dada la amplitud del título del área podría incluir otros contenidos por lo que Díaz Barriga nos dice:

"El contenido que integran los planes de estudio debe quedar formalizado a partir de una propuesta básica en un programa escolar. Sin embargo, es significativa la ausencia de planteamientos vinculados con la elaboración de éstos en la teoría curricular." 214)

por lo que se puede observar que las materias son similares al de la carrera de Medicina como es el caso de las cuatro patologías que conforman el área, las cuales sólo están numeradas sin que esto indique o infiera el tipo de contenido ni su relación con lo que será la participación de Enfermería ante la problemática de

"las necesidades sociales y de salud del individuo enfermo y de la familia, para hacer el diagnóstico de Enfermería y coordinar las actividades convenientes para mantener al paciente en las mejores condiciones". 215)

por lo que al no clarificar, ni teorizar sobre una organización curricular con base a una teoría del aprendizaje no se conduce al alumno a interactuar como integrante del proceso dialéctico del mismo por ende su participación será mínima y en grado Paolo Freire le llama "Educación bancaria",²¹⁶⁾ en la cual el alumno será receptor de los contenidos, acumulando éstos sin que se llegue a un conocimiento integral ni aplicativo. Por otro lado, esta or

214) *Idem.*

215) UNAM ENEO, *op. cit.*, p. 27.

216) Paolo Freire. Análisis retomado del libro *Educación Bancaria* en la cual el autor muestra las características de la misma.

ganización por áreas no supera las contradicciones que se dieron en el plan anterior debido a la fragmentación del conocimiento - de la realidad, traducida en disciplinas tajantemente separadas, resultando en el actual plan y específicamente en esta área, una situación similar, ya que se observa un primer acercamiento a un trabajo interdisciplinario sin embargo al no existir una claridad conceptual de éste, así como de ciencia ya que son las bases de - la organización por áreas, no se logra en su totalidad el proceso del conocimiento.

"Los currículos que responden a un modelo de organización por áreas de conocimiento parten de la clarificación del concepto de ciencia y del análisis de los límites formales que tradicionalmente han caracterizado a las disciplinas". 217)

En este sentido cabe mencionar que en la conformación curricular del área *Historia Natural de las Enfermedades* no existen "criterios para la agrupación de las disciplinas, hasta la selección de las experiencias de aprendizaje respectivas"²¹⁸⁾ detallándose exclusivamente enunciados temáticos sin significaciones sociales e históricas, abocándose única y exclusivamente en un sentido biologicista sin una clara conceptualización en cuanto a sus procedimientos y métodos, por lo que se hace necesario cuestionar el grado de horizontalidad y verticalidad de sus contenidos. - - "Cuando éstos pertenecen a semestres anteriores o posteriores, se denominan relaciones verticales y cuando son del mismo semestre,

217) MARGARITA PANZSA. "Enseñanza modular" en revista *Perfiles Educativos* # 10, p. 35.

218) MARGARITA PANZSA, *op. cit.*, p. 35.

relaciones horizontales." 219)

1.3 HORIZONTALIDAD Y VERTICALIDAD DE LOS CONTENIDOS DEL ÁREA

Retomando los lineamientos metodológicos propuestos por -- Díaz Barriga, 220) a través de sus diferentes trabajos teóricos - en relación a la tarea curricular, se establece el análisis del área enfocándose a la horizontalidad y verticalidad de los contenidos, así mismo se cuestionará sobre la conformación teórica-metodológica que subyace a la concatenación de los elementos que implican estas relaciones de horizontalidad y verticalidad. Así tenemos que el área *Historia Natural de las Enfermedades* tiene - como antecedente dentro de la estructura curricular del plan de - estudios. El área I correspondiendo a "El hombre y su ambiente", la cual en su descripción plantea el hecho de

"ofrecer a los educandos una visión básica tan amplia como sea posible de manera que el estudiante - pueda lograr una preparación que le permita orientarse en las distintas opciones." 221)

De tal forma que

"los alumnos estarán capacitados para conocer aspectos biopsicosociales del ser humano que le permitan ubicarlo dentro de su ambiente y conocer las influencias recíprocas que existen entre ambos." 222)

219) DIAZ BARRIGA, *op. cit.*, p. 28.

220) ANGEL DIAZ BARRIGA. *Ensayo sobre la problemática curricular.*

221) ENEO UNAM, *op. cit.*, p. 29.

222) *Idem.*

Estos planteamientos generan significación para el área -- estudiada, por el hecho de que la escuela prepara a sus educandos a un nivel mínimo en un primer año, creando mano de obra barata y la opción para no continuar con su carrera profesional, - la cual por características propias de historicidad queda a un nivel "técnico"²²³⁾ de esta manera la enfermera queda confinada a trabajos de tipo manual reforzando la situación social de la - Enfermería en México como lo afirma Isabel Hernández:

"El hecho de que las enfermeras al parecer ejecutan predominantemente actividades de tipo manual y los médicos de tipo intelectual, se debe a la posición que ambos ocupan en la división del trabajo, resultado de su respectiva clase y sexo." 224)

y de las formas sociales de control que subyacen a estas categorías, de tal forma que la institución escuela refuerza los modelos sociales de explotación y control, dando alternativas escasamente beneficiosas para la profesión de Enfermería. Esto trae como consecuencia que no se racionalice sobre el área "Historia Natural de las Enfermedades" como consecuente de un contenido -- ni se retomen los elementos epistemológicos de una primera área para ubicarlos en ésta, por lo que no se mantiene una secuencia -- ción, ni continuidad de su conformación de verticalidad, ya que no se ubica a las materias del área dentro del contexto del plan de estudios, sin perder de vista que

223) Cfr. Capítulo II del trabajo. La penetración ideológica también se realiza por vía de lo aparente "técnico -aséptico".

224) ISABEL H. TEZOQUIPA. *Enfermería, Cadena o Camino*, p. 59.

"la secuencia no consiste tanto en la sucesión de detalles en las diferentes ramas del conocimiento... Sugiere la secuencia de las ideas que han de ser tratadas en el orden de su complejidad y abstracción y la secuencia de los procesos cognoscitivos en el orden del rigor intelectual en creciente exigencia".²²⁵⁾

Esto es, no se debe mantener sólo una relación administrativa sino que debe prevalecer el trabajo académico vía la integración del conocimiento planteado por Taba a través de los niveles del conocimiento y con lo cual se prevendría la discontinuidad -- en la enseñanza de hechos fuera de su contexto.²²⁶⁾ Tal afirmación conduce a analizar la conformación de los programas al interior del área en un sentido de horizontalidad. Así tenemos que existe una clara tendencia de estructurar los contenidos sin que verdaderamente exista en un plano conceptual un análisis formal -- sobre un Diagnóstico de necesidades, retomando a éste como una forma particular de *funcionalizar* la educación a los requisitos formales del aparato productivo y que esta funcionalización se dá en detrimento de la formación teórica."²²⁷⁾

De esta manera, partiendo del análisis de la descripción -- del área, la cual comprende el estudio de las principales patologías de nuestro país a través del modelo médico multicausal de la "Historia Natural de las Enfermedades" para "colaborar en el Diagnóstico de los padecimientos, así como en el tratamiento y -- rehabilitación del enfermo",²²⁸⁾ se observa por un lado que los

225) HILDA TABA, *op. cit.*, p. 251.

226) *Idem.*

227) ANGEL DIAZ BARRIGA, *op. cit.*, p. 36.

228) ENEO UNAM, *op. cit.*, p. 26.

contenidos en una primera aproximación no determinan una línea teórica de interpretación en la cual se visualice y analice la corriente funcionalista y biologicista que aporta el modelo de la Historia Natural de las Enfermedades. Problema que más adelante se tratará. Por otro lado, existe un claro predominio de estudiar la patología sin una secuenciación y continuidad, ya que siendo el propósito del área iniciar con los padecimientos más frecuentes como son las respiratorias, las gastrointestinales, así como las transmisibles no resulta meritorio y más aún funcionan como distractores los padecimientos que si bien si existen en nuestro país su frecuencia es menor, sin embargo el problema no radica sólo aquí, sino en el hecho de que el área se basa en "la medicina clásica la cual en general se ocupa de la forma y no del contenido, de la apariencia más que de la esencia de la salud y de la Enfermedad",²²⁹⁾ por lo que no existe una explicitación formal en las enfermedades enunciadas en los programas, sólo se mencionan como ya se dijo antes, como un listado temático. -- Creo importante puntualizar en este apartado, a pesar que se analizará en las implicaciones metodológicas. El hecho de que los contenidos se deben plantear conjuntamente con las experiencias de aprendizaje que se pretenden alcanzar.

"La posibilidad de planificar las experiencias de aprendizaje con el fin de alcanzar una serie amplia de objetivos no fue jamás bien comprendida ni practicada, en parte, debido a la separación tradicional entre el planeamiento del contenido y el de las experiencias de aprendizaje". 230)

229) JAIME BRUIH. *Investigación de la salud en la sociedad*, p. 10.

230) HILDA TABA. *op. cit.*, p. 367.

por lo que se cuestiona el que no se planifique el programa con forme a una estructuración didáctica y por lo tanto clarifique las relaciones de horizontalidad y verticalidad en tanto que es tas serán las manifestaciones didácticas de todo plan de estudios y por lo tanto de la ubicación contextualizada del área. Aspectos que no se contemplan al interior de lo mismo.

Por otra parte, se señala en la descripción del área, la preparación del alumno para capacitarlo en "la realización de funciones de Enfermería general"²³¹⁾, por lo que aún en ésta predomina la palabra capacitar, por lo que habría que distinguir entre formación profesional y capacitación y analizar sobre las implicaciones que subyacen a esta connotación en el proceso de Enseñanza-aprendizaje y en la propia profesionalización de la Enfermería.

"La capacitación se maneja dentro de una propuesta - técnico instrumental en tanto que la formación debe contener bases teóricas que le permitan reflexionar sobre las múltiples dimensiones de su labor, por lo que la primera tendrá un sentido de alienación". 232)

De esta manera la sugerencia concreta al respecto de la conformación interna de los programas es el de planear los contenidos en base a líneas teóricas de interpretación y su organización curricular, independientemente del modelo, trabajarlo sobre el individuo sano e inmediatamente sobre ejes de análisis que clarifiquen los factores que hacen que éste se enferme, por lo que en el siguiente apartado se cuestionará sobre las estructuras de los programas del área.

231) ENEO UNAM, *op. cit.*, p. 34.

232) ANGEL DIAZ BARRIGA, *op. cit.*, p. 29. (concepto retomado de la nota de pie de página).

2. ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS DE LOS PROGRAMAS

2.1 ESTRUCTURA EPISTEMOLOGICA

Uno de los problemas a los que se ha hecho referencia en los cuestionamientos anteriores en relación al análisis del área, es la problemática cognoscitiva a la que se enfrenta el estudiante de Enfermería al efectuarse la enseñanza de los programas que la conforman, de tal manera que es importante analizar las implicaciones epistemológicas que subyacen el desarrollo de los mismos, así como a la pretendida racionalización de éstos, por lo tanto, en este apartado se trabajará sobre la estructuración del conocimiento del área o teoría del conocimiento en el que se fundamenta ésta, la cual trae como consecuencia cuestionar sobre el modelo teórico del método científico y de la investigación, ya que dentro del enfoque del plan de estudios se dice:

"La investigación y el servicio social deben formar parte de la carrera desde el inicio, para lo cual la enseñanza se fundamentará en la utilización del método científico" 233)

por lo que se hace necesario cuestionar sobre los elementos anteriores ya que al interior de esta área se involucran aspectos de investigación directa en comunidad y por ende la utilización de un método para el desarrollo de la misma. Por otro lado también es importante analizar su estructura cognoscitiva ya que también se plantea que

233) ENED UNAM, *op. cit.*, p. 23.

"El enfoque del plan de estudios se fundamenta en el proceso salud-enfermedad, en la cual la comunidad es el eje de las actividades." 234)

Es importante hacer notar que, ni en la descripción del área, ni en el desarrollo programático de la misma se clarifica el enfoque, ni los propósitos y los objetivos del área mantienen escasa vinculación con los planteados en los objetivos de la carrera de Enfermería ya que los primeros se enuncian en relación a las patologías por aparatos y sistemas del organismo humano y los segundos, en relación a la propuesta de Leoveil y Clark²³⁵⁾ planteándose en un 2o. y 3er. nivel de atención, por lo que desde aquí se visualiza la no clarificación de una teoría del conocimiento que conduzca al estudiante de Enfermería a ubicarlo en una relación de compromiso durante su formación profesional en la institución, escuela, como base para una práctica profesional dentro de las instituciones de salud con mayor grado de desconocimiento.

En un estudio realizado por integrantes de la Licenciatura de Enfermería de la UAM en 1979 se concluye que:

"Durante la carrera los estudiantes reciben en grado mínimo alguna orientación sobre las características económicas y sociales del país, al ingresar a laborar a las instituciones de salud, el poco estímulo que recibieron para desarrollar un sentido de crítica social, se pierde y la enfermera se adapta al marco institucional perpetuando patrones de conducta -- anacrónicos y obsoletos." 236)

234) ENEO UNAM, *op. cit.*, p. 23.

235) Es una propuesta estadounidense en la cual se plantean 3 modelos de atención: el 1o. se refiere a las actividades concernientes a la prevención de las enfermedades, el 2o. a la curación de las enfermedades y el 3o. a la alta especialidad por medio de la tecnología.

236) MIRALDEYL MORALES, *Proyección social de la Enfermería*, p. 239.

Por esta razón se fundamenta el análisis "en presupuestos epistemológicos que tienen como objetivo fundamental establecer la diferenciación del empirismo positivista".²³⁷⁾

En este sentido, se observa que se estructura el conocimiento del área con un enfoque biologicista, sin que el estudiante interactúe en este proceso del conocimiento y tiene sus bases en semestres anteriores en la materia de METODO CIENTIFICO, sin que ésto necesariamente se encuentre explícitamente en el área. Como ya se menciona antes, no se establece con claridad las relaciones de verticalidad de un semestre a otro y por lo mismo el estudiante se mantiene pasivo y contemplativo en su relación cognoscitiva, sin efectuar ningún tipo de vínculo con semestres anteriores y posteriores y de la propia área en sí.

"De acuerdo con esta concepción, el objeto de conocimiento actúa sobre el aparato perceptivo del sujeto que es un agente pasivo contemplativo y receptivo; - el producto de este proceso (El conocimiento) es un reflejo o copia del objeto reflejo cuya génesis está en relación con la acción mecánica del objeto sobre el sujeto." 238)

En este orden de ideas, la información que recibe el estudiante tendrá sus bases epistemológicas en el método científico, en el cual se observan contenidos de una teoría del conocimiento tradicional basado en el paradigma científico natural mecanicista, en su expresión ideológica: el positivismo, y como representante a Mario Bunge ya que esta bibliografía es la panacea para -

237) BORDRECI, et. al. *El oficio de Sociólogo*, p. 52.

238) ADAM SCHOFF. "La relación cognoscitiva. El proceso de conocimiento", en - *Introducción a la epistemología*, p. 28.

el desarrollo del programa, en este contexto, el alumno de Enfermería evidencia su naturaleza ideológica por el predominio del - positivismo en la enseñanza a través de la organización y estructuración curricular del plan de estudios en general y del área - en particular, es importante hacer notar el efecto que se produce en la ideología de la enfermera a causa de una enseñanza con rasgos positivistas y con un enfoque meramente biologicista.

"La despolitización de la enfermera como profesionalista y el hecho de ser una carrera casi exclusivamente de mujeres, favorece su manipulación en función de intereses ajenos a ella y la explotación que se hace de sus propios valores como mujer y como profesionalista, acentúan su docilidad, obteniendo su sumisión y entorpeciendo de esta manera la formación de su conciencia social". 239)

De esta forma, se considera que existen más elementos de - análisis en la estructura epistemológica del área para lo cual - se hace necesario complementarlo a través de cuestionar la línea teórica de los programas del área, lo cual conduce a abordar las implicaciones metodológicas que subyacen a ésta y la idea de práxis en una relación teoría-práctica, así como los posibles espacios y propuestas teóricas por donde se de una ruptura epistemológica y el conocimiento de Enfermería salga de las falsas apariencias y de ese sentido de neutralidad ideológica.

2.2 ESTRUCTURA Y LINEA TEORICA DE LOS PROGRAMAS

Como se menciona con anterioridad el área está basada en el modelo que su propio nombre lleva: "Historia Natural de las Enfer

239) MIRALDEYL MORALES, *op. cit.*, p. 239.

medades" el cual lleva implícito la corriente teórica en la que - se fundamenta, corriente teórica que guarda una estrecha relación con el proceso cognoscitivo en que se estructura el enfoque del - área, es necesario hacer notar que durante la reconstrucción del actual plan de estudios iniciado en 1979 aún prevalecía el enfoque de la tecnología educativa como propuesta de cambio al currículum, en este sentido se justifica el hecho de retomar los principios teóricos de dicha corriente para la elaboración del área y bajo la premisa de que

"El control también se ejerce en las formas de significación que la escuela distribuye. Esto es, el campo formal del conocimiento escolar puede llegar a ser una forma de control social y económico". 240)

Se pensaría que la institución escuela como parte de las - estructuras sociales del país

"Existen a través de sus relaciones con otras instituciones más poderosas, instituciones que están combinadas de tal manera que generan desigualdad en las estructuras de poder y acceso a los recursos." 241)

De tal forma que aún persistiendo el sentido de transformación estas desigualdades son reforzadas a través de la actividad curricular y pedagógica que implica la evaluación y construcción de un plan de estudios.

Lo anterior fundamenta la línea teórica del área pero no - así su estructuración didáctica ya que si bien no se cae en la - "objetivitis" tradicional de la tecnología educativa no se plas-

240) BARRY FRANKLIN. *Historia curricular y control social*, p. 5.

241) *Idem*.

man elementos que reproduzcan la acción requerida, muy por el contrario, se manejan sólo contenidos temáticos sin clarificar técnicas o procedimientos que se requieren en esta propuesta curricular, enunciándose en forma muy breve y sin ninguna contextualización.

"A partir de este modelo básico centrado en los objetivos... se propone un modelo de organización dividido en columnas que contienen el siguiente encabezado:

Objetivo general de la unidad
 Objetivo particular
 Contenidos
 Actividades de los alumnos
 Técnicas
 Recursos
 Evaluación
 Bibliografía
 Tiempo
 Observaciones". 242)

Se hace hincapié que en ningún momento se apoya la estructura del programa a través de la tecnología educativa, sino que se cuestiona el hecho de que existiendo influencia de ésta, no se desarrollará como tal, motivo que refuerza el que no existiera una corriente teórica que apoyara la estructura del área y sólo se trabajara a nivel de influencias externas de acuerdo a un momento histórico, fundamentado en citas anteriores. A esta reflexión surge otro cuestionamiento que si bien se deberá tratar más ampliamente en los fundamentos metodológicos, es necesario no perderlo de vista en este análisis y es la situación que todo programa debe contemplar en forma explícita la instrumentación didáctica del mismo, permitiendo que "el aprendizaje sea un proceso dinámico y

242) ANGEL DIAZ BARRIGA. "Un enfoque metodológico para la elaboración de programas escolares" en *Perfiles Educativos*, p. 7.

no una repetición de actividades",²⁴³⁾ como el caso de las car--tas descriptivas de la tecnología educativa.

Con referencia a la línea teórica de los contenidos del --área, se observa una clara tendencia al enfoque biologicista pro--ducto de una tendencia desarrollista que guardaban y guardan los planes de estudio de la carrera de medicina y de las propias po--líticas de salud planificadas a nivel estatal, así como de una -situación de crisis económica y social del país que determinan -el carácter de los servicios de atención, desarrollando e imple--mentando niveles de atención de acuerdo al acceso a los servi---cios, determinado por una sociedad de clases. En este sentido la estructuración teórica del área recibe influencia del carácter -positivista de la educación en general, de los requerimientos de atención del contexto social traducido en políticas de salud y -obteniendo como producto final una corriente epidemiológica que -trata de comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspec--tiva funcionalista teniendo como característica fundamental el -ser Biologicista y Ahistórica influencia que se observa claramen--te en la estructura de los programas, por lo tanto el modelo de la Historia Natural de las Enfermedades tiene sus bases en el

"modelo multicausal alternativo, que postula que se necesita de la influencia de muchos factores para que se presente la enfermedad, siendo éste, una vez sión ampliada del modelo unicausal, por lo que en -vez de buscar un agente, busca varios factores de -riesgo de carácter biológico físico o químico y se sigue enfocando hacia el fenómeno biológico indivi--dual." 244)

243) ANGEL DIAZ BARRIGA, *op. cit.*, p. 9.

244) CRISTINA LAURELL. "Medicina y capitalismo en México", en *Cuadernos Políti--cos* # 18, p. 81.

Esta tendencia implica varios problemas conceptuales en relación a la salud y a la enfermedad, dualidad que es producto de un mismo fenómeno pero que en sus bases de interpretación interfieren valores socialmente determinados por una ideología capitalista y que además se traduce al desarrollo de un conocimiento con un enfoque puramente curativo resaltando a la enfermedad a tal grado que aparece como un fenómeno aislado de la salud, como se observa en el desarrollo de los programas del área en el cual sólo se hace hincapié a la enfermedad

"La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo -- otra oculta, de carácter ideológico. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presuma enfermedad... Subyacente a esta definición, está la valoración de la capacidad productiva y competitiva del individuo; es decir, los valores propios de una sociedad que se basa en la explotación del trabajo y fomenta la competencia."²⁴⁵⁾

Por lo tanto y en base a la fundamentación anterior, las posibles investigaciones realizadas en esta área a manera de actividades de aprendizaje tienen un enfoque de corte empírico, situación que se analizará posteriormente, pero estos cuestionamientos serán la base del análisis. La propuesta por lo tanto girará en relación a analizar y reestructurar el área teniendo como base la corriente que explica al "proceso salud-enfermedad como un proceso social basado en el materialismo histórico."²⁴⁶⁾

245) *Idem.*

246) CRISTINA LAURELL. "La salud Enfermedad como proceso social", en: *Cuadernos Políticos*, # 10.

2.3 IMPLICACIONES METODOLÓGICAS Y TEÓRICAS

Teniendo como base epistemológica que el área de la Historia Natural de las Enfermedades, en sus contenidos mantiene una estructura del conocimiento tradicional mecanicista en lo que el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, no interactúan concatenándose ambos, sino que el segundo actúa sobre el primero sin que éste obtenga ningún nivel de análisis,²⁴⁷⁾ manejando la producción del conocimiento a través del sentido común o percepciones a priori, por lo que el conocimiento queda a un nivel sen social. Situación que guarda una estrecha relación con la ideología dominante.

"Toda una concepción de la producción de conocimientos y de sus formas específicas e institucionalizadas de apropiación se han filtrado a nivel ideológico en las distintas áreas y niveles de la educación, impregnando un tipo de discurso pedagógico, una forma de entender el aprendizaje y los mecanismos que lo configuran". 248)

Esto nos conduce a cuestionar sobre las dimensiones que se establecen en las formas de enseñar y aprender los contenidos del área, así como las implicaciones que subyacen a ésta. Al respecto, la descripción del área no proporciona elementos de su metodología, ni la forma de abordarla, por lo tanto no existe una conceptualización que defina su línea de interpretación y de interac ción, sin embargo las implicaciones epistemológicas que se contem

247) Cfr... Unidad temática I. "El proceso cognoscitivo, las perspectivas de su análisis" en *Introducción a la epistemología*, Ana Ma. Rivadeo. (compilado ra).

248) Esther Carolina Pérez. *Problema general de la didáctica*, p. 8.

plan en el área, orientan el enfoque metodológico de ésta, la -- cual está basada en las concepciones tradicionales del aprendizaje que insisten en la aprehensión de la realidad, la cual está -- ahí, inmutable y estática y el acercamiento espera hacerla suya a través de una captación sensorial. 249)

"Es claro que la relación cognoscitiva y por tanto el aprendizaje es visto como un proceso individual -un - sujeto que se relaciona con el objeto de conocimiento; en consecuencia también los instrumentos de conocimiento se diseñan para ser utilizados por individuos." 250)

En este orden de ideas, se observa al final de cada programa del área un listado corto de técnicas de enseñanza, las cuales son las mismas para todos los programas que la conforman, de tal manera que se pensaría que no se seleccionaron con base a un contenido, sin embargo, se racionaliza la idea de que a pesar de las implicaciones epistemológicas y teóricas que se contemplan en los programas del área, existe la posibilidad de transformación en la instrumentación didáctica que se haga de los mismos, ya que si -- bien se maneja dentro de las técnicas, las prácticas en laboratorio y en instituciones hospitalarias, ésta es la vía por donde -- se pueda establecer una metodología con una connotación más amplia y más comprometida, pero es muy importante y necesario establecer teóricamente y explícitamente la diferenciación entre método y -- técnica en la planeación que se lleva a cabo, para ir en contra -- de la Sociología empirista y funcionalista que nos marca el contenido. Así mismo es necesario que lo anterior queda establecido -

249) *Cfr.* Unidad Temática II, *op. cit.*

250) ESTHER CAROLINA PEREZ, *op. cit.*, 9.

explícitamente en el área.

"La nueva Sociología defiende el carácter históricamente determinado de la teoría social debido a ese carácter histórico y temporal, cada teoría debe generar una metodología adecuada para conseguir su objetivo y hacer uso de las técnicas más conducentes". 251)

En este sentido la metodología implicaría establecer el modo de vinculación docente alumno y su relación pedagógica con la conceptualización de aprendizaje que se pretenda así como las de terminantes del marco institucional

2.4 VINCULACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA

El cuestionamiento anterior marca los ejes de análisis en el establecimiento de la vinculación teoría-práctica, ya que necesariamente para efecto de este trabajo se debe partir de las im plicaciones metodológicas, por lo tanto un aspecto implica el --- otro y el uno es consecuencia del otro. Proceso en el cual la ac ción del docente está encaminado a la producción del aprendizaje en los alumnos.

Primeramente se cuestiona el hecho de que el área pretende establecer la vinculación teoría práctica sólo a través del guión de prácticas el cual se encuentra como anexo al final de cada pro grama especificando los siguientes aspectos:

- total de horas de práctica y su distribución por los servicios asegurados.
- repetición en la atención al paciente enfermo de acuerdo al aparato o sistema, como en el programa

251) ANTONIO ALONSO. *Metodología*, p. 17.
El subrayado es mío.- Cuando se emplea la palabra metodología tiene raíces ideológicas.

teórico afirmando lo siguiente:

Las horas se distribuyen siguiendo el orden del con-
tenido programático para establecer la vinculación
teórico-práctico que permita el logro de los objeti-
vos especificados." 252)

Por lo que se puede observar en este nivel descriptivo, la escasa información que proporciona este guión de prácticas contemplado en el desarrollo programático del área, además por la connotación que implica la palabra guión existe nuevamente la in-
fluencia de la tecnología educativa bajo una óptica positivista en la cual se delinearán esquemas rígidos de acción como una "receta de cocina".

"El método no es una receta de cocina para repetir - lo que otros han dicho o elaborado, sino el cambio - para desarrollar una de las metas esenciales del ser humano: su temporalidad, es decir, su capacidad de - trascender el presente para realizar históricamente su futuro." 253)

Por lo que se debe discernir sobre la postura teórica que im-
plica esta relación teórica-práctica con base a una discusión e - interacción del grupo que instrumenta didácticamente el programa vía una visión totalizadora de la conceptualización de Praxis y - de la reflexión de la acción del docente encaminada a la producción del aprendizaje que incida en el alumno en la comprensión - y transformación de los procesos sociales.

"La reflexión y la acción del profesor constituyen los polos de un mismo proceso; ambos hacen posible el análisis de las situaciones docentes y de las contradicciones que se dió en ellas, así como la síntesis - teórica pertinentes." 254)

252) ENEO, UNAM, *op. cit.*, p. 251.

253) TEODILO GUZMAN. Ponencia: "El curriculum escondido y los metodos educativos universitarios.", p. 3.

254) ESTHER CAROLINA PEREZ, *op. cit.*, p. 11.

Por tal motivo, la práctica docente influye en forma determinante en la comprensión de las causas sociales de la enfermedad y por ende tendrá el compromiso de plantear alternativas que enmarquen las nuevas corrientes que se inspiran en los hechos populares a manera de experiencias de aprendizaje en el alumno, destacadas en la instrumentación didáctica planeada por el docente.

"No obstante las evidencias que muestran las limitaciones de la concepción biologicista de la enfermedad y de la práctica que sustenta, es innegable que ha sido capaz de impulsar la generación del conocimiento durante una etapa larga. Es así como la corriente que sostiene que la enfermedad puede ser analizada como un proceso social está en la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad en la práctica." 255)

Lo anterior refuerza el hecho de la importancia de proporcionar en el alumno experiencias de aprendizaje estimulando el conocimiento a través de contenidos teóricos y metodológicos que le permitan efectuar un pensamiento crítico con respecto a las relaciones existentes entre el individuo y la sociedad por lo tanto, entre la enfermedad y sus causas sociales.

Por otro lado, el enfoque implícito de esta guía de práctica, está centrado en hospitales, contradiciendo el enfoque explícito del plan de estudios, el cual propone que la comunidad será el eje de las actividades, reforzando la enseñanza de la Enfermería a un nivel curativo. Sin embargo, por requerimientos administrativos de acreditación para las materias teórico-prácticas, se normatiza el haber cumplido con la práctica para acreditar la teoría, estableciendo que:

255) CRISTINA LAURELL, *op. cit.*, p. 8.

"El parámetro cumplió - no cumplió implica los requisitos institucionales que condicionan el derecho de los alumnos a ser evaluados." 256)

Criterio que se estableció a partir del análisis de los parámetros de Evaluación de la práctica clínica en septiembre de 1983 por profesores enfermeros y culminó en diciembre de 1984 asesorado por el Depto. de Pedagogía de la ENEO UNAM.

En estos trabajos se presenta la problemática en torno a la evaluación de las prácticas clínicas, lo cual es un primer acercamiento, a la reconstrucción de una metodología en el cual el alumno interactúe con su objeto de estudio.

Sin embargo, la escasa difusión de los mismos y algunas críticas que surgieron a su alrededor impidieron que se continuara el trabajo y no se tomara como referencia para planeaciones posteriores. En este sentido, se puede observar programas de prácticas clínicas tanto para el área clínica como para la comunidad de acuerdo a las áreas que comprende el plan de estudios, cabe mencionar que para las dos primeras patologías existen programas de prácticas clínicas y programas para ser desarrollados en instituciones de salud en el primer nivel, situación que no sucede en las siguientes patologías.

Ante esta perspectiva se propone la búsqueda de espacios en dichos programas para instrumentar las actividades y experiencias de aprendizaje que abra la cobertura de análisis de los estudiantes de Enfermería.

256) LAURA MORAN, et. al. *Problemática actual en torno a la evaluación de las prácticas clínicas*, p. 1.

3. VINCULACION DEL AREA CON EL CONTEXTO SOCIAL Y DE SALUD EN MEXICO

Dentro de la estructuración del plan de estudio, se observa una gran e importante tendencia de centrar el objetivo de la carrera de Enfermería en el área III "Historia Natural de las Enfermedades" la cual, como ya se mencionó antes, abarca 3 semestres, que corresponden al 50% de la carrera básica y explícitamente lo manifiesta en el esquema del enfoque

"El enfoque del plan de estudios se fundamenta en el proceso salud-enfermedad, en el cual la comunidad es el eje de las actividades." 257)

sin embargo en la descripción de las áreas y síntesis de cada una de las materias, el área no contempla la conceptualización del proceso salud-enfermedad, ni las implicaciones de éste, así mismo no describe la participación de la Enfermería en el trabajo comunitario²⁵⁸⁾ y se aboca al tratamiento y cuidados de Enfermería, en los diferentes padecimientos sin que éste se aborde como un hecho social.

"La Enfermedad y la Muerte más frecuentes y la fisonomía distinta, revela diferencias biológicas entre las clases, que son comprensibles solamente como manifestaciones biológicas de lo social hecho que obliga a apartarnos de una concepción de lo biológico como natural y ahistórico para abordarlo como social e histórico." 259)

257) ENED UNAM, *op. cit.*, p. 23.

258) *Vid.*, Plan de Estudios, p. 34.

259) CRISTINA LAURELL, *et. al.* "El desgaste obrero en México". *Proceso de Producción y Salud.*

En este sentido el área muestra un desplazamiento total con la realidad de México y no aborda a la enfermedad como un hecho social, y se apoya en elementos de la teoría multicausal retomando los factores de riesgo ambientales y demográficos²⁶⁰⁾ sin que ésto conduzca a un análisis contextualizado de la situación social y de salud en México, por lo que:

"La artificiosa maniobra de naturalización o ecologización de la enfermedad, actúa como base teórica para plantear, desde el punto de vista epidemiológico, que las leyes que lo rigen y las acciones que se hacen - necesarias, son de tipo fundamentalmente ecológico y biológico desplazando la consideración de los fundamentos económicos y sociales." 261)

De esta manera el hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de las excretas (basuras; red de alcantarillado; defecación al aire libre) así como la contaminación biológica de los alimentos y del agua, son los factores de riesgo que se emplean en el discurso oficial al hablar de la Historia Natural de la Enfermedad, como constantes ambientales y factores biológicos y naturales de riesgo que predisponen a la Enfermedad.

"Así en lugar de interpretar los procesos sociales, entre ellos la salud-enfermedad como expresiones de ciertos modos de producción de las clases sociales en que éstos dividen a la sociedad, y en lugar de explicar las razones por las que cada clase social está expuesta a diferentes riesgos de enfermar y posibilidades de mantener la salud, se halla un sistema ecológico equilibrado, en el que el equilibrio - pasa a ser sinónimo de normalidad o eufuncionamiento (salud), en cambio, todo lo que rompe el equilibrio

260) Demograffa. Estudio de las poblaciones.

261) JAIME BRULH, *op. cit.*, p. 29.

es considerado como patogénico o anormal (Enfermedad)". 262)

De aquí que el área no especifique su relación social con el contexto de salud del país y sólo trate de socializar el enfoque biológico de sus contenidos, ya que si bien, parte del hecho de presentar primeramente las enfermedades con mayor incidencia en nuestro país, este indicador no fundamenta el planteamiento eje del problema y los factores de riesgo son presentados como "factores estáticos y aislados sin una explicación que tome en cuenta su movimiento y unidad." 263)

En base a lo anterior, es de llamar la atención que en cualquier esquema del desarrollo del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad 264) se presenta la desnutrición como un factor de riesgo, más no como un problema social y económico producto de una sociedad de clases, y en las actividades para atender el problema sólo se queda a nivel de orientación a la población sobre nutrientes adecuados para lo cual algunas instituciones de salud proporcionan a bajo costo la Soya y fomentan su uso, racionalizando aún más la miseria de la población. De esta manera los padecimientos contenidos en el área:

"Se presentan como un fenómeno del cual no se puede responsabilizar a nadie; ni la individuo enfermo; ni a determinadas condiciones socioeconómicas. Está por encima del bien y del mal y simplemente es algo que pertenece a la naturaleza, lo único que le queda

262) *Ibidem.*, p. 29.

263) *Ibidem.*, p. 30.

264) *Viz.*, Esquema de Leovell y Clarck.

al hombre es vencer las adversidades biológicas." 265)

Por lo tanto el alumno establece escasas o nulas alternativas en la atención de las causas sociales de la enfermedad, formando sus propios esquemas ideologizados del desarrollo desigual y subordinado del panorama de la salud y la enfermedad del país.

Así mismo, los problemas de salud en la formación social - mexicana se caracterizan por su pertenencia de clase de tal forma que los problemas que afectan a una clase social serán diferentes de otro y el proletariado del campo, tendrá un perfil patológico diferente del proletariado de la ciudad, elementos que no se explicitan en los contenidos del área, de tal manera que el estudiante obtiene un marco referencial para actuar única y exclusivamente ante las enfermedades de la ciudad con los recursos que ésta le da, sin establecer una diferenciación basada en las relaciones sociales de producción, siendo importante que:

"Para demostrar el carácter social de la Enfermedad, también es necesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la Enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la Sociedad. Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial - que cada uno de los grupos tenga en la producción y - en su relación con el resto de los grupos sociales." (266)

265) CRISTINA LAURELL. "Medicina y Capitalismo en México", *op. cit.*, p. 81.

266) CRISTINA LAURELL. *La salud enfermedad como proceso social*, p. 14.

Aspectos que salen del contexto del desarrollo del área, - por que es imprescindible que la estructura didáctica de la misma se apoye en los cuestionamientos antes mencionados proponiendo alternativas que propicien en el futuro profesionista espacios de análisis vía la transformación de las características es táticas, de subdesarrollo, de subordinación de la propia profesión, lo cual conduzca a una actitud mas comprometida y cientifi ca-social con la situación económico-social del país.

CONCLUSIONES

La profesión de Enfermería como elemento integrador de los recursos para la atención a la salud, cumple un rol social indispensable en el devenir de las sociedades, así mismo, como parte del desarrollo de las profesiones en nuestro país, tiene tendencias históricas y de implicaciones sociopolíticas que desempeñan un papel activo en el Estado, en este sentido, los planes de estudio tienen una gran significación en el proyecto social de las profesiones y específicamente, en la profesión de Enfermería, -- tal aseveración hace reflexiones sobre la influencia del contexto social mexicano en los planes de estudio, así como en su práctica social, así tenemos que dentro de las características más sobresalientes de la profesión de Enfermería es que se centra en la concepción capitalista de salud y de enfermedad, la cual parte del pensamiento médico clásico que se nutre de una serie de descubrimientos científicos e innovaciones técnicas, estimulado y orientado por una ideología particular que exalta las ciencias naturales y el individualismo y por ende, la atención a la enfermedad en un sentido biologicista y meramente curativo, situación que favorece y consolida al capitalismo mexicano ya que este enfoque ha resaltado la enfermedad a tal grado que aparece como un fenómeno aislado de la salud y establece que la relación entre ambos tiene una dimensión biológica, pero no establece que al -- mismo tiempo tiene otra oculta de carácter ideológica; subyacente a esta definición, está la valoración de la capacidad produc-

tiva y competitiva del individuo, es decir, los valores propios - de una sociedad que se basa en la explotación del trabajo, en la que la característica esencial del proceso de producción capitalista equivale a descubrir las formas concretas en el que el capital consigue extraer y maximizar la plusvalía. En este sentido, la profesión de Enfermería retoma esta contextualización a través de sus planes de estudio, los cuales están inmersos en patrones - institucionales y administrativos; ésto es, las escuelas existen a través de sus relaciones con otras instituciones que están combinadas de tal manera que generan desigualdad en las estructuras de poder y de acceso a los recursos y estas desigualdades están - siendo reforzadas a través de la actividad curricular, pedagógica y evaluativa, por lo que la escuela de Enfermería no escapa a esta situación y así tenemos que si el sistema de atención a la salud ha jugado un papel decisivo en la consolidación capitalista, atendiendo a la fuerza de trabajo que proporcione mayor plusproducto al capitalista, es decir, atiende a grupos que se caractericen por su importancia económica y política; el curriculum de Enfermería contendrá estas características a través de los intereses sociales e ideológicos que guían la selección y organización de - los contenidos.

Sin embargo, a partir de las contradicciones que se generan en el seno mismo de la propia educación y en las formas en que -- las escuelas son usadas con propósitos hegemónicos, surgen espacios de análisis, ya que existe una estrecha relación entre las - escuelas y su entorno social, por lo que el curriculum de Enfermería lleva implícito las inferencias que se tienen sobre el contex

to social y de salud del país, así como la génesis conceptual de la profesión y la proyección social de ésta con el contexto.

Los señalamientos del contexto social y de salud el país, denotan una clara división de clase en la que la enfermedad y la muerte más frecuente revelan diferencias biológicas entre las -- clases sociales, las cuales son comprensibles solamente como manifestaciones biológicas de lo social, hecho que obliga a apartarse de una concepción de lo biológico como natural y ahistórico para abordarla como social e histórico, mostrando como la higtoricidad del proceso salud-enfermedad se revelan en los cambios que se dan a través ~~del~~ tiempo en el perfil patológico o características de una enfermedad en cuanto al tipo y frecuencia de afegtación a determinado grupo. El carácter social se verifica en la comparación de los perfiles patológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción; y en el hecho de que las diferentes cla--ses sociales de una sociedad se enferman y se mueren de modo distinto, como sucede en la situación mexicana. Esta transformación en el pensamiento, abre el camino a un conocimiento distinto que consolida el curriculum de Enfermería hacia alternativas de com--promiso social y orientación consciente de sus acciones.

Por otro lado, la racionalización del conocimiento sobre la forma de consolidar al capitalismo, también se observa a través - de la proyección social y el enfoque del plan de estudios, así te nemos que a partir de las políticas de salud, se establecen las - necesidades que se retoman para la estructuración del plan de estudios de Enfermería, observándose una tendencia central del conocimiento hacia la atención hospitalaria y biologicista implementa

dos por los contenidos enmarcados en modelos tradicionales, como el caso de la propuesta de Leavell y Clarck que denotan un claro ocultamiento del sentido social de la enfermedad, para abocarse a la búsqueda unicausal ó multicausal del agente o microorganismo agresor que ocasiona el padecimiento, parcializando el conocimiento dialéctico del proceso salud-enfermedad y por lo tanto -- efectuando una comprensión superficial de los principales problemas de salud que aquejan al país, por lo tanto la formación que -- desde sus inicios se le ha dado a la Enfermería ha estado dirigida hacia la atención individualizada y biologicista del padeci--- miento sin proporcionarle los elementos necesarios para que descubra el significado social de su profesión, y el hecho de ser una carrera casi exclusiva de mujeres favorece su manipulación en función de intereses ajenos a ésta y la explotación que se hace de -- sus propios valores como mujer y como profesionista impiden o retardan la formación de su conciencia social.

Así mismo es importante hacer notar que la profesión de Enfermería surgió por la necesidad que tenía el médico de contar con personal que ejecutará las actividades manuales en la atención al paciente, las cuales le retardaban su trabajo y que le impedían -- continuar en su desarrollo intelectual, por lo tanto, requería de un auxiliar con determinadas características que aún en la actualidad se siguen preservando e impiden la consolidación del grupo de Enfermería como un gremio político y de lucha.

También esto se ha visto favorecido en gran parte por las -- salidas estratégicas de los planteamientos de los planes de estudio de Enfermería, los cuales enmarcan una clara división de cla-

ses, desde el momento que proponen varios niveles, como es el caso que al término del primer año de la carrera, el alumno de Enfermería está capacitado a ejercer como auxiliar de Enfermería; al término de la carrera básica de 3 años y 6 meses de servicio social, como enfermera general nivel técnico y si cuenta con bachillerato, 4 años de la carrera con 6 meses de Servicio Social, como Licenciada en Enfermería, éste último planeado más que como espacio para la profesionalización de Enfermería, como requisito administrativo-universitario, aunado a estos planteamientos, se favorece la especialización en las diversas áreas de acuerdo a las especialidades médicas, lo cual refuerza la subordinación a la profesión médica por un lado y por otro parcializa nuevamente el conocimiento y consolida las políticas Estatales, ya que se descuida en gran parte, las medidas preventivas de atención hacia la comunidad y se va reforzando la alta especialidad, dejando desprotegida a una gran población que no tiene acceso a esta tecnología por carecer de recursos económicos y formar parte de desempleados o subempleados no conformando un grupo fuerte que apoye la producción del país, no siendo el caso de los grupos de trabajadores sindicalizados o los grupos capitalistas que poseen los medios de producción.

En este orden de ideas, los planes de estudio se abocan a preparar a los profesionistas de Enfermería para que se ubiquen dentro de su mercado de trabajo, en centros hospitalarios pertenecientes a los llamados de Seguridad Social y de alta especialidad, los cuales a su vez acentúan la división de clase dentro del grupo de Enfermería, efectuando niveles jerárquicos de "poder" y de -

"status", haciendo declarativo los diferentes niveles, como son: Jefe de Enfermeras; Supervisoras; Jefe de Servicio; Enfermeras - Especialistas; Enfermeras Generales y Auxiliares de Enfermería, situación que si bien es necesaria, también favorece la dispersión de intereses comunes como grupo.

En este sentido la conformación curricular de la carrera de Enfermería tiene implicaciones determinadas por una totalidad social y por una práctica de salud dominante implementada a través de mecanismos estatales que buscan la hegemonía y la legitimación del aparato político, así mismo, a esta conformación subyacen propuestas pedagógicas que determinan en gran medida las finalidades; los contenidos y la forma de estructuración de los mismos, por lo que el plan de estudios de la escuela de Enfermería de la UNAM, tiene una estructura organizativa que condicionan las decisiones que se toman para su diseño, siendo éste el modelo de organización por áreas del conocimiento, el cual en su enfoque explícito pretende enfatizar situaciones problemas en base a la selectividad de la información. Sin embargo, en el desarrollo de sus contenidos, no se enfatizan situaciones problemas, ni las alternativas para la selectividad de la información. Sólo se agrupan en cada área diversas materias de acuerdo a un tema general, sin que se seleccione el eje de la organización de los contenidos, así mismo, en ninguna parte se señala lo que se entiende por área, ni el objetivo de la misma, infiriendo que el término se aplica a las especialidades médicas clásicas y a la clasificación tradicional de ciencia, por lo que se considera que existe una atomización del

conocimiento, por la fragmentación de los contenidos y la escasa relación de horizontalidad y verticalidad de los mismos. En este sentido, la selección de los contenidos al no vincularse como -- área en su conjunto con las cuatro áreas que integran el plan de estudios, pierde su significación social y su incorporación a los esquemas cognoscitivos del alumno resulta mas esquemática que ana lítica quedando a un nivel memorístico y poco aplicable.

Tomando en cuenta que la teoría del aprendizaje, afirma que la organización cognoscitiva es la característica fundamental de todo aprendizaje intelectual, por lo que la selección y organización del aprendizaje debe ayudar a inducir a la formación cons-- ciente de ideas generales y sus relaciones. Se observa en el -- plan de estudios que al no establecer un problema eje sobre el - cual se pretende vincular la selectividad y complejidad de los - contenidos se refuerza al aislamiento del trabajo escolar con res pecto a una situación social más amplia, por lo que se evitan las contradicciones que se deben de dar en el desarrollo de los mis-- mos por el hecho de fragmentar el conocimiento con la realidad, - traduciéndolos en disciplinas tajantemente separadas, por lo que la realidad exterior pierde importancia para el alumno favoreciendo una concepción subjetivista del conocimiento.

Se puede observar en la descripción y ubicación de las áreas así como en sus contenidos programáticos, que existe disociación entre el propósito del plan con la organización curricular de és-- te, en el sentido de considerar a la comunidad como campo de ac-- ción del estudiante y son pocas las materias que apoyan la prácti ca en ésta. Por otro lado, el objetivo del plan de estudios pre-

tende utilizar el método científico como eje central de toda la enseñanza, sin embargo sólo existe una materia que lleva este -- nombre y ya no es abordada en semestres posteriores, ni como con-- tenido, ni como metodología, a pesar de que la organización cu-- rricular por áreas lleva implícito el concepto de ciencia e inter disciplinaridad.

Retomando el enfoque del plan de estudios de Enfermería, es te se fundamenta en el proceso salud-enfermedad, sin embargo en -- ningún programa a excepción de Introducción a Salud Pública, se -- aborda su contenido a través del modelo de la "Historia Natural -- de las Enfermedades", el cual describe el proceso desde un punto de vista biologicista, ahistórico y en forma individualizada, sin un análisis social del padecimiento, por lo que el estudiante no se ubica en la interpretación de los problemas de salud y la en-- fermedad como respuestas que se dan como partes dinámicas de una determinada conformación social, así mismo, el área III Historia Natural de las Enfermedades que abarca el 50% del total del plan de estudios de la carrera básica y es la base teórica tanto del -- nivel técnico como del nivel de licenciatura, también tiene sus -- fundamentos en el modelo de Leovell y Clarck, dividiendo la enfer-- medad en dos periodos: el prepatogénico y el patogénico, parcia-- lizando el conocimiento y centrando la atención en el microorga-- nismo causal, despersonificando al hombre de su contexto social y económico ya que importa más la evolución biológica de la enferme-- dad que las implicaciones que se circunscriben a ésta.

Por otro lado, los objetivos terminales de la carrera de En fermería, no se sustentan sobre ejes de análisis que permitan al

estudiante conocer sobre diferentes líneas de interpretación y - con referencia a sus planteamientos didácticos, se observa ten-- dencias a retomar elementos teóricos de la tecnología educativa ya que los objetivos se presentan como enunciados con nociones - taxonómicas conductuales, usando verbos como: conocerá; planeará; participará; pero sin que se defina el número de presiones so-- bre la ejecución de la conducta como la técnica lo exige, por lo tanto no se basan en su totalidad en esta teoría y no existen -- aportaciones teóricas que la ubiquen en otra corriente de pensa-- miento más analítica, ésto da como resultado, que al no teorizar sobre una organización curricular con base a una teoría del apren-- dizaje, no se conduce al alumno a interactuar como integrante del proceso dialéctico del mismo, por ende su participación será míni ma y de escasa significación.

En relación al trabajo interdisciplinario y de la aplicación de la ciencia a los contenidos curriculares, bases de la organiza-- ción por áreas, no son aplicados, por no existir una claridad con ceptual de éstos, detallándose exclusivamente enunciados temáticos sin significaciones sociales e históricas, así tenemos que existe una clara tendencia de estructurar los contenidos sin que verdade-- ramente exista en un plano conceptual, un análisis formal sobre un diagnóstico de necesidades, retomando a éste como una forma de fun cionalizar la educación a los requisitos formales del aparato pro-- ductivo, por otro lado se observa que prevalece un claro predomi-- nio de estudiar las patologías sin una secuenciación y continuidad tomando en cuenta que la secuencia de las ideas, han de ser trata-- das en el orden de su complejidad y abstracción, y la continuidad

de los procesos cognoscitivos en el orden del rigor intelectual - en creciente exigencia, esto es, no se debe mantener sólo una relación administrativa en la elaboración e implementación de los programas, sino que debe prevalecer el trabajo académico vía la integración del conocimiento, por otro lado no se planifican los programas conforme a una estructuración didáctica, por lo tanto no se clarifican las relaciones de horizontalidad y verticalidad en tanto que éstas serán las manifestaciones didácticas de todo plan de estudios y por lo tanto de la ubicación contextualizada de las áreas que lo conforman.

Los presupuestos epistemológicos en los que se fundamentan los programas del plan de estudios y específicamente del área, - tienen sus bases en el empirismo positivista fundamentado en el paradigma científico natural mecanicista, en su expresión ideológica el cual es el positivismo y como representante a Mario Burge ya que esta bibliografía es la panacea para el desarrollo del programa del método científico, por lo que a través de la enseñanza de Enfermería predominan estas tendencias repercutiendo en la ideología de la enfermera y en su práctica social.

Con referencia a la línea teórica de los contenidos del -- área y del plan en general, se observa una clara tendencia al enfoque biologicista producto de una tendencia funcionalista y desarrollista que guardan los planes de estudio de medicina y enfermería como resultado de las propias políticas de salud, así como de la situación de crisis económica y social del país que determinan el carácter de los servicios de atención desarrollando niveles de acuerdo al acceso a los servicios.

La descripción del área no proporciona elementos de su metodología, ni la forma de abordarla por lo tanto no existe una conceptualización que defina su línea de interpretación y de interacción, ya que la metodología implica establecer el modo de vinculación docente-alumno y su relación pedagógica con la conceptualización de aprendizaje que se pretenda. Sin embargo, las implicaciones epistemológicas que se contemplan en el área orientan hacia un primer acercamiento metodológico, el cual está basado en las concepciones tradicionales del aprendizaje, que insisten en la aprehensión de la realidad, la cual está ahí, inmutable y estática y el acercamiento es para aprehenderla a través de una captación sensorial, por lo que se da un conocimiento subjetivo de la realidad.

BIBLIOGRAFIA

- ALATORRE WINTER, EDDA. *Antecedentes históricos de la Enseñanza de la Enfermería en la UNAM*. Material impreso. México 1979.
- ALONSO, ANTONIO. *Metodología*. México, Edical 1983, 143 p.p.
- ANUIES. "Alcances y limitaciones de la metodología para elaborar planes de estudio", trabajo publicado en *Revista ANUIES*. México 1981, 99 p.p.
- APOSTEL. et. al. *Interdisciplinaridad. Problemas de la Enseñanza y la investigación en las Universidades*, en: *Revista Perifélicas Educativas* # 11, México, CISE UNAM, 1980, 74 p.p.
- ARCHIVO GENERAL DE LA NACION. Sección Hospitales. Vol. 24, Fs. 320-325, exp. 12.
- BOURDIEU CHAMBOREDON PASERON. *El oficio de Sociólogo*. México, - Siglo XXI, 1983, 372 p.p.
- BREILH, J. GRANDA, E. *Investigación de la Salud en la sociedad. Un nuevo enfoque del método epidemiológico*. Bolivia, fundación Salud y Sociedad, 1985, 217 p.p.
- BREILH, JAIME. *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. -- Bolivia, fundación Salud y Sociedad, 1985, 320 p.p.
- CASTAÑEDA. HIERRO. TEZOQUIPA MC. DERMIT. *Enfermería cadena o camino*. México UNAM, 1986, 120 p.p.
- CELIS, HAVA. "La patología de la pobreza", en *Revista del Hospital General* # 33, México, S.S.A., 1970, 91 p.p.
- CARDENAS DE LA PEÑA, ENRIQUE. *Historia de la Medicina en la ciudad de México*, México, Metropolitana, 1976, 376 p.p.
- CALVO, ANDRES. *Los tres siglos de México en el régimen hospitalario para indios en Nueva España*. Biblioteca UNAM, 1910, 520 1083 I E O V. II.
- CORTES RAMIREZ. et. al. *Diagnostico Social de la profesión de Enfermería*. México, UAM Xochimilco, 1979, 57 p.p. (mimeo).

- CONAPO. *Censo poblacional*. México. 1980.
- DE ALBA, ALICIA. "Evaluación de planes de estudios", trabajo - presentado en *Encuentro sobre diseño curricular*. ENEP ARA--GON UNAM. 1982, 252 p.p.
- DIAZ BARRIGA, FRIDA. "Metodología de diseño curricular para la enseñanza superior"; en *Revista Perfiles Educativos* # 12, - CISE UNAM, 1981.
- DIAZ BARRIGA, ANGEL. *Propuesta metodológica para la elaboración de programas de estudio*. México, Colección problemas educativos, 1985, 306 p.p.
- _____ . *Ensayo sobre la problemática curricular*. México, -- Trillas 1984, 112 p.p.
- _____ . "Un enfoque metodológico para la elaboración de programas escolares" en *Revista Perfiles Educativos*. CISE UNAM # 10, 1980, 66 p.p.
- FREIRE, PAULO. *La educación como práctica de su libertad*. México, Siglo XXI, 1975, 225 p.p.
- FRANKLIN BARRY. "Historia curricular y control social" tomado - de APPLE M. *Ideología y curriculum*. Londres 1979, Traducción Verónica Edwards, 38 p.p.
- GAUDIANO, EDGAR. *Implicaciones institucionales de la génesis de los procesos de reestructuración curricular*. ENEP Zaragoza - UNAM, 1981 (Mimeografiado), 42 p.p.
- GIBSON, CHARLES. *Los aztecas bajo el dominio español*. México, - Siglo XXI, 1981, 350 p.p.
- GOMEZJARA, FRANCISCO. *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Mé- xico, Nueva Sociología, 1982, 682 p.p.
- GUARDIAN, ALICIA. *Modelos metodológicos de diseño curricular*.. - Universidad de Costa Rica. Material impreso. 91 p.p.
- GUZMAN, JOSE TEODULO. *El curriculum escondido y los métodos edu- cativos universitarios*. Ponencia presentada en el Simposium Internacional, Universidad de Nuevo León, 1978, 133 p.p.

- JAMIENSON. *et. al.*, revisión MAZA BRITO. *Historia de la Enfermería*. México, Interamericana, 1968, 439 p.p.
- IMSS. *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, -- 1986, 99 p.p.
- LATAPI, PABLO. *et. al.* *Sociología de una profesión. El caso de Enfermería*. México, Nuevo Mar, Centro de Estudios Educativos, 1985, 302 p.p.
- LEON, NICOLAS. *La obstetricia en México*. Biblioteca UNAM, 1910, 610 2097 IEO V. I.
- LAURELL, CRISTINA. "Medicina y capitalismo en México" en *Cuadernos Políticos* # 12, México, 1983, 81 p.p.
- LAURELL, CRISTINA. MARQUEZ, MARGARITA. *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*, México, colección Problemas de México, ERA, 1983, 118 p.p.
- LOPEZ ACURA, DANIEL. *La salud desigual en México*. México. Siglo XXI, 1980, 419 p.p.
- _____. "Crisis de la Medicina en México" en *Cuadernos Universitarios* # 11, Facultad de Medicina, UNAM, 1980, 110 p.p.
- MARIN-GALAN, GIRAL. "Evaluación curricular. Una propuesta de -- trabajo para el estudio de rendimiento escolar" en *Revista - Perfiles Educativos* # 4, Nueva Epoca, CISE UNAM, 1984, 64 p.p.
- MORAN OVIEDO, PORFIRIO. "Reflexiones en torno a la instrumentación didáctica" en *Revista Perfiles Educativos* # 26, CISE -- UNAM, 1984, 114 pp.
- MORALES, MIRALDEYL. *Proyección Social de la Enfermería*. Ponencia presentada en la II Jornada de Enfermería Militar. Guadajajara, Jalisco, 1986, 241 p.p.
- NAJERA, ROSA MARIA. *Cuándo y por qué surgen los programas de Enfermería a nivel licenciatura*. Universidad de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Material impreso, 1978, 21 p.p.
- PANZSA, MARGARITA. "Enseñanza modular" en *Revista Perfiles Educativos* # 12, México, CISE UNAM, 1980, 74 p.p.

- PAULANTZAS, NICOS. *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. México, Ediciones de Cultura Popular, 1986, 246 p.p.
- PONCE, BLANCA. QUESADA, CATALINA. *Proceso de conformación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM*. ENEO UNAM. 1985, Material impreso, 87 p.p.
- QUESADA, CATALINA. *Propuesta de plan de estudios del curso pos-técnico de Enfermería Cardiológica de la ENEO UNAM*. Tesina. Colegio de Pedagogía, Facultad de Filosofía, 1985, 99 p.p.
- RIVADEO, ANA MARIA (compilador). *Introducción a la epistemología*. ENEP Acatlán, UNAM. 1981, 333 p.p.
- RODRIGUEZ, CARLOS. *et. al.* "Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgos eléctricos" en *Cuadernos políticos* # 15. México 1984, 67 p.p.
- SOLIS, LEOPOLDO. *La realidad económica mexicana: retrospectiva y perspectivas*. México, Siglo XXI, 1984, 319 pp.
- S.S.A. *Inventario y evaluación de las Escuelas de Enfermería*. - Subsecretaría de Planeación, S.S.A., 1978, 94 p.p.
- S.P.P. Dirección General de Bioestadística. *Secretaría de Programación y Presupuesto*, 1980.
- SALDIVAR, AMERICO. *Ideología y política del Estado Mexicano*. México Siglo XXI, 1981, 201 p.p.
- S.S.A., *Plan Nacional de Salud*. México, Vol. III de 1977-1983, - 529 p.p.
- TABA, HILDA. *Elaboración del curriculum*, Argentina, Troquel, -- 1974, 637 p.p.
- TERRIS, H. "Los tres sistemas mundiales de atención médica. Tendencias y perspectivas", en *Revista epidemiología y medicina social*. Bolivia, fundación Salud y Sociedad, 1984, 120 p.p.
- TYLER, RALPH. *Principios básicos del curriculum*. Buenos Aires, - Troquel 1973, 623 p.p.

- UNAM. *Plan de estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura en enfermería y obstetricia*. ENEO. UNAM. 1987, 377 p.p.
- VENEGAS, CARMEN. *Régimen hospitalario para indios en la Nueva - España*. México, Ediciones SEEP. INAH. 1973, 236 p.p.
- VERDERESE, OLGA. "Análisis de la Enfermería en América Latina" en *Revista de Educación Médica y de Salud*. Facultad de Medicina. UNAM. VOL. 13 1980, 331 p.p.