



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
MAESTRÍA EN PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN.

EL DESARROLLO EDUCATIVO DE LA ENFERMERÍA EN EL IMSS.

QUE PRESENTA:

MARÍA DE LOS ÁNGELES
TORRES RAMÍREZ

A:

DR. ANTONIO PAOLI
BOLIO.

ENERO DEL 2013.

ÍNDICE

Introducción.....	3
1.-Referentes teóricos.....	10
1.1.-La desigualdad de la enfermería.....	10
1.2.-La disolución de la desigualdad en enfermería.....	12
1.3.-El universo simbólico de la enfermería.....	13
1.4.-Antecedentes históricos de la enfermería actual.....	17
1.5.-Legitimación de la desigualdad enfermera.....	20
1.6.-La enfermería como realidad subjetiva.....	21
2.-El desarrollo histórico de la práctica de enfermería.....	26
2.1.-Diferencias educativas de la enfermería.	28
2.2.-Diferencias educativas de la enfermería en la actualidad.....	32
2.3.-Política educativa del siglo XX y su influencia en el desarrollo de la enfermería.....	38
3.-La desigualdad curricular en la distribución social del conocimiento.....	41
3.1.- La asimetría de los contenidos académicos de enfermería.....	51
3.2.- El género y la investigación.....	60
2.3.- El espacio simbólico y la investigación en enfermería.....	64
4.- La profesionalización de enfermería en el IMSS.....	65
3.1.-Los trabajadores IMSS y la enfermería.....	71
3.2.-La enfermería en el IMSS.....	88
5.-Las enfermeras del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 “Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” Centro Medico Nacional “La Raza”.....	100
5.1.-Antecedentes del hospital de gineco-obstetricia No. 3.....	101
5.2.-La práctica laboral de las enfermeras.....	106

5.3.-El universo simbólico a través de los organigramas.....	113
5.4.-La modalidad educativa “años posteriores”	119
5.5.-Categoría laboral de las enfermeras IMSS.....	121
5.6- La profesionalización de las enfermeras por modalidad “años posteriores”.....	126
5.7.- La interacción de las mujeres con los hombres enfermeros.....	129
5.8.- “La escena”	135
6.- Conclusiones.....	137
7.-Bibliografía.....	148
8.-ANEXOS.....	151
8.1- Cuadro General con entrevistas.....	152
8.2.- Entrevistas de enfermeras	124
8.3.-Carta autorización del H.G.O. No.3.	123

INTRODUCCIÓN

La educación de las enfermeras ha sido constante a lo largo del siglo XX. Pero el análisis de la relación actual, entre el desarrollo de la educación de las profesionales y la situación laboral en el contexto del IMSS, permite aseverar que experimentan situaciones de asimetría entre la tradición humanitaria sobre la producción científica; entre los beneficios que obtiene la institución de salud, sobre los beneficios que a nivel local obtienen las enfermeras. Y entre la mayor posibilidad que tienen las mujeres enfermeras sobre los hombres enfermeros y profesionales de la medicina, de estudiar en una modalidad educativa abierta.

Si control, dependencia y desigualdad son tres formas de abordar el poder cuando se entiende como una relación asimétrica, se puede asumir que la enfermera se encuentra en una situación de dominación por el control de sus actividades mediante el desequilibrio curricular que, como se aborda en el capítulo dos, prioriza las actividades asistenciales en el caso de la UNAM con un 80% sobre el 20% dedicado en conjunto a las prácticas de investigación, gestión y administración; de dependencia con respecto a la medicina, porque ésta a diferencia de la enfermería se expande con su cuerpo teórico de conocimientos. Y desigualdad con respecto a otras profesiones históricamente constituidas por hombres o por los propios colegas enfermeros quienes, por lo menos en el grupo de profesionales estudiado, no eligieron estudiar por modalidad abierta o “años posteriores” a diferencia de las enfermeras que ante la alternancia de sus estudios con otras actividades laborales, como domésticas, ven en la modalidad abierta una posibilidad de incrementar su escolaridad.

Esta situación hipotética de dominación en que se encuentra la enfermera vinculado con el análisis histórico, abordado en el capítulo uno, mediante el que se detalla el proceso por el cuál, el requisito de contar con escolaridad primaria para estudiar enfermería a principios del siglo pasado, se transforma en la actualidad, por la demanda de la profesionalización con el nivel mínimo de licenciatura, permite dar cuenta de cómo paralelamente se asume su desarrollo y su obstrucción, porque la reproducción de la práctica aún a nivel licenciatura, genera pocas habilidades en las profesionales para incrementar su propio

cuerpo teórico de conocimientos que, entre otros, es necesario para que la enfermería asuma el control de su formación, se independice de otras profesiones y disminuya las desigualdades con respecto a los años de estudio que dedica a su formación profesional.

Partiendo de la contradicción que implica considerar desde la perspectiva histórica el avance de la profesión y desde el análisis de los contenidos curriculares desequilibrados de la UNAM un obstáculo para su desarrollo, se retoman los aportes teóricos de Anthony Giddens en “Las nuevas reglas del método sociológico” que permiten dilucidar que para el abordaje de problemas sociales es fundamental dar cuenta de las conexiones entre las perspectivas macro-sociales y las micro-sociales o entre cómo las prácticas de las enfermeras en interacción con otros profesionales o derechohabientes, producen y reproducen la estructura (o propiedades estructurales, recursos y reglas) que genera acción. Este abordaje teórico que plantea la posibilidad de la disolución de la reificación o la tendencia humana a considerar los hechos sociales como fenómenos de la naturaleza en los que no se puede influir, permite analizar cómo con los efectos de las prácticas cotidianas, lo deseado y lo no deseado, la enfermera produce y reproduce la estructura o cómo mediante su práctica incide en la generación de control, dependencia y desigualdad social, en la que hipotéticamente, se mantiene.

Estructura y acción son dos niveles de análisis que se presentan de forma parcialmente independiente. En el capítulo 3, se aborda una perspectiva global de las transformaciones de la institución de seguridad social (IMSS). Estas son efecto de la transición del Estado benefactor a otro con rasgos neoliberales en donde el principio solidario de otorgar un derecho constitucional como es la salud y la seguridad social se transforma en motivo de comercialización. La privatización no es global, porque privatizar los servicios de salud, como señala Cristina Laurell, implica separar lo rentable para el servicio privado y lo no rentable para el estado. En el caso del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3, unidad del IMSS elegida para situar el espacio en donde las enfermeras mediante su práctica objetivan su conocimiento, la transformación reciente que la convierte en una Unidad Medica de Alta Especialidad (UMAE), es asumida

como anticonstitucional porque genera cambios de gestión desconcentrada y la convierte en autónoma cuando se supone que el IMSS se erigió como tripartita o representada por los intereses de los trabajadores, patrón y estado. Asimismo, porque hipotéticamente transita hacia la privatización de la atención especializada, porque económicamente es más rentable. Estas transformaciones generan efectos en la cantidad del número de personal que integra a la institución de salud.

Al respecto se elabora un análisis estadístico básico a nivel global, del total de personal que integra al IMSS. Del periodo del 2000 al 2010 por ser el espacio que comprende entre el inicio de la “modalidad educativa” en dicha institución y el año en que surge el interés por abordarla como tema de estudio. En un primer momento se presentan datos que permiten explicar el aumento de mayor número de enfermeras por trabajadores de otras áreas, como es trabajo social. De igual forma se plantea cómo cada vez hay más enfermeras contratadas con nivel técnico que como especialistas. Si a esto se le agrega, por citar un ejemplo, que la razón estadística de enfermeras/asegurados de .59 pasa a .52 en el periodo en estudio, se asume que cada vez hay menos enfermeras por población derechohabiente, lo que implica una sobrecarga de trabajo para esta profesional.

En el capítulo 4, se da cuenta de las singularidades que a nivel micro- social se generan para que las enfermeras se interesen en profesionalizarse a pesar de los pocos incentivos generados a escala global (IMSS) para ellas. Factores como antigüedad, género, permanencia en un puesto de confianza, así como el interés por continuar aprendiendo fueron motivos por los que las enfermeras se interesan en seguir estudiando.

Se presenta un análisis que busca recuperar la experiencia cotidiana de las enfermeras. Aunque los datos obtenidos con las entrevistas semi-estructuradas que indagan sobre datos personales como número de hijos, estado civil, escolaridad así como de su experiencia educativa y profesional, se vinculan como material de análisis tanto en el marco teórico como en los cuatro capítulos que integran esta investigación. No obstante, aquí es donde se concentra el análisis de los efectos deseados y no deseados que alternativamente generan las prácticas de las profesionales.

Como por ejemplo, el hecho de que el trabajo de las enfermeras profesionales en interacción con las enfermeras técnicas incide para que éstas, dado el referente profesional, mejoren su hacer cotidiano. En lo que respecta a los efectos no deseados, ellas los producen cuando realizan prácticas más allá de lo estipulado en los profesiogramas, organigramas mediante los que se organizan las actividades en el nosocomio, pero sin demandar de su reconocimiento. Tal es el caso de una enfermera quirúrgica que ante la emergencia, “mete la mano” porque considera está capacitada para ello pero, cuándo se le cuestiona sobre demandar se reconozca su escolaridad, refiere dejárselo al tiempo, señalando que “ya le llegará.” Como si el reconocimiento de la licenciatura en el IMSS surgiera a modo de un hecho natural y no como producto de la demanda de estas profesionales u otros actores sociales con los que interaccionan en su diario acontecer. Como es el caso de los representantes del sindicato de trabajadores del Seguro Social(SNTSS), que siendo parte de sus funciones poco se han interesado en gestionar dicho reconocimiento contractual. Este hecho por el que la enfermera realiza acciones mas allá de lo estipulado sin la demanda porque se reconozca su labor, produce al sistema social en que la institución de salud, se beneficia de la educación de la enfermera sin mayor retribución salarial. Lo cual incide en la reproducción de la concepción del cuidado del enfermo como una actividad extensión de la labor domestica, que no requiere desarrollo intelectual.

Anthony Giddens deja claro la relevancia del análisis a nivel de la estructura y de la acción. Señala que la acción es generada en interacción, de manera que sus propiedades, las producciones de significado (intento comunicativo), las relaciones morales y de poder, se constituyen en elementos de análisis de cómo se genera ésta. Pero, como el autor en “las nuevas reglas del método sociológico” no plantea una manera para abordar esos elementos, se recurre a los aportes teóricos de Berguer y Luckmann en: “La construcción social de la realidad”, porque al considerar elementos objetivos y significados subjetivos como convergentes en la construcción de la cotidianidad, permitieron dar cuenta de como con los organigramas mediante los que se organizan las actividades de los diferentes profesionales que convergen en la institución. También de

elementos subjetivos en donde dicha organización se diluye por la capacidad que generan las enfermeras, en interacción con otros trabajadores, de realizar prácticas no estipuladas pero que no por ello dejan de ser actualizadas, expuestas y modificadas por ellas mismas. Asimismo, estos aportes permitieron dar cuenta de esas propiedades de interacción como las producciones de significado y de prácticas en donde se delega o ejerce el poder.

Elementos que recrean la cotidianidad de la enfermera en “la escena”, se presentan como una simulación pero que no por ello dejan construir esta realidad cotidiana en la que por ejemplo, se dirigen a la enfermera por su nombre pero en diminutivo y al médico mediante el apellido y con grado de doctor. Elementos objetivos y significados subjetivos, como lo estipulado en el contrato colectivo de trabajo, que determina no sólo los deberes de las enfermeras, sino también cómo deben de vestir y calzar, son algunos ejemplos que se retoman para dar cuenta de cómo mediante el lenguaje las relaciones de jerarquía y poder se reproducen a nivel de lo simbólico, tal es el caso hallado en el discurso cuando un médico señala a la enfermera que “es su brazo derecho”, negando con ello la capacidad de independencia reclamado por la profesional de la enfermería.

El contraste entre los dos organigramas de 1989 y el vigente en 2010, permite comparar que a pesar de la permanencia de connotaciones de subordinación de la enfermera con respecto a la medicina, el lugar de la enfermería pasó de estar en manos de la subdirección médica a contar con su propia dirección, aunque claro aún bajo la dependencia y jerarquía de la dirección del hospital la cual recae, sin variación alguna, en un varón de profesión médica.

No obstante, se reconoce que esta transformación por la que enfermería cambió de posición jerárquica en el organigrama, fue fruto del incremento de años de educación y de las oportunidades generadas, entre otras, por los acuerdos firmados entre representantes institucionales (IMSS-UNAM) para que la modalidad educativa “años posteriores” o de universidad abierta, permitiera a trabajadoras con formación técnica profesionalizarse paralelamente que ejercían su práctica laboral.

Paralelamente al proceso de investigación, los aportes de Giddens permitieron dar cuenta cómo un análisis que sólo aborda la especificidad de las prácticas presentes en el avance de la profesión sin considerar las propiedades estructurales, recursos o reglas ya pre existentes a las enfermeras y que influyen en la forma en cómo objetivizan sus saberes mediante la práctica, dejaba de lado lo fundamental del análisis macro-social o a nivel de la estructura, que si bien es abstracto, virtual, está fuera de tiempo y no existe más que como producción de sus parlantes, es producido y reproducido por la practica de las enfermeras.

Este método de trabajo, mediante el que se retoma la experiencia de las enfermeras como punto de partida para vincular con elementos teóricos que permiten complejizar el problema, perfiló el enfoque construccionista de esta investigación, porque el interés se centra en explicar cómo mediante la práctica cotidiana las enfermeras construyen la realidad social. Esta orientación, “considera al conocimiento como relativo al tiempo y lugar y nunca absoluto a través del tiempo y el espacio” (Patton 2002, P.100). De manera que el análisis de las prácticas situado en una unidad hospitalaria permite reflexionar que las experiencias de las enfermeras allí entrevistadas, no pueden ser generalizadas para todas las enfermeras de diferentes instancias hospitalarias que integran al IMSS. Aunque si se accedió a elementos comunes que generen respuestas hipotéticas a la pregunta de ¿por qué si contractualmente el IMSS, no reconoce en sus documentos normativos, como el contrato colectivo de trabajo, la licenciatura, ellas se interesan en la obtención de este grado?

Asimismo, la auto-etnografía (Patton 2002, P.317), como enfoque que plantea utilizar las propias experiencias para reunir conocimientos sobre la cultura o subcultura de la cual se parte, no ha sido punto de referencia para la realización de esta investigación. Motivo por el que se evitó, por medio de datos concretos como los obtenidos estadísticamente o datos subjetivos, como los discursos de las enfermeras, de evadir la tendencia a retomar como método principal de análisis mi experiencia. Sin embargo tampoco se puede evadir que, dado mi ejercicio laboral en dicho rama, mi experiencia, al igual que la de las diez enfermeras entrevistadas, se encuentra plasmada en este trabajo. Mismo que

como efecto secundario, permitió integrar la reflexión sobre mi vida laboral y personal con la académica, de la que es parte importante este trabajo.

Finalmente, cabe señalar que el género aunque se deje al final en esta introducción, influye para que la profesión en tanto es ejercida predominantemente por mujeres, aparezca como un eje vertical entrelazado en el análisis de los diferentes capítulos: desarrollo histórico de la profesión; contenidos curriculares; análisis global de los cambios en el IMSS y en el último, el que atañe al análisis situado de las prácticas de las enfermeras. Con el objetivo de evitar aislar la variable, como especifica Dora Cardaci, por analizarla de manera interrelacionada con otros factores socioculturales que también inciden en el modo en que se construye el desarrollo de la educación profesional de las enfermeras.

REFERENTES TEÓRICOS

El análisis de la modalidad “años posteriores” mediante el que se estudia la relación entre la educación y situación laboral de las enfermeras en el IMSS,

permite asumirla como facilitadora y obstructora del avance científico de la profesión, pero se sostiene que hay una asimetría porque prevalece la dificultad de su desarrollo científico.

En el ámbito educativo mexicano, el desequilibrio que impera en el currículo de las principales instituciones que imparten la licenciatura, favorece la formación de enfermeras con escasas capacidades para realizar investigación y docencia. Dos prácticas que son fundamentales para desarrollar un pensamiento crítico sin dependencia absoluta de la medicina, por lo que la dificultad para desarrollar un cuerpo teórico de conocimientos y la formación de enfermeras que faciliten el aprendizaje de las nuevas generaciones, con base a su propio pensamiento crítico y consciencia de su responsabilidad social, continúan siendo problemas que se han atendido solo parcialmente.

En el ámbito laboral, la modalidad educativa “años posteriores” que se implementa en el IMSS es con el plan de estudios de la UNAM, que como se comentó en la introducción está desequilibrado, por lo que unas entrevistadas comentan que de docencia e investigación, solo les dan “una embarrada”. Pero además se imparte en escaso tiempo, por lo que el “atiborramiento de la información”, como testifican otras entrevistadas, es la norma. Además, la demanda de capacidades autodidactas, si no se desarrollaron previamente, difícilmente se asimilan en un año adicional de formación. Aunado a que los contenidos en gineco-obstetricia con predominio técnico –salvo contadas ocasiones– resultaron irrelevantes para el ejercicio laboral que realizan en la cotidianidad.

Estos aspectos, aunados a que el reconocimiento de las licenciadas en enfermería del IMSS a partir del 2007, es limitado al 2% de las enfermeras que ocupan puestos de confianza, y con base a datos estadísticos que evidencian la sobrecarga de trabajo de las enfermeras, permite asumir una asimetría en diversos aspectos. Por ejemplo, entre los beneficios que significa cubrir la falta de plazas de otras áreas con el incremento de responsabilidades del mismo número de enfermeras, sobre los beneficios a nivel local que obtienen las profesionales. Y la preponderancia de actividades técnicas que se han dirigido a

la atención del enfermo sobre las actividades científicas y de enseñanza que deberían integrar con más altos porcentajes el contenido académico de la profesión.

1.1-La desigualdad de la enfermería.

En este punto es necesario retomar los aportes de Weber cuando señala que control, dependencia y desigualdad son tres características para conceptualizar el poder cuando se le entiende como una relación asimétrica. Mismas que son compatibles con su definición de poder: “la probabilidad de que un actor, dentro de una relación social, esté en condiciones de salir adelante con su voluntad no obstante las resistencias, independientemente de la base en que descansa esa probabilidad” (Bottomore y Wisbet 1988, p. 723) Esta base, que señala puede ser de muy diversa índole, fue motivo para que considerara el concepto de poder como amorfo, por lo que generó otra conceptualización basada en la dominación. No obstante, en este escrito las características que confiere al poder son útiles para explicar la asimetría que teóricamente experimentan las enfermeras.

En este texto, Frank Parkin (Bottomore y Wisbet 1988, p. 122) retomando a los seguidores de Maquiavelo, porque definen al poder “como control social que se vuelve efectivo en grado máximo si se evitan los conflictos y se economiza el empleo de sanciones y la amenaza de éstas”, el poder es asimétrico, pero no necesariamente supone resistencia y conflictos manifiestos.

La especulación de cómo se controla el orden social asimétrico para las enfermeras, es mediante los contenidos curriculares que evidencian en su estructura la reproducción de una caracterización de enfermera con predominio en sus actividades técnicas, como ya se ha mencionado, sobre las de índole creativa, necesarias para el crecimiento de la profesión. Estos contenidos curriculares concretos, en combinación con la trascendencia de la imagen empírica de la enfermera, aunados con los incentivos que a nivel micro-social obtienen las enfermeras, trascienden para que se interesen en estudiar la licenciatura en la modalidad “años posteriores” sin un conflicto relevante para

modificar la limitación del reconocimiento de su grado de estudios, a pesar de que esto signifique incremento de trabajo y mayor responsabilidad.

Con respecto al poder como relación de dependencia, podría ser con respecto a la relación que históricamente ha guardado la medicina con respecto a la enfermería. No se trata de que los primeros amenacen a los segundos, si no de la relación que existe entre ellos. Situación que puede invertirse momentáneamente porque al ser profesiones que se corresponden en el objetivo de atender las necesidades de salud de la población, la dependencia es mutua. Pero la asimetría se puede analizar a través de las connotaciones históricas que caracterizan a las profesiones y mediante una situación condicionante que coloca a la medicina como una profesión autónoma que se expande económicamente por el desarrollo de su cuerpo teórico de conocimientos. Por su parte, la enfermería, situada en una posición dependiente, que carece de la expansión de su cuerpo teórico de conocimientos, sólo puede desarrollarse económicamente como reflejo de la expansión de la medicina.

Asimismo, a nivel de simbolizaciones más abstractas la biología ocupa un lugar hegemónico. Este argumento lo desprendo del “Discurso biológico y orden social” (Achard 1980, p. 10), porque trata de argumentar, cómo a lo largo de la historia del capitalismo se exigió a la biología cumplir con un papel de productora de conocimientos científicos, que dieran respuesta a los secretos de lo viviente, pero también ser aval ideológico y argumento de autoridad de lo que sucede en lo político, económico y social. De manera que la biología se convierte entonces en una presencia manifiesta de diferentes disciplinas, como la medicina, que en busca de una legitimidad mayor, acuden a ella como la más legitimada de las ciencias. Esta legitimidad obtenida no sólo es recompensa del buen desempeño del primer papel, sino sobretodo del segundo porque al dirigir la práctica médica principalmente a la cura del paciente se margina de la “mirada” médica, el contexto social del que enferma. Por lo que, se termina haciendo biologismo como en el caso de la cura del cáncer en que, como comenta Achard, se insiste en destinar cuantiosos recursos para encontrar virus productores de la enfermedad, en lugar de actuar sobre otras causas perfectamente identificadas

como la contaminación ambiental, las condiciones insalubres de trabajo o los aditivos químicos en productos alimenticios.

De tal forma que, comenta el autor, los lazos entre biología e ideología deben ser explicitados para evitar la que una ciencia esté al servicio del poder. Aspecto difícil, porque la biología como ciencia que da respuesta a los secretos de lo viviente al tiempo que se caracteriza como aval ideológico, considero, se ha institucionalizado, aunado a que la salud, más que un derecho constitucional se transforma en un servicio más a ofrecer, favorece que esta institucionalización tienda a persistir.

El poder como dominio y desigualdad “es una concepción distributiva que se centra en las capacidades diferenciales de los actores pertenecientes a un único sistema para procurarse ventajas y recursos valorados” (Bottomore y Wisbet 1988, p. 722). Esta conceptualización permite ahondar en las diferencias de educación formal de las enfermeras y la medicina en el contexto del IMSS.

Según datos del 2005, el 22% del personal de enfermería cuenta con licenciatura. Estas están distribuidas en diferentes puestos jerárquicos como auxiliares, generales, especialistas y jefes de piso para las que el nivel licenciatura no es reconocido. Esta situación, aunada a las características de la profesionalización en “años posteriores” (que consiste en 2 semestres que recuperan el cuarto año de la formación escolarizada) permite especular que la distribución social del conocimiento favorece a la medicina, históricamente privilegiada, para que no se implemente en un año adicional su formación. En esta profesión, dado la relevancia de su acción, es impensable su formación en sistema abierto, aunado a su privilegio para realizar especialidades que van de cuatro años para la gineco-obstetricia, hasta ocho como en el caso de la formación que requieren los neurocirujanos.

No se cuestionan los años que se necesitan para formar a los médicos como especialistas, si no más bien el interés es hacer notar las diferencias en la formación y cuestionar si las modalidades educativas generan elementos para que las enfermeras puedan realmente profesionalizarse e independizar la planeación de sus acciones de la medicina. Cabe apuntar que históricamente la

función de las parteras les permitió constituir cierto prestigio que se fue diluyendo en la medida de que la medicina se apropió de la especialidad. Asimismo, las enfermeras entrevistadas que hicieron la modalidad “años posteriores” no logran diferenciar cuál es el objetivo de su práctica en gineco-obstetricia, porque refieren que debían estar con los médicos y aprender a atender partos, pero en la práctica laboral no hay oportunidad de ello porque estos –al menos en las zonas urbanas– ya no los atienden enfermeras.

1.2.- La disolución de la desigualdad de enfermería.

La relevancia de ahondar teóricamente en esta asimetría que se experimenta como naturalizada, es porque la conciencia de ello se constituye como una posibilidad para incidir en su balance. Para esto, se toma como referente “Las nuevas reglas del método sociológico” de Anthony Giddens donde plantean que la reificación mediante la cual las colectividades se experimentan no como productos de los hombres sino de la naturaleza, se diluye de forma vinculada con la posibilidad de comprensión por parte de los actores sobre que la sociedad es producto de sus prácticas. O sobre que los sistemas de reglas (semánticas o normativas) y los recursos generativos (bases de poder con las que cuentan los actores para influir en los demás) existen como acción reproducida por ellos mismos en un espacio y tiempo definido. (Giddens 1993, P. 128). Esta estructura donde seres humanos producen y reproducen la sociedad exige su propio análisis y se genera únicamente al nivel de la abstracción en tanto que existe sólo porque es producido por sus parlantes.

De manera que esta estructura que es carente de sujeto, virtual y fuera de tiempo, permite una perspectiva macro-social como la abordada en el tercer capítulo “La profesionalización global de la enfermería en el IMSS”, donde se arguye que la trascendencia de la institución de seguridad social ha sido paralela a las transformaciones implicadas en la transición del Estado benefactor, por otro con rasgos neoliberales. Sin embargo, esta abstracción imposible de asir, más que teóricamente, sólo existe como conducta reproducida por actores situados con intensiones e intereses definidos (Giddens 1993, P. 128). Por lo tanto, es una exigencia abordar la cotidianidad reproducida mediante la práctica de las

enfermeras, que en este caso, laboran en una unidad hospitalaria del IMSS. Este análisis micro-social presentado en el capítulo cuatro: “La profesionalización y la situación laboral de las enfermeras en el Hospital de Gineco-obstetricia No.3 del CMNR”, permite dar cuenta de los efectos no deseados y generados por las enfermeras mediante una práctica laboral catalogada por ellas mismas como “rutinizada”. Esta acción se genera en interacción con otros sujetos sociales. Por lo que las propiedades de la interacción como el acto comunicativo, las relaciones morales y de poder se constituyen en elementos de análisis de las prácticas productoras de estructura.

Estos aportes de Anthony Giddens permiten explicar la relevancia de los dos ámbitos de análisis; estructura y acción. De manera que se intentan fragmentar en los capítulos 3 y 4, respectivamente con fines de análisis. Sin embargo, constantemente se mezclan no sólo en estos capítulos sino también en el resto del trabajo debido a que en la cotidianidad las diversas perspectivas de análisis social convergen.

1.3.-El universo simbólico de la enfermería.

Otro referente es “la construcción social de la realidad” (Berger y Luckmann 1968), porque explica la importancia de considerar la dimensión objetiva y subjetiva de la realidad. Esta teoría es construida a partir de los aportes retomados de Durkheim y Weber debido a que el primero considera los hechos sociales como cosas y el segundo considera que tanto para la sociología como para la historia, el objeto de conocimiento es el complejo de significado de la acción. Esta dualidad, nos dicen, en términos de hechos objetivos y significados subjetivos, es lo que constituye la realidad *sui generis*.

Definir la realidad cotidiana es importante, sobre todo si se considera que en el mundo coexisten múltiples realidades. Ésta, nos dicen Berger y Luckmann, se organiza alrededor del “aquí” y del “ahora”, del presente. Pero no se agota allí la realidad de la vida cotidiana. No se agota por estas presencias inmediatas, sino que abarca fenómenos que no están presentes, por lo que la vida cotidiana se

experimenta en grados diferentes de proximidad y alejamiento, tanto espacial como temporal. (Berger y Luckmann 1968, P. 38).

El interés es realizar un análisis que no se agote en el aquí y en el ahora. Sí es importante el análisis de la situación actual de las enfermeras pero con base en la revisión teórica de la dimensión objetiva y subjetiva que construyen la realidad. Dimensiones en las que se ahonda, entre otros, mediante la revisión, que se presenta en el capítulo 1, sobre los sucesos pasados que permiten comprender históricamente cómo se caracterizó a la enfermera empírica con connotaciones que hoy se constituyen como factores que obstruyen el desarrollo de la enfermera profesional.

El interés del análisis que recupere la vinculación de ambas dimensiones es porque en la realidad cotidiana no están fragmentados. Por ejemplo, en el análisis del organigrama por el cual se distribuyen las prácticas de los diferentes profesionales que laboran en el hospital de gineco-obstetricia en estudio, convergen diferentes dimensiones. Las objetivas, como las jerarquías entre directivos, donde el médico es quien ocupa el puesto más alto y las diferentes direcciones como la de enfermería, sujetan sus acciones a las decisiones asumidas por éste.

Las dimensiones subjetivas también se pueden analizar cuando una enfermera está entre la posibilidad de repetir el orden establecido en el organigrama oficial o decidir realizar prácticas sin esperar la indicación de otro profesional legitimado como superior. Como en el ejemplo del capítulo 4, en que una enfermera quirúrgica, ante la emergencia, decide “meter la mano” involucrándose activamente en la cirugía, aunque no sea una actividad curricular o contractualmente propia, pero que dada la urgencia no hay cabida a la espera, como ella misma comenta, a que otro le indique qué hacer.

Este organigrama jerárquico analizado como universo simbólico se constituye como una forma avanzada de legitimación que permite teóricamente a las enfermeras mantener unificadas dimensiones que tenderían al caos, al carecer de integración entre las prácticas que realiza con independencia profesional y lo

que en el organigrama o la sociedad espera que ella sea; en este caso entre la imagen de una enfermera empírica y subordinada con que se caracterizó erróneamente a quienes realizaban esta función y la enfermera científica que paulatinamente se construye hoy.

También permiten explicar como interaccionan disciplinas diversas que reproducen mediante las posiciones que cada área ocupa, un orden en el que históricamente la medicina desempeña un papel preponderante con respecto a las otras áreas (administrativas, de personal paramédico y auxiliar del diagnóstico y tratamiento), debido a la tendencia de reducir el estudio de la enfermedad a un fenómeno biológico en donde las otras áreas de conocimiento se reducen al auxilio de la medicina. Este organigrama generalmente se ubica en el pasillo de la entrada del hospital en estudio, con la finalidad de que los trabajadores que ingresen a la unidad, reciban el “flashazo” del lugar que ocupan de acuerdo al orden establecido. En estos organigramas, los roles como conceptualización teórica permiten, mediante la categorización de prácticas de los individuos, definir tipos de actores en contexto.

Estas categorizaciones, que institucionalizaron a las diferentes profesiones, contribuyen con el orden social mediante procesos de legitimación que continúan incidiendo. Por ejemplo en el organigrama de 1988 (que ya no está vigente) la enfermería se ubique dentro de niveles jerárquicos inferiores, junto con los servicios de nutrición y trabajo social —curiosamente otras profesiones constituidas en su mayoría por mujeres— mismas que, aunque en sub-universos, dependen de la Subdirección Médica.

Este orden establecido se puede transformar. La conciencia sobre la reificación como “la aprehensión de los productos de la actividad humana como si fueran algo distinto de los productos humanos, como hechos de la naturaleza, como resultados de las leyes cósmicas, o manifestaciones de la voluntad divina” (Berger y Luckmann 1968, p.114) es precisamente lo que impide caer en una concepción esquematizada de la realidad.

Por ejemplo, el IMSS al constituirse como efecto de las políticas del Estado benefactor en la década de los cuarenta, se mantiene con recursos que aporta el patrón, el trabajador y el gobierno, confiriéndole su carácter tripartita. Por la magnitud de sus instalaciones y la diferente gama de servicios que ofrece a su creciente población derechohabiente, involucra una multiplicidad de caracterizaciones que permiten una división del trabajo con base en una distribución social del conocimiento.

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), creado en 1943 como organismo de defensa de los intereses contractuales, económicos y sociales de los trabajadores, estatutariamente está integrado por la totalidad de los trabajadores de base que prestan sus servicios al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pero dada la habituación de concentrar las decisiones fundamentales en un reducido número de delegados sindicales que representan a todos los trabajadores, se les institucionaliza, mediante el poder que se les otorga, como capaces e interesados en mantener las prestaciones económicas de todos los que conforman al sindicato. Sin embargo, estas prestaciones en las últimas décadas, no sólo no se han mantenido sino que han disminuido porque se han beneficiado los intereses individuales de quienes a esta instancia representan. Por citar ejemplos el ahorro para el retiro deja de ser solidario para administrarse a través de las cuentas individuales y la edad para la jubilación se incrementa de 27 y 28 años a 34 y 35 años de edad para hombres y mujeres, respectivamente.

La disminución de prestaciones laborales se exacerba porque las generaciones que actualmente ingresan a la instancia de salud en estudio tienden, teóricamente, a percibir al SNTSS, dado que existía antes de su ingreso y quizás siga existiendo cuando ellas ya no laboren allí, con una connotación de instancia independiente de sus trabajadores, que son quienes lo crean. Por lo que demandar a estos representantes la gestión del reconocimiento de la licenciatura en enfermería es una medida que si no es compartida por un amplio sector del personal interesado, es poco viable, e inclusive fruto de categorización como de inadaptado, para quien de forma aislada lo solicite.

Sin embargo, nos dicen Berguer y Luckmann, la posibilidad de reificación es simultánea a la institucionalización. Lo relevante es si las enfermeras, en este caso, conservan conciencia de que el sindicato como la institución de salud en estudio es constituida y transformada mediante la puesta en acción de sus prácticas u omisiones.

El universo simbólico permite recuperar la dimensión subjetiva que retoma la actividad humana como productora de la institución. Es decir el carácter dialéctico de las enfermeras que producen institución, misma que, en conjunto con otras instituciones, producen la sociedad que produce enfermeras.

1.4.- Antecedentes históricos de la enfermería actual.

Para explicar la disociación entre lo que se es y se espera que sea la enfermera, se examinaron documentos históricos que permiten analizar cómo el hábito de cuidar a los enfermos se naturalizó como una práctica caritativa, religiosa, militar y que en gran medida, han realizado las mujeres. Para la influencia occidental se estudiaron los antecedentes más relevantes de la "*historia de los cuidados de la enfermería*" (Hernández 1995) que influyen en el desarrollo de la práctica Mexicana. La crítica a la autora, es por considerar que hubo una transmisión de conocimientos a los países colonizados tal y como se desarrollaban en el país de origen. De tal forma que se abordan los aportes de Elizabeth Jamieson de la "la Historia de la enfermería" y de Frank "El Desarrollo Histórico de la enfermería" porque al presentar un análisis global de cómo en distintas épocas y en diferentes territorios o naciones se fue consolidando la práctica, también dedican un apartado a México.

Se presenta un análisis de la singularidad del desarrollo de la política educativa en México en el siglo XX. Retomando textos de Engracia Loyo, Quintanilla y Vaughn, Guevara Niebla, Pablo Latapí y Carlos Ornelas. Para indagar su influencia paralela con el progreso de la enfermería sustentado con los textos históricos de la enfermería de Jamieson, Frank, Bravo y Martín.

En el México de principios del siglo XX, la práctica escolarizada surge en un contexto en donde la educación profesional es dirigida a las élites, por lo que su acceso estaba restringido a los pobres, los indígenas y las mujeres, que aunado al periodo revolucionario en el que los enfermos se atendían sin la menor sistematización, la iniciativa médica por crear programas para que las mujeres estudiaran enfermería, no puede más que ser analizado como una oportunidad con la que una cantidad de ellas iniciaron el camino, para la entonces inalcanzable profesionalización.

Hoy, a principios del siglo XXI, la profesionalización es una posibilidad real para las interesadas en ejercer la práctica. Pero la caracterización de la enfermera del siglo pasado se institucionalizó. La institucionalización aparece cada que se da una caracterización recíproca de acciones que se hacen hábitos por tipos de actores. En este caso la enfermería se caracteriza cuando se manifiesta, a principios del siglo pasado, que los requisitos para estudiar enfermería son el certificado de primaria y ser mujer. Estas se constituían paralelamente en alumnas y ayudantes de las actividades prácticas que los médicos discernían como competencia de ellas.

Estas categorizaciones, que arbitrariamente menciono, permiten explicar el proceso mediante el que enfermería se institucionaliza como una práctica que puede prescindir del desarrollo científico, propio de mujeres y dependientes de las indicaciones médicas. Actividades poco cuestionadas porque integran un cúmulo de seres humanos que reproducen sin conflicto aparente esta caracterización, construyendo de forma objetiva la institucionalización de la enfermería que en interacción con otros profesionales no tiene más que reproducir su función.

Por ejemplo, si el mayor porcentaje de las prácticas de atención al enfermo lo realizan las mujeres, el orden establecido —que no se descarta pueda cambiar— predispone la disminución de las posibilidades de un hombre para ser enfermero. Si naces mujer, las posibilidades de ser enfermera incrementan potencialmente. Esta presentación relacional se resguarda en los aportes de “salud y programa de estudios de la mujer.” (Cardaci 2004, p. 36), apuntando que si los géneros se

construyen por la dependencia que guardan entre ellos, y son el resultado de un proceso a través del cual las personas no solamente reciben significados sino también los recrean, las desigualdades deben estudiarse a partir de estudios relacionales que no se reducen a supuestas esencias diferenciales.

En “La profesionalización de la enfermería en México” (Cárdenas 2005, P. 48), destaca que en la historia de las profesiones la medicina, el sacerdocio y el derecho han sido ejercidas por los hombres. En la actualidad hay matices por los que se pueden observar cada vez más mujeres que estudian medicina. Sin embargo, en los integrantes de la profesión todavía se nota una alta predisposición de los hombres médicos para ocupar puestos directivos. Aún al interior de las profesiones hay relaciones de jerarquía que reproducen concepciones tradicionales de subordinación femenina constituida por la herencia familiar, en donde el cuidado del enfermo es una extensión de la actividad doméstica que han realizado mujeres.

La institucionalización, por tanto, aparece como un constructo teórico central porque es por ésta que se constituye la parte objetiva de la realidad, el hábito o la acción que trata de volverse a ejecutar de la misma manera en el futuro, que con idéntica economía de esfuerzos, antecede y contribuye con el proceso en cuestión.

La institucionalización de la enfermería mediante sus categorizaciones descritas tiende a persistir, a pesar de que haya perdido su practicidad originaria. La educación formal de enfermería quizás no se habría generado sin la intervención de los médicos que consideraron la necesidad de establecer una escuela para enseñar a las mujeres de forma sistemática, el cuidado de los enfermos. Las actividades se representaban fuertemente a partir de la diferenciación sexual, aunque todavía existen marcados rasgos, esa situación empieza a diluirse en México. Dado el paulatino desarrollo de la profesión no se habría podido demandar que se fortaleciera la investigación. Es decir, las condiciones se transforman. Se reconoce la influencia de la medicina pero se busca la independencia teórica y de sus docentes; la iniciaron mujeres pero cada vez se interesan más hombres en ingresar al gremio; el avance científico y tecnológico

incorporado a los servicios de salud demanda de una capacitación constante como de incorporación de elementos éticos y filosóficos necesarios para otorgar una mejor atención. La demanda urgente de una transformación curricular que genere capacidades científicas para el desarrollo de la profesión más eficaz, emana de las necesidades de atención de la sociedad.

1.5.- Legitimación de la desigualdad enfermera.

La conciencia de esta asimetría por parte de los que conforman la profesión, decanta en un conflicto, si no se utilizan los mecanismos de legitimación. Ésta no es indispensable en la primera fase de la institucionalización. El problema surge cuando las objetivaciones de orden institucional deben transmitirse a una nueva generación. El carácter auto-evidente de las instituciones ya no puede mantenerse por los recuerdos y habituaciones del individuo. La unidad de historia y biografía se quiebra. Para restaurarla y así volver inteligibles ambos aspectos de ella, deben ofrecerse explicaciones y justificaciones de los elementos salientes de la tradición institucional. Este proceso de explicar y justificar constituye la legitimación.

De ahí la importancia de los universos simbólicos, porque permiten el análisis de la legitimación de la institucionalización en su forma más avanzada. Su existencia aunque sólo puede asirse teóricamente, es innegable. La importancia en su teorización radica porque trasciende la esfera pragmática, al considerar los factores subjetivos como relevantes para la construcción objetiva de la realidad. Este mecanismo, mediante el que se justifica y explica la institucionalización del cúmulo de caracterizaciones de las acciones de los seres humanos que conforman la sociedad, incluye elementos tanto cognoscitivos como normativos que no sólo explican a los individuos por qué realizan una cosa y no otra, sino que indican por qué las cosas son lo que son. Sin embargo, la práctica de la repetición de acciones normalizadas que generan la institucionalización tiende a persistir. Pero cuando surge un problema que altera este proceso es necesario legitimar mediante los universos simbólicos. Estos se cristalizan a la par que se constituyen las instituciones que en masa conforman la sociedad.

Sin embargo, la legitimación del orden institucional también se ve ante la necesidad continua de poner una valla al caos que potencialmente puede desarrollar la disociación de la realidad: la instancia de salud se transforma y las enfermeras se profesionalizan. Pero la valoración de sus acciones tiende a mantenerse institucionalizadas, porque hay modificaciones en cuanto a su incremento de años de educación y en cuanto a la transformación del organigrama, que recientemente considera una sub dirección exclusiva para enfermería, organizada jerárquicamente al parejo de la subdirección médica y administrativa, por lo que la relevancia de sus acciones tanto en el ámbito operativo como administrativo, aunado a la magnitud del personal que conforma al gremio, es incuestionable (en 2010, la cantidad de 90,694 enfermeras equivale al 31.9% del total de todo el personal que conforma al IMSS). Sin embargo, se advierte un desfase entre las transformaciones que en este campo de acción se suceden y la cristalización del universo simbólico que históricamente, mantiene a la enfermería como sub-profesión.

1.6.-La enfermería como realidad subjetiva.

Como se ha comentado, hay una tendencia a la institucionalización de prácticas. El campo de la enfermería, no es la excepción. Sin embargo, el incremento de años de educación que las enfermeras han dedicado a su formación, les genera una percepción que difiere de la que por décadas se institucionalizó por otros seres humanos que reprodujeron el rol de la enfermería al identificarse con las tipificaciones que la consideraban como una actividad propia de la mujer, extensión de las actividades domésticas, que no requieren de conocimientos científicos y que limitaba su acción a la indicación médica.

Los roles, al igual que en las instituciones, pueden reificarse. El sector autoconciencia que se ha objetivado en el rol también se aprehende como un destino inevitable en el cual el individuo puede alegar que no le cabe responsabilidad alguna, generando en la enfermera la sensación de que sus acciones ya están previamente establecidas, por lo que la tendencia a reproducir las categorizaciones es manifiesta. Sin embargo, cuando hay transformaciones

aceleradas que no están acorde con lo que se ha legitimado mediante los universos simbólicos, aparece una crisis de identidad que una de las entrevistadas manifestaba así: “yo ya no me sentía ni medico ni enfermera.” Porque por un lado durante las prácticas para obtener la licenciatura en el año adicional les enseñaban atender partos que durante su desarrollo profesional ya no realizan las enfermeras porque son competencia de los médicos especialistas en gineco-obstetricia y por otro lado, porque provocaban la extrañeza de otras enfermeras que mostrando cierto desdén, como comentan en las entrevistas, les ponían límites para ejercer sus prácticas, negándoles por ejemplos los bultos de ropa quirúrgica cuando la atención la realizaba una enfermera y no un medico. Esta situación, en donde se percibe la diferenciación por parte de otras colegas influyó para que una de las entrevistadas comentara, que no se sentía ni medico ni enfermera.

Por lo que la educación se considera un factor para colocar en crisis de identidad a la enfermera. Crisis que en este escrito es deseable porque a partir del cuestionamiento de la identidad, que se puede generar la transformación de las características con que ha predominado la imagen de la enfermera en México. Sí la enfermera se limitara a reproducir su práctica laboral cotidiana sin interesarse en incrementar su nivel escolar o de formación profesional se mantendría en la posición cómoda que implica la certeza con que se realizan las practicas cotidianas por el hecho de que históricamente así se han realizado. A diferencia de la incertidumbre que genera transformar las prácticas. Esto supone no sólo grandes esfuerzos físicos e intelectuales sino posibles errores que en procesos de innovación son inevitables en la ardua tarea de diferenciar los cuidados de enfermería, como una actividad específica de la profesión que demanda de su desarrollo por medio de procesos de educación y de investigación necesarios para la construcción de la profesionalización de la enfermería.

En este apartado se concibe a la sociedad como un continuo proceso dialéctico entre tres procesos en el que ocurren simultáneamente tres momentos, el de interiorización, objetivación y exteriorización.

Estos tres procesos ocurren a la diversidad de instituciones, mismas que en conjunto integran la sociedad. La internalización ocurre cuando en la socialización primaria el infante necesita de otro para construir su identidad, mediante la que se ubica en un mundo determinado. Sociedad, identidad y realidad se cristalizan en el mismo proceso de internalización por medio del lenguaje. La socialización primaria finaliza cuando el otro se ha internalizado con sus categorizaciones que reproducen roles sociales en la conciencia del individuo, exteriorizando estos roles mediante la puesta en práctica de acciones en la cotidianidad. Aunque estrictamente la socialización es un proceso que nunca termina. Más bien, dada la desigualdad social, se continúa la socialización secundaria a partir de la división del trabajo y la distribución social del conocimiento. (Berger y Luckmann 1968)

En el caso que me ocupa, la socialización secundaria de las enfermeras trasciende a la familia por otras instituciones como la educativa en la que aprenden su disciplina. Internalizan sub mundos institucionalizados y ejercen su práctica en instancias de seguridad social, también institucionalizadas. Sin embargo, la socialización es un proceso inacabable, por lo que surge la posibilidad de una re-socialización, aportando datos interesantes que pueden contribuir con la transformación de la enfermería.

Teóricamente los autores abordan los polos de la socialización; la exitosa y la deficiente. La primera entendida como el establecimiento de un alto grado de simetría entre la realidad objetiva y subjetiva (junto con la identidad), nunca ocurre totalmente. Pero la segunda es muy poco frecuente y se da en casos en los que ni la socialización primaria se logró. Generalmente se asocia con alteraciones biológicas antecedentes. Por lo que analizar los polos empíricamente es inaccesible porque inclusive una puede ir dentro de otra.

Por ejemplo, el caso de una socialización deficiente es cuando surge un desequilibrio entre cómo se percibe una enfermera licenciada que planea sus acciones en colaboración con la medicina pero con autonomía, y las caracterizaciones institucionalizadas mediante las que las enfermeras reproducen su práctica dependiendo únicamente de las indicaciones médicas. O

entre asumirse como profesional y ser contratada como auxiliar o enfermera general. Esta deficiencia ocurre porque hay una ruptura del comportamiento visible u objetivo y su auto identificación indecible o subjetiva. Pero es a partir del desequilibrio que puede surgir el cuestionamiento de “¿quién soy yo?” en este orden establecido que ya no esta acorde con mi percepción. Pero esta socialización deficiente que a nivel macro-social se percibe como tal, en su alternación, durante el ejercicio laboral cotidiano con otras enfermeras no profesionalizadas, puede resultar exitosa o acercarse más a la simetría entre cómo se percibe y lo que se asume que es.

Sin embargo, una vez que en una sociedad aparece una distribución más especializada del conocimiento, pueden surgir una variedad de objetivaciones diferentes que mediatizan realidades objetivas diferentes para el individuo.

Por ejemplo, en el área de enfermería, el surgimiento de cursos pos-técnicos y más recientemente las especializaciones, han permitido a la profesional acotar su acción en determinados campos. En el caso del hospital en estudio hay enfermeras pediatras, quirúrgicas y especialistas en atención al paciente en estado crítico. En la medida de que la particularidad de sus procedimientos son más específicos y complejos dado la incorporación de aparatos sofisticados para la atención del paciente, adquieren un prestigio delimitado en la instancia de seguridad social, que también se puede incrementar de acuerdo al tipo de especialidad, debido a que dentro del gremio se reconoce que tiene mayor responsabilidad la enfermera intensivista que la especialista en medicina de familia. Criterio equivocado, que adjudico al privilegio que se le da a la atención especializada por el uso de tecnología de vanguardia que, en el contexto actual, es más rentable, en demérito de los efectos más eficaces que, respecto al mantenimiento de la salud, guarda la medicina preventiva.

Asimismo, estas enfermeras especialistas con respecto a las auxiliares y las generales guardan mayor prestigio, aunque a veces estas últimas pueden destacar por la habilidad de desempeñarse en los diferentes servicios. Esto, como trato de mostrar, puede obedecer a que un alto porcentaje de enfermeras

que realizan la licenciatura —principalmente por la modalidad “años posteriores” — están distribuidas dentro de estas jerarquías.

La heterogeneidad en la formación por la que convergen distintas profesionales con distintos grados de formación: que van desde auxiliares que tienen un año de formación; tres en el caso de las generales; cuatro para las enfermeras con cursos pos técnicos que se desempeñan como especialistas; cinco para las jefe de piso que aparte de su especialidad de base incrementan un año en administración; 6 y 9 para las subjefes de enfermería que obtuvieron la licenciatura por modalidad “años posteriores” y por sistema escolarizado, respectivamente. Y más de 10 para la que realiza un doctorado, como es el caso de la enfermera que funge actualmente como directora del gremio. Esta situación de diversidad es interesante de estudiar porque puede generar procesos de asimetría entre la dimensión objetiva y subjetiva de la realidad cotidiana que junto con la identidad sucumbe en una socialización deficiente. Puede desencadenar, por un lado, que las enfermeras licenciadas, ante el pragmatismo de las prácticas institucionalizadas y objetivadas por otras enfermeras, sucumba a la reificación de roles que se repiten porque siempre se han hecho así las cosas. Lo que Giddens teoriza como efecto no deseado de las prácticas. Y por otro lado, la variedad e innovación con la que una licenciada podría realizar sus procedimientos puede provocar socialización deficiente, por el desajuste que experimenta la enfermera auxiliar entre su forma de hacer sus procedimientos institucionalizados y la emergencia de otro que llega a fragmentarlos, simultáneamente que se erige como un otro a partir del que puede identificarse. De manera que la heterogeneidad como causante de socialización deficiente es una posibilidad mediante la que se puede generar un desarrollo más eficiente de la profesión, o efecto si deseado de las prácticas de las enfermeras, que también producen al sistema social.

2.-EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.

Explicar como se vincula la situación educativa y laboral de las enfermeras que actualmente se profesionalizan en el IMSS exige analizar antecedentes históricos de cómo se desarrollo la practica empírica que en la actualidad se

constituye como científica. Proceso que no es heterogéneo entre las naciones sino que cobra matices de acuerdo a las condiciones económicas, políticas y socioculturales con que los seres humanos ejercen la práctica enfermera.

La práctica de proporcionar cuidados es una práctica milenaria tan diversa y amplia como la sociedad misma. Contradictoriamente, a pesar de su antigüedad, Hernández Conesa señala que no “(...) participó del movimiento intelectual que cambió el destino de otras disciplinas. Siguió instalados en el mundo instintivo y mágico-religioso, relegados exclusivamente al ámbito doméstico, con algunas variaciones en el terreno institucional” (Hernández 1995).

Sintéticamente, estos cuidados fueron relacionados en la prehistoria con la necesidad de supervivencia y su consecuente ayuda instintiva; en la Edad Antigua se consideraron como actividades domésticas inherentes a la labor humana; en la Edad Media generaron indicios de profesionalización al iniciar un pago salarial sin escapar de su concepción religiosa y vocacional.

Un antecedente importante a destacar es el desprecio que se adjudicó a las labores prácticas durante el mundo Clásico; el cuidado de los enfermos, considerada como actividad práctica que no requiere desarrollo intelectual, encontró en esta forma de concebir el mundo una barrera para su desarrollo intelectual que, de acuerdo con la autora, permanece con sus matices, hasta nuestros días.

“(...) deberíamos lamentarnos, no tanto de la idea griega sobre el trabajo manual, que refleja una relación dicotomizada entre mano y cerebro, sino de que las generaciones posteriores pasaran por alto esta situación y honraran a los griegos sólo por sus teorizaciones apriorísticas, sin tratar de esclarecer la situación real que vivieron muchos hombres y mujeres.”
(Hernández 1995)

En el siglo XIX la profesionalización implicaba el aprendizaje de técnicas y conocimientos subordinados de la medicina, aún a pesar de concebir un objeto de estudio particular. En el siglo XX el reconocimiento en la Universidad significó

la profesionalización al demandar pensamiento crítico sin dependencias absolutas.

Otro punto importante de mencionar es la Reforma Protestante, que tuvo como resultado la división del mundo Cristiano entre los seguidores del Papa y los seguidores de los ideales de Martin Lutero. El primero relacionó la actividad de los cuidados como actos de fe en aras de alcanzar la salvación del alma, concepción que produjo a lo largo de la historia una falta de indagación de los saberes de enfermería, impidiendo crear un objeto de estudio que lograra diferenciar a la incipiente profesión. Los segundos, paradójicamente, al desligar esta actividad de la salvación del alma, produjeron un vacío en el avance de los cuidados enfermeros, que posteriormente demandó la sistematización e inicio de la construcción disciplinar.

El avance económico y social en el siglo XIX habría sido inconcebible sin un avance en los medios de transporte y el consecuente efecto en otros rubros propios de la revolución industrial. La alfabetización, en conjunto con otros avances científicos en torno a la medicina, y la concepción de la aplicación de cuidados de enfermería alejados del sentido de salvar el alma, propiciaron el desarrollo sistemático que permitió, mediante el incremento de años de educación, el proceso de profesionalización que se sigue construyendo.

En el siglo XX se crearon condiciones que transformaron la situación social de la mujer, el avance de la técnica, la expansión de hospitales, la participación de las contiendas bélicas y la institucionalización estatal del auxilio social, que en conjunto con la creación de asociaciones de enfermería, la literatura propia, programas de formación específicos y unificados, así como la creación de un título para el ejercicio de la enfermería, enmarcaron la posibilidad del reconocimiento de la enfermería en la universidad, requisito con el que actualmente se asume la profesionalización. Misma que para esta investigación se asume como un proceso dinámico que se transforma de acuerdo al contexto socioeconómico, cultural y político.

2.1.- Diferencias educativas de la enfermería.

El contexto donde se desarrolla la enfermería, a pesar de que Hernández Conesa lo pase por alto al señalar que se generó “una la transmisión de los cuidados enfermeros tal y como se desarrollaba en el país de origen de los colonizadores.” (Hernández 1995, P. 118) es necesario de abordar porque se considera erróneo que las prácticas mediante las cuales se atiende a los enfermos en una región con características económicas, políticas, históricas culturales y educativas específicas, se puedan transmitir de igual forma a otra región con características diferentes en los diversos ámbitos.

Elizabeth Jamieson en “la Historia de la enfermería” presenta un análisis global de cómo en distintas épocas y en diferentes territorios o naciones se fue consolidando la práctica enfermera. Por ejemplo, cuando se refiere a las Américas destaca que grupos como los Toltecas, los Aztecas, los Mayas y los Incas alcanzaron un alto grado de civilización (Jamieson 1968, P.34) que les permitió no sólo adquirir riquezas, sino que dejaron tras sí monumentos del arte humano en la construcción de templos y palacios que desafiaban a los egipcios. Este autor, sin dejar de señalar que se puede analizar poco de esta herencia milenaria porque los libros fueron destruidos por los invasores españoles, explica por un lado que los brujos y más adelante los sacerdotes, trataron de dominar las enfermedades humanas del cuerpo y la mente. Y por otro lado que “entre los indios en la fase de tribu, la posición de la mujer india era buena...y cuando menos en un grupo, una mujer tomaba parte como consejera en todos los asuntos que afectaban el bienestar de la tribu.” (Jamieson 1968, P.35).

Asimismo, cuando se refiere a México afirma mediante el análisis del manuscrito Badiano¹, que las prácticas médicas habían alcanzado un alto grado de adelanto.

“La terapéutica azteca utilizaba más de 1200 plantas medicinales cuyas propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, etc., los nativos tenían perfectamente estudiadas y conocidas.” (Jamieson 1968, P.356)

¹ Compilación hecha por los aztecas educados en el colegio de Santa Cruz, de la ciudad de México. Jamieson P 356.

De igual manera, comenta que los conocimientos de los Aztecas sobre los narcóticos eran superiores a los de la Europa del siglo XVI por lo que mediante los trabajos de Monardes se introdujeron tales conocimientos a los de dicho continente.

En otros antecedentes, que destaca Jamieson, se puede analizar su interés por explicar el desarrollo sobre la medicina de las culturas prehispánicas: los médicos de Moctezuma no sólo atendían a la nobleza sino que, en sus enormes jardines realizaban experiencias con las plantas medicinales que cultivaban. Hernán Cortés herido en una batalla fue atendido por cirujanos tlaxcaltecas del mismo modo que fueron atendidos sus hombres en la batalla de la noche triste y, entre otros antecedentes, “la figura principal era la Tlamatqui-ticitl o mujer encargada de la atención de la madre desde el momento que se sabía embarazada hasta la atención de los primeros meses del niño.

“Quien viera sólo el extraño ritual... podría ver en ellos sólo magia y superstición, pasando por alto el valor de su experiencia, la riqueza de su farmacología, sus atisbos de clasificación, la intuición maravillosas... Se equivocaría quien quisiera con sus ideas actuales del siglo XX, juzgar el valor de la medicina precortesiana... Juzgar el antiguo esplendor de la cultura maya o de la azteca por la decadencia de las masas indígenas actuales, después de cuatro siglos de sojuzgación, sería tanto, como dice Alfonso Caso, como juzgar la cultura helénica de los tiempos de Platón y de Pericles por la incultura de los actuales campesinos de Grecia.”
(Jamieson 1968, P.358)

Frank en “Desarrollo histórico de la enfermería” presenta una visión que difiere de la de Elizabeth Jamieson porque en lugar de valorar las prácticas Aztecas señala que “Los sacrificios humanos eran un ritual odioso que convertía la tierra, siguiendo a Motolinía, en un traslado del infierno.” (Frank 1961, P.165) Por lo que considera, entre otros aspectos, que la llegada de Cortés fue oportuna porque los indios oprimidos vieron en él a un libertador del imperio dominante representado por Moctezuma. No obstante, cuando el autor se refiere a los

conocimientos sobre herbolaria desarrollados en dichas culturas, coincide con Jamieson al señalar cómo “los españoles que llegan al nuevo continente, encuentran con asombro, civilizaciones ignoradas, pero florecientes, con rica herencia cultural de razas y pueblos anteriores.” (Frank 1961, P. 169) Sobresalen las civilizaciones mexicanas y el Perú, pero con mayor importancia la primera por haber sido la más temprana y la más adelantada científicamente.

Jamieson, destaca antecedentes importantes de cómo se ejercía la práctica de los cuidados enfermeros durante la época colonial, de guerra de independencia, de la época de la revolución y de la época moderna. Estos antecedentes arbitrariamente sintetizados conservan matices de las características con que se generó el desarrollo de la enfermería en los países Europeos. Estas características compartidas que considero trascienden², son el ejercicio de esta disciplina mayoritariamente por mujeres, la connotación de actividad práctica innecesaria de desarrollo intelectual, su relación con la Iglesia y con las contiendas bélicas, así como la relación asimétrica que guarda con respecto a otras prácticas apropiadas por los hombres (como la medicina, el derecho y el sacerdocio) y que desde el siglo XIV, se sistematizaron en la universidad.

No obstante, se considere que hay características universalmente compartidas, también se considera, que de acuerdo al contexto de las naciones, existen singularidades producto, en el caso de México, de la incorporación de prácticas extranjeras paralelamente que se desvirtuaba la agregación de prácticas y saberes pre-existentes de la región a la formación de las enfermeras contemporáneas.

Al respecto, los aportes de “culturas híbridas” (Canclini 2004) permiten reflexionar sobre la hibridación como concepto que trascienda el análisis de la

²La trascendencia, en tanto palabra, se utiliza para señalar que se asume hay transformaciones en la enfermería pero que la influencia de las categorizaciones femenina militar y religiosa mediante las que históricamente se construyó la imagen de una enfermera subordinada, persisten con matices dificultando el desarrollo

fusión cultural como libre de contradicciones, para dar cuenta de formas particulares de conflicto generadas en la interculturalidad. Por lo tanto, un análisis más centrado en hibridación es una veta que queda pendiente para esta investigación. Pero relevante de mencionar porque el surgimiento de la primera escuela de enfermería en 1907, como se detalla adelante, se respaldó con conocimientos desarrollados por enfermeras Alemanas y Norteamericanas en sus países, sin considerar que 75% de la población vivía en el campo y se ganaba la vida con trabajos agrícolas (Loyo 1999, P. XV). Así como el alto predominio de las lenguas indígenas que implicaba, según datos de Loyo, a más de dos millones de habitantes que desconocían el español porque se hablaban 72 idiomas con diferentes variantes, agrupados en 19 familias lingüísticas” (Loyo 1999, P.20). De tal manera, la influencia del desarrollo educativo internacional ha ocupado la primacía sobre las prácticas y costumbres con que hipotéticamente las comunidades rurales, ante la dificultad o resistencia para acceder a la reciente creación de hospitales, seguían utilizando. Generando una relación asimétrica del desarrollo de la enfermera mexicana quien al abordar un cuerpo teórico de conocimientos extranjeros sin incorporar también las prácticas y costumbres locales, se coloca en una situación de dependencia con respecto a la producción científica internacional.

Por ejemplo, la investigadora Lucila Cárdenas, hace un estudio desde la perspectiva de la sociología de las profesiones donde, mediante una metodología cualitativa retoma el trabajo documental y de campo para identificar los factores que influyeron para que la enfermera no fuera socialmente reconocida como profesionista. En esta investigación de corte histórico retoma el surgimiento de la enfermería moderna en México a principios del siglo XX, y recurre al contexto internacional para señalar que esta profesión transita por un proceso similar al de las enfermeras estadounidenses, sólo que cuarenta años después. (Cárdenas 2005, P.266).

Estas diferencias en el desarrollo de la profesión, posiciona a las enfermeras mexicanas en una situación de dependencia con respecto a los saberes que se sistematizan en el norte de la región, situación no casual porque, entre otros aspectos, mientras las profesionistas estadounidenses en su mayoría

“descendían de familias acomodadas y tenían una sólida formación, que influyó para que organizaran de forma programada y sistemática sus estudios.” (Hernández 1995, P. 138), en el caso de las enfermeras mexicanas, la práctica fue apropiada o designada para las mujeres de las clases económicamente desfavorecidas.

Esta diferencia con la que surge la sistematización de las enfermeras mexicanas con respecto a las estadounidenses, influye en la perspectiva ideológica-cultural con la que los alumnos se incorporan en los centros educativos en diversas naciones, constituyéndose como un factor en la formación de profesionales con capacidades muy diversas que van desde formar científicos propositivos —que además de desempeñar labores propias de su profesión contribuyen con su crecimiento— hasta formar profesionales reproductores del estereotipo de la enfermería como una actividad práctica que no requiere desarrollo intelectual.

2.2.-Diferencias educativas de la enfermería en la actualidad.

Los cuidados dirigidos al paciente, su cuidador, familia o comunidad son el punto nodal que diferencia la enfermería de las prácticas de otros profesionales de la salud. Sin embargo, estos saberes, a diferencia de los de otros profesionales, solo habían sido transmitidos en el ámbito de lo empírico por lo que su sistematización basada en procesos de investigación cobra auge en la segunda mitad del siglo XX, en países europeos pero sobre todo en Estados Unidos. En México (como se detallará más adelante) por características específicas de los contenidos curriculares, los grados académicos mayoritarios de formación técnica, las condiciones laborales en que ejercen la práctica profesional en instituciones de salud, entre otros, inciden para que las enfermeras continúen priorizando las actividades técnicas sobre las actividades de investigación.

Esta asimetría entre las actividades asistenciales de las enfermeras sobre las actividades de investigación mediante la que se sistematiza su actuar profesional es relevante de explicar, sobretodo si se toma en cuenta que históricamente ha predominado el humanitarismo de su acción sobre el de la producción científica.

(Rohweder 1979, P. 4) Por lo que se considera necesario un equilibrio entre estos rubros para consolidar la profesionalización.

La necesidad de una base científica que guíe la práctica enfermera es prioridad y está sustentado en textos como el de Nordmark Rohweder, en donde se parte de que la enfermera constantemente tiene que tomar decisiones por sí misma. Por ello, la necesidad de un método para resolver problemas es prioridad. El objetivo del texto es erigir un método para resolver éstos. Para esto, el autor diferencia los dos campos de acción de esta profesional: atención directa al paciente e interacción con otros promotores de la salud en beneficio del paciente (Rohweder 1979, P.9).

En la revisión de la historia de los cuidados de enfermería, la acción se dirige a brindar una atención Integral pero esta atención, dada la historia de cómo surge la enfermería dependiente de la medicina, hereda de la educación médica la tendencia de sus programas de estudio que parten de la descripción del hombre sano, luego abordan la patología y finalmente, la terapéutica. Planteando la enseñanza de la salud enfermedad como un proceso individual, biológico y natural. (Achard, 1980 P.13) Como si no hubiera factores económicos, en donde por ejemplo la pobreza, inciden en el desarrollo de determinadas enfermedades como la desnutrición. O como si los factores psicológicos, de los que por ejemplo, comen compulsivamente por ansiedad, no repercutieran en alteraciones biológicas que como la obesidad decantan en otro tipo de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial.

Para la enfermería, que se nutre de la experiencia de la atención directa al paciente, el biologicismo es insuficiente para planear una atención integral. Por lo que en la reciente bibliografía norteamericana que influye en la práctica de las enfermeras mexicanas, se considera no sólo el ámbito biológico, psicológico y social, sino también "la importancia de la espiritualidad y la religión en la salud y la enfermedad" (NANDA 2005, P.VII)

Considerar las diferentes dimensiones es la base para que la enfermera pueda satisfacer las necesidades normales y terapéuticas del paciente,

independientemente del tipo de enfermedad. Se considera necesidades normales el mantenimiento de la temperatura del medio ambiente adecuado, las necesidades de alimentación y balance hídrico, situaciones de limpieza, seguridad y comodidad del paciente, actividades que corresponden, en el caso de los hospitales, a personal de diferentes departamentos dedicados a proporcionar esos cuidados pero corresponde a las enfermeras por estar en contacto directo con el enfermo un mayor número de horas; vigilar, supervisar y adaptar el medio ambiente en beneficio del paciente. Esta satisfacción de necesidades llamadas normales son actividades independientes que la enfermera realiza sin prescripción médica pero que son influyentes en la recuperación de la salud. En cuanto a las necesidades terapéuticas, el médico es responsable del diagnóstico y tratamiento pero corresponde a enfermería vigilar la conjunción efectiva de los procedimientos terapéuticos dentro del plan de atención integral. Además, reitera Rohweder, es competencia de la profesión en estudio, valorar modificaciones a los métodos habituales de aseo y comodidad que por los diferentes tipos de enfermedad, demanda la atención de los pacientes.

Los conocimientos que requiere una enfermera para planear una atención integral del paciente, de atención a los diferentes ámbitos arriba mencionados, involucran conocimientos de las ciencias básicas y su relación con la enfermería clínica. Esta relación de las ciencias básicas (naturales y sociales) con la enfermería, así como de la importancia de la integración de los diferentes elementos es una veta que Rohweder deja a las capacidades de las profesionales, debido a que comenta, el desarrollo de su propio criterio es elemento fundamental para atender los problemas que el campo de su profesión representa.

Por tanto, se sostiene que para formar a profesionales con éstas capacidades se requiere de una formación integral que les permita relacionar los ámbitos prácticos y educativos con la investigación. Debido a que esta última, al ser considerada “el puente que une la teoría y la práctica dentro del proceso de búsqueda del conocimiento y base para conformar el juicio y fundamento de las acciones de enfermería” es elemental. (Benavides 2002, P.153).

Las investigaciones que sustentan el cuerpo teórico de conocimientos de la enfermería si han generado resultados para enriquecer la práctica educativa y asistencial de las profesionales. No obstante, por el contexto político, económico, social y cultural diferente entre las naciones, la cantidad y calidad de las investigaciones también ha sido diferente. Por ejemplo, en un análisis del contexto nacional e internacional de la investigación en enfermería (Benavides IMSS. p 156) señalan que en el caso de México, la investigación es insuficiente aunque se ha observado un incremento paulatino de 4.5% en 1989 a 15.7% en 1991, incremento dado en forma cíclica por lo que lo relacionan con la obtención de grados académicos o para trabajos de eventos académicos y científicos generados también de forma cíclica; con calidad deficiente sobre aspectos metodológicos y generalmente por autofinanciamiento. Situación que, aunada al 92.9% de las enfermeras reportadas con nivel de escolaridad técnico, influye para la baja generación de investigación. En el contexto internacional señalan como el primer firmante de la publicación a un profesional de enfermería con grado de doctor y con puestos laborales de profesor o investigador; con cantidad escasa; con metodología cuantitativa con muestras de pequeño tamaño; con predominio de teorías y marcos conceptuales psicosociales sobre las teorías de enfermería que, quizás por su reciente generación, se utilizan poco para enmarcar problemas de investigación.

Situación posible de relacionar a que el auge de la investigación data de los años 50. Década donde la *American Nurses' Association* crea una fundación dedicada exclusivamente a fomentar la investigación. Pero la mayor producción estaba dirigida al estudio mismo de la enfermera, por lo que se indagaba sobre características diferenciales, problemas y satisfacciones de las profesionales o estudiantes. Y sólo muy recientemente se han convertido en prioridad, los efectos que los cuidados de enfermería generan en los pacientes. (Polit 1985, P.5).

La primera etapa de auge de investigación norteamericana incidió en la década de los 70, para modificar aspectos de enseñanza, administración, contenido curricular y reclutamiento que influyeron en la enfermera para mejorar la

asistencia de los pacientes pero con la noción de la importancia del desarrollo paralelo de una base científica. Esta situación que implica ampliar la base científica donde se sustente su actividad generó el paso a una segunda etapa de desarrollo de investigación, porque de preguntas centradas en la enfermería como: ¿Qué beneficios brinda esta profesión?, se priorizaron investigaciones dirigidas a responder preguntas que permiten valorar la eficacia de las intervenciones enfermeras con respecto al resultado generado en los pacientes por sus acciones.

Esta sistematización de los cuidados enfermeros, en Estados Unidos permitió que en 1992, un equipo de investigadoras de la Universidad de Iowa, publicara la primera edición de "Nursing Interventions Classification" (NIC) en donde se abarcan las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. (Bulechuck Gloria 2009, P.VI). Esta edición funciona de manera interrelacionada con la "Nursing Outcomes Classification" (NOC) que "ayuda a los profesionales de enfermería y de la asistencia sanitaria general a evaluar y cuantificar el estado del paciente, cuidador, de la familia o la comunidad" (Moorhead Sue 2009, P, XIII). Por lo que en relación con la "North American Nursing Diagnosis Association" (NANDA 2005) se realiza la práctica de la enfermería con base a un diagnóstico enfermero para permitir programar las intervenciones de enfermería de acuerdo a la respuesta esperada. Esta ardua labor de investigación contó con la colaboración de un amplio sector de enfermeras profesionales y tiene como objetivo reportar resultados fiables y válidos para investigar la eficacia y efectividad de la enfermería en el desarrollo de una práctica basada en la evidencia y capaz de influir en la política sanitaria, asimismo, porque áreas de desarrollo y divulgación de conocimientos necesarios por los médicos y otros profesionales dependen de la medición de los resultados en los pacientes con respuestas a intervenciones enfermeras. (Moorhead Sue 2009, P. 22). Los resultados de investigación a realizar cada cuatro años pretende instituirse como una guía para mejorar prácticas asistenciales de docencia e investigación que a la vez influya para su perfeccionamiento. No obstante que NIC, NOC y NANDA se realizaron para ser aplicados a los cuidados enfermeros en Estados Unidos, se han traducido a ocho idiomas en donde se considera relevante su utilidad. Pero en el caso de México más específicamente

en el IMSS, la sistematización de la práctica mediante la influencia de los resultados de la investigación está en incipiente divulgación. Por ejemplo, a pesar de que las directivas de enfermería del hospital de gineco-obstetricia No. 3, hacen esfuerzos por divulgar el manejo interrelacionado del diagnóstico de enfermería (NANDA) con la respuesta esperada (NOC) de acuerdo las intervenciones realizadas (NIC), al solicitar un ejemplar de ello en la biblioteca del hospital, la respuesta fue negativa por su inexistencia a excepción del primer texto en una edición pasada. De igual forma, el grupo de enfermeras a quienes se difunde la información en el hospital de Gineco-obstetricia es heterogéneo, pero predominan con formación técnica, esto aunado a los bajos porcentajes con que se forma a las profesionales para desarrollar prácticas de investigación, incide para que éstas, más allá de generar aportes a las teorías de la comunidad Estadounidense —como lo demandada sus investigadoras—, la asuman como una guía para sistematizar su práctica cotidiana, pero ineficaz, si se considera que por factores agregados, (como la sobrecarga de trabajo en instituciones de seguridad social, las dobles jornadas laborales de las que realizan guardias extras, la distancia para trasladarse al hospital, la atención de los hijos y actividades domésticas) predominan las prácticas asistenciales.

Adoptar conocimientos sin considerar las necesidades específicas de una sociedad puede decantar en la banalidad en los mismos, por la falta de vinculación con la resolución de problemas específicos de una sociedad. Esto permite asumir que los antecedentes de la política educativa en México son una exigencia para comprender el proceso mediante el que se ha desarrollado la educación profesional de sus enfermeras.

2.3.- Política educativa del siglo XX y su influencia en el desarrollo de la disciplina enfermera en México.

El análisis de sucesos históricos coyunturales de la política educativa mexicana del siglo XX permite afirmar que es influenciada por la política nacional. El caso de la enfermería no es excepción, por lo que el escrutinio de sus particularidades, aunque no obedezcan a una política específica de ella, sí es abordada paralelamente en su vinculación con la historia de esta política.

La revisión de textos históricos de la enfermería de Jamieson, Frank, Bravo y Martínez busca reconstruir la orientación educativa de las enfermeras para analizar la influencia de la política educativa nacional, que se desprende de la revisión de los textos de Engracia Loyo, Quintanilla y Vaughn, Guevara Niebla, Pablo Latapí y Carlos Ornelas.

Como el análisis permite dar cuenta de que más que rupturas en los hechos históricos, existen puntos de continuidad, el corte tajante del escrito se realiza a partir del momento histórico en que Engracia Loyo construye “Gobiernos revolucionarios y educación popular en México” porque parte de la creación de la escuela rudimentaria que durante el gobierno de Porfirio Díaz, simbolizó el paso de una educación elitista a una popular. El desarrollo de esta última fue el contexto en que se gestó la sistematización de la práctica de enfermería.

El tránsito por el modelo empírico, empírico práctico a uno teórico-práctico del desarrollo de la enfermería en México, tiene sus antecedentes en el periodo pre-revolucionario en el que no se sistematizaba la práctica. Contrario a la medicina, que en 1579, poco después de la fundación de la Real y Pontificia Universidad de México, reguló su práctica pero dirigida a las élites.

Engracia Loyo da cuenta del desafío que implicó para los gobiernos masificar la enseñanza básica. En el caso del cuidado al enfermo –en ese entonces linealmente vinculado a la mujer– se aprendía “sobre la marcha”, como ocurrió con la primera enfermera militar Refugio Reyes que “en 1907 entró a el Hospital de Guadalajara como costurera. De ahí pasó como auxiliar al departamento de cirugía, y el general Urriza, viendo su interés por los enfermos, le dio el grado de sargento primero y la puso a trabajar como enfermera.” (Frank 1961, P. 205).

En otros espacios, los médicos influidos por sus viajes al extranjero generaron la iniciativa para que se construyera el Hospital General de México, semejante al Bilchow de Berlín, inaugurado en 1905. La concentración de enfermos en esta instancia demandó personal para atenderlos, por lo que por iniciativa médica se crea la primera escuela en 1907. Ésta estaba dirigida a un pequeño sector de la población porque el requisito de entrada era el certificado de primaria y, según

datos de Loyo, la mayoría de la población era analfabeta. La educación primaria cobraría auge hasta la creación de la Secretaría de Educación Pública en 1921, por lo que el grado máximo de formación en nivel primaria, alcanzaba el segundo grado debido a las situaciones de precariedad en que se encontraban la mayoría de los 13 millones de mexicanos reportados en esa década, de los cuales el 75% vivía en zonas rurales, que aunado al uso de lenguas indígenas, dificultaba el proceso de masificación de la educación primaria.

Elizabeth M. Jamieson, señala que el requisito era cursar hasta cuarto año de primaria, situación más cercana a la condición de educación de la población mexicana de principios del siglo XX. Muy diferente a la formación estadounidense, puesto que en 1909 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minnesota fue la primera en formar parte integrante de la estructura universitaria. (Hernández 1995)

El progreso de la enfermería en otras naciones influyó para formar a las enfermeras mexicanas. Se encargó a dos profesionales Alemanas con experiencia, la misión de dirigir y formar al grupo de enfermeras mexicanas. Tarea que después sería sustituida por Mary McCloud y Ana Hamburi, dos enfermeras norteamericanas. (Frank 1961, P. 203)

Las mujeres que ingresaron a la escuela de enfermería en el México de principios de siglo XX eran minoría y gozaron de gran prestigio. Sin embargo, el periodo revolucionario demandó la necesidad de la emergencia de mujeres mexicanas que “se introducían en los campos de batalla a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos.” (Jamieson 1968, P. 362)

Las condiciones del momento implicaron que en el régimen de Carranza se tratara de imprimir a la educación un carácter militar. Incluso se impartieron “clases obligatorias de enfermería entre las mujeres y las alumnas de primaria superior.” (Loyo 1999, P. 40)

La revisión de los textos históricos de enfermería da un salto hasta el año de 1927, por ser cuando la escuela de enfermería comenzó a depender de la Facultad de Medicina, quedando la dirección de la reciente disciplina incorporada a cargo del Director de medicina. Situación que permite especular que las condiciones para ingresar a enfermería, además de tener buena salud y moralidad, continuó siendo el nivel primaria, puesto que es en 1936 cuando se impone como requisito el certificado de secundaria.

Requisito posible, porque como señala Loyo, durante el mandato del Presidente Álvaro Obregón, el Subsecretario de Educación, Bernardo Gastelúm, presentó al Consejo Universitario un plan de reestructuración de la preparatoria que era una ampliación de la primaria y preparación para el ingreso a la Universidad. Dicha educación no sería obligatoria y se desarrollaría en tres años, pero no se consolidó sino hasta diciembre de 1925, cuando después del decreto presidencial de Plutarco Elías Calles, se ponen en marcha las escuelas secundarias en el periodo “de la modernización”.

Aunque esta reforma motivó debates que fluctuaban entre la oportunidad de incrementar los años de educación de una mayoría, de ampliar y perfeccionar la enseñanza superior, así como de funcionar como un filtro impidiendo el acceso a la educación superior de las mayorías, en la enfermería se incrementaron sus años de educación, repercutiendo en su formación. Sus estudiantes se integraban, en algunas ocasiones, con los grupos que llevaban la pedagogía de la acción a las comunidades, contribuyendo, mediante la implementación de prácticas sanitarias (que en muchos casos cobraban relevancia sobre las necesidades de educación), con el crecimiento demográfico, que para entonces con 16.6 millones de mexicanos continuaba en ascenso, paralelo al desarrollo económico, político y social que se generaba en el país.

Esta utilidad social de la profesión incidía débilmente en el desarrollo sistematizado de la educación. Ocupaba un lugar intermedio, por un lado dependía de la Universidad pero sin que las estudiantes contaran con preparatoria. Ingresaban con una formación secundaria, a diferencia de otras profesiones que en dicha instancia se impartían, a pesar de que la necesidad de

mayor preparación de las profesionales y su desempeño se incrementaba junto con las necesidades de salud de la población mexicana. Esta práctica que requería formación universitaria, se mantenía en un lugar de sub-profesión, respondiendo a intereses políticos, culturales y económicos beneficiados por el lugar de subordinación (femenino, militar y religioso) que ha ocupado la práctica, al ligarla más a lo caritativo vocacional que al desarrollo profesional.

Durante la presidencia de Lázaro Cárdenas se asume una especie de vacío de información. La mayoría de los autores citados establecen un puente entre 1936 cuando se requisita la secundaria, pasando por 1937 cuando se inaugura la escuela militar de enfermeras, hasta mediados de los cuarenta cuando surgen las instancias de seguridad social.

En “Sociología de una profesión, el caso de enfermería.” de Matilde Martínez, se abordan los cambios curriculares que permitieron obtener una mejor preparación cultural en general, pero no ahonda en el impacto que el carácter socialista de la educación generó en el campo de la enfermería, profesión que a pesar de las leyes de reforma, en donde la Iglesia se subordina al Estado y su práctica ya no es adjudicada a las religiosas, siguió manifestando una tendencia clerical, a pesar de lo consagrado en la Constitución de 1917, en cuanto a la laicidad de la educación. (Martínez, Sociología de una profesión, el caso de enfermería 1985)

Género y religión son categorías que Vaughn examina por sus implicaciones en la puesta en práctica del modelo educativo de Cárdenas. Comenta que los textos socialistas incluían a las mujeres pobres, pero únicamente para retratar a la familia como piedra miliar de la sociedad; en ellos las mujeres no tenían voz, no formaban parte de la organización política. Por su lado, la Iglesia era vista como generadora de la explotación, el retraso y el fanatismo. Estos ideales plasmados en los textos permiten en contraposición con la variedad de respuestas de los sujetos sociales de diferentes regiones de la nación, compartir para el campo de la enfermería la conclusión de que la política educativa no logró modificar las bases de la práctica escolar. (Quintanilla y Vaughan 2001, P. 10)

Vaughn evade una perspectiva estatista por evidenciar los conflictos entre diversas fuerzas políticas y poderes en pugna en las diferentes regiones del país. Da cuenta de un Estado débil, en donde la participación de la sociedad civil, los maestros y los representantes eclesiásticos ponían en tensión la aplicación de las reformas educativas que proponía el Estado, mismas que sólo pueden ser entendidas en interacción con los sucesos políticos y económicos del momento. Ello explica en gran medida –señala la autora– la relativa estabilidad política que México gozó después de 1940.

En los años cuarenta se crean importantes transformaciones a escala nacional, en donde el papel de las escuelas es concebido como factor de movilidad social y como constructor de sistemas democráticos. En 1945, se “independiza la escuela de enfermería y obstetricia de la Facultad de medicina y toma el nombre de Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia” (Vázquez 2003). En mayo del mismo año “se decretó la ley reglamentaria, relativa al ejercicio profesional quedando en el artículo segundo como una profesión que requería título para su ejercicio” (Vázquez 2003, P.10)

También surgen grandes instituciones de salud como Instituto Nacional de Nutrición y el Instituto Nacional de Cardiología, pero sobre todo, en términos de cobertura, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el IMSS. Esto demandó incremento de profesionales que ingresaban con secundaria, como requisito para estudiar enfermería en tres años por lo que los hospitales del IMSS e ISSSTE, así como el Español, crean sus propios centros incorporándolos a la UNAM y adoptan los programas educativos de nivel técnico. Sin embargo, alternativamente en las escuelas privadas se creaban planes educativos, muy distantes de los que se gestaban en la Universidad, con programas dirigidos a formar auxiliares de la disciplina con contenidos fluctuantes entre los seis meses a un año pero sin regulación de los contenidos académicos implementados y con privilegio el dominio de actividades asistenciales sobre las de fundamentos científicos implicados en la realización de éstas. Por lo cual, la tendencia del auxiliar de la enfermera es la habilidad de reproducir prácticas pero con nulas o escasas capacidades para transformarlas. Por ejemplo, en el Contrato Colectivo de Trabajo se desglosan

sus funciones, pero brevemente se sintetizan en actividades prácticas como la toma de signos vitales, la somatometría; auxilia al médico, estomatólogo y al profesional de enfermería en el tratamiento médico-quirúrgico del paciente; proporciona cuidados generales al paciente; participa en cuidados postmortem; enseña procedimientos higiénicos-dietéticos y entre otros participa en actividades de educación para la salud del paciente y su familia; corrobora que el personal de intendencia; realice el aseo de la unidad; prepara y esteriliza el equipo y/o instrumental necesario de acuerdo al procedimiento establecido; así como actividades docentes y técnicas-administrativa de las actividades realizadas. (SNTSS-IMSS 2012, P. 102)

En el área de Salud pública hubo avances: En el Distrito Federal se creó en 1945 la Oficina General de Enfermería Sanitaria con profesionales que estudiaron la especialidad en Estados Unidos y Canadá, con beca por la fundación Rockefeller. (Martínez, Sociología de una profesión, el caso de enfermería 1985, P.90) La práctica sanitaria enfermera en México incidió mejorando la salud de la población después del periodo revolucionario. El Estado, en busca de la consolidación de su hegemonía, penetraba con distintos programas en las comunidades para que, en combinación y como efecto de la masificación de la enseñanza básica, se transformaran condiciones de sanidad en las diferentes regiones. Esto trajo la prevención de la desnutrición y la mortalidad materna e infantil, que hasta antes de este siglo poco había impactado en el crecimiento demográfico del país. Esta profesión cobra auge durante la política de Cárdenas, pero es en los cuarenta cuando se consolida de forma más sistematizada la formación de este profesional.

Martínez aporta que en 1939, había 658 personas preparadas en enfermería sanitaria en la República. Este grupo de enfermeras se formaron, mediante becas que recibieron de Rockefeller en Canadá y Nueva York, para el desarrollo de actividades de saneamiento del medio, enfermedades transmisibles, epidemiología e higiene infantil, materna y escolar. Estas profesionales que se encargaron de adiestrar a estudiantes de diferentes estados, también germinaron nuevas escuelas en donde todavía no existían, porque estas

actividades de difusión eran la prioridad del personal que integraba la Oficina General de Enfermería Sanitaria.

Esta profesional que establece relación constante directa con la comunidad y los individuos, considero surge de las demandas de salud de la sociedad en constante crecimiento, que para entonces significaba cerca de 20 millones de mexicanos, manteniendo el ascenso en la tasa de crecimiento por lo menos hasta la década de los setenta, ocasión para llevar a las autoridades a determinar “que se necesitaba un mayor número de enfermeras que de otros trabajadores de Salud Pública.” (Martínez, Sociología de una profesión, el caso de enfermería 1985, P. 143)

Martínez señala que en 1950 se incluyó en el currículo de la ENEO, cursos de salud pública y Enfermería; para 1956 se hizo lo mismo en los estados de la República.

En estos años la UNAM atravesó diversas transformaciones, porque en la revolución mantuvo a sus intelectuales como espectadores que desatendieron en sus programas y planes de estudio las demandas campesinas. De los años veinte a los cuarenta, se impulsaron a nivel público numerosas reformas sociales con un amplio sentido popular que incluía principalmente al campo que a la ciudad y la educación básica y no la superior.

La desvinculación de la Universidad con las políticas de Estado generó diversos conflictos: la lucha por la autonomía, la libertad de cátedra, que cobra auge durante el intento de educación socialista de la política de Cárdenas.

Estos, entre otros, fueron sucesos de transformación de la Universidad que favorecieron en 1940 a los intelectuales para desempeñar un papel más activo para sustentar “la nueva alianza entre la intelectualidad liberal y el Estado mexicano.” (Guevara 1990, P. 59). Asimismo, permitieron un excepcional apoyo financiero y político por parte del Estado a la UNAM, para recuperar su posición privilegiada que, junto con diversas circunstancias históricas, tanto nacionales –como el crecimiento de la matrícula, los límites y contradicciones que comenzó a mostrar el desarrollo industrial dependiente, que afectó tanto las formas como

al mercado de trabajo intelectual y los cambios políticos que implicaban el rechazo al autoritarismo estatal y al monopolio del PRI– como internacionales –movimientos estudiantiles en diversos países estimulados por la revolución cubana, la guerra de Vietnam el conflicto chino soviético– posibilitaron la emergencia estudiantil.

Estos antecedentes aunados a la emergente función social que desempeñan las enfermeras, así como la necesidad de una mayor preparación en el contexto del desarrollo tecnológico, y su utilidad en el tratamiento de las enfermedades que impacta en las políticas de salud, son fenómenos que permitieron la obtención del nivel licenciatura en la ENEO. En 1967, fue aprobada la currícula para la licenciatura en Enfermería y obstetricia, que incluía como requisito la preparatoria (García 2007, p.66). Cambio trascendente para la UNAM porque gestada en el periodo pre-revolucionario para educar a las élites, se transforma hasta generar la profesionalización de una disciplina que históricamente se consideraba como de las clases populares.

Pablo Latapí en “Análisis de un sexenio en educación en México 1970-1976”, muestra un Estado débil, que toma decisiones encaminadas a la transformación del país para mantener su papel hegemónico tan fuertemente debilitado, principalmente por los sucesos de finales de los sesenta. Esta coyuntura, desde la perspectiva del investigador, implicaba una reforma profunda, más allá de concebir intuitivamente la masificación de la enseñanza como la panacea para disminuir las desigualdades sociales, por una planeación con una visión integral de las necesidades que demanda el desarrollo económico y político de la nación y de los límites por los que la educación podía alterar esos aspectos.

Este periodo se caracterizó por una expansión de escuelas que permitió logros: un proyecto educativo para los adultos, reforma en planes y programas, así como libros de texto que beneficiaron la educación básica y, entre otros, el surgimiento de escuelas como el colegio de bachilleres. Las enfermeras se beneficiaron por el incremento de la oferta educativa tanto en el sistema escolarizado como en el abierto, donde se permitía a estas profesionistas con experiencia laboral incrementar su nivel académico.

La expansión educativa poco influyó en el desarrollo de la profesión, ya que se pueden asumir retrocesos en algunos ámbitos: se suprime la partera profesional y se promueve la práctica empírica. Contradicción que se explica por el interés de los médicos por asegurar un nuevo campo a su profesión, que en México habían desarrollado históricamente las mujeres, otorgándole un fuerte reconocimiento social que en este siglo, en las luchas por el poder en las profesiones, le fue arrebatado, en lugar de la generación de políticas educativas propicias para la sistematización y, por ende, mayor comprensión de esos conocimientos.

Asimismo, comienza un declive de la enfermera que realiza labores sanitarias, se suspenden las visitas domiciliarias y se le adjudican labores superfluas, porque se buscó sustituir las acciones semejantes “con personal empírico que trabajó a menor costo y con más sumisión.” (Martínez, Sociología de una profesión, el caso de enfermería 1985, P.93)

Unas de las bondades de la expansión de escuelas de enfermería, fue que las enfermeras asumieron parcialmente la responsabilidad de la educación de las nuevas profesionales, que hasta entonces se había caracterizado como obligación de los médicos, permitiendo que en 1975 se nombrara a una enfermera como directora de la ENEO, ya que anteriormente sólo había sido dirigida por médicos. Aunque decantó en otras problemáticas, consecuencia de la falta de formación de estas profesionales en la docencia, pues habían aprendido de la disciplina pero no cómo transmitir o generar nuevos conocimientos.

La política de la expansión educativa sin definir los costos que implicaba la oferta laboral, sostiene Latapí, forzó al empleo público a incrementar el gasto corriente federal, sin recaudación tributaria que pudiera respaldar eso que fue una de las causas de la inflación del momento.

Los ochenta, se caracterizaron por una crisis económica que afectó al ámbito educativo en general y a las enfermeras en particular. Enfrentándolas a la contradicción entre la reciente profesionalización y las condiciones económicas.

En enfermería “mientras las escuelas universitarias se preocupaban por aumentar la calidad profesional, las instituciones que empleaban a sus egresadas buscaban la forma de abatir costos, contratando recursos humanos menos calificados para disminuir el gasto en salud, lo que provocó desempleo y subempleo en la mayoría de las profesiones” (Martínez 1985, P. 139)

El Estado promovió la creación de escuelas con enseñanza técnica como las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP) y el Colegio Nacional de Estudios Profesionales (CONALEP), agravando el reconocimiento del nivel licenciatura para los egresados que se enfrentaron a una oferta de trabajo técnico por parte de las instituciones.

Martínez describe aspectos relevantes: el crecimiento de las escuelas que para 1982 incluían un total de 142. Los planes de estudio de la ENEO vigentes desde 1978, fueron pauta para las demás escuelas de enfermería que implementaron el nivel licenciatura en el país. Este programa de estudio a nivel licenciatura retoma aspectos del programa de formación técnica pero se añaden Ética, Etimologías e iniciación a la Psicología así como estadística y nutrición. (Martínez 1985., P.126)

Con respecto a los planes de estudio, comenta la autora, son dispersos y reflejan el enfoque biologista, técnico y curativo que ha predominado en los estudios de enfermería desde sus orígenes, en detrimento de la necesidad de generar capacidades a la enfermera que le permitan planear sus cuidados y no sólo adoptar modelos teóricos americanos o ingleses que, aunque se adaptan, son ajenos a las necesidades de la población nacional.

Carlos Ornelas en “El Sistema Educativo Mexicano” ahonda en las vicisitudes de una reforma educativa que descentraliza la educación básica en 1992 y su vínculo con la transformación del Estado. La transición de un sistema benefactor a uno con rasgos neoliberales, incide en las transformaciones de diversas instituciones generadas en el primero.

El corporativismo encaminó un sistema educativo promotor de la movilidad social que permitió a muchas enfermeras continuar su desarrollo académico en una

amplia gama de ofertas educativas. Al parejo de la construcción del nacionalismo mexicano, disfrutó de las “bondades benefactoras” plasmada en la creación de instituciones como la SEP y de seguridad social, que para enfermería significó posibilidades de generación de nuevos niveles de estudio y fuentes de trabajo, con los que impulsó a la profesión simultáneamente con la contribución del desarrollo económico, político y social de la nación.

La transformación del Estado corporativo al neoliberal cobra auge a partir de los ochenta, cuando México ingresa al GATT y al Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá. La adopción de esta política, significa de acuerdo con el análisis del autor, que el Estado debe retirarse por completo de la actividad productiva y únicamente garantizar el respeto a la iniciativa particular regulando lo menos posible la economía. (Ornelas 1995, P. 322)

Este es el contexto en donde el IMSS –institución creada por la política benefactora– se transforma y genera, entre otros aspectos, la modalidad educativa “años posteriores” en convenio con la UNAM, para que sus enfermeras se profesionalicen.

Sin embargo, el análisis sobre el contenido curricular desequilibrado que incorporan del plan de estudios de la UNAM, y las pocas modificaciones, a nivel macro social, que la institución de salud genera para que se les reconozca a las enfermeras el nivel escolar, permite aseverar que predomina el interés utilitarista que concibe la educación como la posibilidad de programar la productividad de los individuos sobre el desarrollo integral de la profesión. (Ratinoff 1994). La tecnocracia cumple un papel hegemónico sobre las necesidades de transformación de los contenidos educativos de las licenciadas en enfermería que requieren desarrollar capacidades de docencia e investigación que repercutan en el desarrollo de la profesión. Necesidad que con el 3% y 4% que la UNAM dedica, correspondientemente, a estos rubros, no es satisfecha, puesto que limita la posibilidad de generar nuevas capacidades para sistematizar sus saberes y desarrollo de nuevos conocimientos, contradiciendo al plan sectorial que en el apartado de educación superior señala, entre otros aspectos,

que contribuirá mediante la educación a disminuir las desigualdades en materia de género.

Por tal motivo, antes de analizar la modalidad educativa “años posteriores” se analizarán las capacidades que pueden generar los contenidos educativos de las principales universidades públicas de México.

3.-LA DESIGUALDAD CURRICULAR EN LA DISTRIBUCIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO.

El análisis histórico permite fundamentar que hay factores que caracterizan a la enfermería como una práctica carente de la necesidad de desarrollo científico. Este perfil institucionalizado se legitima mediante connotaciones subjetivas como las categorizaciones históricas, que ya se han planteado, pero que no se pueden asir objetivamente y con aspectos concretos como los contenidos curriculares que evidencian la tendencia a persistir de la institucionalización.

El objetivo de este apartado es analizar cómo incide el contenido curricular de la enfermería en una distribución social del conocimiento para generar prácticas encaminadas a la autonomía de la enfermera. Acceder a dicha distribución de conocimiento permite al individuo trascender la socialización primaria o conformada en el seno familiar por la socialización secundaria o conformada por instituciones como la escuela, la religión y el trabajo, que entre otras, permiten al individuo erigirse como un sujeto social. No obstante en el acceso a prácticas que permiten generar nuevos conocimientos de forma sistemática, históricamente siempre ha habido una desigualdad. Por lo que el análisis de cómo se ha distribuido el conocimiento para las enfermeras es fundamental.

La revisión documental e histórica del desarrollo de la disciplina de enfermería permite aseverar, que a lo largo de los últimos cien años, de un modelo empírico, ha transitado por uno empírico-práctico a otro teórico-práctico. Este progreso se vincula al crecimiento de las diversas necesidades que representaba el

acelerado crecimiento demográfico que de 13,600.000 habitantes en 1910, se incrementó a 112, 336,538 habitantes para el 2010.³

Esta situación demográfica ha implicado el incremento de personal profesional capaz de atender las necesidades de salud y/o enfermedad de la población creciente. Asimismo, se ha requerido, por parte de este profesional, la incorporación acelerada y constante de habilidades para la utilización de aparatos sofisticados, producto del desarrollo científico y tecnológico, que cada vez más, se utiliza para el diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades.

Estas modificaciones en el crecimiento demográfico, principal efecto de las políticas del Estado benefactor (Thoenig y Mény 1992, P.21), se posibilitaron por la creación de instancias de seguridad social, en combinación con la demanda creciente de personal por parte de éstas. Este ha sido el contexto en donde la demanda de profesionistas, permitió el aumento acelerado de escuelas de enfermería. De la creciente cantidad de 80 escuelas que había en 1972, se incrementaron a 443; de este total, 74 con nivel licenciatura y 416 con nivel técnico; 50% privadas y 50% públicas. (Cárdenas 2005, P.121).

Este rápido crecimiento de escuelas ha impactado en dos principales aspectos: en la diversidad de modalidades educativas que implica que mientras en algunas escuelas se prepara personal con licenciatura, maestrías y doctorados, en otras se dispone con niveles técnicos y con categorías de auxiliar en enfermería; favoreciendo una amplia diversidad del personal que conforma el gremio y que puede implicar una serie de efectos no deseados, que las enfermeras generan con su práctica cotidiana pero que se abordan en otro apartado. El segundo aspecto, es la falta de regularización de un contenido educativo que establece diferentes criterios de como se debe formar al profesional de enfermería en el grado de licenciatura.

3.1.-La asimetría en los contenidos académicos de la enfermería.

Analizar los contenidos académicos de las principales universidades que imparten la disciplina es relevante porque la asimetría curricular no es fortuita. Incide para que las enfermeras reproduzcan actividades prácticas que se han

³www.INEGI.gob.mx

heredado de otras generaciones. Mismas que aplicadas en el contexto actual (en donde se incorporan aparatos producto del avance científico y tecnológico, como por ejemplo los equipos de ventilación mecánica que a manera de extensión al cuerpo humano, realiza la función artificial de respiración que éste, por alteraciones fisiológicas ya no puede realizar) van innovándose pero sin la sistematización teórica y científica de su acción. Por lo que para las enfermeras, es más fácil recurrir a la bibliografía médica o de enfermería inglesa o norteamericana pero que no centra en la particularidad de necesidades que demanda un paciente mexicano que respira mecánicamente. Necesidades, que por citar un ejemplo, son la aspiración frecuente de secreciones en vías respiratoria, la vigilancia del estado de conciencia, la movilización constante del cuerpo que evite complicaciones secundarias, el cuidado de sistemas de entrada de líquidos y drenajes. Así como el apoyo emocional para el paciente y la familia, que entre otra multiplicidad de prácticas cotidianas se generan regularmente de forma empírica pero sin dejar huella teórica.

La falta de sistematización de sus saberes incide para que la profesionalización no esté acorde con cambios sustantivos en el ámbito político, económico y cultural que idealmente la debieran acompañar. El predominio y el desarrollo de las actividades prácticas es un elemento por el que se advierte el avance de la profesión pero también es un factor para analizar como causante de la desigualdad educativa con respecto a otras profesiones.

Para este apartado, retomo el análisis presente en la tesis de Josefina Vázquez (Vázquez 2003, P.41), porque detalla los ejes de formación de la licenciatura. Los efectos que cada eje de formación genera en la práctica es respaldado con datos producto de la observación participante y entrevistas realizadas a las enfermeras que laboran en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 "Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez" C.M.N "LA RAZA", específicamente las del turno vespertino que cuentan con la licenciatura por la modalidad educativa en estudio, así como de las enfermeras que ocupan puestos directivos.

Estos ejes, Josefina Vázquez, los retoma del Consejo de Acreditación de Enseñanza de Enfermería A. C. (CACEE), una de las comisiones a las que se

les ha delegado la evaluación de la calidad de la profesión. La guía para la formación del nivel profesional o licenciatura de las enfermeras se orienta hacia lo biológico, psicológico y social del individuo. Asimismo el CACEE establece que el plan de estudios debe considerar tres áreas: básica, biomédica y socio médica.

Asimismo, señala Vázquez, que el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior A.C (CENEVAL) a través de la coordinación del Examen General de Conocimientos para enfermería (EGCP) elaboraron el perfil referencial para validar el examen del CENEVAL. Este perfil abarca cinco grandes procesos, que Josefina Vázquez marca de la siguiente manera: asistencial, mismo que se subdivide en cuatro subgrupos; la implementación del Proceso Atención de Enfermería (PAE), ciencias básicas, biomédicas y ciencias sociales. Educativo, en donde los alumnos obtienen conocimientos para el manejo de grupos, técnicas educativas, técnicas de comunicación oral y escrita. Administrativo, en donde el alumno participa en la planificación y programación en salud y aplica métodos y técnicas administrativas en el Contexto del Sistema Nacional de Salud. Investigación, en donde se enseña al alumno a indagar y procesar información en relación con los problemas de salud de manera que genere mayor capacidad para enfrentar y resolverlos. En el caso del rubro cultural, señala la autora, no se contabilizó porque en el plan de estudios no se detalla la forma en que se promueve el conocimiento en el alumno. Omisión que fue interpretada, por ella, como una “falta de integración, de estas actividades cuando deberían estar presentes y tener un reconocimiento en créditos para estimular a los alumnos y así elevar su desarrollo no sólo como profesional sino como un ser con una formación total y armónica.” (Vázquez 2003, P.41)

Con base a este perfil y comparando con las horas dedicadas a los programas y su relación con los contenidos de las principales funciones, la autora elaboró una tabla en donde se concentran los datos de tres de las principales instituciones educativas públicas de nuestro país.

Tabla 3.1

Cuadro 3.2.4

Contenidos de los programas y su relación con el perfil de desempeño.

FUNCION	UAM-X %	CICS(POLI)	ENEO(UNAM)
Asistencial	48.5%	82%	87%
Educativa	8.2%	2.5%	3%
Administrativa	8.2%	5.5%	6%
Investigación	34.9%	10%	4%
Total	100%	100%	100%

Fuente: tesis "Evaluación de la formación profesional en enfermería a través de los egresados. El caso de la UAM -X" México 2003

Como se puede apreciar los programas de educación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS) y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) privilegian, aunque con un matiz importante en la primera institución, el área asistencial con un 48.5%, 82% y 87% respectivamente; en el caso de las funciones educativas dedican 8.2%, 2.5% y 3%; para el área administrativa dedican 8.2%, 5.5% y 6%, Finalmente para el área de investigación dedican 34.9%, 10% y 4% de acuerdo al orden que se ha establecido.

El mayor porcentaje que la UAM-X dedica a investigación con respecto a las otras instituciones, admite dar cuenta de su relevancia para transformar la visión de la profesión como carente de desarrollo científico. Sin embargo del 100% de enfermeras del turno vespertino del hospital en donde se realiza la investigación sólo 1.5% del personal es egresado de dicha universidad, pero ninguno realiza alguna investigación en la actualidad. Por lo que una investigación que se centre en el seguimiento de los egresados de esta institución vinculado con los factores históricos que trascienden subjetivamente para que éstos, que cuentan con una formación más simétrica para investigar, no la estén llevando a cabo.

Estos resultados que privilegian el área asistencial, con una diferencia abismal con respecto a la investigación, sobre todo en el CICS que dedica un 10% y la ENEO un 4%, debe ser analizado en relación a los antecedentes históricos que trascienden subjetivamente influyendo en la alta tendencia que mantiene a las mujeres efectuando la asistencia del enfermo. Práctica, que como señalan algunas de las entrevistadas, realizan en combinación con las actividades

domésticas y el cuidado de los hijos, que también a través del tiempo han realizado predominantemente ellas.

La relación del trabajo domestico que con predominio han realizado las mujeres ha sido una labor considerada como un trabajo improductivo o que no produce valor a diferencia del que sí, que es el productivo. En la teoría de la estratificación social, nutrida principalmente por Marx, Engels y Weber, se analiza y cuestiona este factor mediante el que surge otra interpretación. El trabajo domestico es el eslabón esencial de la cadena productiva. Con dos principales funciones: la reproducción diaria de la fuerza de trabajo de la familia que prestan sus servicios en la economía del mercado y la reproducción de las generaciones nuevas de trabajadores. Sin embargo esta transmutación teórica que influye para resignificar las labores domésticas ha carecido de efectividad porque a pesar de ser una actividad practica productiva, existe un alto predominio para que la sigan realizando las mujeres.

Esto puede ser explicado mediante el análisis de la familia porque como comenta Frank Parkin, la justificación teórica para centrarse en la familia y no en el individuo para investigar los factores de desigualdad, es la necesidad de poner de manifiesto el mecanismo por el cual privilegios y ventajas se transmiten de una generación a la siguiente. (Bottomore y Wisbet 1988, P.711). Aspecto por el que analizar la desigualdad de género plantea dificultades mayores que el estudio de la etnicidad. En este, las distinciones son de otra índole como color de piel, fe religiosa o lenguaje. Pero no se obliga a renunciar a las ideas de familia, parentesco y descendencia, que para plantear transformaciones en las desigualdades de género, si es un tema de relevancia.

La importancia de la actividad práctica que realiza la mujer en el ámbito del hogar hoy en día parece incuestionable, así como la relevancia de las actividades prácticas que realiza en mayor proporción las mujeres enfermeras en los hospitales. Sin embargo, el efecto de los contenidos curriculares reproduce una jerarquización en la importancia que su acción tiene con respecto a la medicina. Esta consecuencia reproduce la idea desvalorada de su actividad por generar nullos, o escaso elementos para sustentarse como una actividad intelectual.

Mismo que con base al análisis de la estratificación social podría ser el elemento para excluirlas de la categoría de la clase obrera. En el caso de las enfermeras no se puede hacer una interpretación lineal de dicha afirmación, porque no se puede desconocer que por lo menos para las que laboran en el IMSS, acceden a una serie de prestaciones laborales, que les permiten su desarrollo en otros ámbitos sociales. Pretender agrupar a las enfermeras en una dimensión social sería caer en el error de aglutinar diferentes aspectos como los ingresos, la religión, la educación y la biografía dentro de un sistema coherente de estratificación. Esto obnubilaría la importancia de dar cuenta de la relevancia de la heterogeneidad como un elemento que puede generar procesos de asimetría entre la realidad objetiva y subjetiva junto con la identidad, que en conjunto pueden generar lo que teóricamente se denomina socialización deficiente o crisis producto de la asimetría entre lo que el sujeto asume que es y lo que los demás esperan de él. Situación que potencialmente puede decantar en un conflicto que altere el orden social hasta el momento legitimado pero que ya no esta acorde con las necesidades educativas de las enfermeras de hoy.

Analizando otro eje de formación, en lo que respecta al 8.2%, 2.5% y 3% que ocupan los procesos de educación en la formación del profesional de enfermería, en la UAM, el IPN y la UNAM, respectivamente, se puede cuestionar si esta proporción es capaz de sustituir la presencia médica, por docentes enfermeros que cubran las necesidades en las instituciones educativas.

La primera escuela de enfermería en México surgió en 1907 como parte de la iniciativa medica del doctor Liceaga (Cárdenas 2005). Situación relevante porque los médicos continuaron, y todavía hoy aunque en menor proporción, con la responsabilidad de la educación de las enfermeras.

Esta situación que ha implicado el control por parte de la medicina de los contenidos curriculares y la reproducción en el orden de lo simbólico de la enfermería como un área auxiliar de la medicina es un factor fundamental de cambio en combinación con modificaciones en otros ámbitos sociales, para que se diluya esta connotación por otra que la constituya como una profesión en colaboración no sólo con la medicina sino también con otras profesiones.

La apropiación de los médicos de la formación de las enfermeras ha ido disminuyendo a la par que incrementa la proporción de enfermeras encargadas de la formación de los alumnos. En el caso de la ENEO de 328 profesores, 13% son médicos, 16% de diferentes profesiones y 71% son profesionales de enfermería. No obstante, el problema de la docencia no se ha resuelto porque el 40.9% de las profesoras de la institución en cuestión, cuentan con nivel licenciatura; 27% cuenta con especialidad; 24% con maestría; 2.4% doctorado y 5% nivel técnico.⁴

Esta situación mediante la que las enfermeras asumen cada vez más la responsabilidad y compromiso que demanda la profesionalización de la comunidad en estudio, en combinación con una precaria formación en el rubro de educación, puede generar efectos en la solidez con la que los estudiantes generan sus propios conocimientos. Por ejemplo, cuando se le preguntó a una enfermera pediatra con licenciatura por modalidad “años posteriores” cómo inició su experiencia docente en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales iztacala, comentó.

“Me invitaron a participar justo cuando estaba terminando el curso pos-técnico de administración. Entonces, la verdad yo no quería entrar porque a pesar de que vimos docencia también en el pos- técnico de administración, no es lo mismo. Yo no me sentía con conocimientos. O con esa formación de docente. Entonces, si me costó trabajo. Pero me puse el reto y lo enfrenté. Mi experiencia como docente en la UNAM, sí, sí la disfruto. Pero a veces no. Por decir en el hospital, no. Porque a veces siento que me falta algo como enfermera. Y a veces no lo disfruto por ese aspecto. Pues yo no lo sé todo. Entonces me llevo a enfrentar con algunas cosas en los hospitales en las que yo no se como reaccionar”⁵

Estas aseveraciones, ilustran el efecto que el currículo puede generar para la forma con que las profesionales de enfermería asumen la práctica docente. La falta de contenidos educativos en su formación se objetiva en las dificultades de la profesional por transmitir sus saberes. Provocando por un lado, la falta de transmisión de la importancia de la práctica enfermera en la atención de las

⁴ Informe 2009 ENEO.UNAM.

⁵ Entrevista en Cuadro de anexos 8.6. Comentarios de las enfermeras sobre la docencia.

personas sanas y/o enfermas, que redundan en el desinterés de las alumnas por la profesión de su elección y por otro lado, legitimando a la medicina por su cuerpo de conocimientos más solidificados, como la encargada de la formación enfermera. Reproduciendo, en conjunto la caracterización de la enfermería como una sub-profesión que a la par, obstruye su desarrollo. Pero qué más se puede hacer con el grave 2.5% que el CICS y el 3% que la ENEO dedican a la formación docente.

En el eje administrativo, el porcentaje de 8.2% que la UAM-X dedica a este rubro permite explicar que equipara la importancia de este rubro con respecto a lo educativo. En el caso del CICS el 5.5% dedicado a administración sugiere una prioridad sobre la educación a la que sólo dedica 2.5%. En la ENEO, el área administrativa con un 6%, después de la asistencial con un 87% otorga mayor importancia las actividades de gestión sobre las de educación e investigación. Situación más relacionada a la importante labor de administración que desempeña la enfermera en las instituciones de salud.

Por ejemplo, el hospital de gineco-obstetricia en estudio recientemente se transformo en Unidad médica de Alta Especialidad (UMA), que entre otros aspectos significa un cambio de gestión que ya no depende del nivel central o delegacional como anteriormente era el mecanismo mediante el que les llegaban los equipos de salud y los insumos. Ahora la administración es desconcentrada y dependiente de la Dirección General. Situación que incrementa las necesidades de procesos de gestión tanto de recursos humanos a nivel general pero también a nivel de los diferentes servicios que se ofrecen en el hospital. Al respecto el papel de las enfermeras jefes de piso es fundamental en la gestión de los recursos humanos y más recientemente, en el control y manejo de insumos, prácticas que recientemente se han exacerbado.

TABLA 3.2

cursos pos técnicos de enfermería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN ESTUDIOS POSTÉCNICOS	133	70.4	70.4	70.4
	CON UN AÑO DE ESTUDIOS POSTÉCNICOS	36	19.0	19.0	89.4
	CON 2 AÑOS DE ESTUDIOS POSTÉCNICOS	18	9.5	9.5	98.9
	CON 3 AÑOS DE ESTUDIOS POSTÉCNICOS	2	1.1	1.1	100.0
	Total	189	100.0	100.0	

Base de datos de "Hoja de afiliación" del personal del turno vespertino del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 CMNR.

Como se puede apreciar el 70.4% del personal de enfermería del turno vespertino carece de estudios pos-técnicos. Un porcentaje mayor con respecto al porcentaje restante. Pero lo que interesa destacar es a las enfermeras que cuentan con 2 o 3 cursos pos- técnicos que equivale al 10.6%, debido a que es el personal, que al contar con una especialidad (pos- técnico) operativa más un año específico en administración, es el que puede ascender a jefe de piso. Este porcentaje de personal con pos-técnico en administración aunado a el porcentaje no tan precario que las universidades en estudio dedican a este eje de formación, permite afirmar que es generado por las necesidades que conllevan las transformaciones de los servicios de salud en donde la función que desempeñan las enfermeras, en mayoría de ocasiones con sueldos de sub-profesión, es cada vez más eficaz por el bajo costo que ello representa.

Sin embargo, los puestos de confianza que en algunas instituciones como el IMSS (directora de enfermería y subjefe de enfermeras) y puestos sindicalizados (como las jefes de piso) que les permiten realizar funciones de gestión, son cargos que en el orden de los organigramas se subordinan al directivo de un hospital, que generalmente es ocupado por un medico. Esta situación, permite observar que la distribución porcentual de los rubros de la UNAM, forma al profesional con amplias posibilidades de insertarse en el campo de trabajo por sus consolidados elementos asistenciales y en menor medida gerenciales que lleva a las autoridades a afirmar que "la currícula de enfermería en la universidad

cumple con el nivel de calidad que responde a las necesidades de un mundo globalizado” (Peña 2010) pero en detrimento del bajo porcentaje dedicado a educación e investigación, necesarios para la autonomía que demanda el desarrollo de la profesión.

3.1.- El género y la investigación.

La disciplina de enfermería experimenta un desfase entre los niveles académicos alcanzados y los precarios cambios sustantivos en el ámbito político, económico y cultural que idealmente la debieran acompañar. Situación ligada a que las instituciones educativas generan escasas capacidades para desarrollar en interés de la enfermera por la investigación.

Si consideramos la herencia femenina de la profesión y su impacto para que actualmente la profesión ocupe, según datos de la Secretaria de Trabajo y Previsión Social (después de la profesional en educación preescolar con un 96.5%), el segundo lugar con un 92.8% de las profesiones con mayor número de mujeres.⁶ No se puede pasar por alto la adjudicación y apropiación de prácticas que de manera casi lineal, se generan a partir de la condición biológica que categoriza a los humanos como hombre o mujer y que implica una serie de prácticas culturales, como por ejemplo la utilización de un cobertor rosa o azul para abrigar al recién nacido en los hospitales, que aunque nos incomode, es una de las múltiples acciones que generan un impacto en la constitución del sujeto social.

Partiendo de este supuesto en el que multiplicidad de acciones vinculan el sexo con la adopción de prácticas femeninas y masculinas, retomo el constructo teórico del género como una alternativa de análisis que permite explicaciones que trascienden la perspectiva biológica que clasifica, simultáneamente que legitima, a partir de la diferencia genital, las prácticas y comportamientos que ejercen los seres sociales. En las profesiones constituidas por mayor número de mujeres, permite cuestionar cómo han influido, no sólo los factores biológicos,

⁶ www.observatoriolaboral.gob.mx

sino también los factores sociales y culturales, para legitimar la polarización de las prácticas como competencia de entidades femeninas estables, pero irreales en la constitución de los seres sociales.

Si consideramos, como dice Freud, que los humanos a consecuencia de su disposición constitucional bisexual y de herencia cruzada, comportan prácticas femeninas y masculinas, porque a la mujer se le concibe como una entidad estable a la que se le atribuyen prácticas que caracterizan a lo femenino como la sensibilidad, pasividad, humildad, obediencia, debilidad y dependencia. Mismas, que entre otras, niegan, invisibilizan y/o desensibilizan la capacidad que tiene, o puede generar, la mujer para ser activa, ejercer el poder, o mostrar otros atributos como la desobediencia, fortaleza, independencia o creatividad, todos ellos caracterizados como del ámbito masculino, pero necesarios en la práctica de investigación o producción científica, necesaria para el desarrollo de cualquier profesión.

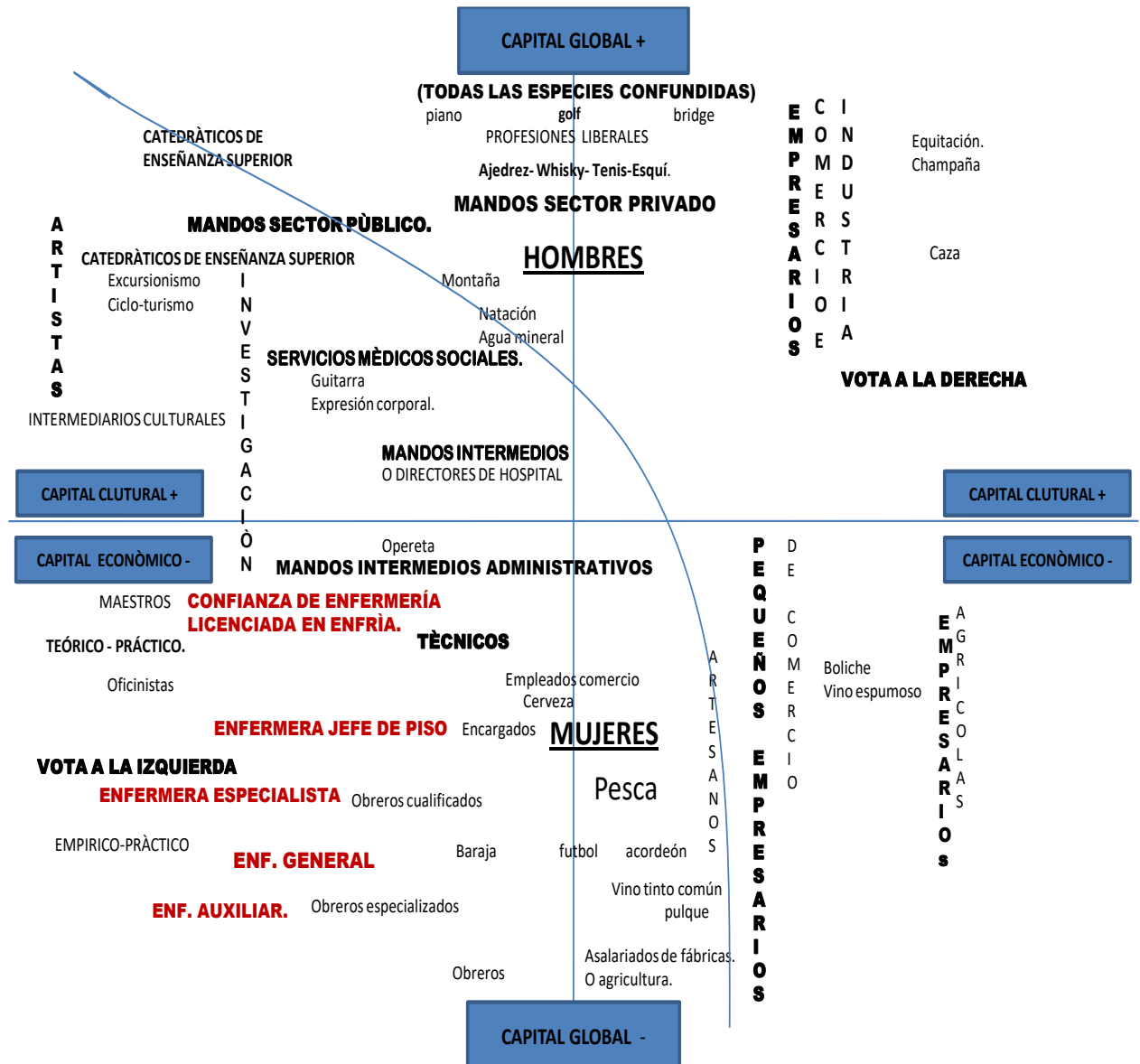
Desconocer la constitución bisexual del Humano implica demandarle únicamente la exteriorización de uno de sus atributos; lo femenino o lo masculino. Fragmentación en el desarrollo personal que incide en la elección de una disciplina de estudio, influenciado en la idea polarizada de las prácticas, consideradas erróneamente como propias de determinado género y –me atrevería a decir– que con la disposición inconsciente de reproducir la idea hegemónica del poder político, económico y social del que goza, o no, la profesión de su elección.

A este respecto, la necesidad de una educación integral que reconozca los atributos bisexuales humanos permitirá, en el caso de las instituciones formadoras de enfermeras, generar nuevas prácticas. Por ejemplo, una mayor inserción de los hombres al gremio así como el reconocimiento de la capacidad de innovación y creación que las mujeres enfermeras tienen para realizar investigación; actividad, que también demanda de prácticas de humildad, pasividad, paciencia y sensibilidad que –aunque en algunos casos con mayor moderación– también se observan en el hombre.

3.3.-EL ESPACIO SIMBÓLICO Y LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Es poca la producción científica que generan las enfermeras. Al respecto Raquel Benavides comenta que son pocos los que se dedican a ella, pero también, pocos son los que tienen un grado académico avanzado que les permita explotar problemas a nivel que puedan generar teoría (Benavides 2002, P.153). Esta baja producción científica enfermera que se diferencia de la cantidad científica que produce la medicina, se ha constituido como algo institucionalizado, sin embargo como señala Bourdieu no es más que “desviación rasgo distintivo, que tan sólo existe en y a través de la relación con otras propiedades” (Bourdieu 1997, P.16). Por lo que retomo el esquema del autor de “las razones prácticas”. Porque con algunas modificaciones que consisten en modificar algunas bebidas no tan comunes en nuestra nación y en agregar a mujeres y hombres (contrariamente al objetivo del autor que señala que las clases teóricas que construye están más allá del sexo) pero que para fines de este análisis es relevante si se considera que polarización de la práctica de acuerdo al sexo es un factor que trasciende

para mantener el estatus que han alcanzado las diferentes profesiones.



Espacio de las posiciones sociales y espacio de los estilos de vida.

La línea que atraviesa, al igual que en el esquema original, indica la orientación probable hacia la derecha o hacia la izquierda.

Este *espacio*, que considera el capital cultural y el capital económico de las sociedades como fuente de posibilidad de diferentes prácticas, permite pensar en la Investigación, como práctica específica de las profesiones como la medicina que ocupan el cuadrante superior izquierdo: catedráticos o mandos intermedios de las instituciones de salud que cuentan con el capital cultural y económico necesario para tal actividad y conformado mayoritariamente por hombres. Pero esto no quiere decir, que en otros cuadrantes no se pueda

efectuar una investigación o que no se estén haciendo a nivel intermedio, a pesar de los mecanismos de control que se ejerce a través de los contenidos curriculares, y el precio a nivel simbólico y social que implica des- institucionalizar la imagen de sumisión, obediencia y negación que ha caracterizado a la enfermera; pero que no excluye la adopción o transformación de nuevas prácticas.

Asimismo realizar investigación, aunque en menor proporción, es factible para la licenciada porque en el eje cartesiano está más cerca del cuadrante superior en el que es más accesible esta práctica que además le genera la posibilidad de ocupar un mando directivo intermedio. Pero por su lejanía con la ubicación de los que ocupan un mando superior privado, hacerlo implicaría transgresión de los límites sociales que vienen a multiplicar las distancias sociales. (Bourdieu 1997, P.22) Para ejemplificar como se podría percibir la transgresión de dichos límites, recupero un fragmento de una entrevistada de Cárdenas:

“Y cuando se cree que se ha demostrado lo suficiente y existe un nivel de reconocimiento, los comentarios son de esta naturaleza: ¿Por qué no mejor eres médico?”.

Este comentario, a nivel simbólico lejos de ser generoso, es una negación de la transformación de la enfermería y una manifestación lingüística que refleja por un lado el temor del empoderamiento de la enfermería y su potencial para modificar las relaciones de poder que se establecen mediante la desafortunada división de profesiones como específicas de un género, y por otro lado la legitimación de “el prestigio social” (Cárdenas 2005, P.13), del que goza la medicina. Este indicador utilizado para medir el reconocimiento social de una profesión, es concebido como una característica subjetiva que permite a una colectividad expresarse de otra, con base a la atribución de una posición superior o inferior en relación a las demás colectividades. Desde esta perspectiva, si se considera la constitución de la enfermería por un número mayor de mujeres, podría decirse que se le atribuye una posición en el cuadrante inferior, con respecto a la medicina que históricamente se consolidó como una profesión de hombres o de alta constitución.

Comprender porque se percibe como cristalizada la relación hegemónica de la medicina, con respecto a otras profesiones, y en este caso específico de la enfermería, implica finalizar con el análisis del doble papel que ha cumplido la biología para que en primer lugar, pueda crear nuevos conocimientos científicos y en segundo lugar, para el uso perverso de que es objeto: *“aval ideológico y argumento de autoridad de lo que sucede en lo político, económico y social”* (Achard 1980, P.10) .

La ciencia biológica, en tanto producto social no ha podido ser ajena a los intereses de quienes paulatinamente han acrecentado su poder económico y que han encontrado en ella, la posibilidad de perpetuar su poder. Desde esta perspectiva, en donde la acumulación de capital económico se traduce en un mayor ejercicio del poder, la biología como generadora de conocimientos universales que potencialmente pueden incidir en la conciencia de los hombres, por mantener una relación mas generosa con el entorno, se subordina a la ciencia medica, que heredera de ideas positivistas enfoca sus prácticas a los intereses que demandan de un mayor dominio de la técnica que de la clínica, y de la enfermedad que del enfermo.

No obstante, este papel tan reduccionista, que por intereses económicos, políticos y sociales se apropiado la ciencia medica genera efectos en detrimento de la atención de la población paralelamente que ha permitido a la comunidad medica ocupar puestos de mayor poder político en donde su crecimiento económico y por ende la mayor legitimidad de su práctica como propia de un sector dominante, permite a los sujetos que ejercen su labor reproducir situaciones de dominación sobre otros trabajadores, como las enfermeras –y sobre todo en instituciones de seguridad social– sobre el paciente.

4.- LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL IMSS.

Considerar el contexto en el que se implementa la modalidad “años posteriores” para que las enfermeras sigan estudiando es fundamental para examinar por qué los representantes patronales del IMSS se interesan en que ellas obtengan la licenciatura, si limitan el reconocimiento del grado educativo.

Esta modalidad que se establece en el 2001, “se firma en el Convenio General de Colaboración y Apoyo académico y Administrativo, entre los doctores Santiago Levy Algazi, Director del IMSS y el Juan Ramón de la Fuente, Rector de la UNAM.” (Matus 2005, P. 106), precedente por medio del cual se crea un segundo convenio que permite a las enfermeras, que laboran en dicha institución de salud, obtener el nivel licenciatura con el objetivo de incidir en dos grandes vertientes: “ofrecer opciones de superación de las enfermeras, mismas que con la calidad de atención que brinden, contribuirán con su aporte disciplinar a impactar en la salud de la población derechohabiente y coadyuvar al reconocimiento social de la profesión, a nivel institucional y nacional, en un contexto social y económico.” (Matus 2005, P.109).

Como parte del contexto es necesario dar cuenta de la permanencia de la institución de salud porque ésta ha sido paralela a sus transformaciones perfiladas por los cambios políticos, económicos y sociales simultáneos a la transición del Estado benefactor, por otro con rasgos neoliberales.

El Seguro Social surge en 1943 como parte de las políticas de bienestar social, para ofrecer a los sectores más desfavorecidos el acceso al derecho constitucional de la salud (artículo 4) y la seguridad social (artículo 123). En el texto “XXV aniversario, reunión conmemorativa” se reconoce al presidente General Manuel Ávila Camacho como el que establece la organización y administración de un “organismo descentralizado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. Formando su fondo financiero por medio de un régimen de contribución tripartita (representantes patronales, de los obreros y del estado), con personalidad jurídica propia y patrimonio independiente” (IMSS. 1989, P.15)

Meses después de creado el IMSS, se crea el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) como organismo de defensa de los intereses contractuales, económicos y sociales de los trabajadores.. Estatutariamente se integra por la totalidad de los trabajadores de base que prestan sus servicios al IMSS. (SNTSS 1992, P.3)

Esta institución representa el intento por procurar los derechos constitucionales mediante el otorgamiento de cinco seguros que, a excepción del de Retiro a partir de 1992, han cumplido en mayor o menor medida con su objetivo, mediante la administración autónoma de sus recursos. Sin embargo, estas políticas han implicado transformaciones y hoy, ya no se puede hablar de un Estado benefactor que “modifique las condiciones del mercado y proteja a los individuos de las consecuencias económicas que podrían afectarlos” (Thoenig y Mény 1992). En el contexto actual, en donde las grandes empresas intentan controlar la economía mundial, la salud como un derecho constitucional se modifica paulatinamente, a través de transformaciones políticas subordinadas a los intereses capitalistas, en motivo de comercialización. Los representantes sindicales haciendo caso omiso a sus principios y guiados por intereses personales, han sido cómplices de la paulatina transformación del sistema social al sistema con características neoliberales.

En “el IMSS bajo el calderonismo” (Fernández 2008), se detallan una serie de acontecimientos que continúan acabando con el Régimen de jubilaciones y pensiones; según análisis culminará en 2040 cuando, deduzco, se jubile la última persona que ingresó con el anterior régimen, constituido por el principio solidario. Esta transformación que afecta a los trabajadores, porque ahora su ahorro para el retiro será a través de las cuentas individuales a la par que se incrementan de 27 y 28 años de edad la jubilación de hombres y mujeres a 34 y 35 años de edad, respectivamente, se gesta en la administración del presidente Vicente Fox Quezada. Periodo en el que estando como director del IMSS el doctor Santiago Levy Algazy, inicia una serie de acontecimientos que en complicidad con el entonces representante sindical, el doctor Roberto Vega Galina, dan el primer golpe letal en contra el Régimen de Jubilación y pensiones. Mismo que se concretó en el primer año del periodo del presidente Felipe Calderón Hinojosa, estando como representante del IMSS Molinar Horcasitas que en convenio con el representante del SNTSS, Valdemar Gutiérrez Fragosó pactan ocultamente “la adecuación de las condiciones” de los trabajadores del Seguro Social. Leal Fernández analiza el pliego petitorio que (después del pacto oculto) Horcasitas, paradójicamente, plantea para negociar con los trabajadores la disminución de

otro tipo de prestaciones. El análisis se centra en este pliego petitorio sobre todo en materia de las profesiones médica, de enfermería y afines introducidas en complicidad por los representantes sindicales que pasando por alto los estatutos, desconocieron los intereses de los trabajadores.

Pero a diferencia del análisis de Gustavo Leal, para Cristina Laurell, los antecedentes se remontan a los noventa. Su tesis se centra en la reforma silenciosa gestada antes de dar a conocer la nueva ley del Seguro Social y el Programa de Reforma del Sector Salud. Las principales acciones que, desde esta perspectiva, dan cuenta de la transformación política del Estado benefactor, el cual consideraba el bienestar social y la salud como un fin en sí mismo, cambian por otro neoliberal que, supone los servicios de salud como un medio de la economía y de la ganancia capitalista. (Laurell 1997, P.15).

Para su trabajo focaliza al IMSS debido a que en términos de cobertura e integralidad de atención es la institución más importante a nivel nacional. Su seguro de invalidez, vejez y cesantía en edad avanzad y muerte (ICVM), el de riesgos de trabajo, el de enfermedad general y maternidad, el de guarderías y a excepción del de Retiro, tienen mecanismos de solidaridad y redistribución. Principalmente porque la instancia pública administra los fondos de los seguros y produce los servicios evadiendo ser sólo una administradora que contrata y compra servicios privados, como ocurre en otras naciones de América Latina. Para la autora, esta administración de fondos financieros es la que permite, aunque lenta y paulatinamente, la universalización de los derechos sociales. Pero esta estrategia tuvo éxito hasta los noventa, porque es justo cuando empieza la gestión silenciosa para transformar la política social.

Mientras que en el caso del sistema de pensiones, nos explica detalladamente que sustituir los fondos colectivos por individuales, no significa un simple cambio técnico y administrativo sino, una transformación anticonstitucional porque se dejó en aseguradoras privadas los fondos que, desde el punto de vista legal, son públicos. En el caso del sector salud, comenta Laurell, las transformaciones quedaron pendientes debido a la dificultad que significa la modernización del

Seguro Social. Proceso complejo que implica separar lo rentable para el sector privado y delegar el otro extremo para el Estado. (Laurell 1997, P.19)

Con base en los apartes de investigación de Leal y Laurell, como de las transformaciones que se observan en la cotidianidad en el hospital de gineco-obstetricia No. 3 C.M.N.R. en interrelación con otras instancias de salud que conforman al IMSS, se puede estudiar la hipotética separación de los servicios de salud con fines económicos.

Con el objetivo de hacer un uso eficaz de los recursos económicos y también considerando las necesidades de salud y/o enfermedad de la población, los servicios de salud han estado organizados en tres grandes niveles de atención

Tabla 4.1 Niveles de organización de los servicios de salud.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Centros de salud, consultorios fijos o unidades móviles, integrados por capacidad instalada básica para atender problemas de morbilidad sencilla con médicos generales, trabajadoras sociales, enfermeras, estudiantes y promotores locales, para el tratamiento y curación de padecimientos poco evolutivos y la educación para la población y el desarrollo físico y mental saludables y la pre-	Equipamiento de unidades hospitalarias para atender las cuatro especialidades básicas de la medicina como: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia integrados por médicos generales y especialistas, personal docente y auxiliar técnico, para atender los casos que requieran atención hospitalaria. Estas unidades multidisciplinarias, estarán dotadas, además de	Atiende problemas que requieren un tratamiento urgente, cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas o medicina muy especializada o altamente tecnificada. Se adiciono los aspectos relacionados con el entrenamiento, la enseñanza y la investigación biomédica.

vención de atributos que dañen la salud.	consultorios médicos, centros de diagnóstico y laboratorio para la enseñanza de las materias básicas de la medicina preventiva, legal y epidemiología.	
Previene enfermedades y conserva la salud.	Restaura la salud y supera los daños.	Reestructuración de la salud. Superación de daños frecuentes.

Fuente: García Jiménez "Enfermería y administración." 2008

En el caso del IMSS, esta organización de los servicios de salud implica una gestión de los recursos centralizada. En el caso de los equipos adquiridos depende del nivel central y en el caso de los insumos materiales y los recursos humanos del nivel delegacional. Asimismo la designación de presupuesto a las diferentes unidades se efectúa en relación con los otros niveles de atención. Pero esta administración está inmersa en una transformación que se objetiva con las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ) o unidades de tercer nivel y su efecto en los otros niveles de atención.

En 2003 y 2004 de acuerdo con datos en el informe de evaluación de Héctor Aguirre, (primer ex coordinador de las UMAЕ) comienzan las gestiones ante el H. Consejo Técnico para formalizar la integración de los 25 hospitales seleccionados como UMAЕ. Cuya modificación principal consiste en un cambio de organización y administración. La transformación de los principales hospitales de especialidad del IMSS se sustenta porque la complejidad que estos hospitales, integrados en centros médicos, representan la sobrecarga financiera que llegó a ser de 30% de la operación de las delegaciones de las cuales dependían. La administración central priorizaba de forma diferente y privilegiada los requerimientos de hospitales de segundo y primer nivel, así como de guarderías y otros centros de bienestar social; los equipos adquiridos y los insumos de salud suministrados desde el nivel central, con frecuencia diferían de lo requerido en las unidades de especialidad; la calidad de la atención es

evaluada con acciones insuficientes para cubrir las necesidades de dicho nivel de atención. (Aguirre 2008, P.572)

Considerando la eficacia que tan sólo en cuanto costo implica la atención preventiva y la restauración de la salud sobre la superación de los daños, en la planeación original se iniciaba la gestión desconcentrada con los hospitales de segundo nivel, regionales y generales de zona. Los de primer nivel, unidades de medicina familiar. Que en conjunto conformaban las Áreas Médicas de Gestión desconcentrada (AMGD). Y posteriormente con los de tercer nivel o UMAE. Pero por razones estratégicas a la situación política y sindical del IMSS, se inicia con las unidades de alta especialidad, ya mencionadas.

Los criterios para seleccionar las unidades que participaron en el proyecto consistían en atender pacientes con padecimientos tributarios de alta especialidad, contar con equipamiento de alta tecnología y realizar educación en salud con alto nivel académico e investigación en salud.

En el informe de Héctor Aguirre, no está en cuestión comparar si el cambio en las instituciones genera ventajas o desventajas. El proyecto UMAE es asumido como bondadoso, por lo que se centra en evaluar el desarrollo y avances del mismo. Por ende, los resultados de la evaluación han cumplido con el objetivo de mejorar las condiciones de atención de los usuarios. Situación que con 69 años de la administración centralizada no se pudo solucionar. Pero que con la evaluación de un periodo que va del 2004 al 2006, ya se pudo contabilizar cuando, cabe agregar que por un lado, las gestiones para formalizar la integración de los hospitales seleccionados como UMAE culminaron en 2005 y por otro lado, porque la introducción de nuevos aparatos como por ejemplo, el sistema neumático (Centro Atomizado de Distribución de Insumos) que permite la distribución controlado de los medicamentos mediante una matriz que los distribuye a los diferentes servicios constitutivos del hospital, entre otra serie de innovaciones, apenas se empiezan a efectuar en el lugar de estudio. Situación que va acompañada de dificultades relacionadas con la falta de creación de plazas que asuman el manejo de los nuevos sistemas incorporados, o la falta de

capacitación del personal de enfermería, que en este caso, improvisadamente lo está efectuando.

Aguirre retoma al H. Consejo Técnico, como el principal generador de los cambios. Situación incongruente porque el IMSS, al mantenerse con recursos del patrón, del trabajador y del Estado, debe subordinar sus decisiones a lo emitido en las H. juntas de Gobierno constituidas con representantes de estas tres instancias en conjunto con el SNTSS. Pero este aspecto, ni siquiera es mencionado a pesar de la relevancia que implica la descentralización del hospital. Asimismo, también se evidencia la falta de interés sobre las implicaciones que conlleva la transformación por parte del sindicato. O lo que es más grave, su complicidad. Porque en las conclusiones el autor retoma la relevancia que tiene para la consolidación del proyecto el que el SNTSS se sume a éste, cuando debió ser uno de los puntos de partida abordados antes de implementarse el cambio. Y no, dada la trascendencia para los trabajadores, una invitación lateral una vez echado andar el proyecto.

La relación entre el diagnóstico para la atención especializada presentada por Aguirre con el diagnóstico que Laurell analiza, fue el central para la reforma del sector salud nacional. El primero comenta que se implementan las UMAE por los serios problemas de calidad y eficiencia que atravesaban los hospitales de especialidades o de tercer nivel, causados por depender administrativamente de las delegaciones institucionales. El segundo refiere que, los principales argumentos para transformar la política de salud son la insuficiente calidad y limitada eficiencia; su segmentación y escasa coordinación; su centralismo, burocratismo y gigantismo como su deficiente cobertura.

La diferencia incide en que, Aguirre no menciona la cobertura como un problema. No obstante, “la ocupación hospitalaria”, es uno de los indicadores mostrados y que podría utilizar para evaluar cambios en este rubro. Desafortunadamente para la seriedad de su evaluación, se limita a mencionar la relevancia de 10 de ellos. Nueve evalúan la eficiencia y uno, “el de mortalidad”, evalúa la calidad. Desconoce la cobertura como uno de los problemas por los que fue necesaria la reforma del sector salud a escala global.

Desligar el problema de la cobertura de los hospitales que se consolidan a UMAE, se constituye como un indicio de la fragmentación de los servicios de salud. Debido a que otorgar masivamente la atención especializada por su costo es limitada a quien pueda acceder a una institución que busca “autosuficiencia financiera que se dará a futuro cuando se lleve a cabo la transferencia de costos por atención otorgada a los pacientes referidos del primero y segundo nivel”. Situación que hipotéticamente podría incidir para que el criterio médico para derivar a los pacientes, sea subordinado al criterio económico que la transferencia de recursos significara para su unidad, o en su defecto, por la capacidad de financiamiento del usuario.

Si retomamos los dos grandes ejes, que desde la perspectiva de Laurell, son necesarios para constituir los servicios como bienes privados: la mercantilización del financiamiento para la prestación de los servicios de salud y la reducción de los servicios públicos y gratuitos para los comprobadamente pobres. Se evidencia que el objetivo de la UMAE, es dividir el acceso a los servicios de salud. Por lo que la atención especializada o rentable no es dirigida al sector más vulnerable porque éste, ya tiene garantizado un mínimo de servicios indispensables que simultáneamente, por lo menos en el planteamiento, lo excluye para recibir atención especializada, para la que el problema de la cobertura, no constituye un problema.

Si los principales argumentos que generaron la reforma al sector salud son globales e incluyen los tres niveles de atención, no hay un argumento claro que justifique el inicio de la transformación en el tercer nivel de atención. Porque en cuanto al costo requerido es más eficiente el primer nivel de atención porque promueve la salud y previene la enfermedad.

La UMAE, se constituye como un cambio que fragmenta los servicios de salud porque su descentralización no es simultánea a los cambios que se generan en los otros niveles de atención. En estos últimos se implementan proyectos de mejora de Familia y de salud pública o PREVENIMSS para que se fortalezcan para atender masivamente a la población. Mismos que considero pueden

generar beneficios porque amplían este nivel de atención, previniendo que evolucionen hasta demandar atención especializada o económicamente más rentable. No obstante, esto sería como un efecto secundario de la encaminada limitación para acceder al tercer nivel de atención. Y no por la eficacia real de la prevención de enfermedades que se desconoció al priorizar la descentralización de sólo un tipo de atención y no de los tres niveles en conjunto.

Sin embargo, el proyecto está en proceso y el presupuesto asignado. Comenta Aguirre, ha sido para mejorar las áreas insuficientes e inadecuadas para atender con calidad; para reponer equipos obsoletos o con problemas de mantenimiento y para modernizar la tecnología de las existentes, para incrementar el número de plazas de confianza y operativas y, entre otros, para capacitación del personal directivo con enfoque prioritario a mandos medios y área de enfermería.

De manera que el reconocimiento contractual del 2007 mediante el que se reconoce la licenciatura para las enfermeras que ocupan puestos de confianza solo en UMAE, tiene como precedente la idea de que la atención preventiva al no ser rentable no demanda de profesionalización.

La manera en que se considera a los involucrados en la transformación institucional, como la importancia lateral que otorgan a los trabajadores y sus representantes sindicales; la omisión de la participación de las tres instancias principales (patrón, trabajador y Estado); la preponderancia del H. Consejo Técnico en la transformación de la gestión; la evaluación con avance significativo de forma aislada sin considerar una comparación con la gestión anterior; el desinterés en la cobertura de servicios y los efectos en otros niveles de atención, son elementos que permiten evocar algunos planteamientos de Cristina Laurell, con respecto a que las transformaciones en los servicios de salud obedecen a directrices parcialmente ocultas. Por un lado, al temor gubernamental del conflicto político que se causaría si se aceptara abiertamente y por otro, a la advertencia del Banco Mundial que señala que el éxito de la reorganización depende de una preparación política adecuada. Por lo que se evade cuidadosamente las referencias explícitas a la privatización de los servicios y el seguro público.

Uno de los aspectos que permite explicar por qué se concibe la desconcentración administrativa como estructural es lo que Laurell denomina “hipercentralización”, porque se traslada la responsabilidad de la SSA y del IMSS-Solidaridad a las entidades federativas o los municipios pero las decisiones principales sobre el contenido de los servicios y la asignación de recursos son tomadas e impuestas a escala global por el poder ejecutivo federal sin participación de los poderes locales o el poder legislativo. Y menos de los principalmente afectados por las decisiones, los usuarios y trabajadores de la salud. En el caso de la desconcentración administrativa de las UMAE al reducirlo a meros cambios técnicos, diluyen la participación de los diferentes sectores que permiten el mantenimiento de la institución, por la primacía de las supuestas decisiones de un H. Consejo Técnico, respaldado por las que se consideran decisiones principalmente gubernamentales que, con evidentes signos de complicidad sindical, desconocen el carácter tripartita en que se erigió el IMSS.

Con base a su análisis, Laurell señala que el programa de reorganización, anunciado en el programa de Reforma del Sector Salud, independientemente de que tenga modalidades distintas dependientes de las características previas de cada sistema de salud, se observan tres pilares en común: Poner un precio a las acciones de servicio para darles un carácter de mercancías y definir planes o paquetes de servicios con precios diferentes; el Estado tendrá un papel complementario al asignar recursos públicos, según los criterios de eficiencia técnica e instrumental y en tercer lugar, pasar por alto que los objetivos de la política de salud no son exclusivamente el mejoramiento de las condiciones de salud, sino también su bienestar general.

Con respecto al primer punto, en el caso de las UMAE, se observa una lista de precios con los costos estipulados para cada procedimiento. Sin embargo, este hecho puede estar más relacionado con la transparencia en la rendición de cuentas a las que se somete la institución por conservar carácter de instancia pública. Pero sí se puede relacionar, dado el interés por convertirlas en instancias con autosuficiencia financiera, que prevé un acceso limitado a la transferencia de costos por atender a los pacientes derivados del segundo y

primer nivel y/o al financiamiento que el mismo demandante pueda obtener para acceder a ese tipo de atención.

Con respecto al papel complementario del Estado, la autora arguye que se trata más que de reducir su intervención para lo que el sistema privado no pueda atender, para legitimar su transformación. En el caso de la UMAE, este papel puede explicar la contradicción entre el discurso de desfinanciamiento en que se encuentra el IMSS y la entrada de recursos encaminada a mejorar la eficiencia y calidad de atención mediante la modernización, entre otros aspectos, de sus instalaciones. Sobre esto, comenta Laurell que en la primera fase de privatización, el Estado reduce los recursos fiscales destinados a la protección de la salud. Y en la fase de privatización-mercantilización incrementa sustancialmente su financiamiento con el pago de la mitad de la cuota única. No obstante estos recursos no se destinan a fortalecer las instituciones públicas sino a garantizar la viabilidad financiera de la empresa privada directa, paralelo a las adecuaciones al marco legal que las legitiman.

Como se ha revisado en el caso de la desconcentración administrativa del IMSS se privilegió al tercer nivel de atención porque, la administración central priorizaba de forma diferente y favorecía los requerimientos de hospitales de segundo y primer nivel, así como de guarderías y otros centros de bienestar social. Este aspecto seguramente requería de transformaciones más eficientes pero su forma de operar no ha sido casual porque obedecía –aunque parcialmente– al objetivo de la política de salud, que buscando el bienestar general priorizaba en conjunto las necesidades de los diferentes niveles de atención pero también de otros centros como los de recreación, evitando reducir las prioridades a un nivel de atención altamente tecnificado pero que no resuelve las necesidades de prevención de enfermedades, que en términos de costos y bienestar de los usuarios como por sus efectos en la sociedad, resultan ser más rentable.

Dar cuenta del contexto en el que se suscitan las transformaciones de la instancia de salud tiene como objetivo explicar que la serie de cambios que paulatinamente experimentan las enfermeras y los derechohabientes –aunque

estos últimos no sean el tema de estudio— no son fortuitos, sino que obedecen a una serie de intereses que se objetivan en la toma de decisiones u omisiones que los representantes del IMSS y los paradójicamente representantes de los trabajadores, aprueban en detrimento de las prestaciones laborales, de los que con sus prácticas cotidianas, también constituyen al IMSS.

4.1.- LOS TRABAJADORES IMSS Y LA ENFERMERIA.

El IMSS, en su pagina oficial www.imss.gob.mx da a conocer datos en materia de Recursos Humanos. Para este análisis se retoman datos a partir del 2001, que es cuando se pone en marcha la modalidad “años posteriores” para las enfermeras de esta institución. Pero como el interés es evitar un estudio que aisle al gremio, las modificaciones en cuanto a comportamiento de número de ellos se presentan en relación con todos los trabajadores que convergen en la institución.

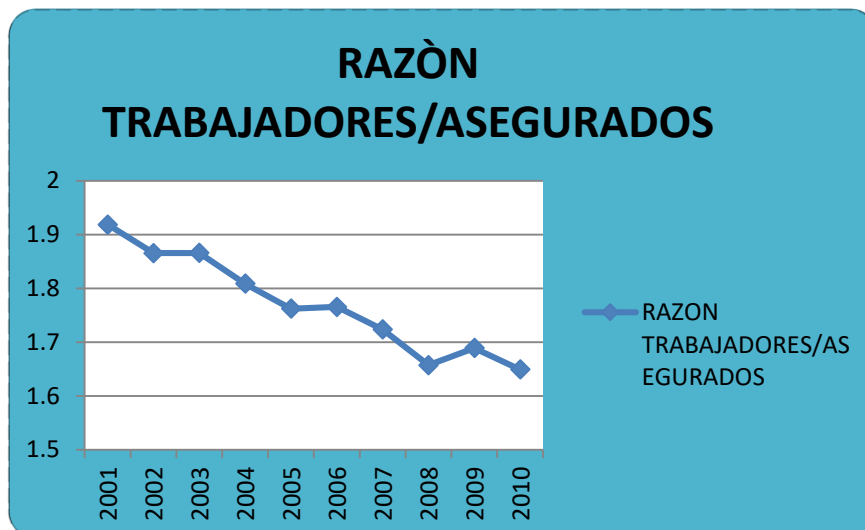
En la siguiente tabla, se muestran los totales y la razón de los trabajadores y asegurados que se han registrado en los últimos diez años porque considero relevante que en el análisis posterior se retome esta situación que repercute en la atención que se brinda a la población derechohabiente.

Tabla 4.2 Razón de trabajadores y asegurados del 2001 al 2010.

AÑOS	POBLACIÓN IMSS	ASEGURADOS	RAZON T/A
2001	258392.00	13470065	1.9
2002	257911.00	13824838	1.8
2003	262148.00	14050948	1.8
2004	263260.00	14556677	1.8
2005	262830.00	14914786	1.7
2006	276436.00	15658480	1.7
2007	280272.00	16263025	1.7
2008	284037.00	17141271	1.6
2009	292773.00	17333769	1.6
2010	302605.00	18350540	1.6

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.2. Razón trabajadores/asegurados



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Se observa que el porcentaje de la razón trabajador-asegurado en el 2001 es de 1.9 cifra que se reduce progresivamente hasta el 2008, donde desciende a 1.65, para observarse un incremento en el 2009 de 1.68, que nuevamente decrece en un 1.64 en el 2010. Esto quiere decir que, cada vez hay menos trabajadores para atender a la creciente población derechohabiente. Situación relacionada con el incremento del trabajo y la incidencia en demerito de la forma con que los diferentes profesionales otorgan la atención al usuario.

El informe del IMSS, desglosa las diferentes categorías en cuatro grandes grupos que se pueden sintetizar de la siguiente forma:

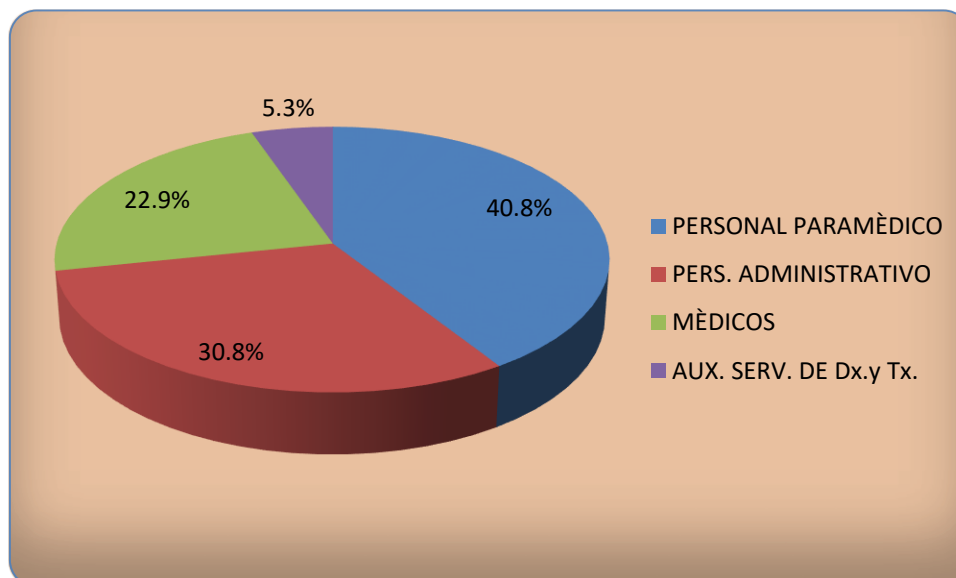
Tabla 4.3. Categorías del personal del IMSS.

PERSONAL PARAMÉDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO	MÉDICOS	AUX. SERV. DE Dx.y Tx.	TOTAL.
123,906	93,192	69,441	16,066	302605

40.8%	30.8%	22.9%	5.3%	100.0%
-------	-------	-------	------	--------

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.3 Categorías del personal del IMSS.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

El total de trabajadores es de 302, 605. El personal paramédico está constituido por 31.9% de enfermeras y un 8.9% de trabajadoras sociales, ocupando el mayor porcentaje con un 40.8% en total; seguidas del personal administrativo con un 30.8%; los médicos con un 22.9% y los auxiliares de servicios de diagnóstico y tratamiento con un 5.3%. En términos globales, estos datos permiten observar cómo trabajadoras sociales y enfermeras (personal paramédico) son la categoría mayoritaria en la atención del paciente.

Si consideramos los datos de la secretaria de Trabajo y Previsión Social, en donde informan que enfermería y trabajo social, después de la educación preescolar, son unas de las profesiones constituidas por mayor número de mujeres, con un 96.5%, 92,8% y 78.7%⁷, respectivamente, se evidencia que el género femenino se constituye como un factor para acceder a la distribución social mediante el conocimiento con legitimaciones culturales que cumplen un papel fundamental en el orden institucional pero que continúa siendo desigual.

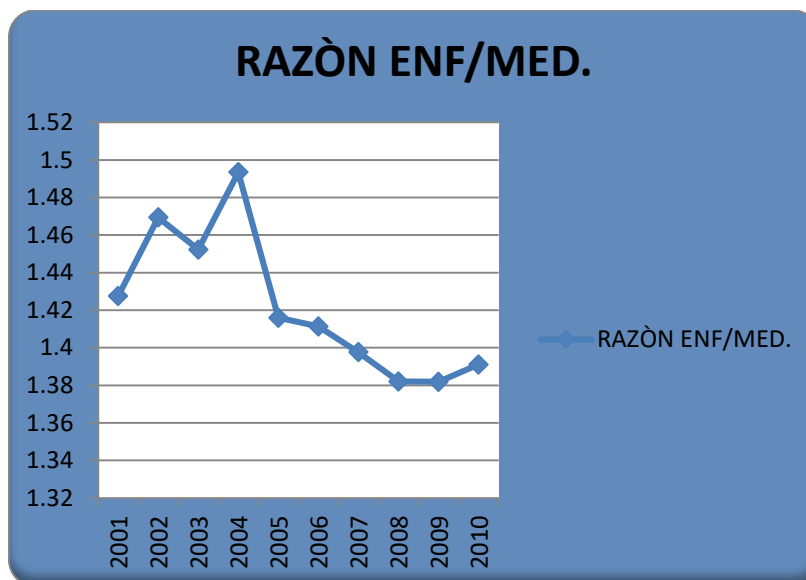
Por ejemplo, a pesar de que la Organización internacional del trabajo (OIT), recomienda tres enfermeras por medico.⁸ En los siguientes datos podemos dar cuenta de una realidad laboral alejada de este patrón.

Tabla 4.4 Razón enfermeras/médicos.

AÑOS	RAZÓN ENF/MED.
2001	1.42
2002	1.46
2003	1.45
2004	1.49
2005	1.41
2006	1.41
2007	1.39
2008	1.38
2009	1.38
2010	1.39

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.4. Razón enfermeras/médicos.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

⁸ Díaz Rosa “Ley para una política de Estado en enfermería” Proyecto 2011-5 1041-11 de la senadora nacional. Mayo de 2011. <http://proyecto-ley-enfermeria.blogspot.com/>.

En términos globales, como se puede apreciar en la gráfica, salvo el 2002,2003 y 2004, se mantiene en descenso el número de enfermeras por médico, o lo que quiere decir que, de 1.4, se desciende a 1.3 enfermera por cada médico, cuando la recomendación de la OIT, es tres por médico.

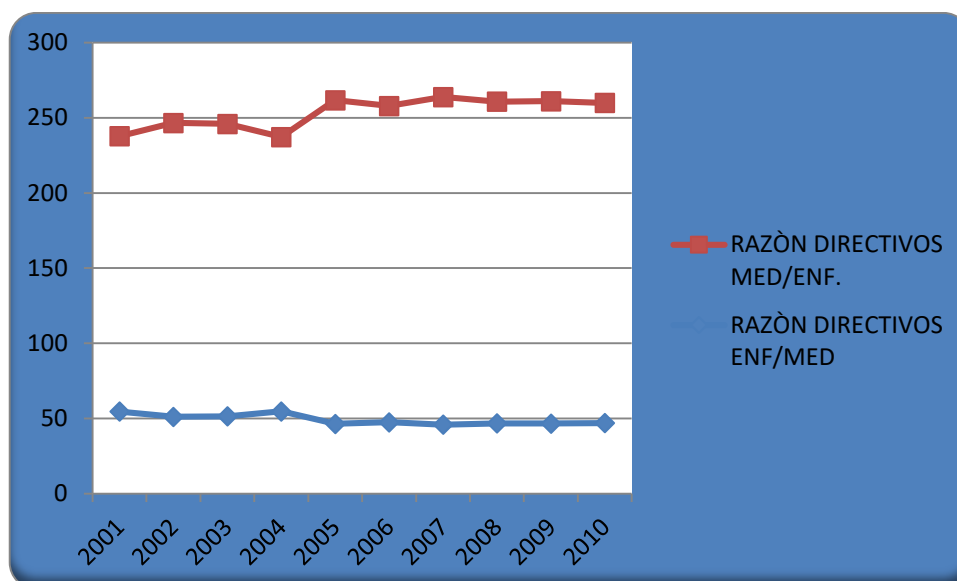
Estos datos permiten aseverar que la atención de los derechohabientes, es en gran medida cubierta por un mayor porcentaje de enfermeras y un menor porcentaje de médicos. Situación agravada por el porcentaje total de profesionales que se reduce todavía más por la cantidad de médicos que ocupan puestos directivos o de confianza, que cabe señalar, es mayor al de las enfermeras.

Tabla 4.5 Razón directivos médicos/enfermeras.

AÑOS	RAZÓN DIRECTIVOS DE ENFERMERÍA/MÉDICOS.
2001	54.6
2002	51.1
2003	51.4
2004	54.8
2005	46.4
2006	47.5
2007	45.8
2008	46.7
2009	46.6
2010	46.9

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Tabla 4.5 Razón entre puestos directivos de médicos y enfermeras.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En la gráfica se muestra como el número de médicos con puestos directivos en el 2001 es de 4,279, cifra que continúa en disminución hasta el 2004 donde desciende drásticamente a 3,728. Pero posteriormente se nota un incremento sostenido hasta el año del 2010 con un reporte de 5,003 profesionales en dicha categoría.

En el caso de las enfermeras la disminución es intermitente. En el 2002 con 2,141 y en el 2004 la disminución más importante es de 2,043. En el 2005 se observa un incremento que no alcanza, ni en los siguientes tres años, la cifra inicial del 2001 de 2,337 enfermeras. Es hasta el 2010 cuando alcanza una cifra de 2,349, o de 12 enfermeras más o de incremento real con respecto al año 2001.

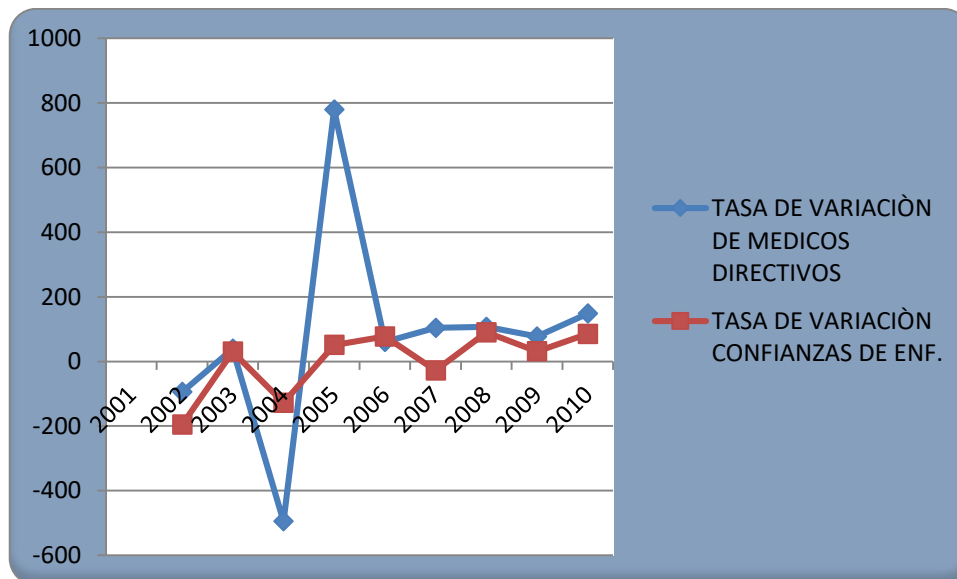
En términos globales, las razones estadísticas permiten observar que cada vez hay menos enfermeras con puestos directivos o de confianza, con respecto a los médicos. Asimismo, la brecha entre estas categorías, es mayor a partir del 2005. La tasa de variación, permite observar con mayor precisión las modificaciones en 2004 y el 2005. Estos datos los retomo porque en adelante se observan modificaciones en diferentes áreas laborales que incidirán con modificaciones a la categoría de enfermería.

Tabla 4.6. Tasa de variación de médicos directivos y puestos de confianza en enfermería.

AÑOS	TASA DE VARIACIÓN DE MEDICOS DIRECTIVOS	TASA DE VARIACIÓN CONFIANZAS DE ENF.
2001		
2002	-95	-196
2003	39	30
2004	-495	-128
2005	779	51
2006	60	77
2007	104	-28
2008	107	90
2009	77	31
2010	148	85

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Tabla 4.6. Tasas de variación de médicos con puestos de dirección y confianzas en enfermería.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En estas graficas, se observa una disminución de las plazas directivas en ambas categorías, En el 2003 es mayor la disminución de plazas para las enfermeras con respecto a los médicos, en los cuales se observa un aumento sostenido a excepción del 2004, en donde se aprecia una disminución drástica de -495,

disminución que en menor medida con un -128, también se nota en las plazas de enfermeras de confianza. Esta situación obedece a un contexto durante la gestión de Santiago Levy (2000-2005), pues intenta estrategias que culminan para el 2005, con la primera modificación al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, considerada hasta entonces una de las prestaciones más importantes de los afiliados al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

Debe mencionarse que Trabajador de confianza, “son todos aquellos que realizan funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabuladas, así como las relacionadas con trabajos personales del patrón dentro del instituto.” (SNTSS-IMSS 2012, P.13). Entonces, la disminución del personal en 2004 se puede adjudicar por un lado, a la incertidumbre que generaban las propuestas de modificación al RJP, en el personal de confianza mantenido sin jubilar, por los beneficios que el puesto generaba, aún a pesar de sobrepasar la antigüedad hasta entonces reconocida, pero a las que se le planteaban serias modificaciones. Por otro lado, el incremento de plazas directivas, mayoritaria para los médicos, se puede relacionar con la necesidad de empoderamiento del sector directivo representativa en ese momento de los intereses patronales y Estatales. En este caso, Santiago Levy, quien ante las manifestaciones recurrentes de inconformidad por parte de los trabajadores sindicalizados, representados en ese momento por el doctor Vega Galina, demandaba un mayor empoderamiento, mediante el mayor número de puestos directivos para imponer las modificaciones al RJP.

Es así que se puede analizar cómo en los momentos de transición laboral la enfermera va quedando al margen, porque a pesar de los grados académicos alcanzados mediante la obtención de la licenciatura, no ha podido trascender el prestigio social, medido en términos de capacidad política, económica y utilidad social que ha gozado la medicina. Además, si consideramos que los puestos directivos de hospital, a pesar de que cada vez más mujeres se interesan en el estudio de esta disciplina, son ocupados por hombres con profesión médica se puede evidenciar cómo el género sigue trascendiendo para comprender las relaciones establecidas entre los profesionales de salud, mediante su afiliación

a campos de conocimientos, que fragmentados en términos de poder político y económico, pero no, en términos, de utilidad social para la humanidad.

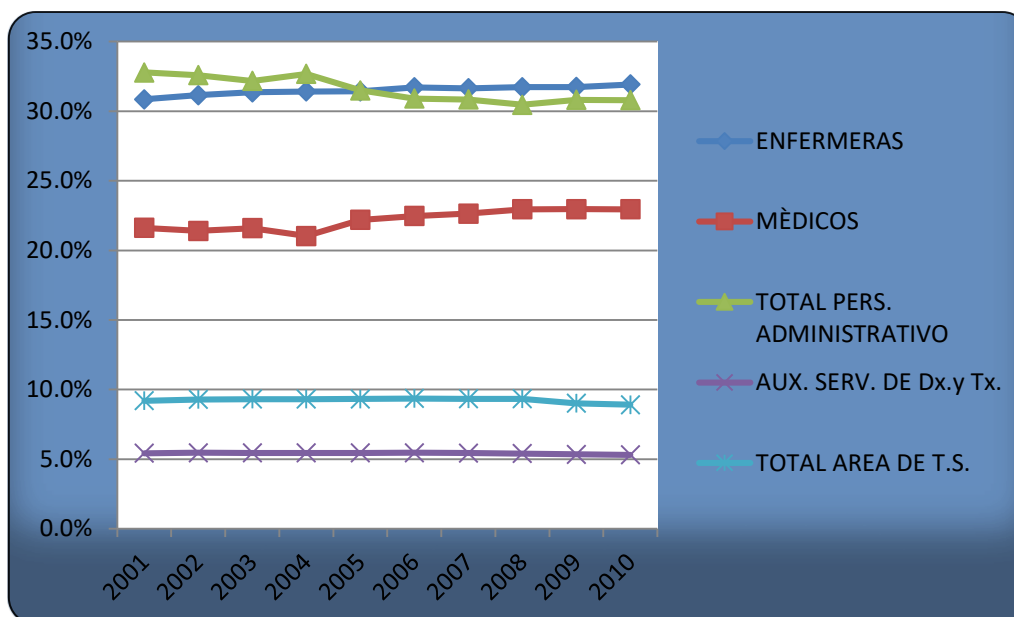
Pero continuando con las diferentes categorías, también se observan interesantes modificaciones en términos de disminución del personal con respecto a las enfermeras; que muestran aumento de personal.

Tabla 4.7 Grupos en los que se integran las diferentes categorías del personal del IMSS.

Años	Enfermeras	Médicos	Personal administrativo	Auxiliar de servicios de diagnóstico y tratamiento	Área de trabajo social.
2001	30.9%	21.6%	32.8%	5.4%	9.2%
2002	31.2%	21.4%	32.6%	5.5%	9.3%
2003	31.4%	21.6%	32.2%	5.4%	9.3%
2004	31.4%	21.0%	32.7%	5.4%	9.3%
2005	31.4%	22.2%	31.5%	5.4%	9.3%
2006	31.7%	22.5%	30.9%	5.5%	9.4%
2007	31.6%	22.6%	30.8%	5.4%	9.3%
2008	31.7%	23.0%	30.5%	5.4%	9.3%
2009	31.7%	23.0%	30.8%	5.3%	9.0%
2010	31.9%	22.9%	30.8%	5.3%	8.9%

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.7. Grupos en los que se integran las diferentes categorías del personal del IMSS.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En el área de personal administrativo se compactan 28 diferentes tipos de puestos de trabajo, que se organizan a partir de 6 grandes grupos que son: sector administrativo y de personal, sector técnico, sector estadística, nutrición y dietética, farmacia y servicios de apoyo. En este gran rubro, se observa que hasta el 2005, ocupó un porcentaje de 31.5% mayor que el 31.4% de las enfermeras. Para el 2006 la situación se invierte porque disminuye paulatinamente hasta quedar en el 30.8% en el 2010, menor al 31.9% de las enfermeras.

En el caso de los médicos, se observa un incremento sostenido del 21.6% en el 2001 hasta el 22.9% para el 2010. Cabe observar que los incrementos y descensos observados en las plazas de confianza en el año 2004 y 2005, respectivamente, no generan fuertes variaciones a este nivel, aunque como ya se mencionó, la razón entre médicos por enfermeras es cada vez menor.

Antes de analizar el área de auxiliar de diagnóstico y tratamiento que agrupa a una serie de 23 diferentes profesiones, cabe señalar que se ubica al psicólogo con un incremento máximo de 15 plazas para el 2010, y el psicólogo clínico con 294 plazas para el mismo año. Pero enfocando el área en general, se observa

que se ha mantenido con fluctuaciones del 5.4% al 5.5% del 2001 hasta el 2008, para mantener una disminución del 5.3% en los dos últimos años de análisis.

Dentro del personal paramédico, el grupo de trabajadoras sociales incorpora la categoría de asistentes médicas, que junto con el personal de enfermería, muestran el mayor porcentaje de los cinco sectores del total de trabajadores. Sin embargo, a diferencia de la enfermería, las trabajadoras sociales muestran un descenso en la cantidad de personal. Ante esta disminución y el incremento de pacientes y sus necesidades en materia de trabajo social, es la enfermera quien podría, ante la emergencia de necesidades cotidianas y dado que el número de ellas se incrementa, atender esas necesidades en conjunción con las ya correspondientes.

Como se puede observar, el porcentaje del personal de enfermería, a excepción del área médica, se incrementa en contraposición con las demás áreas que tienden a disminuir en los últimos años. Esta situación aunada al incremento de población derechohabiente en el 2010, lleva a reflexionar sobre este efecto en la atención de los derechohabientes y la disminución de profesionales de otras áreas, así como el papel adjudicado a la enfermera dada su categoría que tiende a incrementarse aunque no de forma representativa debido al incremento de pacientes. En este contexto se puede afirmar que el interés de los representantes institucionales por el que las enfermeras se profesionalicen es para cubrir las necesidades de atención por la escasez de plazas en otras categorías.

Cabe hacer notar que uno de los estados de mayor vulnerabilidad de la especie humana es el estado de enfermedad en que las demandas son de acuerdo al tipo de enfermedad e historia del paciente. Estas necesidades no se pueden reducir únicamente al tratamiento farmacológico o quirúrgico. Si bien puede ser parte fundamental de una atención integral de la salud, que según los acuerdos de Alma Ata, no sólo es la ausencia de enfermedad sino del bienestar mental y social, también demanda de una atención por parte de otros sectores que al parecer en el seguro social quedan como secundarios. Es el caso de la psicología que está agrupada como parte auxiliar del diagnóstico y tratamiento

y/o como en el de la nutrición que forma parte de la administración y no de la atención integral de la salud.

A este respecto, cabe asumir que ante el incremento de pacientes oncológicos, o con enfermedades crónico degenerativas que limitan en gran medida las funciones corporales, por citar algunas de las patologías que ocupan los primeros lugares de enfermedad en México, sus necesidades de malestar psicológico o deterioro nutricional son desatendidas porque como se puede apreciar el número de este tipo de personal es muy reducido.

4.2.-LA ENFERMERÍA EN EL IMSS.

Esta sección se estructura con datos estadísticos tomados de la página oficial del IMSS y con los aportes de las entrevistas realizadas a las enfermeras que laboran en el hospital de gineco-obstetricia C.M.N.R con el objetivo de analizar cómo los datos a escala global se vinculan con las prácticas laborales de la cotidianidad.

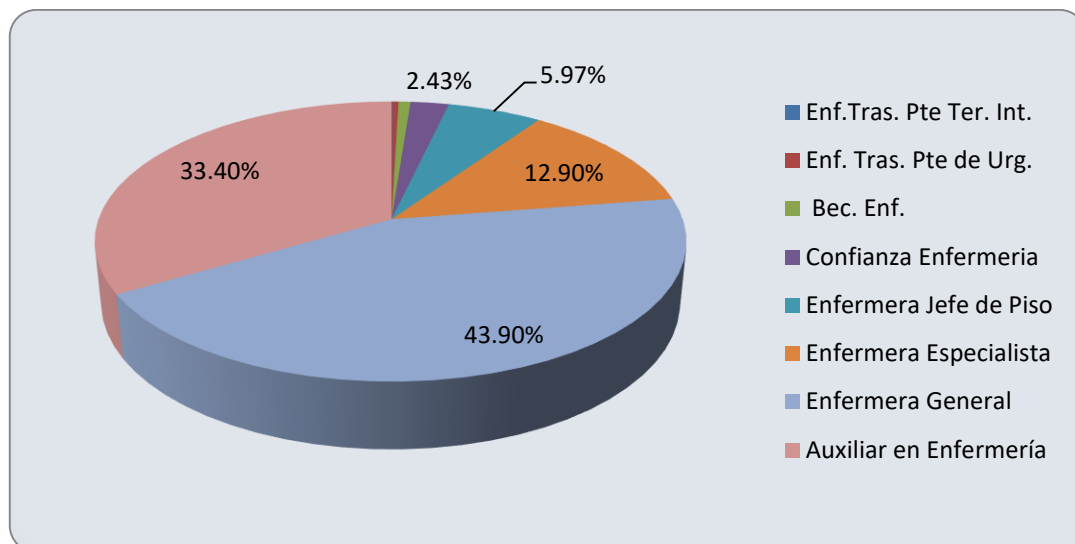
Como se ha mostrado, las enfermeras representan el porcentaje mayor de personal de la salud dentro del IMSS. Este 31.9% del total de enfermeras, se organiza a partir de 8 diferentes categorías contractuales.

Tabla 4.8. Categorías de enfermería.

Enfermera para traslado de paciente en T.I.	enf. tras. pte de urg.	becario	confianza	enf. jefe de piso	enf. espe cialis ta.	enf. gral	enf. aux.	total
54	382	738	2349	5767	12557	42455	32292	96594
0.06%	0.39%	0.76%	2.43%	5.97%	12.90%	43.90%	33.40%	100%

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gràfica 4.8. Categorías de enfermería.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En el año 2010, la enfermera general es la categoría integrada por más número de enfermeras porque representa el 43.9% de las 96,594 que conforma el total de la población de las enfermeras en el IMSS. En segundo lugar, las auxiliares de enfermería representan el 33.4%; en el tercer lugar con 12.9% están las enfermeras especialistas; el cuarto lugar las enfermeras jefes de piso con el 5.9%; el quinto lugar lo ocupan las confianzas en enfermería con un 2.4%. En estas categorías se ubica el mayor porcentaje de enfermeras con un 98,6%. El restante 1.4% está entre becarios de enfermería y enfermeras con categoría de traslado de paciente de urgencias y traslado de paciente en terapia intensiva. Como se puede apreciar, las categorías de enfermera auxiliar, general, jefe de piso, especialista y enfermera con puesto de confianza ocupan el mayor porcentaje. Sin embargo, el comportamiento de estas plazas muestra variaciones diferentes con respecto a la enfermera general.

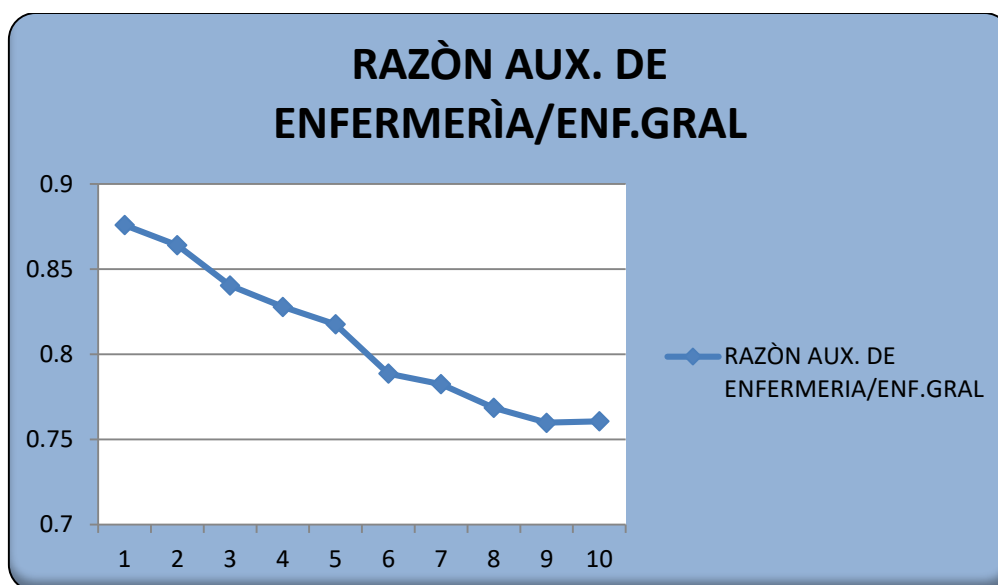
Tabla 4.9. Razón auxiliar de enfermería/enfermera general.

AÑOS	RAZÓN AUX. DE ENFERMERIA/ENF.GRAL
2001	0.87
2002	0.86
2003	0.84
2004	0.82

2005	0.81
2006	0.78
2007	0.78
2008	0.76
2009	0.75
2010	0.76

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.9. Razón auxiliar de enfermería/enfermera general.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Esta línea de serie de tiempo permite dar cuenta de la disminución paulatina de enfermeras auxiliares con respecto a las enfermeras generales, porque de 0.87 ha disminuido a 0.76 la razón. Esto se puede interpretar como un avance en el campo de las enfermeras debido a que, a pesar de las todavía existentes escuelas privadas con oferta de estudios de auxiliar de enfermería, que van de seis meses a un año y medio, el instituto capta cada vez menos a este personal y genera más oportunidad para aquel sector que realiza estudios de enfermería a nivel técnico o con categoría de enfermera general.

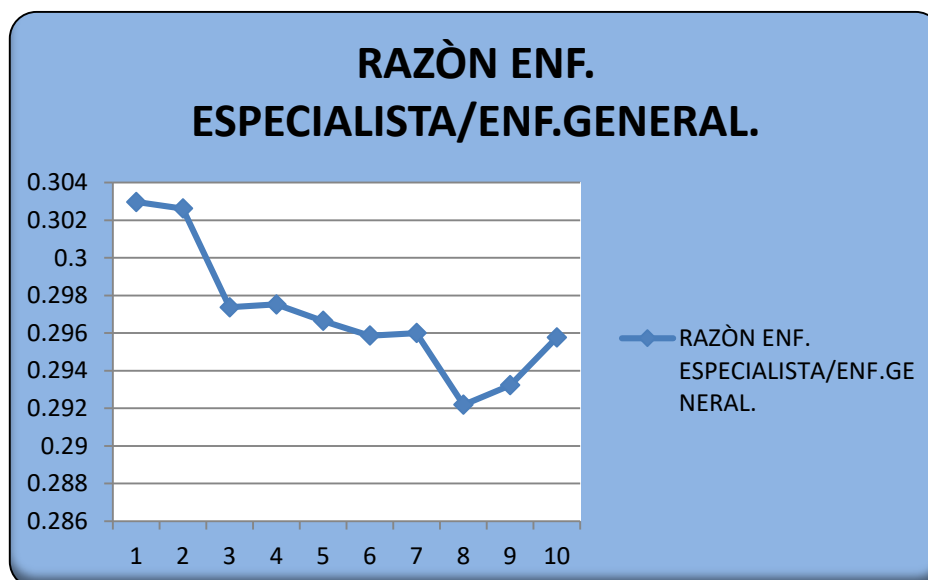
Tabla 4.10. Razón enfermera especialista y enfermera general.

AÑOS	ENFERMERA ESPECIALISTA	ENFERMERA GENERAL	RAZÓN ENF. ESPECIALISTA/ENF.GENERAL.
------	---------------------------	----------------------	---

2001	9940	32808	0.30
2002	10075	33292	0.30
2003	10307	34660	0.29
2004	10444	35103	0.29
2005	10440	35193	0.29
2006	11244	38003	0.29
2007	11444	38662	0.29
2008	11514	39406	0.29
2009	11980	40855	0.29
2010	12557	42455	0.29

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Tabla 4.10. Razón enfermera especialista y enfermera general.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En cuanto a la enfermera especialista, el número de plazas desciende del 0.302 al 0.292 para el 2008, año en que se observa la mayor disminución con respecto a la enfermera general. En los años consecuentes se observa un incremento paulatino al 0.295 para el 2010. Esto implica que cada vez hay menos especialistas por enfermera general. Pero, si el número de derechohabientes, como se ha revisado, se incrementa, se puede asumir que es la enfermera general quien asume la responsabilidad de dar una atención más especializada.

Por ejemplo, una de las enfermeras generales que se entrevistó lo señala de la siguiente manera:

“Ingrese al instituto como auxiliar de enfermería pero como sabían que era licenciada, no era importante la categoría porque realmente entraba a todas las áreas como la terapia intensiva de adultos y de niños. A las pediátricas, al servicio de nutrición parenteral. En realidad estaba en todos los servicios. Era todóloga. En efecto, hacía funciones de especialista y de las diferentes especialidades porque estaba como pediatra, como intensivista. En un momento determinado, también nos dejaban instrumentar en cirugías. Y a veces como estaba en la condición de “08” (nombramiento para el trabajador que no tiene una plaza de base), pues estaba la limitante de no protestar porque llegabas a cubrir una plaza. Pues siempre, estuve en todo el hospital. Entonces que hubiera una limitación de funciones, no.”⁹

Como se puede evidenciar con la información de las entrevistas y los datos estadísticos los representantes del IMSS, se benefician del incremento de años de estudio de las enfermeras economizando el costo que significa la atención por parte de la especialista.

Con respecto a las funciones que realiza una jefe de piso se puede mostrar como éstas se absorben cada vez más, por las enfermeras generales.

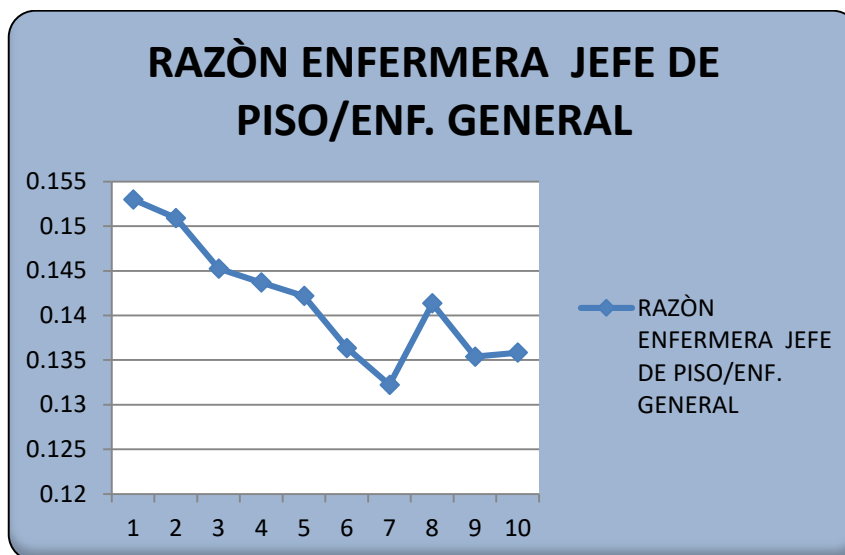
Tabla 4.11. Razón enfermera jefe de piso/enfermera general.

AÑOS	ENFERMERA JEFE DE PISO	ENFERMERA GENERAL	RAZÓN E J/G
2001	5019	32808	0.15
2002	5024	33292	0.15
2003	5034	34660	0.14
2004	5044	35103	0.14
2005	5004	35193	0.14
2006	5182	38003	0.13
2007	5112	38662	0.13
2008	5570	39406	0.14
2009	5531	40855	0.13
2010	5767	42455	0.13

⁹ Entrevista en Cuadro de anexos 8.9 Comentarios de las enfermeras sobre “más responsabilidades”

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.11. Razón enfermera jefe de piso/enfermera general.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En el caso de las enfermeras jefes de piso, la razón de este personal ha disminuido paulatinamente hasta el 2007, con respecto a la enfermera general, del 0.15 al 0.13. Parámetro que se incrementa en el 2008 a 0.14, para disminuir hasta quedar en 0.13 en el 2010. Es decir, cada vez hay menos enfermeras jefes de piso por enfermera general. Estos datos permiten deducir por qué no es fortuito que las enfermeras curricularmente aborden más contenidos en gestión sobre los de docencia e investigación. Ante la disminución de plazas de jefe de piso que concentran prácticas administrativas, las enfermeras generales o especialistas absorben la función:

“A veces me quedaba como enfermera general y absorbía todas las actividades que ello implica. Por ejemplo, en el servicio de CEYE, aprendí mucho porque tenía que saberme el nombre de todo el instrumental. Un tiempo me dejaron de encargada (jefe de piso). Y posterior al diplomado que tomé, me dejaron un mes adiestrando a las enfermeras del servicio de trasplante de medula ósea.”¹⁰

¹⁰ Entrevista en Cuadro de anexos 8.9 Comentarios de las enfermeras sobre “más responsabilidades”

Vincular este fragmento que evidencia cómo en la cotidianidad esta enfermera, especialista en pediatría con licenciatura por modalidad “años posteriores”, realiza funciones de jefe de piso, con los datos estadísticos permite constituirlo como el medio que da voz a la multiplicidad de enfermeras que en la tarea diaria asumen mayores responsabilidades. Situación con que se benefician los representantes institucionales porque las unidades hospitalarias continúan funcionando igual debido a que, la falta de contratación de jefes de piso es compensada con la profesionalización de las enfermeras.

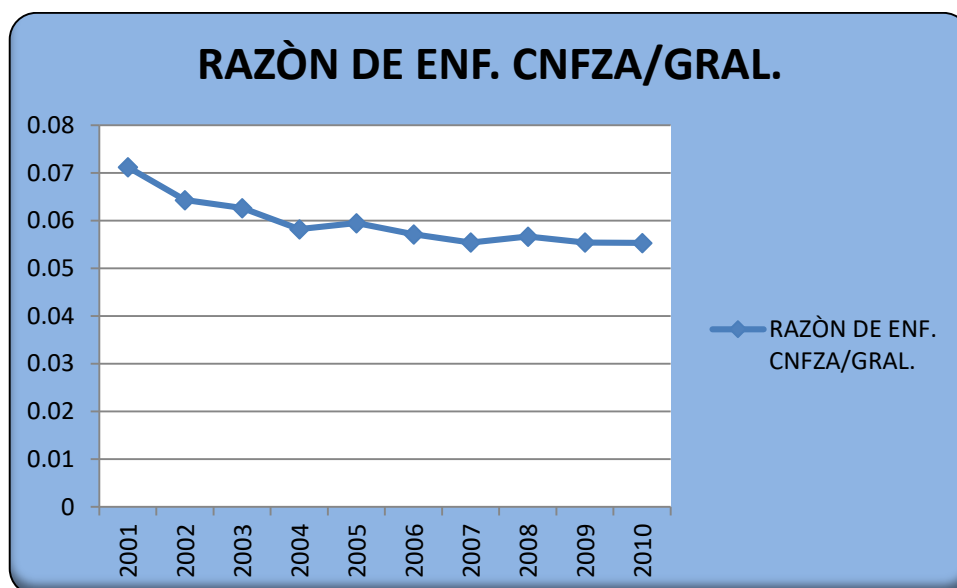
Con respecto a las plazas de confianza o no sindicalizadas el patrón de disminución se mantiene con respecto a las enfermeras generales.

Tabla 4.12. Razón de confianza en enfermería y enfermera general.

AÑOS	CONFIANZA ENFERMERIA	ENFERMERA GENERAL	RAZÓN
2001	2337	32808	0.071
2002	2141	33292	0.064
2003	2171	34660	0.065
2004	2043	35103	0.058
2005	2094	35193	0.059
2006	2171	38003	0.057
2007	2143	38662	0.055
2008	2233	39406	0.056
2009	2264	40855	0.055
2010	2349	42455	0.055

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.11. Razón de confianza en enfermería y enfermera general.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

En cuanto a las enfermeras de confianza se observa que cada vez son menos plazas por enfermera general. De 0.071 disminuye progresivamente hasta el 2008 en que se observa un incremento a 0.056, con respecto al año anterior, pero que en el 2009 y 2010 retoma el patrón de comportamiento para disminuir a 0.055. Esta situación en la que disminuyen las plazas para las subjefes de enfermería involucra un incremento de trabajo para ellas. Por ejemplo, en el hospital en estudio el número total de enfermeras es de 810 divididas en cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno velada "A" y "B"). Y las plazas de confianza para coordinar todo lo referente al trabajo de éstas, así como la programación de vacaciones, cambios de descansos y la capacitación, que entre otras actividades, son ejecutadas con 17 plazas cuando, como comenta una de las subjefes entrevistada, deberían ser 21. Aún así de estas 17 plazas dados los comentarios de otra subjefe entrevistada, parece que no todas son plazas oficiales.

"Primero pasas por el interinato y posteriormente... No se ahorita el proceso administrativo que tenga la delegación para pasar por el interinato y después para obtener el nivel de confianza. Tarda no sé porque razón. Me imagino que presupuesta. Por ejemplo, yo tengo de Junio a la fecha. Y se supone que estoy nivelada. Pero a veces sí y a veces, no. Son más veces no que sí, pero ya presenté el currículo para un nivel 44, que es el nivel máximo para una subjefe de enfermería. Vas a la delegación y firmas un interinato por un tiempo indefinido. Que me parece que vas firmando cada

mes. Y hay a quien les llega rápido y hay a quien les tarda dos o tres años con el interinato hasta que les dan la base.”¹¹

De igual manera que con las otras categorías, esta plaza de subjefe de enfermeras es cubierta con personal al que no siempre le retribuyen el salario con base a las actividades que están desempeñando.

Como se observa, a excepción de las enfermeras auxiliares, todas las demás muestran disminución de la razón con respecto a la enfermera general. Es decir, cada vez hay más enfermeras generales por especialistas, jefes de piso, y plazas de confianza. Esta situación tiene serias implicaciones, si consideramos que la modalidad educativa “años posteriores” que permite obtener el grado de licenciatura, se implementa desde el 2001.

Una investigación publicada en la revista de enfermería del IMSS, aporta datos del perfil educativo de las enfermeras, en donde se refiere que el 22% del personal del IMSS, cuenta con licenciatura. 5% del programa IMSS-Oportunidades y 17% del personal régimen Obligatorio. De este porcentaje la mitad realizó la licenciatura a través del sistema universitario complementario (Ramírez 2007, P.105).

Pero la licenciatura de las enfermeras hasta el 2006 no era reconocida. Es a partir del 2007, cuando por primera vez se reconoce en el contrato colectivo del trabajo (C.C.T.): “El instituto y el Sindicato de conformidad con los acuerdos de la comisión Nacional Mixta de Selección y calificación de puestos de confianza “B”, determinan establecer como requisito contar con la Licenciatura en Enfermería, para ocupar las categorías de: subjefe de enfermería, jefe de enfermeras y Directora de enfermería en Unidad Medica de Alta Especialidad ” (IMSS-SNTSS 2007, P.78).

Este hecho, por el que se reconoce la licenciatura, es un logro para el gremio pero, el contexto en que se realiza permite analizarlo como un elemento que tiene como precedente que solo los hospitales de alta especialidad requieren de

¹¹ Entrevista en Cuadro de anexos 8.9 Comentarios de las enfermeras sobre “más responsabilidades”

enfermeras profesionales en demerito de las necesidades de los otros niveles de atención. Limitar el reconocimiento sólo para quien labora en tercer nivel incide beneficiando a un porcentaje menor del 22% de enfermeras que en el 2005 contaba con licenciatura.

Por lo que se comprueba que los representantes institucionales se benefician de la educación de las enfermeras porque éstas, adquieren mayores capacidades en el uso de las nuevas tecnologías, que en un contexto de desarrollo científico y tecnológico, se utilizan cada vez más en la atención de la salud y la enfermedad del sujeto o de la población y porque asumen mayores responsabilidades relacionadas con la falta de contratación de nuevas plazas, o de otras categorías.

Paralelo a esta situación laboral, la Ley general de salud establece que: La receta médica es el documento que contiene entre otros elementos, y podrá ser emitida por: (...) V. Licenciados en enfermería, quienes únicamente podrán prescribir medicamentos comprendidos en el cuadro básico.¹² Esta situación, que constituye un reconocimiento a las capacidades de la enfermera, en este contexto se asume como una estrategia para cubrir las necesidades de las instituciones de seguridad social, en donde la mayor utilidad de la práctica de este personal, aun sin reconocimiento político y económico, hace frente a las necesidades de la creciente población derechohabiente.

Tabla 4.13. Razón enfermeras/asegurados.

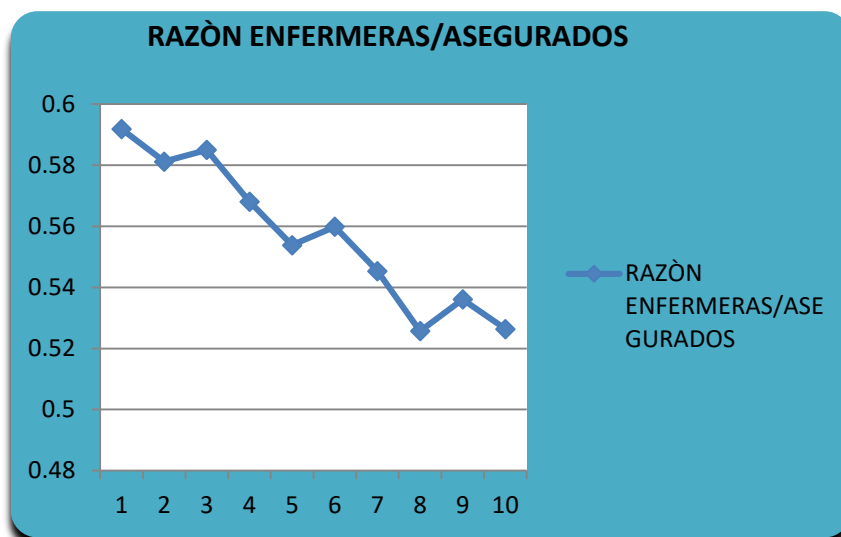
AÑOS	ENFERMERA	ASEGURADO	RAZÓN
	S	S	ENFERMERAS/ASEGURADO
			S
1	79,715	13470065	0.59
2	80,346	13824838	0.58
3	82,198	14050948	0.58
4	82,694	14556677	0.56
5	82,599	14914786	0.55
6	87,660	15658480	0.55
7	88,689	16263025	0.54

¹² Ley General de salud. Edit. Sista México D.F. 2007.

8	90,113	17141271	0.52
9	92,917	17333769	0.53
10	96,594	18350540	0.52

Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Gráfica 4.13. Razón enfermeras/asegurados.



Fuente: www.imss.gob.mx. Estadísticas.

Como se aprecia, a pesar de que a diferencia de otras áreas, el personal de enfermería se incrementa, podemos decir en términos generales, que el número de enfermeras por paciente se ha reducido prolongadamente, salvo algunos matices en el 2003, 2006 y 2009, en donde se aprecian incrementos, pero sin cambiar de manera considerable la situación laboral de las enfermeras.

Entonces, como he sostenido la institución de salud se beneficia de los niveles académicos de la enfermera, sin retribución salarial, obstruyendo por un lado el desarrollo de la profesión y poniendo en riesgo la atención de la salud de la población al converger el profesional de la enfermería, que ante la excesiva carga de trabajo, tiende a diluir su práctica en aras de la productividad, más que de la atención integral.

Esta situación, aunada a los datos que al inicio señalan una razón menor de médicos con respecto a las enfermeras y los pocos cambios que limitan el reconocimiento del creciente porcentaje de enfermeras con licenciatura en el

IMSS, permite argumentar que los intereses del IMSS subordinan los objetivos de creación de valor de la educación, necesarios para la re- significación de *los roles* de la enfermera que le permitan transformar su reconocimiento social, por los intereses utilitaristas que concibe a la educación como la posibilidad de disponer de la producción de los sujetos.

De manera que, como señala Ramírez, en un informe del perfil académico del personal en cuestión, "(...) el personal está preparado para rediseñar el modelo actual... contribuir a mejorar la calidad y oportunidad en la atención, incrementando la productividad. Lo anterior permitirá hacer mejor uso de las capacidades del capital humano en enfermería, mientras se logra estabilizar el faltante de plazas (Ramírez 2007, P. 114).

Esta situación que experimenta la enfermera en el IMSS, como una de las instituciones de mayor cobertura (16.3%) del total de la población nacional en 2010, es en gran medida parámetro de las condiciones en que se encuentran las enfermeras que laboran en los diferentes niveles de atención que atiende la institución de seguridad social por lo que ahondo en ello en el siguiente capítulo.

**5.- LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE GINECO- OBSTETRICIA NO. 3
“VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” CENTRO
MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

Analizar cómo el sistema social en el que mediante cambios políticos se transforma el Estado social a otro con rasgos neoliberales, permite explicar por qué las instituciones de salud como el IMSS se benefician de la profesionalización de las enfermeras. Éstas también se benefician en cuanto al incremento de años de estudio pero su beneficio continúa desequilibrado, porque les permite adquirir más habilidades y destrezas técnicas para responder a las demandas debidas a la incorporación de la tecnología que por parte de las instituciones de salud representa, pero sin el auge del desarrollo de un cuerpo teórico de conocimientos basado en su práctica, sin el reconocimiento contractual de dicho nivel educativo para el personal operativo y con pocas transformaciones en materia de género que influya para que las mujeres dediquen prioridad a sus actividades académicas sobre las domésticas.

Sí consideramos la propuesta teórica de Antony Giddens sobre la producción de la sociedad como una realización de las destrezas de sus miembros (Giddens 1993, P.128), podemos plantear que las enfermeras con su práctica laboral contribuyen con esta producción. Por lo que las prácticas o actos realizados por los actores, en este caso las enfermeras, son fundamentales de estudiar porque es mediante la actividad de ellas, en interacción con otros, (trabajadores y población derechohabiente), que el sistema de reglas y recursos (propiedades estructurales) de la práctica enfermera se reproduce como una actividad considerada extensión de las labores domésticas, carente de desarrollo científico y competencia principalmente de las mujeres.

Para estudiar la cotidianidad laboral, porque permite analizar cómo se reproducen las prácticas institucionalizadas, se eligió por la facilidad de acceso, una unidad de tercer nivel del IMSS, con el objetivo de situar el espacio en el que mediante formas de organización laboral y la distribución social del conocimiento, el cúmulo de saberes de las enfermeras es puesto en acción. Estas prácticas que en el lenguaje de las enfermeras denominan como

rutinizadas se encuentran legitimadas en documentos oficiales como el Contrato Colectivo del Trabajo, que al describir las actividades a realizar por el personal de cada categoría (SNTSS-IMSS 2012, P.13) sustentan la creación de organigramas jerárquicos en donde enfermería ocupa un lugar de subordinación con respecto a otras profesiones. Paralelamente realizan prácticas no especificadas, dadas por sentido y definidas en el orden del conocimiento mutuo o aquel que permanece inarticulado (Giddens 1993, P.108). Sin embargo, al ser prácticas naturalizadas se siguen actualizando, exponiendo y modificando de manera integrada con las acciones oficialmente establecidas. Con éstas, las enfermeras contribuyen con el desarrollo de la profesión pero también generan efectos no deseados que mantienen institucionalizado su carácter de sub-profesión o actividad carente o sin demanda del desarrollo científico.

Partiendo del ejercicio laboral de las enfermeras generado en interacción con otros de manera situada espacial y temporalmente, se considera fundamental no sólo retomar los antecedentes, que ya se abordaron en el capítulo anterior sobre las transformaciones estructurales generadas en el IMSS, sino también las transformaciones físicas, para así en conjunto contextualicen la situación social en que las enfermeras paralelamente que laboran, se interesan en profesionalizarse.

5.1.-ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 3. “VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

De la revisión histórica del hospital de gineco-obstetricia, se asevera que éste ha sido motivo de transformaciones, desde su inauguración el 19 de junio de 1964, no sólo físicamente sino estructurales que se asumen con los cambios de gestión y organización que implican las UMAE.

Estas transformaciones obedecen a las necesidades de atención de la población que, históricamente también van cambiando paralelamente al contexto en sus diferentes dimensiones. La revisión exhaustiva de estas modificaciones rebasa el objetivo de esta investigación, por el de brindar una visión panorámica que

permita situar un campo donde a partir de las prácticas, se institucionaliza y/o transforma la enfermería.

El Centro Médico Nacional “La Raza”, tal como se conoce actualmente, fue creado el 10 de febrero de 1954 como una instancia integrante del IMSS pero, es hasta la conmemoración del X aniversario cuando se presenta la iniciativa que culminara con la inauguración por parte del Presidente de México Adolfo López Mateos, del hospital de gineco-obstetricia. La creación de éste reflejaba la necesidad de cubrir la creciente demanda obstétrica que era la predominante: no eran raros los días de más de 100 partos y de 20 a 30 legrados (IMSS. 1989). La estructura física, según datos del “XXV aniversario” permitía satisfacer las necesidades de la época, el segundo y el tercer piso estaban asignados para atender el puerperio fisiológico. El cuarto piso, complicaciones obstétricas y en el quinto piso camas para sangrados de la primera mitad del embarazo. La unidad toco-quirúrgica (admisión, labor, expulsión, quirófano, recuperación adultos y recuperación pediatría) estaba acorde a esos requerimientos.

Los cambios eran pocos y parciales, se agregaron 2 aulas, una biblioteca y el vestidor de médicos. Frente a Rayos X se construyeron consultorios para dar atención a la paciente estéril; precedente de lo que hoy es el servicio de Biología de la Reproducción. Asimismo, la Citología exfoliativa, al generar mayor demanda, se anexa al Servicio de Anatomía Patológica, servicio fundamental en nuestra época, entre otras cosas, por el incremento de casos de cáncer de mama y cérvico-uterino.

En los setenta se hacen remodelaciones en la planta baja, se amplía la unidad toco-quirúrgica y en el primer piso desaparece la residencia de los médicos en especialización y el auditorio, para instalar el laboratorio clínico y de Hormonas y por otro lado, la jefatura de enseñanza e investigación se traslada al sexto piso. En el ámbito de la atención se modificó la obstetricia con el objetivo de guardar para dicha instancia, sólo los embarazos de alto riesgo y canalizar a hospitales generales de Zona o de segundo nivel, los embarazos normales.

Es en esta época cuando se proporcionan métodos de control de la fertilidad y se incrementan las campañas de la utilización de métodos de planificación definitivos, que inciden por primera vez después de la década de los 20, en un

descenso de la tasa de crecimiento poblacional¹³, que se acompañara de otro tipo de necesidades de atención.

En 1982, ante la transformación de necesidades, la demanda de una remodelación es inevitable. Por lo que las principales actividades que hasta entonces se realizaban fueron canalizadas para permitir el cierre temporal del Hospital. Estando como presidente de la República Mexicana el Licenciado José López Portillo y como director del Seguro Social el Lic. Arsenio Farrell, se reinaugura el 16 de noviembre de 1982, quedando como un hospital de alta especialidad.

Esta construcción se integra por dos estructuras. Una para consulta externa que conserva el nombre de “estrella” y otro de hospitalización en donde se concentran todos los servicios médicos, como vestidor de personal y comedor. El objetivo de seleccionar para la atención sólo los embarazos de alto riesgo, permitió la disminución del número de camas que paralelamente dispuso de áreas más amplias, así como de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y de adultos (UCIN Y UCIA respectivamente). También, un grupo Oncológico para atender los casos de cáncer ginecológico, a nivel de Consulta Externa, Cirugía y Quimioterapia. Y además, servicios de Biología de la reproducción y Endocrinología ginecológica que caracterizan la atención como de alta especialidad o competencia del tercer nivel de atención.

Como hospital de tercer nivel de atención, las prácticas de los profesionales son dirigidas para atender principalmente embarazos de alto riesgo que implican la atención de la morbilidad preexistente de las futuras madres diabéticas, hipertensas, con pre-eclampsia, hipotiroidismo o hipertiroidismo, que entre otras enfermedades, son motivo en la mayoría de los casos de la interrupción prematura del embarazo. Decantando en otro tipo de necesidades de atención que involucran al recién nacido prematuro y la gama de patologías que giran entorno a ello. Estas enfermedades demandan atención urgente y de cuidados intensivos tanto para la mujer como para el recién nacido. De igual forma, se requiere de intervenciones quirúrgicas en donde convergen diferentes especialistas como por ejemplo, el médico gineco-obstetra, el pediatra con subespecialidad en neonatología o sub-especialistas como oncología

¹³ INEGI, Censo de población y vivienda 2010.

ginecológica. Así como anesthesiólogos y profesionales de la enfermería; inhaloterapia, patología y radiología que, entre otros, son capaces de brindar una atención especializada y altamente tecnificada que demanda la atención de dichas enfermedades. Y que se incrementa o disminuyen de acuerdo al impacto que se genera en el primer nivel de atención dirigido principalmente a prevenir la enfermedad y a mantener la salud.

También se atiende a otro tipo de alteraciones que atañen a las parejas como los problemas de esterilidad e infertilidad. De la misma forma, patologías ginecológicas específicas, por ejemplo, la miomatosis uterina y los procesos neoplásicos como el cáncer de útero y de mama, que ha evidenciado por lo menos en este último caso, la ineficiencia del primer nivel de atención porque pudiendo ser curable cuando se detecta a tiempo, ha ocupado los primeros lugares de mortalidad en la mujer mexicana.

Las transformaciones físicas acompañadas de las organizacionales permite que se reconozca en el 2002 como una Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), lo que implica, con base al análisis, sean asumidas como estructurales.

En el 2006, según datos del “Manual de Bienvenida de la dirección de la enfermería” se inaugura el centro de Mezclas para la preparación de nutriciones parenterales, antibióticos y quimioterapias en el que la participación de las enfermeras, al ser efectuadas y administradas por ellas, es fundamental.

Como parte de los procesos de transformación de atención para la salud, la unidad hospitalaria tiene que cumplir con los procesos de evaluación o certificación de acuerdo con los estándares homologados por la Joint Comission¹⁴. En 2006, el hospital es certificado por el Consejo de Salubridad

¹⁴ La Joint Commission es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que acredita a más de 20.000 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos de América y que actualmente colabora con más de 70 países de todo el mundo. La acreditación es un proceso en el que una entidad, separada y distinta de la organización sanitaria, normalmente no gubernamental, evalúa al centro para determinar una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la asistencia. La acreditación aporta el compromiso claro de la organización de mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal.

General (CSG) y como dicho proceso tiene una duración de tres años, en este hospital se venció en el 2009. Por lo que en el Mensaje emitido a final del 2011, por parte del Director Titular, el doctor Gilberto Tena, fue: “debemos prepararnos intensamente para poder dar testimonio de que estamos haciendo las cosas en forma adecuada y de acuerdo a los estándares de calidad y seguridad del Consejo de Salubridad General” (Tena 2011).

A rasgos generales, este es el contexto en el que las enfermeras construyen su realidad en la vida cotidiana. Esta realidad teóricamente se presenta ya objetivada, o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que la enfermera apareciese en escena. La instancia de salud se percibe como si fueran algo distinto de los productos humanos, como hechos de la naturaleza, como resultados de las leyes cósmicas, o manifestaciones de la voluntad divina o en términos concretos como reificada. Sin embargo, la institución como organización deliberadamente creada para atender el derecho a la salud y a la seguridad social es un producto humano, aunque dada su historicidad se perciba como una instancia supra-humana en donde convergen sujetos con submundos internalizados e institucionalizados por medio de identificaciones constituidas en la familia. A este proceso se denomina socialización primaria pero al trascender éste, se habla de una socialización secundaria que se realiza con base a una división del trabajo y cierta división del conocimiento. En el caso de las mujeres al realizar el cuidado de los enfermos, vestirse de blanco, portar la cofia, limitar sus acciones a las indicaciones médicas y recibir una remuneración como sub-profesión, reproducen el rol de la enfermera al objetivar con sus prácticas la imagen de la enfermera institucionalizada, en otra institución de salud que ha institucionalizado a la profesión médica como disciplina con prestigio social.

Percibir a la instancia de salud como reificada puede generar connotaciones para que el actor social reproduzca el rol que dado la historicidad del desarrollo de su profesión, erróneamente, le corresponde. Pero la posibilidad de la tendencia a la reificación puede diluirse desde el planteamiento teórico de Anthony Giddens, si se genera la comprensión, en este caso, por parte de las enfermeras de que el

sistema de recursos o reglas (propiedades estructurales) son sus propios productos. (Giddens 1993, P.127)

5.2.-LA PRÁCTICA LABORAL DE LAS ENFERMERAS.

Se han presentado elementos que permiten contextualizar el espacio físico y organizacional en que las enfermeras mediante su práctica construyen su cotidianidad. Las prácticas o procederes situados de un sujeto involucran, siguiendo la teoría de Giddens, razones inconscientes o conductas que el ser humano realiza sin tener plena conciencia. Al respecto el autor, menciona que el acopio de conocimiento que los actores poseen y objetivizan mediante su práctica, se puede separar analíticamente en sentido común y de conocimiento mutuo. El primero es al que articulado teóricamente se recurre para explicar porque las cosas son lo que son en el mundo natural y social por lo que puede ser corregible a la luz de la investigación y teoría sociológica. El conocimiento mutuo es el que se da por sentado porque los actores suponen que los otros lo poseen (Giddens 1993, P. 108). Sin embargo el darlo por supuesto y permanecer inarticulado, no excluye que mediante la práctica se siga actualizando, exponiendo y modificando por los miembros de la sociedad en el curso de su interacción.

Las propiedades de la interacción como las producciones de significado (intento comunicativo), las relaciones morales y de poder se constituyen en elementos de análisis de las prácticas que producen estructura. De manera que en el análisis presente también se recurre a los aportes de Berguer y Luckman porque con su texto de “la construcción social de la realidad” aportan elementos para considerar tanto la dimensión objetiva como la subjetiva que en conjunto construyen la realidad. Mismas que aportan ideas para analizar elementos concretos (profesiogramas y organigramas) mediante los que se organizan las actividades que ejercen la enfermeras paralelamente que se abordan elementos subjetivos en donde las producciones de significado, relaciones morales y de poder se pueden abordar como elementos constituyentes de la cotidianidad.

Por ejemplo, cuando se pregunta a una de las egresadas por la modalidad años posteriores, sobre qué actividades realizaban en sus prácticas de profesionalización, comentan:

“E.Q: Nosotros, jajaja. La hacíamos de residentes. Dependiendo del área que nos tocaba. Por ejemplo en la unidad tocoquirùrgica era desde la recepción de la paciente. Estar en el manejo del parto. En las reuniones de los ginecólogos, nos tomaban en cuenta a nosotros en cuánto a preguntarnos el estado general de las pacientes y el manejo que le estábamos dando; cuánto tiene de dilatación, en que posición está el producto. O sea, todo lo referente a las maniobras de parto, atendimos partos. Nos metimos a cesáreas, no a instrumentar sino a ayudar.”¹⁵

Como se evidencia, realizan acciones no reglamentadas en el Contrato Colectivo de trabajo, que permiten explicar las acciones cotidianas que no están institucionalizadas y que también permean el diario acontecer de la profesión. Acciones que ejercidas por las enfermeras dan cuenta de cómo ellas contribuyen a reproducir la estructura que históricamente ha legitimado la subordinación de su ejercicio profesional a los intereses económicos de la instancia de salud. Por que como se ha afirmado en otro capítulo, esta institución se beneficia del incremento de educación de las enfermeras porque ante la falta de personal, éstas atienden las emergencias de carga laboral.

“E.Q: Nos metíamos como ayudantes. Ayudantes del medico de base. Ejercíamos como el primer ayudante durante la cesárea. En este hospital había mucho trabajo. Y a los residentes¹⁶ no les gustaba hacer esta función... Más bien, nos dividíamos el trabajo. A veces, ellos estaban tan cansados o como había pocos ¡porque realmente eran pocos residentes! que preferían ir a piso (a terminar sus notas medicas) y dejarnos a nosotras el trabajo. Entonces, nosotras teníamos que estar allí.” Investigadora: Entonces, ustedes en su práctica eran fuerza de trabajo. Por así decirlo.

E.Q: Pues si, hacíamos las funciones de los residentes.”¹⁷

¹⁵ Tabla 7.3.10. Entrevista sobre “Más responsabilidades”.

¹⁶ En el C.C.T se considera como residente al medico en periodo de adiestramiento en una especialidad que ingresa en una unidad medica receptora de residentes. La contratación de los trabajadores médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad que provengan del Sistema Nacional de Salud, será por tiempo determinado, igual a la duración del curso de especialización, sin que la relación pueda prorrogarse por ningún concepto. (C.C.T P 403)

¹⁷ Tabla 7.3.10. Entrevista sobre “Más responsabilidades”.

Estas acciones de las enfermeras en interacción con los residentes (médicos en proceso de especialización) permiten evidenciar como las prácticas se realizan de acuerdo a la distribución social del conocimiento. Dado que la enfermera, en este ejemplo, al profesionalizarse, genera la posibilidad de otras prácticas que se homologan con las actualmente son específicas de los residentes que también contribuyen, aun en su calidad de estudiantes de especialidad, con la fuerza de trabajo que mantiene funcionando la unidad de salud.

Estos médicos en formación como especialistas no comparten los mismos derechos laborales que un trabajador de base en la institución¹⁸. Por lo que se mantienen en un lugar de subordinación con respecto a las autoridades institucionales en las cuales perfeccionan y reflexionan sobre su práctica. Pero a diferencia de las enfermeras el papel de subordinación es temporal pues al concluir su formación oficial, la contratación será como lo avale su especialidad. En las enfermeras, por ejemplo sus conocimientos de gineco-obstetricia que abordan en el año posterior, en la mayoría de los casos, al ejercer su profesión, no serán practicados.

“Investigadora. Entonces aprendió a atender partos?

E.Q: Si, así es.

Investigadora: ¿Por qué no siguió practicando?

E.Q: Aquí en el hospital no los puedes atender, porque en primer lugar no estoy en el área de labor (donde se atienden los partos). Dos porque tampoco como enfermera quirúrgica se concibe el área de labor. Y lógicamente eso conlleva a que, ¡aquí si hay residentes! Entonces es algo que no te van a permitir hacer y mucho menos ejercerlo”.¹⁹

En este ejemplo, se puede analizar como el residente al concluir su formación educativa y ser contratado como lo avala la especialidad, se inserta en un mercado laboral en donde la reproducción de su práctica será eficaz y remunerada como profesional, paralelamente que incrementan sus ingresos

¹⁸ La contratación de los trabajadores médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad que provengan del Sistema Nacional de Salud, será por tiempo determinado, igual a la duración del curso de especialización, sin que la relación pueda prorrogarse por ningún concepto. (C.C.T P 403)

¹⁹ Datos de la entrevista a enfermera quirúrgica egresada por modalidad “años posteriores”

mediante sus servicios en unidades privadas en donde además se “ha mostrado como los profesionales de enfermería a menudo realizan algunas de las intervenciones que cobran los médicos” (Bulecheack Gloria 2009, P.22). En el caso de las enfermeras del hospital de gineco-obstetricia, que se constituye como una Unidad medica de alta especialidad, las prácticas en gineco-obstetricia abordadas en el año complementario, son coartadas para ellas porque se distribuyen específicamente como competencia de los médicos de base y residentes. Las acciones de las enfermeras, a diferencia de la medicina que se ejerce de forma privada, subordinan el desarrollo de su práctica a las necesidades de las instituciones de salud: “El desempeño libre de la profesión con pago por honorarios, obra determinada y negocio propio se muestra en un porcentaje muy bajo 1.3%, denotando es algo poco común en nuestra sociedad, sobre todo por la amplia cobertura de atención a través de las instituciones”. (Vázquez 2003, P.60).

El trabajo que realizan las enfermeras, como el referido por una de las enfermeras entrevistadas con especialidad quirúrgica es fundamental porque no solo responde a los cuidados de los pacientes que es lo específico de su área, sino que, en ocasiones rebasan las funciones del sentido común, porque responden a las necesidades que por lo específico de su trabajo, son emergentes de atender. Pertenecen, al conocimiento mutuo que se da por hecho que todos saben pero que no es oficial, debido a que como recurso, no ha influido para que la licenciatura de las enfermeras, que están en contacto directo con el paciente, sea reconocida contractualmente.

“Investigadora: En el quirófano, ¿ha realizado actividades más allá de las que de acuerdo al profesiogramas le competen, ha realizado prácticas que traspasen el campo de la enfermería?

E.Q: Si, ha habido ocasiones con los códigos rojos²⁰ en que los médicos no están. Así como en el enlace de turno, en el que unos salen y otros entran. En ese lapso, a veces faltan manos. Entonces si tú como quirúrgica tienes

²⁰ Comenta rio en entrevista que el código rojo es una Respuesta Rápida a Emergencias. Es un timbre que se toca en diferentes áreas como el quirófano, labor, admisión, terapia intensiva y recuperación principalmente, cuando hay de por medio la pérdida de la vida, ya sea de la madre, el producto o ambos. O en su defecto cualquier pos-cirugía en donde este en riesgo la vida.

la iniciativa, pues inicias con el residente o con la persona que esté. O a veces son los residentes los que no están. Y es cuando tú entras.”²¹

Es mediante situaciones de urgencia en salud, que la responsabilidad social que implica el equilibrio de la formación científica de las enfermeras con respecto a la tradición humanitaria, se puede plantear más nítidamente, porque es en estas circunstancias en donde su experiencia, cúmulo de conocimientos teóricos-prácticos como su compromiso social, es puesto en acción de manera emergente.

“Investigadora: Entonces es en esos momentos (de emergencia) cuándo usted interviene con prácticas que van más allá de lo establecido.

E.Q: Si, pero no necesariamente. A veces aunque no sea código rojo. Si la cirugía llega complicada. Y de aquí a que llega el medico solicitado. Metes la mano tú.

Investigadora: ¿Se involucra por qué tiene la habilidad?

E.Q: No, yo no creo que sea eso. Sino a lo mejor... la apuración, la experiencia. El querer hacer algo por el paciente. Y lo sabes hacer. Porque también es algo, que si, tienes que tener en cuenta, ¡que los sepas hacer!”²²

Entonces se puede plantear una disociación entre el acopio de conocimiento que los actores objetivizan mediante su práctica y el reconocimiento de éste. Porque algunas de las acciones en donde la enfermera “mete la mano” en el procedimiento quirúrgico, se genera como parte del conocimiento mutuo porque las enfermeras realizan algo que se da por su puesto durante la interacción con los demás integrantes del equipo de trabajo que participa en la cirugía, y que se justifica por la emergencia o por que se ha realizado en el terreno de lo no dicho o no reglamentado. Pero que en el terreno del conocimiento del sentido común o articulado teóricamente no se define que la intervención de una cirugía deba ejecutarse, o por lo menos iniciarse, por una enfermera.²³

²¹ Tabla 7.3.10. Entrevista sobre “Más responsabilidades”.

²² Datos de la entrevista a enfermera quirúrgica egresada por modalidad “años posteriores”

²³ En el profesiograma la enfermera especialista: “Las realiza en Unidades de Atención Médica. Recibe, identifica, atiende y entrega pacientes con información de diagnóstico, tratamiento, evolución y procedimientos efectuados bajo un plan de atención. Participa en tratamientos médico-quirúrgicos. Participa en la visita médica. Realiza procedimientos generales y especializados en el cuidado integral de l paciente de acuerdo a las indicaciones médicas en las áreas o servicios en que se requiera en las especialidades de: Pediatría, Salud Pública, Cuidados Intensivos, Quirúrgica, Salud Mental, Atención primaria a la salud, Atención Materno Infantil y en las que en el futuro se consideren necesarias establecer previo acuerdo de las partes. Atiende y cumple órdenes médicas de los pacientes a su cargo y registra los procedimientos realizados y no realizados que afecten el procedimiento terapéutico. Vigila el traslado del paciente al servicio que sea derivado y en caso de que lo amerite, lo acompaña. Solicita,

Si se retoma que las propiedades estructurales, (que producen la estructura) se representan por las reglas y recursos, se puede considerar que la práctica cotidiana mediante la que la enfermera participa de forma activa durante la cirugía en interacción con otros trabajadores, se constituye como un recurso, o base de poder, con la que cuenta para influir en los demás. La importancia que para este ejemplo representa el hecho de que una enfermera inicie una cirugía, si se quiere mientras llegan los legitimados para realizar esa práctica, se puede constituir como un medio para que las enfermeras que comparten esa responsabilidad demande a los representantes sindicales, la gestión del reconocimiento de su profesionalización. No obstante, la realización de esta acción sin demanda de su reconocimiento por parte de ellas, produce el efecto no deseado, de que la institución se beneficie del incremento educativo de las enfermeras sin muestras de desacuerdo por parte del gremio, que se conforma con el incremento de prestigio que guarda con respecto a otros profesionales o con otras colegas en el ámbito de la unidad hospitalaria o a nivel personal, como señala una de las entrevistadas al preguntarle si considera que los años dedicados a su formación están acorde con los beneficios que obtiene de la profesión:

“E.Q: Pues depende mucho del punto de vista de donde tu lo quieras ver. Si lo ves como realización profesional, si he obtenido todo lo que, o al menos, lo que yo deseo. Y se que puedo hacer muchas más cosas. A nivel escalafonario, que sería la otra parte, no. Porque a nivel instituto el escalafón es muy lento y no te lo dan por merito. Te lo dan por antigüedad, por calificación y no se porque otra cosa. Entonces en esa parte si es, llamémoslo así, injusto. Pero en su momento llegara.”²⁴

Como si el cambio de categoría llegara como un proceso natural y no como producto de la demanda de los intereses de las enfermeras para que se generen

recibe, maneja y entrega la dotación del servicio, de equipo e instrumental, medicamentos, material de consumo y productos biológicos. Prepara el material, equipo e instrumental que por sus características de mecánica y funcionamiento requiera de sus conocimientos. Detecta y reporta al jefe inmediato las fallas en el funcionamiento del equipo e instalaciones. Capacita al personal de enfermería y estudiantes sobre técnicas y procedimientos, vigilando su cumplimiento. Participa dentro de su jornada, en actividades docentes y de investigación, asiste a juntas, eventos científicos, socio-culturales, cursos de inducción, actualización y los que le indique el instituto para el mejor desempeño de sus funciones y superación personal. Participa dentro de su jornada, en el cumplimiento de los programas institucionales y en las específicos del centro de trabajo en las áreas de su competencia. Solicita y maneja ropa limpia para la atención de los pacientes a su cargo y el desarrollo de sus procedimientos higiénico-dietéticos y participa en las actividades de educación para la salud del paciente y su familia. Desempeña actividades técnico-administrativas d las funciones descritas. (C.C.T p 104)

²⁴ Entrevista a enfermera quirúrgica egresada por modalidad “añosposteriores”.

cambios en las normas contractuales que amplíen la posibilidad del reconocimiento de la licenciatura no solo para las enfermeras que ocupan plazas de confianza o realizan funciones administrativas sino también para las enfermeras que desarrollan prácticas asistenciales.

Asimismo, existen prácticas establecidas en los profesiogramas que ante la rutinización que demanda la atención emergente de las necesidades de los derechohabientes, dejan de lado otras actividades también contempladas en el documento, como la participación dentro de su jornada en actividades docentes y de investigación, que se generan en el caso de la primera esporádicamente y en el caso de la segunda, con fines de obtención del grado, como es el caso de una de las enfermeras generales con licenciatura que para obtener el grado en Maestría en administración de los servicios de salud, al momento de la entrevista, refiere efectuar una investigación con el objetivo de concretar dicho propósito.

El análisis de los profesiogramas del Contrato Colectivo del Trabajo del IMSS, permite explicar que es usado de diversas formas de acuerdo a los intereses de los diferentes sujetos sociales que conforman al IMSS. Por un lado organizando el trabajo cotidiano mediante la asignación de las actividades que corresponde a cada área, privilegiando, en el caso de enfermería, las actividades asistenciales sobre las de docencia e investigación a pesar de que éstas últimas, se consideren en dicho contrato colectivo, como parte constante del ejercicio laboral. Situación que cotidianamente se reproduce sin queja por parte de ellas, que puede hipotéticamente deberse al desconocimiento de lo estipulado en el documento o al desinterés —que cómo se ha revisado no es casual— por parte de las enfermeras por realizar dichas funciones.

En este caso, el conocimiento de las enfermeras de los documentos oficiales no solo del contrato colectivo de trabajo sino de estatutos y otros documentos más específicos que norman su práctica es una obligación, porque es mediante el conocimiento de ello en conjunto con sus recursos generados por el incremento de años de educación para profesionalizarse y su experiencia laboral, que las normas se pueden, o bien llevarse a cabo como lo estipulan o bien modificarse en beneficio de la profesión.

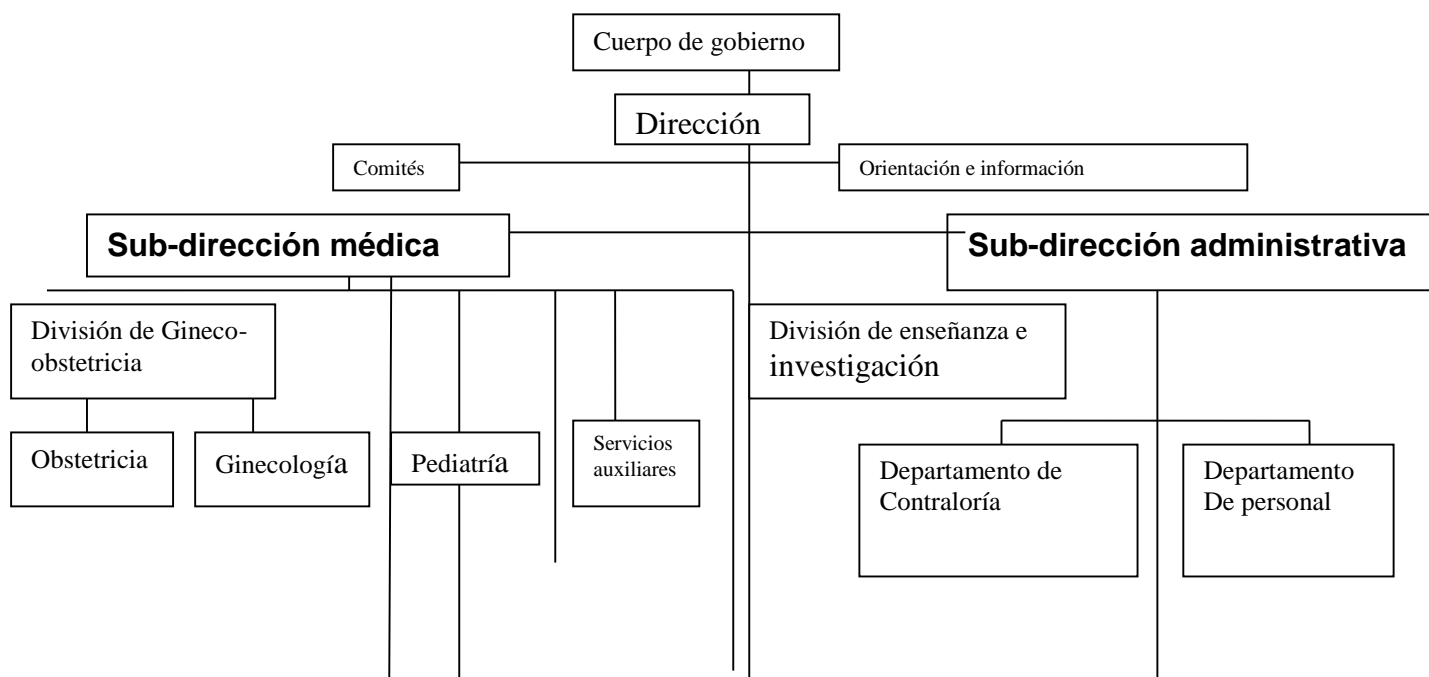
5.3.-EL UNIVERSO SIMBÓLICO A TRAVÉS DE LOS ORGANIGRAMAS.

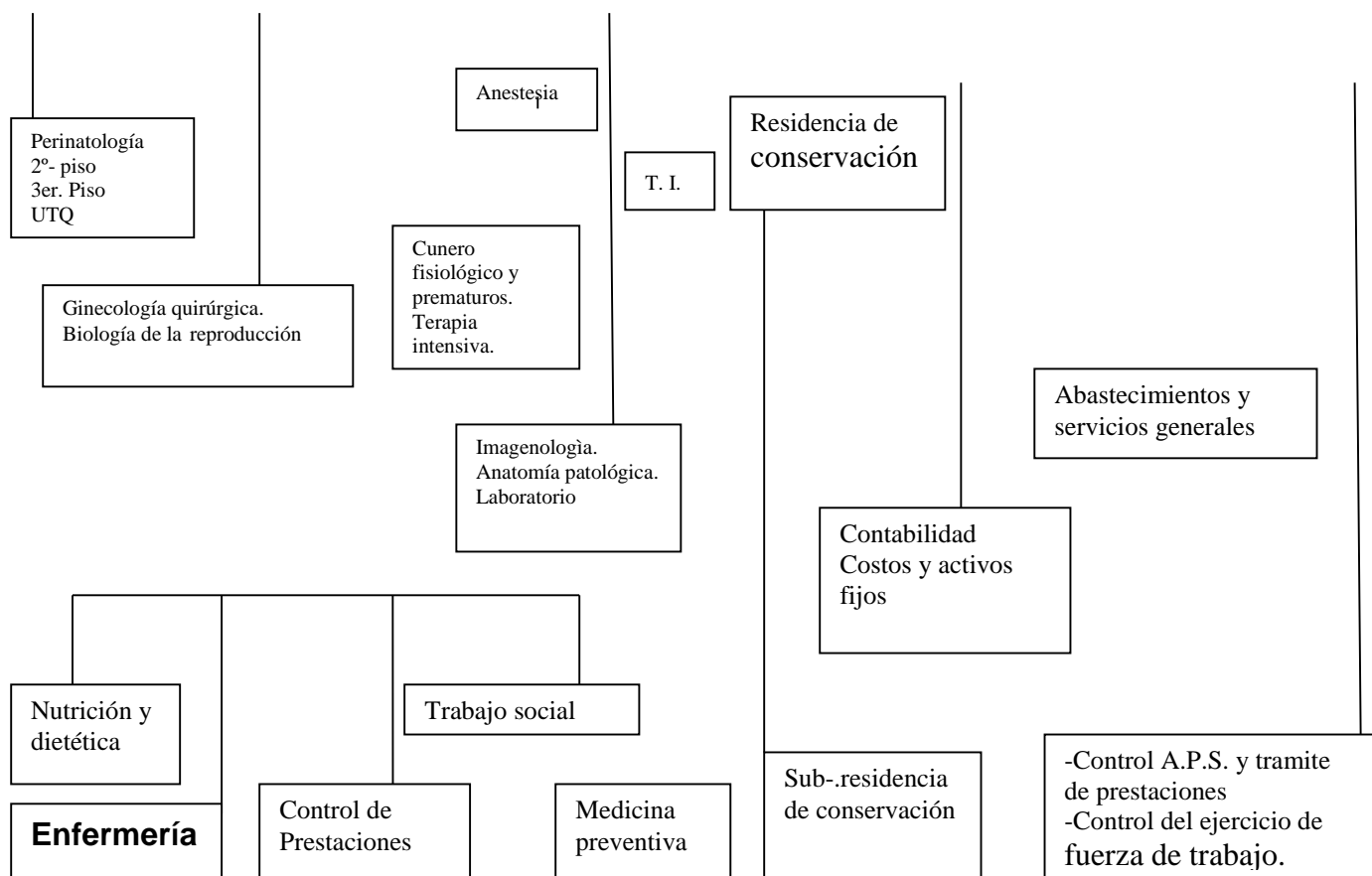
El análisis del organigrama es útil porque permite por un lado la vinculación de aspectos objetivos y subjetivos que desde la perspectiva de Berguer y Luckman, construyen la realidad cotidiana y por otro porque permite abordar elementos de la interacción en que se genera la práctica como la producción de significados y las relaciones morales y de poder.

Los organigramas a pesar de ser un medio de estudio que se presenta como estático, permite ordenar dentro de un todo el lugar que los diferentes actores sociales ocupan de acuerdo a la distribución social del conocimiento. Por lo tanto, permiten ejemplificar a los universos simbólicos concebidos como la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo.

Se presentan dos organigramas el de 1989 y el vigente en 2010 porque dan cuenta de transformaciones significativas para la rama de enfermería en cuanto al desarrollo histórico de la profesión pero, también presentan una disociación si se analizan a la luz de la escasa producción científica generada con base a su propia y amplia experiencia laboral.

ORGANIGRAMA HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICA No.3 (1989).





FUENTE: IMSS. "XXV aniversario, reunión conmemorativa, memorias del H.G.O.3 C.M.R." Delegación 2 Noreste del D.F, Junio 1989. SP

Este Organigrama de 1989 permite analizar cómo se organizaban las áreas de atención: la Dirección, después de la Junta de Gobierno integrada por representantes que le conceden el carácter tripartita, encabeza las diferentes jerarquías de los distintos integrantes institucionales. Cabe mencionar que en las memorias por el "XXV aniversario" se presenta una relación de los 8 directivos del sexo masculino y de profesión médica que hasta entonces habían ocupado la dirección. Igualmente, la relación está integrada con 19 integrantes más con puestos directivos en la subdirección médica, administrativa y de jefes de enseñanza. Pero salvo una licenciada en la subdirección administrativa, todos los demás son hombres. Esta categoría de género es una vertiente que permite argumentar los mecanismos a través de los cuales las diferencias biológicas se transforman en desigualdades sociales (Cardaci 2004), o para explicar cómo la organización jerárquica, pre-existente a las mujeres enfermeras, influye para que éstas aparezcan en la base del organigrama, curiosamente junto a otras

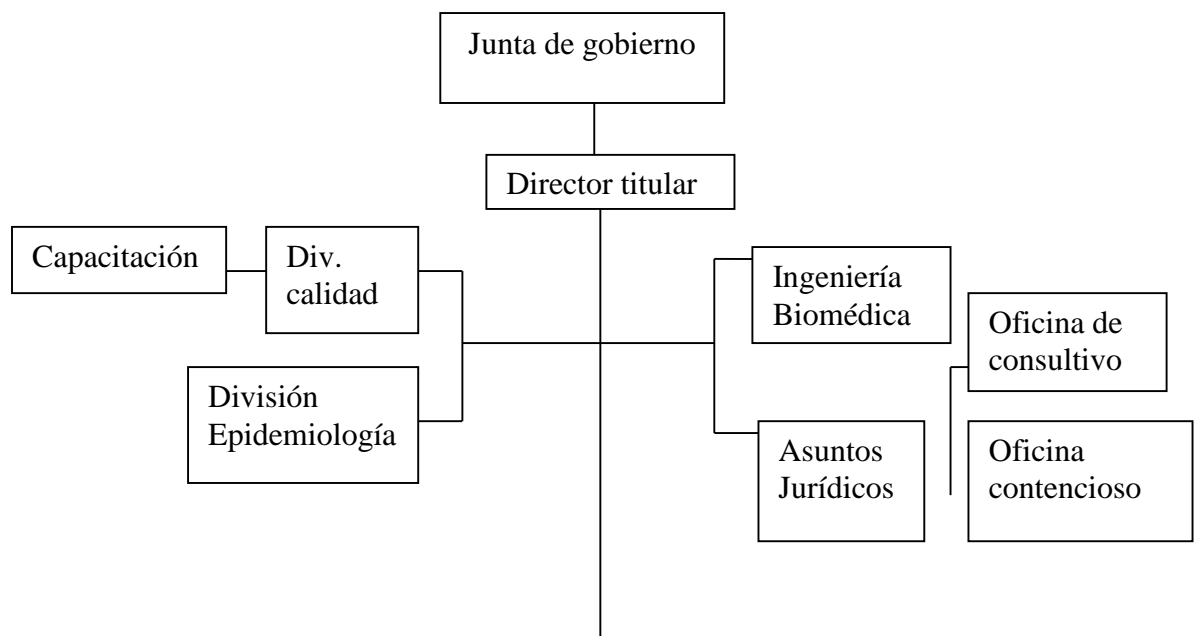
profesiones históricamente desarrolladas por mujeres como Trabajo social, Nutrición y Dietética.

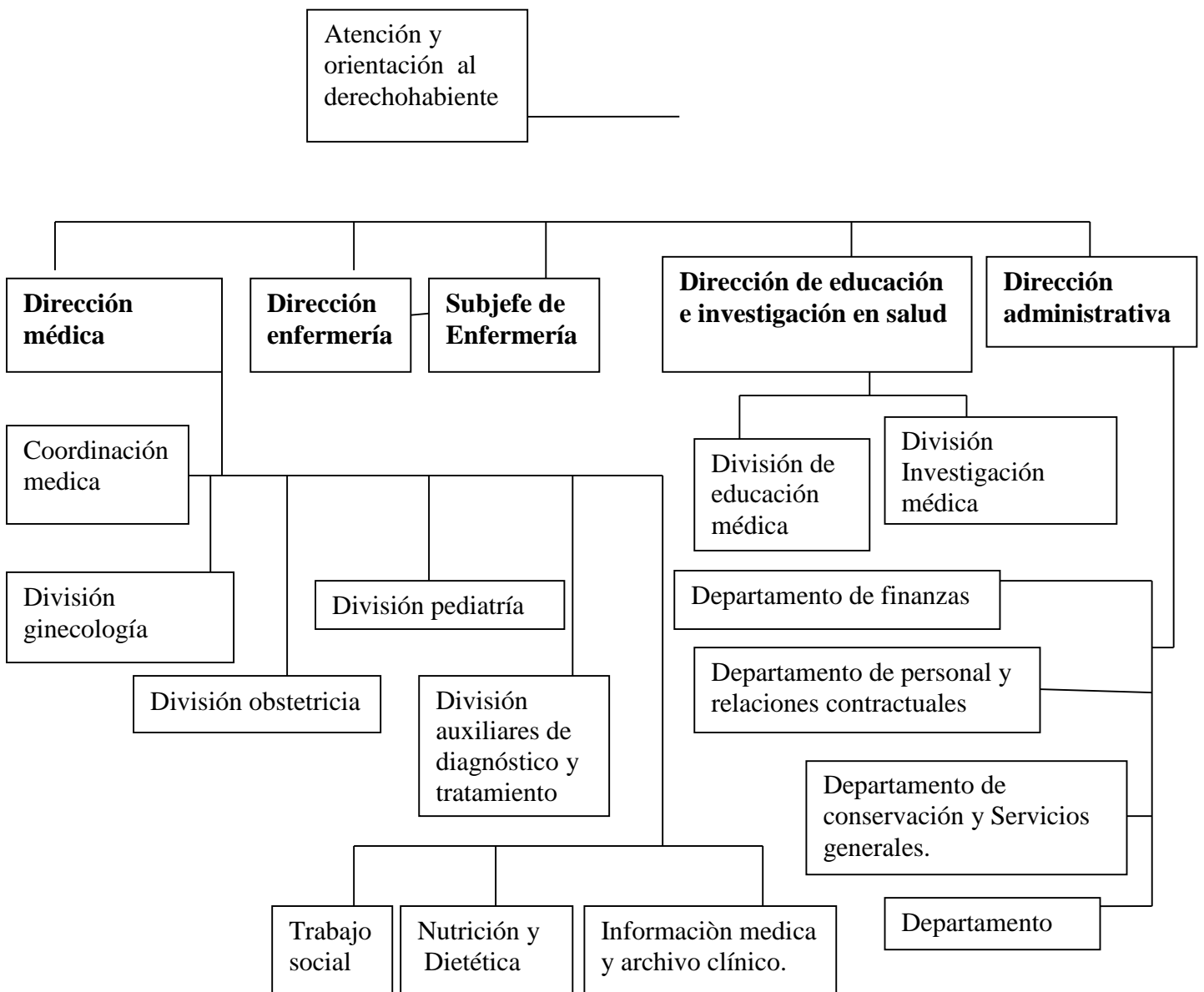
La jerarquización está dada por la distribución social del conocimiento especializado que tiene efectos claramente definidos de la división del trabajo. Por ejemplo, en el organigrama la profesión médica realiza funciones de administración y dirige las prácticas de los demás. En la subdirección médica y en menor medida en la subdirección administrativa, se muestra nuevamente la preponderancia de la medicina por realizar las funciones de coordinación, sobre la profesión de enfermería, históricamente consolidada con desequilibrios en sus contenidos curriculares, que generan la concreción de actividades más prácticas que intelectuales.

También, porque la enfermería, como se ha evidenciado con los antecedentes históricos, se generó en nuestro país por el impulso de la medicina y esta última, continuó apropiándose por varias décadas de la formación de las profesionales, pero con connotaciones de una práctica auxiliar de la medicina y no como una profesión en colaboración con ella. Por ello se evidencia cómo los contenidos curriculares de las enfermeras con más del 80% de contenidos asistenciales las coloca en una relación asimétrica con respecto a profesionales de la medicina que experimentan, sino una formación más equilibrada, sí más legitimada como productora de desarrollo científico. De esta manera, el poder entendido como una relación asimétrica ha favorecido a través de los últimos siglos a la medicina sobre la enfermería. Esta última, mediante el control objetivo ejercido a partir de los contenidos temáticos, la dependencia con la medicina y las situaciones de desigualdad de género experimentados, sigue institucionalizándose como una sub-profesión pero cada vez, dada la relevancia de sus prácticas, con mayor dificultad. El organigrama vigente es clara muestra de ello. A partir de las nuevas transformaciones por las que el hospital se constituye en UMAE, las necesidades de gestión y administración sobre todo en lo que respecta al área de enfermería, (como se analizó a escala global es el gremio más numeroso en la instancia de salud) permitió despuntar la importancia de sus funciones en la gestión de diversos procesos necesarios para que, en colaboración con la dirección médica, administrativa y de educación en investigación y salud, mantengan al hospital

funcionando de acuerdo con los estándares de calidad y seguridad del Consejo de Salubridad General que le permitan potencializarse como una UMAE, líder nacional e internacional con calidad asistencial, académica y científica motivada por su contribución social, como se denota en la visión institucional, con motivo del reporte ejecutivo del 2009.

ORGANIGRAMA UMAE HOGO.3 C.M.N. LA RAZA (2010)





FUENTE: IMSS, “Manual de bienvenida de la Dirección de Enfermería” 2010.

Los cambios en el organigrama, que permiten ejemplificar los universos simbólicos integrados teóricamente por aspectos del pasado, presente y futuro dentro de un orden social, son muestra de como trasciende o se transforman los roles efectuados por los diferentes profesionales. Dichos organigramas se erigen como un mecanismo de legitimación que en este caso al estar en el pasillo por donde ingresa el personal del hospital, recuerda este el lugar ocupado en el orden social y su debida reproducción mediante la puesta en acción de su rol.

En el organigrama la enfermería a diferencia de trabajo social y nutrición se erige como una de las disciplinas con relevancia en sus actividades de gestión objetivada en el ascenso jerárquico, que conlleva otras prácticas como lo comentado por la directora del hospital: “Implica mayor responsabilidad porque se tienen que dirigir individualmente porque ya no estamos a cargo de la subdirección médica, como estaba antes.²⁵” Esta transformación jerárquica genera un efecto en el orden de lo simbólico para todas aquellas profesionales que consideran al estar graduadas como licenciadas, incrementan sus posibilidades de progresar. Sin embargo, las plaza a este nivel directivo entre directora y sub-jefes de enfermeras, propio para quienes se reconoce la licenciatura es del 2.1% en el hospital en estudio, dejando al mayor porcentaje de personal operativo de enfermería con categoría de sub-profesión. Por lo que el cambio en el organigrama se puede considerar como una muestra del reconocimiento de la profesionalización y paralelamente permite analizar cómo las connotaciones históricas de la enfermería en combinación con los intereses políticos y económicos trascienden para que el IMSS siga contratando a las enfermeras licenciadas como sub-profesionales.

La transformación que permitió el ascenso jerárquico es resultado del incremento de los años de educación dedicado por las enfermeras a su formación en combinación con cambios institucionales tanto físicos como organizaciones en donde se generaron otras prácticas que permitieron perfilar a la profesional erigida a principios del siglo XXI. No obstante, dada la heterogeneidad en la formación de las enfermeras que convergen en el hospital de estudio, dicha transformación escalonada puede desencadenar procesos teóricamente de asimetría entre la realidad objetiva y subjetiva o de socialización deficiente.

Esta multiplicidad de procesos de asimetría va desde la enfermera asumida a sí misma como profesional pero no así por parte de la institución de salud ni un amplio sector social, hasta la enfermera que concibe su práctica como rutinaria y dependiente de las indicaciones de otros profesionales. Misma para la que, dado el incremento en las demandas por parte de la instancia de salud y el

²⁵ Tabla 7.3.10. Datos de enfermería sobre “más responsabilidades”

incremento en la complejidad en la atención de enfermedades en hospitales de tercer nivel, percibe la necesidad del desarrollo de su autonomía, creatividad y responsabilidad social, como prácticas necesarias pero para las que puede sentirse rebasada si consideramos la trascendencia de aspectos históricos constitutivos de la enfermería como un práctica subordinada.

Esta diversidad de procesos de asimetría se retoma porque es central para dar cuenta de cómo la heterogeneidad en la formación educativa en conjunto con la experiencia profesional y de vida, aunque en esta última no se profundice, repercuten para que la enfermera históricamente institucionalizada, mediante la puesta en acto de su rol, influya en otras enfermeras para reproducir éste, con el riesgo de mantener anquilosada la imagen de la enfermera subordinada. Y por otro lado, porque la profesionalización puede generar en las enfermeras diferentes prácticas a las institucionalizadas que hipotéticamente puedan generar en otras colegas efectos deseados, para que paulatinamente se genere un cambio sobre la propia imagen que la enfermera tiene de sí misma y de cómo las concibe un amplio sector de la sociedad mexicana.

5.4.- LA MODALIDAD “AÑOS POSTERIORES”

La profesionalización por la modalidad educativa “años posteriores” aún con sus limitaciones, contribuye con el desfase que cada vez más se genera entre la imagen de la enfermera empírica de principios del siglo pasado con la enfermera profesional que actualmente está en construcción.

En el caso del hospital No. 3 “Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez” C.M.N “LA RAZA”, del IMSS, el 5.9% de las enfermeras del turno vespertino cuenta con el nivel licenciatura por un año adicional a la formación básica por lo que se deduce que fue por la modalidad educativa en estudio.

Tabla 5.1 Enfermeras del turno vespertino que cuentan con nivel licenciatura

LICENCIATURA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
--------------	------------	------------	----------------------

SI CON UN AÑO DE ESCOLARIDAD	11	5.9	5.9
SI CON CUATRO AÑOS DE ESCOLARIDAD	30	16.0	21.8
NO	133	70.7	92.6
SIN DATOS	14	7.4	100.0
Total	188	100.0	

Fuente: "Hoja de afiliación" del IMSS para el personal de enfermería

El análisis del trabajo empírico se centra en el 5.9% de enfermeras con licenciatura por modalidad abierta pero como estas se encuentran distribuidas en las diferentes categorías contractuales y el interés es dar cuenta de heterogeneidad del gremio por su potencial para generar procesos que transformen la práctica institucionalizada, se considera relevante la interacción que guarda este porcentaje con el porcentaje restante que labora en el turno vespertino. Mismo que corresponde al 23.2% del total de las 810 enfermeras que laboran en la unidad hospitalaria en los diferentes turnos.

Como pretender agrupar a las enfermeras en una dimensión social sería caer en el error de aglutinar diferentes aspectos como la categoría laboral, la remuneración, la escolaridad, el género y la biografía dentro de un sistema coherente de estratificación, se desglosan algunos factores que permiten dar cuenta de la diversidad de sujetos sociales que se agrupan por dirigir su práctica al cuidado del enfermo.

4.3.2 CATEGORÍA LABORAL DE LAS ENFERMERAS.

Se ha presentado a escala global las diferentes categorías de enfermería se organizan de acuerdo a las actividades que desempeñan en la institución. Estas actividades a grandes rasgos son asistenciales, de docencia, investigación y de gestión. Sin embargo, en la cotidianidad (existe una definición más práctica para que la auxiliar, la general y la especialista ejecuten funciones asistenciales,

mientras tanto, las funciones de gestión están más limitadas para la jefa de piso, supervisora y directora de enfermeras, aspecto valorado de acuerdo a las necesidades de los servicios. No obstante, ante la ausencia de la subjefe de piso para realizar funciones administrativas, éstas son ejercidas, según datos de la observación participante y las entrevistas, por una auxiliar, general o especialista que cuente con la formación y disposición adecuada.

“A veces me quedaba como enfermera general. Y absorbía todas las actividades que ello implica. Por ejemplo en el servicio de CEYE, aprendí mucho porque tenía que saberme el nombre de todo el instrumental. Un tiempo me dejaron de encargada (jefe de piso). Y posterior al diplomado que tomé, me dejaron un mes adiestrando a las enfermeras del servicio de trasplante de medula ósea”²⁶.

Esta situación por la que el personal operativo adquiere responsabilidades administrativas, para las que hay personal especialmente designado, es frecuente de observar, pero que la situación se invierta involucrando a las enfermeras que realizan funciones de gestión en el trabajo asistencial, es muy raro observarse.

Tabla 5.2 Categoría laboral de las enfermeras del H.G.O. No. 3 CMNR. (Turno vespertino)

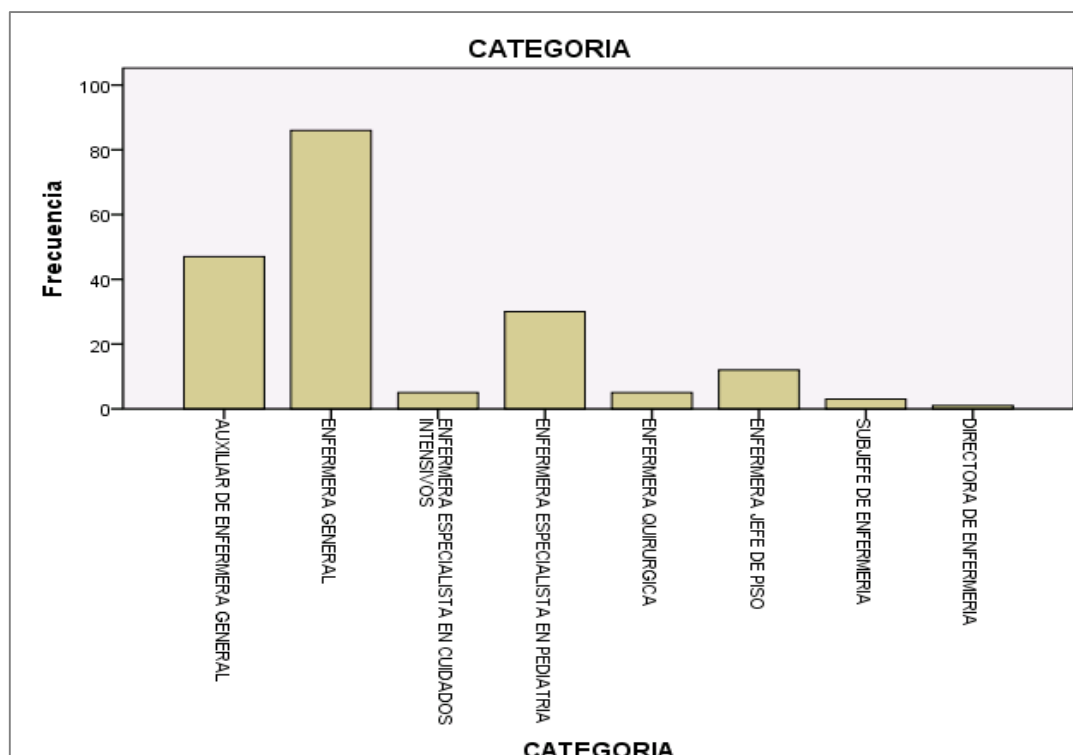
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Auxiliar de enfermera general	47	24.9	24.9
Enfermera general	86	45.5	70.4
Enfermera especialista en cuidados intensivos	5	2.6	73.0
Enfermera especialista en pediatría	30	15.9	88.9

²⁶ Cuadro 7.3.10. sobre “MÀS RESPONSABILIDADES”.

Enfermera quirúrgica	5	2.6	91.5
Enfermera jefe de piso	12	6.3	97.9
Subjefe de enfermería	3	1.6	99.5
Directora de enfermería	1	.5	100.0
Total	189	100.0	

Fuente: “Hoja de afiliación” del IMSS para el personal de enfermería

Gráfica 5.2. C Categoría laboral de las enfermeras del H.G.O. No. 3 CMNR.
(Turno vespertino)



Fuente: “Hoja de afiliación” del IMSS para el personal de enfermería

Como se observa el porcentaje mayor de enfermeras es ocupado por la enfermera general con el 45.5% seguido de la auxiliar con el 24.9% y el tercer lugar la especialistas que en conjunto reúnen el 21.1%. En el caso de las enfermeras con puestos de confianza como son las subjefes de enfermería, ocupan el 1.6% y la directora de enfermería el 0.5%. Por lo que el 5.9% de enfermeras con licenciatura “años posteriores” más el 16% con licenciatura escolarizada se distribuyen en las diferentes categorías contractuales.

Asimismo, de acuerdo al tabulador de sueldos base (en el que no se incluyen prestaciones) sus ingresos se diferencian de acuerdo a dichas categorías.

Categoría	Sueldo Mes- pesos	Contrato
Auxiliar de enfermera general	3,797.86	Personal de base
Enfermera general	4,588.96	Personal de base
Enfermera especialista	5,232.04	Personal de base
Enfermera jefe de piso	6,367.70	Personal de base
subjefe de enfermería	-----	Personal de confianza "B"
Directora de enfermería	-----	Personal de confianza "B"

Fuente: C.C.T. 2011-2013.

Los sueldos varían de acuerdo a las jerarquías. Para las especialistas en diferentes áreas se engloban dentro de una sola jerarquía independientemente del servicio en el que se ubiquen. Salvo las enfermeras pediatras ubicadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que al contar con área 5 perciben un porcentaje mayor con respecto al resto de especialistas de dicho nosocomio.²⁷ También, en el contrato colectivo de trabajo solo se muestra el sueldo del personal sindicalizado. En el caso de la subjefe y directora de enfermeras al ser personal de confianza "B" (porque puede regresar a su plaza de base a diferencia de la confianza "A" que sólo representa los intereses patronales) no se da a conocer su sueldo en el tabulador. Esta confianza permite a quien la ocupa ejercer su capacidad de negociación entre los intereses patronales y sindicales. Sin embargo, en la cotidianidad una vez obtenida la plaza, en lugar de respaldar los intereses del personal de base al que una vez pertenecieron, respaldan los del representante patronal, a pesar de contar con la facilidad de regresar a su puesto de base en caso de no llegar acuerdos que al parecer, ya ni siquiera, en la mayoría de ocasiones, se preocupan por plantear.

²⁷ De acuerdo con el C.C.T es por concepto de infecto- contagiosidad, que se paga de acuerdo al artículo 4 y 6 al personal expuesto en forma constante y permanente a este tipo de riesgo.

Destaca, que tampoco aparece en el tabulador de sueldos la categoría de licenciada en enfermería porque esta se reconoce en dicho C.C.T a partir del 2007. Pero únicamente para personal de confianza en UMAE, del que como se evidencia, no se muestra el sueldo. Por lo que del 21.8% de enfermeras con licenciatura realizada por sistema abierto y escolarizado, sólo el 2.1% de este personal contractualmente es reconocido con dicho nivel. Aunque parcialmente, porque según deducciones de una entrevista, una de las subjefes ocupa el puesto pero sin la contratación oficial.

“El interinato... tarda no sé por qué razón. Me imagino que presupuestal. Por ejemplo, yo tengo de Junio a la fecha. Y se supone que estoy nivelada. Pero a veces, sí y a veces, no. Son más veces no que sí, pero ya presenté el currículo para un nivel 44, que es el nivel máximo para una subjefe de enfermería. Vas a la delegación y firmas un interinato por un tiempo indefinido. Que me parece que vas firmando cada mes. Y hay a quien les llega rápido y hay a quien les tarda dos o tres años con el interinato hasta que les dan la base”²⁸.

Esta subjefe ocupa el puesto de manera interrumpida pero son más las veces que no cuenta con el puesto oficial que las que sí. Esta subjefe con amplia experiencia en gestión que además ha realizado funciones de coordinadora en educación, comenta en la entrevista, que el graduarse de la licenciatura por modalidad abierta o “años posteriores”, sí le favoreció para obtener su actual puesto. De manera que como se ha planteado, aunque la remuneración no siempre sea de acuerdo al puesto que desempeña, a nivel cotidiano si obtiene beneficios micro-sociales de su profesionalización.

Aunque cada vez sean más las enfermeras con licenciatura las posibilidades de obtener una plaza que lo reconozca disminuyen porque según datos de otra de las subjefes entrevistadas estas plazas han disminuido:

²⁸ Tabla 7.3.10 “Sobre más responsabilidades de las enfermeras”

“Pues deberíamos ser 21 subjefes para todos los turnos. Pero han ido quitando y ahora somos de 17 a 18, porque una de ellas, rola en los diferentes turnos”²⁹.

El acceso e interés por parte de las enfermeras para obtener la licenciatura no está acorde con la disminución del número de plazas de confianza. Por lo que el 19.7% del personal con licenciatura restante que no obtiene una confianza se encuentra distribuido en las diferentes categorías contractuales del IMSS, realizando en gran cantidad de veces prácticas diferentes a las que estipula su contratación.

4.6.- LA PROFESIONALIZACIÓN DE LAS ENFERMERAS POR MODALIDAD “AÑOS POSTERIORES”.

Con el objetivo de indagar ¿Por qué las enfermeras que laboran en el IMSS, se interesan en realizar la licenciatura, a pesar de que, por lo menos en términos contractuales, no se reconoce el grado? Se realizaron 8 entrevistas semi-estructuradas que recuperaran datos personales, en cuanto sexo, estado civil y número de hijos, así como su formación educativa y su experiencia profesional como factores que influyeron para que se profesionalizaran por la modalidad en estudio.

Se integran la entrevista de una enfermera general y la de una jefe de piso con licenciatura escolarizada porque en el caso de la primera su formación educativa es muy ilustrativo de cómo se desvaloriza a quien incrementa sus años de educación más allá de lo institucionalmente reconocido. Y en el caso de la segunda, porque su experiencia profesional en diferentes categorías y disposición para colaborar en este proyecto permitieron acceder a información que enriquece a este trabajo.

Enfermeras entrevistadas en el hospital de gineco-obstetricia No. 3

²⁹ Entrevistas en la tabla 6.2.1. Modalidad-años posteriores, opinión de las licenciadas en enfermería.

Escolaridad	categoría	edad	antigüedad	Edo civil	no. de hijos
licenciatura “años posteriores”	enfermera auxiliar	25 años.	5 años.	divorciada	1
Maestría en administración de los servicios de salud	enfermera general	31 años	9 años	unión libre	1
licenciatura “años posteriores”	enfermera especialista en pediatría	42 años	21 años	divorciada	1
licenciatura “años posteriores”	enfermera especialista en pediatría	33 años	14 años	casada	0
licenciatura “años posteriores”	enfermera quirúrgica	41 años	6 años	soltera	0
licenciatura “años posteriores”	enfermera jefe de piso	53 años	22 años	soltera	0
licenciatura “años posteriores”	subjefe de enfermería 1	52 años	24 años	divorciada	1
licenciatura “años posteriores”	subjefe de enfermería 2	45 años	25 años	casada	3
licenciatura escolarizada	subjefe de enfermería 3	50 años	21 años	casada	2
licenciatura “años posteriores”	directora de enfermería	42 años	23 años	casada	2

En esta tabla aparecen algunos de los datos generales relevantes que influyen en su interés por estudiar la licenciatura en el sistema abierto o complementario. Por ejemplo, que seis de las 8 enfermeras egresadas de la modalidad “años posteriores” tienen una antigüedad mayor de 20 años. Situación que se explica debido a que entre más años laborales hay mayor probabilidad de una formación a nivel técnico y mayores probabilidades de realizar la licenciatura con el año complementario a diferencia de las generaciones actuales que, dado el desarrollo de la educación, generalmente ya ingresan con la licenciatura.

A diferencia del análisis a escala global, en donde predominaba el interés de las enfermeras generales por adquirir su profesionalización por la modalidad años posteriores, en el caso del hospital de gineco-obstetricia se observa mayor interés por parte del personal que cuenta con cursos pos-técnico. Esta circunstancia se evidenció porque al efectuar las entrevistas, la única enfermera general que de acuerdo con los datos contaba con la licenciatura en “años posteriores” se encontraba ausente por motivos de estudio de un curso pos-técnico. Por lo que se determinó entrevistar a una enfermera general con licenciatura escolarizada. Este caso permite ejemplificar los pocos estímulos generados institucionalmente para que las enfermeras prioricen una formación gradual y escolarizada. Dicha profesional cuenta con una especialidad en salud pública y una maestría en administración de los servicios de salud, pero como el IMSS no reconoce la maestría de las enfermeras, en la actualidad ésta realiza un curso pos-técnico en administración porque señala que:

“De acuerdo a los lineamientos del IMSS, la maestría no vale para ellos. Puesto que el C.C.T. en los requisitos que pide para escalafonar, en un momento determinado es pos técnico o diplomado. Y no te aceptan la maestría. Apenas en este año aceptaron la especialidad. Pero tampoco la aceptaban. Tenía que ser pos técnico”³⁰.

Por lo que expresa frustración al comentar por qué realizó primero un posgrado y después el pos-técnico:

³⁰ Cuadros 6. Fragmentos de entrevista a enfermera general.

“Realicé el posgrado en salud pública porque por lógica que cuando tu tienes la licenciatura, lo que aspiras es avanzar. No a retroceder. Entonces es la línea a seguir después de una licenciatura. Aunque en un momento determinado, a veces es frustrante porque el IMSS no te reconozca tu esfuerzo, tu preparación. Porque finalmente se refleja el hecho de que el personal esté preparado. Se refleja en la atención, en la calidad de atención que tú proporcionas a los derechohabientes. Pero posteriormente a lo mejor me quede con la satisfacción personal. A lo mejor las autoridades no lo ven. Pero es una satisfacción personal porque sí se nota la diferencia.”³¹

Estos mecanismos mediante los que en el IMSS se puede ascender beneficia al personal con antigüedad en los puestos de confianza y que con el requisito actual de contar con nivel licenciatura para estas plazas, ven en la modalidad “años posteriores” la posibilidad de mantenerse en el puesto. Situación que permite aseverar el beneficio a nivel micro-social generado por la profesionalización de “años posteriores”. Sin embargo, este aspecto por el cual se beneficia el personal con antigüedad no es paralelo a los incentivos concebidos para las enfermeras con una formación escolarizada. Para ello, se estimula más el interés sobre los sistemas abiertos a pesar de que no se notó la diferencia al obtener el grado, como comentó una de las entrevistadas.

5.7.-LA INTERACCIÓN DE LAS MUJERES CON LOS HOMBRES ENFERMEROS.

La práctica de atender al enfermo paulatinamente se va desinstitucionalizando como específica de la mujer debido a que cada vez es más común observar a hombres que se interesan en incorporarse al gremio de la enfermería.

<p>Tabla 5.3 Personal de enfermería del turno vespertino por sexo.</p>
--

³¹ Datos obtenidos de la entrevista a enfermera general.

Mujer	167	88.3%
Hombre	22	11.7%
Total	189	100.0%

Fuente: Base de datos obtenidos de la “Hoja de afiliación de las enfermeras”.

En el caso del hospital abordado se observa que de 189 enfermeras 22 equivalente a 11.7% son hombres, mientras que el restante 88.3% son mujeres. Esta situación es un factor que da cuenta de cómo se transforma la tipificación lineal mediante la que se le adjudicaba a la mujer esta actividad. Sin embargo, hay datos por los cuales es imposible desconocer que el género continua siendo un factor incidente en la distribución social del conocimiento.

Tabla 5.4 Personal de enfermería con licenciatura
Datos desagregados por sexo.

sexo	LICENCIATURA				Total
	SI CON UN AÑO DE ESCOLARIDAD	SI CON CUATRO AÑOS DE ESCOLARIDAD	NO	SIN DATOS	
Mujer	11	26=6.5%	128	2	167
Hombre	0	3 = 13%	18	1	22
TOTAL	11	29	146	3	189

Fuente: Base de datos obtenidos de la “Hoja de afiliación de las enfermeras”.

En esta tabla se evidencia que a pesar de que es mayor el número de mujeres que conforman el gremio. Ninguno de los hombres que cuentan con nivel licenciatura lo hizo por la modalidad años posteriores. Los hombres que hicieron la licenciatura escolarizada son tres, que con respecto al número de ellos equivale al 13%. En el caso de las mujeres enfermeras, son 26 que con respecto al número de ellas equivale al 15.5%. Porcentaje casi similar entre mujeres y hombres pero digno de destacar si se considera reciente el interés de los hombres por esta profesión y además si se relaciona con que ninguno de ellos realizó la licenciatura en modalidad complementaria, se puede especular que aún cuando teóricamente se ha resignificado la labor doméstica como el eslabón

esencial de la cadena productiva por sus dos principales funciones: la reproducción diaria de la fuerza de trabajo de la familia prestadora de sus servicios en la economía del mercado y la reproducción de las generaciones nuevas de trabajadores, no ha sido suficiente para distribuir independientemente del género su ejecución. Porque a pesar de ser una actividad práctica productiva hay un alto predominio para ser realizada por las mujeres o para que estas tengan mayor probabilidad de adquirir la licenciatura por modalidad complementaria a diferencia de los hombres.

Por tal, se asume que no es casual que ninguno de los hombres haya realizado la licenciatura en el año complementario sino que obedece a que las actividades domesticas así como el cuidado de los hijos son prácticas, que de acuerdo con entrevistas realizan en mayor proporción los profesionales de la enfermería mujeres. Por lo que las actividades laborales en combinación con el cuidado de los hijos y las prácticas domesticas, se conjugan para que la enfermera vea en la modalidad educativa abierta la posibilidad de profesionalizarse.

“¿Que por qué me interesé en estudiar por esta modalidad? Pues, por el tiempo. De hecho yo quería estudiar escolarizado. Pero ya cuando tienes familia tienes que ver otras necesidades. Y yo tenía ganas de seguir aprendiendo. Pero la verdad no me agradó, no me gustó. Porque fundamentalmente uno aprende lo que uno quiere. Allí como hay mucha presión porque son cortos los tiempos, tienes que andar allí como muy acelerado. Y pues sales pero como con lagunas. Por eso yo creo que sí lo hubiera hecho con el nivel escolarizado quedan más sólidos los conocimientos”³².

Estos fragmentos tienen el objetivo de evidenciar que las enfermeras alternan con su experiencia profesional diferentes prácticas por lo que la modalidad “ años posteriores” se constituye en una opción para incrementar sus estudios, situación que por la modalidad escolarizada se dificultaría más. Pero de acuerdo con entrevistas las enfermeras son conscientes de que la profesionalización por sí sola no es un motivo de grandes cambios. Por ejemplo, cuando se cuestiona la percepción de las enfermeras sobre si consideran que el incremento en los

³² Entrevistas en la tabla 8.10. Modalidad-años posteriores.

años de educación está acorde con los beneficios que se obtienen de ella, señalan:

“Pues, a veces, yo siento que no. Yo siento que no porque a final de cuentas, yo lo que veo es que caemos, a pesar del incremento de estudios, en la rutina. Porque quienes tienen maestría o llegan a realizar un doctorado, ya no están en el área operativa. Ya ocupan otro tipo de puestos. Pero lo que es a nivel de las que estudian la licenciatura, de alguna manera es bueno porque ya inclusive, nuestro nivel cultural ya es mejor. En ese aspecto sí está bien. Pero en el aspecto de proporcionar los cuidados, no. Nos rutinizamos y no hacemos las cosas que se supone tendríamos que hacer. Tendríamos que hacer las acciones sin que nadie nos diga qué tenemos que hacer. Y volvemos a caer en lo mismo. Estamos esperando a que otra persona nos diga lo que tenemos que hacer con lo que respecta a nuestra profesión, cuando nosotras ya sabemos lo que tenemos que hacer. Entonces yo siento que esto todavía va a tardar”.³³

La rutina es una palabra común que utilizan las enfermeras para señalar a groso modo la realización de la práctica cotidiana que en la unidad hospitalaria inicia a las 2 de la tarde y concluye a las 9:30. Para Guidens esta rutina conforma también la producción de los modos de interacción en los cuales el conocimiento mutuo requerido es no problemático y por consiguiente se le puede dar por sentado.

Sin embargo, el proceso para iniciar las labores es muy diverso si se considera que la diferencia de tiempo que invierten en trasladarse a la zona de la Raza ubicada en la delegación Gustavo A. Madero, influye para el ánimo con que inician sus labores.

³³ Entrevistas en la tabla 8.2. sobre beneficios-profesión.

TABLA 5.5 DOMICILIO DE ENFERMERAS DEL TURNO VESPERTINO
H.G.O NO. 3 CMR.

	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11	5.8	5.8	5.8
NO ESPECIFICA	88	46.6	46.6	52.4
Estado de México	12	6.3	6.3	58.7
Ixtapaluca	5	2.6	2.6	61.4
Miguel Hidalgo	1	.5	.5	61.9
Milpa Alta	5	2.6	2.6	64.6
Tláhuac	3	1.6	1.6	66.1
Tlalpan	5	2.6	2.6	68.8
Venustiano Carranza	3	1.6	1.6	70.4
Estado de Hidalgo	30	15.9	15.9	86.2
Gustavo A. Madero	4	2.1	2.1	88.4
Álvaro Obregón	6	3.2	3.2	91.5
Azcapotzalco	1	.5	.5	92.1
Benito Juárez	2	1.1	1.1	93.1
Coyoacan	12	6.3	6.3	99.5
Cuauhtémoc	1	.5	.5	100.0
Iztacalco	189	100.0	100.0	
Total				

Fuente: Base de datos obtenidos de la "Hoja de afiliación de las enfermeras".

Por ejemplo, no es lo mismo el traslado para las 30 enfermeras que viven en la misma delegación en que se ubica el hospital, a las provenientes de delegaciones más lejanas como puede ser Tlalpan o Tláhuac o incluso del Estado de México o del Estado de Hidalgo, como lo realizan las 88 y 3 enfermeras respectivamente, que diario se trasladan al hospital de la raza. Las

vicisitudes en cuanto al medio de transporte que utilizan como el tiempo que invierten, aunque no es algo que pretenda agotar en este escrito, son factores que inciden junto con la diversidad de prácticas que realizan en la mañana como estudiar, trabajar en otra institución y las labores domésticas por citar unos ejemplos, en la diversidad de disposición con la que inician la práctica que denominan como rutina laboral.

“LA ESCENA”

PERSONAJES:

- 1.-ENF.CONCEPCIÓN FUENTES (ENFERMERA AUXILIAR)
- 2.-ENF. LUZ CADENA (ENFERMERA GENERAL)
- 3.-ENF. VICTORIA TORRES (ENFERMERA JEFE DE PISO)
- 4.-DOCTOR SALVADOR REYES (MÉDICO GENERAL)

En un día común la enfermera y digo enfermera porque a pesar del incremento de hombres que estudian esta profesión, el INEGI reportó que en el 2004 de 302 mil personas que laboran como enfermeras 9 de cada 10 son mujeres.³⁴ Y en el Hospital de gineco-obstetricia, el personal que labora en el turno vespertino, 88.3% son mujeres.

Ellas viajan en metro, metrobús, o suburbano, para llegar al hipotético hospital. Mientras que los médicos, químicos farmacéuticos biólogos o el director del hospital llegan en su automóvil particular.

CONCEPCIÓN FUENTES, la enfermera auxiliar, toda vestida de blanco comienza a trabajar en área de admisión hospitalaria. En eso la enfermera jefe de piso la intercepta.

³⁴ INEGI. “Estadística a propósito del día de la enfermera” Enero 2004. www.inegi.gob.mx

VICTORIA TORRES: ¡Conchita, olvidó ponerse la cofia!³⁵

CONCEPCIÓN: No, no lo olvidé, sólo que hay tantos pacientes que ya no me dio tiempo.³⁶

VICTORIA TORRES: Pero si representa su dignidad, ¿cómo es posible que olvide ponérsela?

Otra enfermera que está tendiendo a un paciente comenta:

LUZ CADENA: eso ya no se usa y estorba para trabajar cuando los gleiros, en donde se colocan los sueros, están muy bajos.

VICTORIA TORRES: Pues en este Hospital es parte del uniforme; si no la utilizas cómo te van a diferenciar los pacientes.

LUZ CADENA: Mi trabajo me respalda, lo que importa es atender bien a los enfermos.

VICTORIA TORRES: ¿Cómo te atreves a decir eso, si toda la vida la hemos utilizado? De hecho, su origen “se remonta a la edad media e incluso antes en donde la humildad de la mujer se manifestaba por el uso de un velo nupcial”.³⁷ Además se utilizó como medida higiénica debido a las cabelleras tan largas que usaban las mujeres en otros tiempos. Y actualmente es un símbolo que nos caracteriza y dignifica.

LUZ CADENA: yo sin cofia soy tan digna, porque mi dignidad no está en un pedazo de tela. Dignificar la profesión involucra sistematizar nuestra experiencia cotidiana mediante procesos de investigación que evalúen no sólo la importancia

³⁵ “La jefe de piso” demanda se cumpla algo estipulado en el C.C.T. en su Artículo 4: “El instituto proporcionara la ropa de trabajo al personal que por las características de sus labores requiera para desempeño y seguridad”³⁵ Para la rama de enfermería señala que se dotará, entre otras cosas, de una cofia. Pero su uso en la actualidad ésta más relacionado con una creencia en el ámbito de lo simbólico, que con una funcionalidad en el desempeño o seguridad de la profesional. El peso de lo simbólico es invaluable, no hay forma de medirlo más que por la normalidad con la que un gran número de enfermeras, sin cuestionarlo, la continúan portando.

³⁶ La OMS, establece que debe existir 1 enfermera titulada por 750 habitantes y 1.4 auxiliares de enfermería por cada profesional. Existiendo en el país una enfermera por 1200 habitantes. Vazquez Josefina. Op. Cit. Pag 15.

³⁷ Cárdenas Op. Cit. 74.

de nuestra profesión sino también los efectos que nuestras intervenciones generan en los pacientes. Para que podamos transmitir a las nuevas generaciones que la profesionalización implica vincular la docencia con la investigación generada por la práctica cotidiana.

VICTORIA TORRES: Pero estudiaste tantos años para una cofia...

LUZ CADENA: “¡Híjole! No, yo trabajé muchos años, los que hayan sido de estudiante para obtener un título, para tener una profesión, pero yo no trabajé para obtener una cofia, porque esa me la hubiera comprado. Yo no puedo ir a comprar un título pero sí puedo ir a comprar una cofia (E-14)”³⁸

VICTORIA TORRES: Pero aquí en la Institución es parte del uniforme y nos distingue por categorías. Por ejemplo, como soy la jefe y realicé mi licenciatura por modalidad “años posteriores” utilizo dos franjas y Lucecita como aquí trabaja de enfermera general, únicamente porta una franja y Conchita como es auxiliar utiliza la cofia totalmente blanca. Así que ya estuvo bien de platicar y mejor pónganse sus cofias.

Mientras las dos enfermeras se alejan, Luz para atender a un paciente y Conchita para ponerse la cofia, un médico habla con la jefe de piso.

DR. SALVADOR REYES: Jefe, ¿por qué siempre está regañando a las muchachas?

VICTORIA TORRES: ¡Ay, doctor Reyes!, son las normas del hospital y yo únicamente cumplo con mi trabajo. En mis tiempos era peor porque yo estudié en una escuela católica y mis maestras nos revisaban hasta la ropa interior; no podíamos usar encajes que despertaran inquietudes ajenas. Y los aretes ni pensarlos. Además las agujetas de mis zapatos tenían que estar totalmente blancas si no quería que me bajaran de calificación. ¡Si le digo, ya son otros tiempos!

En eso regresan las dos enfermeras, Conchita con su cofia y Lucecita con unas muestras de laboratorio en las manos.

VICTORIA TORRES: ¡Ay Lucecita! ¿cuándo será el día que me haga sentir orgullosa? si por más que te digo, no te pones la cofia.

DR. SALVADOR REYES: ¡Ay sí Lucecita! deberías hacer caso a tu jefa. Mira Conchita ya se la puso y se ve ¡muuy bien! (guiñando un ojo hacia Conchita)

³⁸ Cárdenas. Op cit. 78

CONCEPCIÓN FUENTES: ¿En serio usted piensa que me veo mejor así? (se sonroja mientras se repasa la cofia con las manos para acomodarla más)

VICTORIA TORRES: Ya vez Lucecita, a ver si ahora que te lo dijo el doctor Reyes, ya me haces caso.

LUZ CADENA: Mmmm jefa, mejor ahora que me de tiempo de investigar cuántos microorganismos patógenos se transportan en la cofia y analicemos cómo esto puede afectar a los pacientes lo volvemos a platicar ¿le parece?

CONCEPCIÓN FUENTES: ¡Pero mi vida! si tú eres re-estudiosa y con la cofia te verías así o más bonita y muy portadita.

DR. SALVADOR REYES: Sí Lucecita, usted es muy inteligente por eso yo siempre he dicho que usted es mi brazo derecho, se que siempre puedo contar con usted...

6.- CONCLUSIONES.

La investigación de un problema de educación representado por la profesionalización que obtienen las enfermeras, quienes están en contacto directo con el paciente, sin reconocimiento del IMSS, fue posible de abordar analizando la singularidad con que se ha desarrollado la profesión en México pero de forma vinculada con la situación laboral en que se generaron las condiciones para que ellas se profesionalizaran por modalidad abierta o “años posteriores”.

El interés de realizar esta investigación, dada la experiencia que con más de una década he adquirido como enfermera general, fue dar cuenta de lo fundamental de la práctica cotidiana en la transformación que demanda la consolidación de la profesionalización. No sólo el incremento de años de educación como se aborda en el “reconocimiento social de la profesión” de Lucila Cárdenas” es condición para su desarrollo. Por lo que factores históricos, políticos y culturales entretnejidos con los cambios que a nivel académico se han generado en la profesión, se necesitaron para abordar la vinculación educativa con la situación laboral.

Desde la semilla sembrada en el anteproyecto se abordaron antecedentes históricos mediante los que, a través de la “historia de los cuidados de enfermería” de Hernández Conesa, se explica cómo la imagen de la enfermera —mujer vestida de blanco que realiza actividades extensión de las labores domésticas que prescinde de producción científica— permanece aunque parcialmente como un medio que se opone objetiva y subjetivamente con la enfermera profesional que se está construyendo. Estos antecedentes históricos que sintetizan la historia occidental de la enfermería se abordaron de manera interrelacionada con la visión de otros autores como Elizabeth Jamieson y Marie Frank, porque permiten analizar otras perspectivas donde no sólo recuperan elementos comunes sino también las particularidades con las que se delineó el inicio de la formación escolarizada de la enfermería en México. Contexto en el cual hipotéticamente no se incorporaron prácticas medicinales que la sociedad de principios de siglo XX, dado su alto predominio en comunidades rurales, venía utilizando. Esta veta, se deja sin profundizar, con el objetivo de no desviar el interés que implican las particularidades con las que se va generando el incremento de la escolaridad de las enfermeras, a lo largo de dicho siglo. No obstante, la situación actual experimentada por las enfermeras IMSS, como se detalló en el primer capítulo, sobre la incorporación de la influencia teórica norteamericana como verdades absolutas más que como material capaz de criticar y mejorar con los aportes de experiencias particulares de la sociedad mexicana, es un problema posible de vincular con el escudriño de las prácticas medicinales no incorporadas en los inicios de la formación escolarizada de las enfermeras.

El proceso de análisis de la política educativa en México y su influencia en el campo de la enfermería basado en los aportes de los textos de Engracia Loyo, Quintanilla y Vaughn, Guevara Niebla, Pablo Latapí y Carlos Ornelas, y su vinculación con textos específicos de la enfermería, se presenta porque permite concluir que el desarrollo desde una perspectiva histórica ha sido constante e inclusive acelerado si se considera que a principios de siglo XX la educación escolarizada se dirigía a las elites y con la creación de las escuelas rudimentarias, planteadas por Engracia Loyo, al buscar la masificación de la enseñanza básica porque, desde la perspectiva de las autoridades políticas de

la época, la población mexicana era analfabeta. Si se toma en cuenta este aspecto, la posibilidad de iniciar estudios de enfermería con el requisito mínimo de escolarizada de segundo de primaria, se constituye en una oportunidad para las mujeres de acceder a una educación, porque de hecho la formación profesional en la Real y pontificia universidad de México, prohibía la entrada a mujeres. No obstante, a un siglo de diferencia el objetivo para el campo de la enfermería es la masificación de la licenciatura de manera que las escuelas oficiales como UNAM, IPN y UAM, han incorporado planes de estudio con éste nivel de escolaridad. Ante esto, las instituciones de salud como el IMSS, crean modalidades que permiten a las enfermeras que allí laboran, obtener la licenciatura, mediante la modalidad educativa “años posteriores”.

Paralelamente, con el análisis de las especificidades en los contenidos curriculares desequilibrados de las instituciones de educación arriba mencionadas, y las facilidades que la institución de salud genera para que obtengan el nivel educativo con un año adicional de estudio pero con reconocimiento parcial del nivel educativo limitado solo para quienes realizan funciones administrativas y no para las que están en contacto directo con el paciente, se concluye cómo la caracterización de la enfermera de principios de siglo pasado influye a manera de un mecanismo que obstruye, sin éxito total, con el desarrollo de la profesión.

Las universidades publicas al priorizar con más del 80% las prácticas asistenciales, permiten aseverar que el género influye para que disminuyan las posibilidades de generar prácticas con demandan de creación e innovación como es el caso de la investigación. Situación por la que subjetivamente trascienden estragos de la caracterización de la enfermería como sub-profesión que la coloca en una situación de asimétrica con respecto a los ejes de formación de otras profesiones socialmente más valoradas.

Estos aspectos mediante los que se asume un desarrollo de la profesión a nivel histórico, paralelamente que se consideran elementos que caracterizaron a la práctica como dependiente de la medicina y el casi nulo reconocimiento del nivel licenciatura en el IMSS en combinación con el desequilibrio en sus contenidos

curriculares, se constituyen en recursos que obstruyen acciones necesarias para su proceso.

Predomina la obstrucción sobre el desarrollo profesional; los contenidos asistenciales sobre los de gestión, docencia e investigación; la tradición humanitaria de la enfermería sobre la de producción científica por lo que control, dependencia y desigualdad resultaron ser elementos de análisis cuando el poder se entiende como una relación asimétrica. Estos aportes teóricos permitieron explicar cómo los contenidos curriculares desequilibrados sobre todo el de la UNAM, por ser el plan de estudios que incorpora el IMSS, fungen como un medio objetivo mediante el cual se disminuyen las posibilidades de las enfermeras para despuntar la investigación y la docencia que les permita apropiarse de la educación, facilitando el aprendizaje, de las nuevas generaciones, con una formación integral. Estos aportes hicieron posible detallar cómo se produce, sin un conflicto manifiesto por parte de las enfermeras la dependencia de éstas con respecto a los profesionales de la medicina. Para esto, las contribuciones de Achard Pierre, sobre la legitimación de la biología como la principal de las ciencias, implica a los problemas sociales como naturales, reduzcan su abordaje a la perspectiva biológica. Asimismo, las desigualdades en educación de las profesiones constituidas por mujeres, como la enfermería y las constituidas por hombres como la medicina permitieron dar cuenta de los intereses laborales y contractuales mediante los que conviene mantener a la enfermería en una situación de dominación.

Retomar el espacio, desde la perspectiva de teórica de Pierre Bourdieu, quien considera no sólo el capital económico sino también el cultural de las sociedades se constituyó en un ejercicio en donde la descripción ficticia del lugar que ocupan las enfermeras en este espacio con respecto al que ocupan los médicos permitió plantear sobre el incremento de la investigación que implica un ascenso del cuadrante inferior, es posible. Al respecto, tampoco se puede desconocer que el caso de la UAM-X, al presentar un contenido que potencialmente puede desencadenar nuevas prácticas al dedicar 34.9% a investigación, es un tema fundamental en el que ahondar. Sin embargo, como el mayor porcentaje de egresados, por su matrícula y el número de escuelas incorporadas es la UNAM,

aunado a la situación de la modalidad educativa en estudio “años posteriores”, es con el plan de estudios de ésta universidad, se discernió para otro momento no por falta de relevancia sino con fines de delimitación del tema de estudio.

Con base a los aportes teóricos de Anthony Giddens se consideró importante un análisis en diversos ámbitos, a nivel de las propiedades estructurales que conforman el sistema social; la estructura y la acción generada en interacción. El primero es específicamente carente de sujeto y no existe más que como producto de sus parlantes. Es un análisis a nivel Macrosocial como el presentado en el capítulo 3, donde se abordan las diferentes transformaciones de la institución de seguridad social que están estrechamente relacionadas con la transición del Estado benefactor, al considerar el bienestar social y la salud como un fin en sí mismo, al Estado con rasgos neoliberales que considera los servicios de salud como un medio de la economía y ganancia capitalista en su pretensión de erigirse como el sustento de los principales cambios de la institución de seguridad social. En los aportes del “El IMSS bajo el calderonismo” (Fernández 2008), se sustenta la complicidad de los representantes institucionales para realizar éstas transformaciones; éstas acompañadas con la pérdida de prestaciones sociales de los trabajadores, se han gestionado con escasos conflictos por parte de los perjudicados. Es mediante esta perspectiva global que se explica porque la transformación del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 en Unidad Médica de Alta Especialidad, es anticonstitucional.

En cuanto al análisis de la acción efectuado mediante la elección de una unidad hospitalaria, se pudo situar el espacio en el que las enfermeras mediante su práctica en interacción con otros profesionales, reproducen la estructura en la que el control por medio de sus contenidos curriculares, la dependencia con respecto a la medicina y la desigualdad en la formación educativa se sigue generando. Asimismo, el planteamiento del conocimiento del sentido común al que se recurre para explicar por qué las cosas son lo que son y el conocimiento mutuo, aquel dado por sentado porque los actores suponen que los otros poseen, permitió plantear que las propiedades estructurales, representadas por recursos sustentados por los actores para influir en la conducta de los demás. Las reglas semánticas o normativas estipuladas en el contrato colectivo de

trabajo, son modificables pero con base a la posibilidad de comprensión por parte de las enfermeras, de que las estructuras son sus propios productos. Comprensión que de acuerdo a la perspectiva de Giddens, genera la posibilidad de la disolución de la reificación o la idea de que las instituciones son producto de la Naturaleza.

Focalizar el análisis en el Hospital de Gineco-obstetricia No. 3, más específicamente al personal de enfermería del turno vespertino, permitió dar cuenta de que el género, a doble jornada laboral, la antigüedad, así como el demérito a la formación escolarizada, son factores por los que entre otros, las enfermeras se interesan en realizar la licenciatura por la modalidad abierta. Por ello se concluye que el análisis de género es un eje vertical en esta investigación pero se eludió su enfoque con el objetivo de evitar un análisis desviador de la variable. Por el contrario se procuró, como recomienda Dora Cardaci en "Salud, género y programas de estudio de la mujer" brindar una perspectiva no reducida a recuperar exclusivamente el punto de vista de las mujeres. Cabe señalar que si no se entrevistó a enfermeros hombres fue porque ninguno e ellos realizó la licenciatura por la modalidad en estudio. Desigualdad convertida en material de análisis. También, no se privilegió la desagregación de los datos por sexo. Se privilegió un abordaje vinculado con los antecedentes históricos, políticos y socioculturales donde irremediablemente no se pudo evadir la adjudicación o apropiación de la práctica del cuidado de enfermo, por parte de las mujeres como un factor para que se genere su avance con desigualdad con respecto a las profesiones constituidas históricamente por hombres.

El estudio interrelacionado de las egresadas por la modalidad "años posteriores" con las enfermeras de las diferentes categorías permitió dar cuenta de la heterogeneidad en la formación como un factor que incide para la transformación de prácticas. Mismas que se explicaron mediante el análisis de organigramas que funcionaron como pretexto para explicar cómo los universos simbólicos teorizados por Berguer y Luckman, construyen la realidad mediante la convergencia de aspectos objetivos y subjetivos en garantía a la reproducción del rol asignado de los diferentes profesionales.

No obstante, esta organización idealizada mediante la que todo está previamente controlado a través de los organigramas, se desdibuja cuando hay aspectos no complementados en los profesiogramas como propios de alguna categoría. Por ejemplo, para el traslado de los cómodos, que sustituyen el WC, de la habitación del paciente al séptico no se define a qué categoría corresponde. Por lo que redunda en conflictos constantes entre quienes lo definen de acuerdo a sus intereses como propio del personal de servicios generales o como propio del personal de enfermería. La indefinición redunda en conflictos para asignar la actividad que finalmente se ejecuta por intermediación de los representantes sindicales, beneficiando a quien de acuerdo al mejor argumento logre imponer su postura que en el C.C.T, no está claramente delineada.

Sin embargo, este ejemplo burdo por el cual se ejemplifica la dilución parcial de los profesiogramas y organigramas o de aspectos objetivos por los cuales se constituye la realidad, permitió explicar que los aspectos subjetivos donde los seres sociales se desmarcan de lo idealizado y recobran parcialmente su autonomía, es lo que permite que se transformen prácticas. Por lo cual los aportes de Berguer y Luckman en donde consideran aspectos objetivos y subjetivos constructores de la realidad resultan fundamentales para plantear que la desinstitucionalización de la enfermería como una actividad carente de producción científica, es posible.

El desarrollo integral que considera la producción científica desde una perspectiva global que aborde aspectos naturales como sociales en la planeación de cuidados de enfermería, en el caso quienes laboran en el IMSS, es una utopía, sí se toma en cuenta algunos factores sociales en el ejercicio de su práctica: Incremento del número de pacientes por enfermera; los intereses institucionales de privilegio a la atención especializada dirigiendo sus recursos al control terapéutico de enfermedades sobre los recursos dirigidos a las acciones preventivas incidiendo para que el reconocimiento de las licenciadas en enfermería sea solo para las quienes ejercen en las Unidades Medicas de Alta Especialidad, demeritando el valor de las profesionales cuya atención se dirige a la prevención. Estos factores, aunados a la influencia incipiente de la NIC, NOC, NANDA y que por ejemplo, en la biblioteca del hospital en estudio, no hay

ni siquiera un ejemplar de los textos americanos, lo cuales se supone de acuerdo a la capacitación por las autoridades de enfermería del IMSS son los textos propios a consultar. Se constituyen, junto con el desequilibrio curricular, en factores de dificultad en la producción científica nacional; reduciendo las posibilidades de las enfermeras para contribuir con el perfeccionamiento de las bases teóricas norteamericanas tendientes a considerarse —erróneamente— no como un material a perfeccionar, sino como un modelo al que ciegamente hay que adoptar.

Por lo que el objetivo de la enfermería de proporcionar cuidados de forma integral es una utopía que nos puede guiar en el mejoramiento de la profesión pero sólo si está sustentado en una educación profesional también integral en donde se vincule práctica, educación e investigación que redunde en el desarrollo de un pensamiento autónomo y crítico capaz de generar en la enfermera, la necesidad de transformar el contexto social.

Finalmente en “la escena” se sintetiza cómo en la cotidianidad los elementos de análisis objetivos como subjetivos convergen en su construcción. Se da cuenta de cómo los profesiogramas con que se organizan las actividades en las instancias hospitalarias del IMSS, son jerárquicas. Esto implica que la directora de enfermería, el director médico, entre otras direcciones, dependan de un director de Hospital, a quien ya había señalado es médico. Situación reproducida en la historicidad de la enfermera como dependiente de dicho profesional. Desde luego el objetivo central al poner el acento en dicha cuestión, no ha sido demeritar la disciplina médica. Sino retomarlo en un espacio únicamente analítico en donde los sujetos son concebidos como producto de su historia económica, política y cultural.

Las enfermeras son representadas por mujeres con diferentes formaciones académicas. Por ejemplo, Victoria Torres, la jefe de piso con escolaridad licenciatura por “modalidad años posteriores”, Luz, la enfermera general con licenciatura escolarizada y Concepción la enfermera auxiliar con escolaridad de nivel técnico. Por lo que la jerarquía actual de las enfermeras no corresponde a los años dedicados a la formación profesional sino a otros factores como la

antigüedad y la calificación en los cursos pos-técnicos. Tal como se ejemplifica con el caso de “Lucecita” quien a pesar de estar en contacto directo con el paciente y contar con licenciatura escolarizada, continúa con contratación de enfermera general o remunerada como personal técnico.

Esta diversidad en la formación de las enfermeras permitió plantear efectos no deseados mediante los cuales se puede encontrar licenciadas, que al interactuar sus prácticas, hipotéticamente profesionales con lo eficaz que resultan, ante el incremento de trabajo en los nosocomios las prácticas de enfermeras técnicas o de auxiliares, diluyan su profesionalismo por priorizar una atención en donde lo importante es la productividad, privilegiando en el plan de cuidados enfermero la atención de las necesidades biológicas más emergentes sobre una atención que aborde también las dimensiones psicológica y social. En este ambiente el profesional de la enfermería se puede diluir y anclar al personaje femenino, que culturalmente obedece al padre (en este caso el representante, ya sea ideológico como la institución o el propio médico) y sumisamente realizar actividades emergentes como participar en cirugías quirúrgicas con actividades que no le competen en los profesiogramas, pero desempeñadas por los beneficios que a nivel microsocial obtienen de ello. O por el sentido de caridad y compromiso teológico, parcialmente institucionalizado, lo cual le impide dar cuenta de cómo su acción de cuidar al enfermo, se generó históricamente como dependiente de la medicina y, en este contexto, como dependiente de los intereses, que los representantes de las instituciones de seguridad social, genera. Como se muestra en la Tabla 12, la razón de enfermeras por asegurado del año 2000 al 2010 disminuye de .59 a .52. Esto es, cada vez hay menos enfermeras por población derechohabiente, ello implica un mayor beneficio para la institución en el incremento de la educación de las enfermeras porque con menor número de profesionales colegas como de otras áreas, se continúa atendiendo al creciente número de población derechohabiente.

Por último, en “la escena” se trata de dar cuenta de cómo el lenguaje tiene enormes implicaciones a diferentes niveles, por ejemplo, la tan halagadora frase de considerar a un sujeto como brazo derecho de otro, tiene implicaciones psicológicas en donde se desconoce al “otro” que no soy Yo. Y lo sumerge en

una relación simbiótica en donde la posibilidad de independencia es frustrada; la enfermería surge como hija de la medicina pero está creciendo y demanda su independencia. No obstante a nivel simbólico “eres mi brazo derecho” niega la posibilidad de autonomía.

De manera que como señalan Berguer Luckman se intentó sintetizar en esta escena los diversos elementos objetivos como subjetivos que construyen la realidad cotidiana. Así como de elementos estructurales y de prácticas que, desde la perspectiva de Anthony Giddens producen la sociedad. Por lo que se concluye que un análisis de los aspectos subjetivos como a nivel de las prácticas necesariamente involucra el análisis a nivel estructural porque aunque es virtual y esta fuera de tiempo y es asible únicamente en el lenguaje, es producto de la aparente e irrelevante acción, que generan cotidianamente las enfermeras.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Achard, Pierre. *discurso biológico y orden social*. México D.F.: Nueva Imagen, 1980.
- Aguirre, Héctor. «Proyecto UMAE, Desarrollo y avances 2004-2006.» *Revista Med Inst Mex Seguro Soc.*, 2008: 571-580.
- Benavides, Raquel. «“la investigación en la enfermería mexicana; análisis del contexto nacional e internacional”.» *Revista IMSS.*, 2002: 153.
- Berger y Luckmann, Peter y Thomas. *la construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1968.
- Bottomore y Wisbet, Tom y Robert. *Historia del Análisis Sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Bourdieu, Pierre. *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama, 1997.
- Bulecheack Gloria, Butcher Howard, Mc. Closkey Joanne, Dochterman. *Clasificación de intervenciones de enfermería. Qta. edición*. Barcelona: Elsevier, 2009.
- Canclini, García. *Culturas híbridas*. México: Grijalbo,, 2004.

- Cardaci, Dora. *salud y programa de estudios de la mujer*. D.F.: UNAM-UAM, 2004.
- Cárdenas, Lucila. *"La profesionalización de la enfermería en México"*,. Barcelona.: Pomares, 2005.
- —. *"La profesionalización de la enfermería en México"*,. Barcelona.: Pomares, 2005.
- de, Salud Ley General. *Ley General de salud*. México D.F.: Sista, 2007.
- Fernández, Gustavo Leal. *"El imss bajo el calderonismo"*. México: ADN, 2008.
- Frank, Marie. *"Desarrollo histórico de la enfermería"*. México D.F.: La prensa medico mexicana., 1961.
- García, Alberta. *Liderazgo de enfermería en las organizaciones de salud de la ciudad de México*. Ribeirao Preto: Universidad de Sao Paulo, 2007.
- Giddens, Anthony. *"Las nuevas reglas del método sociológico"*. Amorrortu, 1993.
- Guevara, Niebla. *La rosa de los cambios: breve historia de la UNAM*. México: Cal y Arena, 1990.
- Hernández, Conesa. *Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. España: McGraw-hill., 1995.
- IMSS, HGO 3. *XXV aniversario, reunión conmemorativa, memorias del H.G.O.3 C.M.R.* D.F.: Delegación 2 Noreste del D.F., 1989.
- IMSS. *"XXV aniversario, reunión conmemorativa, memorias del H.G.O.3 C.M.R."*. D.F.: Delegación 2 Noreste del D.F., 1989.
- Jamieson, Elizabeth. *Historia de la enfermería*. México: Interamericana S.A (sexta edición), 1968.
- Latapí, Pablo. *Análisis de un sexenio en educación en México: 1970-1976A*. México D.F.: Nueva Imagen, 1981.
- Laurell, Asa Cristina. *"La reforma contra la salud y la seguridad social"*. México D.F.: Era, 1997.
- Loyo, Engracia. *Gobiernos revolucionarios y educación popular en México. 1911-1928*. México D.F.: El colegio de México, 1999.
- Martínez, Matilde. *Sociología de una profesión, el caso de enfermería*. México D.F: Nuevo mar, 1985.

- —. *Sociología de una profesión, el caso de enfermería*. México D.F: Nuevo mar, 1985.
- Matus, Reyna. «Avances y perspectivas del Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el IMSS.» *Revista Enfermería IMSS* , 2005: 105-110.
- Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean, Swanson Elizabeth. *Clasificación de los resultados de enfermería*. Barcelona: Elsevier, 2009.
- NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación.2005-2006*. Madrid: Elsevier, 2005.
- Ornelas, Carlos. *El sistema educativo mexicano, la transición de fin de siglo*. Distrito Federal: FCE, 1995.
- Peña, Acevedo. «“Razón y palabra”.» *Revista electrónica en América Latina especializada en comunicación*, 2010.
- Polit, Hungler y. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México D.F: Interamericana, 1985.
- Quintanilla y Vaughan, Susana Mary kay. *escuela y sociedad en el periodo cardenista*. México,D.F.: FCE, 2001.
- Quintnilla y Vaughan, Susana Mary kay. *escuela y sociedad en el periodo cardenista*. México,D.F.: FCE, 2001.
- Ramírez, Teresita. «Perfil académico del personal de enfermería del IMSS 2005-2006.» *Revista de enfermería del IMSS*, 2007: 105-116.
- Ratinoff, Luis. «La crisis de la educación: el papel de las retóricas y el papel de las reformas.» *Revista Latinoamericana de estudios educativos* Vol. XXIV No. 3 y4, 1994: 5-13.
- Rohweder, Nordmark. *Bases científicas de la enfermería* . México Sáez Hugo. Como investigar y escribir en Ciencias Sociales. México D.F. UAM-X 2010.Distrito Federal.: La prensa Médica Mexicana, 1979.
- SNTSS. *Estatutos*. D.F: SNTSS, 1992.
- SNTSS, IMSS. *Contrato colectivo de trabajo 2007-2009*. D.F.: IMSS,SNTSS, 2007.
- SNTSS-IMSS. *Contrato colectivo de trabajo 2011-2013*. D.F: SNTSS-IMSS, 2012.

- —. *Contrato colectivo de trabajo 2007-2009*. D.F.: IMSS, SNTSS, 2007.
- Tena, Gilberto. «La certificación del Hospital: No se trata de alcanzar nuestra meta, sino de hacer más digno nuestro trabajo .» *“Pahtli” Revista trimestral de la UMAE del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3. , 2011: 6 y 7.*
- Thoenig y Mény, Jean-Claude Yves. *Las políticas públicas*. Ariel coll, 1992.
- Vázquez, Eugenia. *“Evaluación profesional en enfermería a través de los egresados. El caso de la UAM-X. Tesis de Maestría y en Desarrollo y Planeación de la Educación de la UAM*. D.F.: Tesis de Maestría y en Desarrollo y Planeación de la Educación de la UAM, 2003.
- Wright Mills, *La imaginación sociológica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1961. Traducción de Florentino M Torner.

-www.imss.gob.mx

- <http://proyecto-ley-enfermeria.blogspot.com/>

8.- ANEXOS

8.1.-Cuadro general de entrevistas.

8.2.-Entrevistas de las enfermeras.

8.3-Carta de autorización en el IMSS.

8.1.- ENFERMERAS ENTREVISTADAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA.

ESCOLARIDAD	CATEGORÍA	EDAD	ANTIGU EDAD	EDO CIVIL	NO. DE HIJOS
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	ENFERMERA AUXILIAR	25 años.	5 AÑOS.	DIVORCIAD A	1
MAESTRIA EN ADMINISTRA- CIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ENFERMERA GENERAL	31 AÑOS	9 AÑOS	UNION LIBRE	1

LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	42 AÑOS	21 AÑOS	DIVORCIADA	1
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	33 AÑOS	14 AÑOS	CASADA	0
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	ENFERMERA QUIRÚRGICA	41 AÑOS	6 AÑOS	SOLTERA	0
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	ENFERMERA JEFE DE PISO	53 AÑOS	22 años	SOLTERA	0
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	SUBJEFE DE ENFERMERÍA 1	52 AÑOS	24 AÑOS	DIVORCIADA	1
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	SUBJEFE DE ENFERMERÍA 2	45 AÑOS	25 AÑOS	CASADA	3
LICENCIATURA ESCOLARIZADA	SUBJEFE DE ENFERMERÍA 3	50 AÑOS	21 AÑOS	CASADA	2
LICENCIATURA “AÑOS POSTERIORES”	DIRECTORA DE ENFERMERÍA	42 AÑOS	23 AÑOS	CASADA	2

ENTREVISTAS POR TEMAS:

TEMAS PRINCIPALES:

- 8.1 Interés por estudiar la modalidad “años posteriores”
- 8.2 Beneficios-educación
- 8.3 Opinión de las enfermeras sobre su profesión,
- 8.4 Género
- 8.5 Investigación.
- 8.6 Docencia
- 8.7 Gestión
- 8.8 Tecnología,
- 8.9 Más responsabilidades.
- 8.10 Prácticas “años posteriores”

8.1. MODALIDAD-AÑOS POSTERIORES, OPINIÓN DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.

TEMA CATEGORÍA	¿Por qué se interesó en estudiar mediante la modalidad “años posteriores”?
----------------	--

ENFERMER A AUXILIAR	<p>Pues, por el tiempo. De hecho yo quería estudiar escolarizado. Pero ya cuando tienes familia tienes que ver otras necesidades. Y yo tenía ganas de seguir aprendiendo. Pero la verdad no me agradó, no me gustó. Porque fundamentalmente uno aprende lo que uno quiere. Allí como hay mucha presión porque son cortos los tiempos, tienes que andar allí como muy acelerado. Y pues sales pero como con lagunas. Por eso yo creo que si lo hubiera hecho con el nivel escolarizado, quedan más sólidos los conocimientos.</p> <p>Pero por otro lado sí me agradó mucho. Te dan una visión diferente en cuanto a la educación, en cuanto a la licenciatura, en cuanto lo que es enfermería. Me hicieron ver de forma amplia a la profesión. Y sí aprendes. Aunque muchos no van por aprender, sino por el papel. Tuve muchas compañeras especialistas, jefes de piso. E inclusive tuve tres compañeras supervisoras. Pero yo creo que muchas de ellas, sólo iban por el papel. En mi caso, yo sí tenía ganas de entrar a la licenciatura. Tenía ganas de ver qué hay más allá del nivel básico. Porque en el nivel básico como que únicamente te dan una embarrada de todo. Y pues más que nada es eso, el gusto por conocer. Porque yo creo que cuando te gusta la carrera, tratas de dar lo mejor y una de esas formas es cultivándote, para atender mejor.</p>
ENFERMER A GENERAL	SIN OPINIÓN POR SER EGRESADA DEL SISTEMA ESCOLARIZADO
ENFERMER A ESPECIALIS- TA EN PEDIATRÍA/ DOCENTE	<p>Sí porque cuando yo me decidí a continuar con la profesión. Yo dije, no. De auxiliar no me voy a quedar. Yo quería seguir incursionando en la carrera. Seguí con los estudios. Entonces obtuve el nivel técnico. Y fue cuando surgió el boom de la licenciatura. Se escuchaba que era importante que se obtuviera la profesionalización de la carrera. Y por eso yo lo vi importante, porque la mayoría estaba interesada en hacer la licenciatura. Aparte porque se decía que ya se iba a solicitar como un requisito en el IMSS. Que de hecho ya nos lo iban a exigir. Entonces fue la relación entre que estaba haciendo mi trabajo final para la liberación del servicio social. Y la maestra con la que estaba haciendo el trabajo me dijo: ¿Por qué no hacia la licenciatura? Me preguntó si tenía la prepa. Y como le dije que sí, me recomendó que aprovechara porque la convocatoria estaba abierta. Por eso, inmediatamente que terminé el nivel técnico, estude la licenciatura. En la modalidad “años posteriores” al primero.</p> <p>INVESTIGADORA: Conocía de la modalidad educativa que el IMSS, en convenio con la UNAM, permitía a las enfermeras que aquí laboran, obtener el grado.</p> <p>E.E.P: Desconocía, pero de todas formas no lo hubiera hecho en el IMSS porque no me gustaba.</p> <p>INVESTIGADORA: Usted realizaba directamente el trámite en la ENEO.</p> <p>E.E.P: Si, así es.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿En cuánto tiempo realizó la licenciatura?</p>

	<p>E.E.P: En un año.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuáles fueron los contenidos académicos abordados en el año complementario?</p> <p>E.E.P: Sólo fue complementario. Abordamos gineco-obstetricia 1 y 2. Creo que docencia y administración, Ciencias sociales y... hay no recuerdo que más. Investigación y... no recuerdo.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué prácticas mejoró después de obtener el grado de licenciada en enfermería? ¿Considera que los contenidos abordados en el año complementario ayudaron para mejorar la práctica cotidiana?</p> <p>E.E.P: Me sirvieron para mejorar... a lo mejor no la práctica a nivel técnico. Pero me sirvió para ver a las personas de una manera mas humana. Realizar las cosas con esa calidad; más humanas.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué a nivel técnico no?</p> <p>E.E.P: Porque a nivel técnico las cosas son las mismas; no cambian.</p> <p>INVESTIGADORA: Y usted las desarrollaba igual antes y después de licenciarse</p> <p>E.E.P: Ya las desarrollaba. Pero a lo mejor después de realizar la licenciatura ya con un poco más de conocimiento del porqué. Y a parte, pues, bueno... ya lo fundamentaba más. Pero el complemento no era para las técnicas o par valorar si lo hacia bien o lo hacia mal. Sino para obtener los conocimientos de gineco-obstetricia. Que a mi eso, no me gustó porque yo no me sentía ni enfermera ni médico. Yo no me sentía ninguno de los dos.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos abordaban?</p> <p>E.E.P: Pues practicábamos con el médico. Íbamos con ellos a pasar la visita. Y de hecho nos decían que teníamos que estar con los médicos no con las enfermeras. Y de cierta manera las enfermeras nos desplazaban. Y si había un parto las enfermeras nos decían: no, no hay ropa. O sea nos ponían límites. Ellas nos comentaban que nos trataban así, o por lo menos algunas nos comentaban, que era porque muchas estudiantes que llegaban a realizar la licenciatura se creían mucho. Y que de alguna manera se referían muy déspotas con otras enfermeras. Eso también influyó.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Aprendió atender partos?</p> <p>E.E.P: Bien, como tal, no. Porque nada más atendí un parto. Y la verdad, no. Me enseñaron a hacer tactos, suturas. Pero como tal no, no, no prendí bien.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, esas prácticas no las ha implementado. Pero me decía, que en el sentido humano sí reconoce mejoras.</p> <p>E.E.P: sí en el sentido humano sí, sí lo mejoré.</p> <p>INVESTIGADORA: En el año complementario abordan contenidos sobre docencia, recuerda, ¿cómo qué porcentaje?</p> <p>E.E.P: no</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué porcentaje les dieron sobre investigación?</p>
--	--

	<p>E.E.P: Sobre investigación, también nos dieron contenidos, pero la verdad, ya no recuerdo. Todo lo que abordamos fue teórico.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRIA</p>	<p>INVESTIGADORA: Para ingresar a la modalidad educativa para Para obtener la licenciatura ¿por qué medio se enteró?</p> <p>E.E.P: Por una compañera que me comentó. Y entonces hice el trámite en la clínica 29. Y de allí, la institución hace todos los trámites para que sea oficial en la UNAM.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cómo hacía para estudiar? ¿Le dieron beca para no trabajar y estudiar?</p> <p>E.E.P: No te dan beca. Pero cuando vas a práctica, sí. Siempre y cuando sea en una unidad del instituto. De no ser así, tienes que trabajar y después ir a práctica. Pero mientras no, yo metía guardias o permisos.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuántos días tenía de clase?</p> <p>E.E.P: Solamente asistía los sábados. Y cuando hay otros módulos extras, pues tienes que ir.</p> <p>INVESTIGADORA: Cuando hizo práctica ¿en cuál hospital fue?</p> <p>E.E.P: Aquí, en la gineco.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos temáticos abordaron en el año adicional?</p> <p>E.E.P: El equivalente a lo que se ve en la licenciatura: gineco-obstetricia y tanatología. Pues vuelves a revisar historia y te meten mucha investigación.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Como qué porcentaje de investigación?</p> <p>E.E.P: Yo creo, que el 50%. Porque desde que estás haciendo prácticas de gineco o tanatología vuelven a meter investigación. Como que no sueltan ese punto.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué investigación realizó?</p> <p>E.E.P: Sobre implicaciones legales de la enfermería</p> <p>INVESTIGADORA: Con respecto a la docencia ¿abordan aspectos teóricos?</p> <p>E.E.P: Pues sí, te dan como las bases. Porque de hecho en la misma escuela te dan las herramientas. Y como que te dan a conocer los diplomados, por si te interesa meterte de lleno en la docencia</p>
<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>INVESTIGADORA: ¿Por qué se interesó en realizar la licenciatura por la modalidad “años posteriores”?</p> <p>E.Q: Por disponibilidad de tiempo.</p> <p>INVESTIGADORA: Tenía tiempo.</p> <p>E.Q: Más que nada, por el hecho de que nada más son dos días a la semana. En las prácticas, si fue todo el tiempo corrido de lunes a viernes.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuánto tiempo fue?</p> <p>E.Q: Un año</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cómo fue su ingreso a esta modalidad educativa?</p> <p>E.Q: Hice el tramite. Y como soy egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, no hubo problema con la escuela.</p>

	<p>INVESTIGADORA: ¿Cuáles fueron los requisitos para ingresar?</p> <p>E.Q: Lógicamente el título de enfermera general, acta de nacimiento, comprobante de domicilio y experiencia laboral mínimo de dos años.</p> <p>INVESTIGADORA: Considera que los contenidos abordados en el año complementario se aplican en las actividades que actualmente realiza.</p> <p>E.Q: No, porque no estoy ejerciendo ninguna función administrativa.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos abordaron en ese año?</p> <p>E.Q: Eran funciones más enfocadas a la cuestión administrativa y docencia. Y al aspecto ginecológico, ¡pero!, con nosotros fue una generación de las mejores.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿En qué año, estuvo esa generación?</p> <p>E.Q: Ya no me acuerdo. Pero de hecho fuimos la primera generación de la FES, Zaragoza. La primera generación. El lugar donde nos tocó hacer prácticas fue en el Hospital General de Zona (HGZ) 3. Entonces allí, la jefe de enseñanza nos dijo: aquí se les va a exigir mucho. Asímanse casi, casi como los médicos residentes de ginecología. Y así fue.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuánto tiempo, estaban de práctica?</p> <p>E.Q: Pues todo. El horario normal de 7 de la mañana a 3 de la tarde.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué actividades hacían?</p> <p>E.Q: Nosotros, ja, ja ja. La hacíamos de residentes. Dependiendo del área que nos tocaba. Por ejemplo, en la unidad tocó quirúrgica era desde la recepción de la paciente. Estar en el manejo del parto. En las reuniones de los ginecólogos, nos tomaban en cuenta a nosotros en cuánto a preguntarnos el estado general de las pacientes y el manejo que le estábamos dando; cuánto tiene de dilatación, en qué posición está el producto. O sea, todo lo referente a las maniobras. Atendimos partos. Nos metimos a cesáreas, no a instrumentar sino a ayudar.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cómo circulante?</p> <p>E.Q: No, nos metíamos como ayudantes. Ayudantes del médico de base. Ejercíamos como el primer ayudante durante la cesárea. En este hospital había mucho trabajo. Y a los residentes no les gustaba hacer esta función. Más bien, nos dividíamos el trabajo. A veces, ellos estaban tan cansados o como había pocos. Porque realmente eran pocos, que preferían ir a piso y dejarnos a nosotras el trabajo. Entonces, nosotras teníamos que estar allí.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, ustedes en su práctica eran fuerza de trabajo. Por así decirlo.</p> <p>E.Q: Pues si, hacíamos las funciones de los residentes. Investigadora. Entonces, aprendió a atender partos.</p> <p>E.Q: Si, así es.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué no siguió practicando?</p> <p>E.Q: Aquí en el hospital no los puedes atender, porque en primer lugar no estoy en el área de labor. Dos, porque tampoco implica el área de labor. Y lógicamente eso conlleva a que, ¡aquí sí hay</p>
--	--

	<p>residentes! Entonces, es algo que no te van a permitir hacer y mucho menos ejercerlo. Además, cuando era enfermera general, por rol, nunca me tocó estar en esas áreas. Siempre estuve en las pediátrías. Nunca me mandaron a una área de labor (servicio en el que están las pacientes con trabajo de parto) o admisión.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces no atiende los partos porque no se lo permiten. Pero sí sabe atenderlos.</p> <p>E.Q: sí</p> <p>Investigadora: ¿Qué opina de esto?</p> <p>E.Q: Yo creo que la enfermería tiene muchas cualidades, llamémoslas así. Pero siempre y cuándo queramos desarrollarlas porque depende de nosotros. No de nadie más. Nosotros somos libres de poder ejercer hasta donde nosotros queramos. Porque si tu le permites, o si le pides permiso a un cirujano, él te permite hacerlo. Pero si tú no quieres hacerlo, no vas a pasar de allí. De hacer de las cosas lo mismo. Es por ejemplo, como enfermera quirúrgica, si yo les digo: Váyanse y déjenme cerrar, me dejan. O yo les ayudo para agilizar el trabajo.</p>
<p>ENFERMERA JEFE DE PISO</p>	<p>¿En qué año hizo la licenciatura por la modalidad años posteriores?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Me parece que fue en el 98 o 99, más o menos.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿En dónde la hizo?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Había una Sede en el HGM. Entonces aprovechamos el área. Y allí mismo asistíamos a asesoría un día a la semana.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, no la hizo por el convenio IMSS-UNAM.</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: No. Pero sí fue con la modalidad de la ENEO, que llaman modalidad “años posteriores”</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué se interesó en realizar la licenciatura, mediante esta modalidad?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Porque era importante ir mejorando el nivel académico. Sabíamos que a esas fechas no era muy bien reconocida la licenciatura. Y teníamos, por ahí, rumores de que probablemente se reconociera en todo el sector salud.</p> <p>INVESTIGADORA: Conoce, si ya se reconoce en el H.G.M.</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Me parece que sí.</p> <p>INVESTIGADORA: Ya no está allá.</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: No, ya me jubilé hace seis años.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Realizar la licenciatura por la modalidad “años posteriores” repercutió para el puesto que desempeña actualmente?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: No, creo que no. No hay ninguna diferencia. Creo que no estamos ubicadas como licenciadas. Las licenciadas no estamos ubicadas como tal, hasta la fecha. Creo que no hay ninguna diferencia si lo pensamos desde el punto de vista del conocimiento. Yo no noté la diferencia. A lo mejor un poco</p>

	<p>de reforzamiento. En algunos aspectos que a lo mejor había dejado de lado.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos abordaron?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Complemento de gineco-obstetricia. Algunos temas. Por ejemplo, el método enfermero no lo abordamos como tal. Y ha estas fechas, tampoco lo abordamos. Es una situación que ahora nos causa un poquito de ruido. Sobretudo para las que estuvimos como estudiantes hace mucho tiempo. Por eso te digo que no notamos mucho la diferencia. Hay algunos aspectos como situaciones sociológicas, a lo mejor. Para enterarte de las situaciones que pasaban con enfermería, con el sector salud...</p> <p>INVESTIGADORA: a nivel macro-social</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Así es, pero realmente algo extraordinario, pues no. No sé hasta la fecha, verdad, si han modificado el plan de estudios.</p>
<p>SUBJEFE DE ENFERMERÍA 1</p>	<p>INVESTIGADORA: La modalidad “años posteriores” con que obtuvo el grado de licenciada ¿le favoreció para obtener este puesto?</p> <p>SUBJEFE: Sí</p> <p>INVESTIGADORA ¿Ángeles?: o ¿puede alguien con cursos pos técnicos sin la licenciatura, acceder al cargo?</p> <p>SUBJEFE: No. Si me favoreció.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Compitió con alguien más para obtener el puesto actual o cómo es el proceso para estar en el?</p> <p>SUBJEFE: Pues generalmente los puestos de confianza son por invitación.</p> <p>INVESTIGADORA: presentan un currículum.</p> <p>SUBJEFE: Bueno, sí, claro. Es por invitación porque te ven que tienes el nivel académico y porque tienes las habilidades y competencias para desarrollar el puesto. Y en este caso fue por invitación. Y ya presentas tu currículum para seguir el proceso de interinato. De hecho el director ya me habló. Así que quizá inicie el proceso y ya si reúnes todos los requisitos te dan el nivel. Por ejemplo, en el caso de otra subjeffe del turno matutino, como no es licenciada le dan un nivel 41. Que es un nivel menor económicamente. Con el mismo grado de responsabilidad pero con la diferencia de que no tiene la licenciatura. Si pero eso es en mi caso y en el caso de aquí, en la unidad. Pero por ejemplo, allí en el corcho pegan convocatorias para concursar. Por ejemplo, ahora no se en qué tenor vaya. Hubo concurso para directora de enfermeras y para subjefes. Por ejemplo, en el caso de nuestra directora, vinieron varias subjefes con el director para entrevista. En este caso el director general, es el que decide.</p> <p>SUBJEFE: Pero, se puede entrar por dos lados, también por invitación.</p> <p>INVESTIGADORA: Y ¿quien hace la invitación?</p> <p>SUBJEFE: Tu directora de enfermería</p>

	<p>INVESTIGADORA: Retomando la modalidad “años posteriores” ¿Le agregaría contenidos nuevos a la licenciada que ya está formada en el área técnica?</p> <p>SJE: A la que estudia el año complementario con el que obtienen la licenciatura. Agregaría un 50% de docencia y un 50% de investigación. Es lo que más le agregaría. Porque por ejemplo, yo que soy licenciada y en el año complementario abordamos la gineco-obstetricia, pues como que no nos sirve mucho.</p> <p>Ahora, por ejemplo, dicen que ahora los cursos pos técnico, los van a quitar y van a ser posgrados. Y por ejemplo, ahora terminas tu licenciatura para graduarte. Porque es un requisito para hacer el posgrado. Porque la mayoría de las licenciadas son enfermeras generales con posgrado.</p> <p>INVESTIGADORA: Con respecto a que no podría ejercer la obstetricia, ¿por qué considera que no podría atender un parto?</p> <p>Subjefe: porque no tengo las habilidades y destrezas. Y el puesto que desempeño no está para ello Y porque el plan de estudios es demasiado corto. La teoría es demasiado corta y la práctica es poca. Muchísima teoría. Es un curso, como muy rápido. Y es así como estamos saliendo licenciadas en la actualidad; únicamente por el papel.</p> <p>A los contenidos les faltaría más. Por ejemplo, yo que lo hice en la ENEO no llevamos investigación. A diferencia de la de aquí en el IMSS, que sí hacen más investigación. Nosotras hicimos más trabajo comunitario. Esa fue nuestra investigación Y realmente son muy pocas horas de docencia. Fueron como 24 horas. Algo así. Y todas las materias que teníamos eran como de 24 a 48 horas. O sea son demasiadas materias y muy pocas horas. Entonces todo se ve muy rápido.</p>
<p>SUBJEFE DE ENFERMERÍA A 2</p>	<p>INVESTIGADORA: Durante su año de licenciatura, les dieron algunos contenidos teóricos para hacer investigación</p> <p>SUBJEFE: sí, metodología</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Realizó alguna investigación durante la formación?</p> <p>SUBJEFE: sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿sobre que la hizo?</p> <p>SUBJEFE: El título no me acuerdo bien, pero era documentar. O sea quisimos hacer un Plan de atención. No me acuerdo bien. Más bien, la pregunta era: ¿Qué tanto era benéfico la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en la hoja de enfermería? Y encontramos muchas cosas. Cómo dentro de una de las hojas, que todavía seguimos teniendo una traba muy importante para las enfermeras. La parte del área médica. Como que ese diagnóstico médico no debería de estar plasmado en la hoja de enfermería para nada. Y todavía en donde dice problema independiente ponemos el diagnóstico médico. Sin embargo, debería de ser de enfermería.</p>

SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN INFORMACIÓN.CON LICENCIATURA ESCOLARIZADA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	<p>INVESTIGADORA: ¿En que institución curso el nivel licenciatura? Directora: En la UNAM.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué generación? Directora: En el 2001-2002.</p> <p>INVESTIGADORA: la hizo en el nivel escolarizado. Directora: No, la hice en la modalidad “años posteriores al primero” en la generación 2001,2002.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Fue con la modalidad que creó el IMSS en convenio con la UNAM? Directora: No, yo lo hice directamente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Y lo hice en un año.</p> <p>INVESTIGADORA: Dentro de su experiencia en la modalidad “años posteriores” con el que obtuvo la licenciatura ¿considera que los contenidos académicos le han ayudado para desempeñar el puesto que actualmente ocupa? Directora: Yo creo que no, porque el año que yo hice el curso “años posteriores” al primero... En ese entonces era todo lo referente a obstetricia. En el año de obstetricia que le faltaba a la licenciatura. Y para un puesto directivo, la obstetricia ni la llevamos a cabo como práctica profesional. Y como directivo no es relevante lo aprendido. Era más práctico, más operativo. Lo que a mi me dieron en séptimo y octavo trimestre de contenido complementario, se refiere a Obstetricia.</p> <p>INVESTIGADORA: Con respecto a los conocimientos o contenidos temáticos que les dieron de investigación o docencia en este año complementario ¿considera que son suficientes? Directora: no. Solamente tuve una materia. Pero de investigación no tuve ninguna. Sólo fue de docencia. De ésta tuve una materia. Pero igual fue lo indispensable y lo que ya tenemos de conocimiento.</p>

8.2 ¿Considera que los beneficios que obtuvo de los años dedicados a enfermería están acorde con los beneficios que obtiene de la profesión?

CATEGORÍA	ESTUDIO/BENEFICIOS
ENFERMERA AUXILIAR	<p>Sí estoy satisfecha porque, probablemente a lo mejor en estos momentos me encuentre varada, pero ahorita es para tener más tiempo para prestarle atención a lo que estudio y los cambios de categoría ya con el tiempo se irán dando. A pesar de que a corto plazo no haya cambios estos se irán dando porque me queda claro que gratis no te van a dar nada. Aquí es un arma de dos filos porque mira el IMSS, te dice: “sigue estudiando” pero te pone muchos peros para que lo hagas. Por ejemplo, ahora que estoy haciendo la especialidad, no procedía la beca para entrar más tarde por infinidad de pretextos.</p>

ENFERMERA GENERAL	No, de hecho creo que no esta acorde de acuerdo a los conocimientos. O a lo que podría yo aportar a la organización. No, no es nada acorde. Voy a ser sincera. Lo he pensado a futuro. Yo estoy preparándome y desarrollando ciertas competencias. Pero en un momento determinado otra organización u otra institución me valoran la formación. Y lo que puedo potenciar con lo que sé. Y que realmente pueda innovar. Si otra organización me lo reconoce si me iría.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Pues, a veces, yo siento que no. Yo siento que no porque a final de cuentas, yo lo que veo es que caemos, a pesar del incremento de estudios en la rutina. Porque quienes tienen maestría o llegan a realizar un doctorado, ya no están en el área operativa. Ya ocupan otro tipo de puestos. Pero lo que es a nivel de las que estudian la licenciatura, de alguna manera es bueno, porque ya inclusive, nuestro nivel cultural ya es mejor. En ese aspecto sí está bien. Pero en el aspecto de proporcionar los cuidados, no. Nos rutinizamos y hacemos las cosas, que se supone tendríamos que hacer las cosas con mayor conocimiento. Y tendríamos que hacer las acciones sin que nadie nos diga que tenemos que hacer. Y volvemos a caer en lo mismo. Estamos esperando a que otra persona nos diga lo que tenemos que hacer con lo que respecta a nuestra profesión, cuando nosotras ya sabemos lo que tenemos que hacer. Entonces yo siento que esto todavía va a tardar.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	<p>INVESTIGADORA: ¿Considera que el incremento de años de educación de las enfermeras está acorde con los beneficios que obtiene?</p> <p>E.E.P: Sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿En qué sentido?</p> <p>E.E.P: Sí, a lo mejor en mi especialidad. Te enfocas más a la Pediatría y además manejas gineco-obstetricia. Observas al niño de otra manera. Desde el nacimiento a lo mejor atiendes ciertas patologías. Pero, por ejemplo, en gineco te das cuentas que éstas se generaron desde la vida intrauterina.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces la licenciatura mejoró su práctica de enfermera pediatra</p> <p>E.E.P: Si, claro. Y de hecho no sólo en el aspecto de humanidades. Sino, también nos dieron herramientas para usar la tecnología hasta en la computadora. Y eso te anima a seguir buscando mayor preparación. Por ejemplo, Inglés u otras áreas que a lo mejor no son tan específicas de enfermería.</p>
ENFERMERA QUIRÚRGICA	E.Q: Pues depende mucho del punto de vista de donde tu lo quieras ver. Si lo ves como realización profesional, sí he obtenido todo lo que, o al menos, lo que yo deseo. Y sé que puedo hacer muchas más cosas. A nivel escalafonario, que

	sería la otra parte, no. Porque a nivel instituto el escalafón es muy lento y no te lo dan por mérito. Te lo dan por antigüedad, por calificación y no sé porque otra cosa. Entonces en esa parte sí es, llamémoslo así, injusto. Pero en su momento llegará.
ENFERMERA JEFE DE PISO	INVESTIGADORA: ¿Considera que la inversión en el estudio de años está acorde con los beneficios que obtiene de la profesión? ENFERMERA JEFE DE PISO: Pues, a lo mejor económicamente quisieras un poco más ¿no? Pero en relación a conocimiento, a tu desenvolvimiento como profesional, pues sí. Sí esta acorde con los beneficios que se obtienen.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN INF.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN INF.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN INF.
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	SIN INF.

8.3 OPINIÓN DE LA ENFERMERÍA

OPINIÓN DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE SU PROFESIÓN.

TEMA CATEGORÍA	¿Cuál es la opinión que se ha formado, con base a su experiencia profesional, de la profesión?
ENFERMERA AUXILIAR	Bueno, a mí me encanta. Me encanta lo que hago, es muy satisfactorio hacerlo. De hecho me encanta trabajar con pacientes de obstetricia. Me encanta, me encanta. A mi se me hace como la carrera más noble. Antes yo quería ser médico pero a base de que fui haciendo la carrera y mientras hacia el servicio social me di cuenta que el médico es el que pone indicaciones y el que está atrás. Y tú como enfermera pues puedes valorar todo ¿no? Vas viendo como va evolucionando el paciente; si le está sirviendo el tratamiento. A veces tan sólo con saludarlos, de preguntarles ¿Cómo se sienten, cómo amanecieron o cómo les va? Ofrecer ayuda. Desde allí, ya es una gran satisfacción el ver cómo el paciente sale adelante. Que gracias a tus cuidados el paciente esté mejor. Ese es el punto. En mi caso ese es el punto; que el paciente esté mejor, que salga adelante, que el paciente tenga la oportunidad de seguir con salud.
ENFERMERA GENERAL	La profesión de enfermería, realmente es una profesión que ha estado devaluada, desde mi percepción. Actualmente está muy devaluada. El hecho de que apenas hace pocos años se considera

	<p>como una profesión. Cuando realmente se requiere de conocimientos. Pues estamos trabajando con personas, con seres humanos. Pues se requiere de tener la capacitación, el conocimiento. Pues, se me ha hecho que, hasta el momento ha sido devaluada. No sólo en cuestión educativa, sino socialmente. La misma sociedad considera que ser enfermera es algo muy sencillo, cuando en realidad, no es así. Esa es la percepción que tengo. Pero que tiene mucho potencial por crecer porque afortunadamente en años actuales, el hecho de que ya se reconozca como profesión pues ya nos permite considerar avances.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA/ DOCENTE</p>	<p>Yo lo que veo es que caemos, a pesar del incremento de estudios, en la rutina. Porque quienes tienen maestría o llegan a realizar un doctorado, ya no están en el área operativa. Ya ocupan otro tipo de puestos. Pero lo que es a nivel de las que estudian la licenciatura, de alguna manera es bueno. Porque ya inclusive, nuestro nivel cultural ya es mejor. En ese aspecto sí está bien. Pero en el aspecto de proporcionar los cuidados, no. Nos rutinizamos y hacemos las cosas. O se supone tendríamos que hacer las cosas con mayor conocimiento. Y tendríamos que hacer las acciones sin que nadie nos diga que tenemos que hacer. Y volvemos a caer en lo mismo. Estamos esperando a que otra persona nos diga lo que tenemos que hacer con lo que respecta a nuestra profesión, cuando nosotras ya sabemos lo que tenemos que hacer. Entonces, yo siento que esto todavía va a tardar. A veces, por ejemplo, ahora con los alumnos yo no sé cómo hacer para hacerles entender que deben de dar sus cuidados de enfermería, ya de una manera independiente. Y no estar esperando a que se los diga otra persona. Pero el hecho también de trabajar ya en el área hospitalaria, no sé cómo, pero de alguna manera, volvemos a caer en lo mismo, porque es algo que ya traemos.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA</p>	<p>Como que no está valorada, ni por nosotras. Como que no nos creemos que tengamos una profesión. Todavía, como que veo que mucha gente la considera como si fuera un oficio. Y como que no hay una credibilidad de que somos una profesión y de que tenemos que seguir capacitándonos.</p>
<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>Es un campo totalmente abierto. Tú aquí aprendes lo que tú quieras. Todo lo que quieras puedes aprender y desarrollar. Y no quedarte. Estés en el nivel que estés. Porque si tú aprendes a conocer, a realizar, lo que llamamos nosotras el concepto de calidad: hacer bien las cosas desde el inicio. Es que tú, te sigues hacia adelante. Y hacer eso, implica que tu tengas que investigar qué patología tiene el paciente, cuáles son sus signos sus síntomas, qué complicaciones puede presentar, qué puede tener, qué no puede tener. Para que tú puedas ver si tu paciente efectivamente está bien o está mal. Si tú no sabes eso, no vas a saber ni qué hacer. Y si te concretas únicamente a realizar "lo que te corresponde" la verdad</p>

	serás una enfermera “X”. Enfermería es investigar, es no quedarte con la duda de ¿qué es? lo que estas haciendo.
ENFERMERA JEFE DE PISO	Bueno, mira, en lo personal a mí me gusta mucho mi carrera. Me gusta el hecho de estar aquí, lo que haces aquí. Lo que pasa es que, cómo te puedo decir... somos muchas que yo no sé por qué estamos aquí. Pero creo que no nos queda claro a veces por qué estamos aquí. Eso de estar recordando, el saber, por qué motivo estoy aquí. Y todos los días levantarte y saber por qué vienes al hospital. Es algo que todavía no nos queda claro. Y venimos y hacemos nuestro trabajo pues como una actividad más. Sin darle la importancia que debemos darle a la profesión. Y la importancia de la actividad que desempeñamos. Pero a mí, en lo general me gusta mucho mi trabajo. Es cierto que muchas veces es muy extenuante, que tienes muchas cosas que hacer, muchos retos con los mismos compañeros. Porque a veces si hay modificaciones no las aceptamos, si hay cambios no los aceptamos. Ponemos miles de pretextos para no hacer las cosas. Pero a mí, en lo general, me gusta mucho la profesión. Entiendo que no es fácil. Pero bueno, por algo estamos aquí.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA 1	Tenemos todas las armas para crecer pero por desgracia las generaciones jóvenes como que no lo están aprovechando...Igual aquí, cuando estuve en el puesto de coordinadora de cursos de subjefes de enfermería. He visto que hay mucha riqueza en enfermería. Y que ahorita la demanda en la globalización, es estar actualizadas.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA 2	Bueno, cuando te gusta lo haces con gusto. No se te hace pesado, te sirve como mujer porque mucho de lo que aprendes, lo aplicas en tu casa, con tus hijos. Como que aprendes a distinguir todas esas necesidades del Ser humano y también lo ejerces con los seres que más quieres. Y te digo, en base a mi experiencia a mí no se me ha hecho pesado. Todos estos años... parece que fue ayer que entré al IMSS.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA 3	Que... Ha ido creciendo, tardíamente porque sí, ya se tardó muchos años desde que entró la licenciatura para que se le reconozca. Pero es una situación, más bien... Pienso que un poquito de género. Porque se ha reconocido pero a partir de que han incursionado hombres en la licenciatura de enfermería o en las carreras técnicas de enfermería. SJE: Pues ahora ha ido mejorando porque se toman en cuenta los cursos... Este, los cursos monográficos y /o todos los cursos que realizas durante el año. Anteriormente el premio sólo tomaba en cuenta la asistencia y puntualidad. Pero también aquí es un poquito incongruente porque la gente que se va de curso tiene que entrar de pase de entrada (o más tarde) y como ya no cubriste la parte de la asistencia y la puntualidad; allí también ya no es acreedor a recibir el premio. Pero la ventaja es que ahora sí se da realmente por el

	<p>esfuerzo que realizaste durante todo el año de capacitarte. Y anteriormente sólo se tomaba en cuenta tu puntualidad y tu asistencia, porque ni siquiera se tomaba en cuenta tu participación dentro del área laboral.</p>
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	<p>No tenemos reconocimiento social. Porque muchas veces quien más trabaja en la atención del paciente somos las enfermeras. Y cuando el paciente se va, a quien le agradecen, es al medico. Reconocimiento a enfermería, yo percibo que no lo hay. Además porque no nos lo hemos ganado. O sea, no hemos luchado por tenerlo.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué necesitaríamos para tenerlo?</p> <p>DIRECTORA: En primera, brindar una atención de calidad y de forma no individual sino, individualizada y pensante. No únicamente, voy a hacer lo que el médico me dice. Porque yo también se lo que puede pasar</p> <p>INVESTIGADORA: Desarrollarse como ciencia</p> <p>DIRECTORA: Sí, yo creo que sí. Ya es profesión, pero sí le falta mucho.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Considera que es una ciencia?</p> <p>DIRECTORA: Podría llegar a ser, pero si hubiera gente comprometida. Y somos muchas enfermeras para lograrlo.</p>

8.4 GÉNERO

CATEGORÍA	GÉNERO
ENFERMERA AUXILIAR	<p>De hecho yo quería estudiar escolarizado. Pero ya cuando tienes familia tienes que ver otras necesidades.</p>
ENFERMERA GENERAL	<p>Porque es bien sabido que nosotras como enfermeras jugamos diferentes roles, somos esposas, somos madres, somos hijas. El hecho de que estés en el ramo de enfermería la familia te busca cuando hay un problema de salud. Igual es cierta presión de alguna manera moral. Me ha costado mucho trabajo el hecho de que tenga que venir a estudiar y a trabajar. Y aparte el rol de familia porque te ocasiona un desgaste físico e intelectual. Te trae agotamiento, estrés. Se me ha complicado mucho. Porque hasta en el matrimonio hay cierto desequilibrio debido a que dejas de hacer algunas actividades. Pierdes momentos algunos momentos de la familia de los hijos. A veces no puedo ir a las juntas del niño. Por ejemplo, ahora pues el niño ya casi va a terminar el ciclo escolar. Y apenas pude ir a una junta en donde me entere de la evaluación que hasta el momento llevaba. De manera que uno deslinda actividades por realizar ciertas metas personales. Pero sí es complicado, es demasiado complicado.</p> <p>Es difícil, muy difícil. Y lo peor del caso es que tú te esfuerzas. Y tratas de reflejarlo en tu trabajo. Y no lo reconocen. Ese es uno de los factores muy importantes. La falta del reconocimiento del personal.</p>

ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Ya tenía a mi hijo en ese tiempo. Tendría dos años. Porque lo tuve a los 29 años. En ese momento me separe de su papá. Y fue cuando dejé la carrera. Que si me dolió demasiado, porque yo siempre quise estar en Turismo. Y decidí, ya continuar con enfermería. No, no realizo investigación, porque no me da tiempo. De hecho tengo a mi familia. Y tengo que dedicarle tiempo para poder preparar los temas. Y entonces no tengo tiempo.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SIN REFERENCIA
ENFERMERA QUIRÚRGICA	SIN REFERENCIA
ENFERMERA JEFE DE PISO	SIN REFERENCIA
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN REFERENCIA
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	INVESTIGADORA: ¿Qué opinión se ha formado, a partir de su experiencia profesional en los diferentes niveles, de la enfermería SUBJEFE: Bueno, cuando te gusta, lo haces con gusto. No se te hace pesado, te sirve como mujer porque mucho de lo que aprendes, lo aplicas en tu casa, con tus hijos. Como que aprendes a distinguir todas esas necesidades del Ser humano y también lo ejerces con los seres que más quieres. Y te digo, en base a mi experiencia a mi no se me ha hecho pesado. Todos estos años... parece que fue ayer que entré al IMSS.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	INVESTIGADORA: Considerando los años de experiencia laboral ¿qué opinión se ha formado sobre la profesión de enfermería? SUBJEFE: Que... ha ido creciendo, tardíamente porque sí, ya se tardó muchos años desde que entró la licenciatura para que se le reconozca. Pero es una situación, más bien... Pienso que un poquito de género. Porque se ha reconocido pero a partir de que han incursionado hombres en la licenciatura de enfermería o en las carreras técnicas de enfermería. ¡¡¡Hasta que veo alguien abordó el género!!!!
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	DIRECTORA: No lo que pasa es que hasta el momento no ha habido una maestría o doctorado que vaya dirigido a enfermería. O sea todo va dirigido a otras ciencias. Inclusive la maestría de administración de hospitales la mayoría son médicos. Hay, yo creo que un 30% de enfermería. E igual no esta dirigido completamente a enfermería. Sino el doctorado es en administración pública. No tiene nada que ver con la profesión. INVESTIGADORA: En la maestría ¿a qué cree que se deba un mayor porcentaje de médicos con respecto a las enfermeras? DIRECTORA: Pues a lo mejor ellos tienen más acceso económico. Porque la maestría es cara y hay que pagarla. Y quizás tengan

	<p>más deseos de superación. En la enfermería son pocas las que tienen deseos de sobresalir o de seguir estudiando</p> <p>INVESTIGADORA: ¿A qué considera que se deba esto?</p> <p>DIRECTORA: Al género también se debe. Porque uno tiene más obligaciones en la familia, así como esposa, como trabajadora.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Usted es casada?</p> <p>DIRECTORA: Sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Tiene hijos?</p> <p>DIRECTORA: Sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuántos?</p> <p>DIRECTORA: Dos</p> <p>INVESTIGADORA: Y ¿estudian actualmente?</p> <p>DIRECTORA: Sí. Uno segundo de prepa y el otro quinto de primaria.</p> <p>-----</p> <p>INVESTIGADORA: ¡Ah! Entonces, fue ascendiendo por escalafón. Con respecto a esta experiencia laboral ¿cuál es la opinión que se ha formado sobre la profesión, desde esta perspectiva amplia que implica ir ejerciendo en diferentes categorías?</p> <p>DIRECTORA: Yo creo que lo principal serían dos puntos: la primera, que nos falta unidad en la categoría. Que seamos más unidas como profesionales. Y el quererse superar. Es muy poco el personal de enfermería que desea seguir superándose</p> <p>INVESTIGADORA: ¿A qué considera que se deba que no se quieran superar?</p> <p>DIRECTORA: Pues, primero a la cultura del mexicano y el segundo al género. Muchas son madres Y dicen, bueno o veo a mis hijos o estudio. O sea, a lo mejor se pone una traba de decir no puedo estudiar. Pero todo es que se quiera.</p> <p>INVESTIGADORA: Usted que tiene la experiencia de ser madre y asumir la responsabilidad directiva. ¿cómo lo ha combinado con el desarrollo profesional?</p> <p>DIRECTORA: Sí cuesta trabajo porque los hijos en un momento dado llegan a exigir mucho de uno y te dicen: “es que prefieres irte al doctorado, prefieres irte a la maestría.” Pero por otra parte ellos están aprendiendo, que se tienen que seguir superando Y eso es bueno para ellos.</p> <p>INVESTIGADORA: Con respecto a su pareja usted ¿se siente apoyada? ¿Cuál es la relación con la pareja cuando se atienden las necesidades familiares pero también se continúa el desarrollo profesional?</p> <p>DIRECTORA: Es difícil, también la pareja llega un momento en que no quiere apoyarte. Entre los pensamientos que tengan de porque vas a seguir estudiando más que él. Es muy difícil mantener a la pareja.</p>
--	--

8.5 ENFERMERÍA E INVESTIGACIÓN

TEMA CATEGORÍA	INVESTIGACIÓN
ENFERMER A AUXILIAR	<p>Tuvimos la materia de metodología de la investigación y nos enseñaron hacer un protocolo un anteproyecto y todas esas cosas. Pero realmente son materias muy complejas, muy áridas. Relativamente no te da tiempo de leer de profundizar. Lo ves como muy a groso modo. Son muy interesantes pero finalmente el objetivo de obtener una visión general lo logramos. Pero sí considero que lo debemos realizar, porque sí es una matriz muy importante. Sí es eso lo que nos falta, cultivar nuestra investigación. Porque yo creo que sí debe haber personas capaces en eso pero pues todo se queda ahí. No se han visto progresos tan grandes como por ejemplo, una teórica mexicana ¿no? Entonces, yo creo que es lo que le hace falta a México; tener más interés.</p>
ENFERMER A GENERAL	<p>Empecé ha realizar una. Pero realmente por cuestiones de tiempo. Porque el IMSS, no te da eso. Aquí tú tienes que cumplir tus funciones. Y si quieres hacer investigación, tú debes buscar el tiempo extra. O sea, eso ya sería por tu cuenta. Por eso la tuve que detener porque, realmente no cuento con los tiempos que amerita realizar una investigación.</p>
ENFERMER A ESPECIALIS- TA EN PEDIATRÍA/ DOCENTE	<p>No, no realizo investigación, porque no me da tiempo. De hecho, tengo a mi familia. Y tengo que dedicarle tiempo para poder preparar los temas. Y entonces no tengo tiempo.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué porcentaje les dieron sobre investigación? E.E.P: Sobre investigación, también nos dieron contenidos, pero la verdad, ya no recuerdo.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Realizaron un protocolo de investigación? E.E.P: No, no. Todo lo que abordamos fue teórico.</p>
ENFERMER A ESPECIALIS- TA EN PEDIATRÍA	<p>En la licenciatura en el nivel abierto, nos dan como un 50% de investigación. Porque desde que estás haciendo prácticas de gineco o teratología vuelven a meter investigación. Como que no sueltan ese punto.</p> <p>Por eso realicé una investigación sobre las implicaciones legales de la enfermería</p> <p>Me gustaría realizar otra investigación. Me gusta todo lo de la investigación. De hecho cuando empecé a estudiar la maestría me di cuenta que no somos muy dedicadas para la investigación. Como ahorita comentabas que sólo es formativa. Pero, después tenemos buenos proyectos. Das la pauta y observas que alguien ya retomó algunos aspectos y la presentan.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué por el momento, no hace investigación? E.E.P: Porque te enfrascas tanto en por ejemplo, seguir la especialidad, la licenciatura. El primer módulo de la maestría. Pero tu vida personal la dejas de lado. Por eso el año sabático como que si es necesario. Y también por problemas de salud lo vas dejando. Pero en eso estoy. Si me gustaría retomarlo</p>

<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>INVESTIGADORA: Realiza alguna investigación E.Q: No INVESTIGADORA: ¿Por qué? E.Q: No. la investigación es muy bonita pero, investigo las cosas que me gustan. INVESTIGADORA: Considera que en el año posterior, por el que obtuvo la licenciatura, se abordan contenidos que apoyen para que las enfermeras realicen investigación. E.Q: No aprendimos porque no lo manejamos diario. No lo manejamos cotidianamente como lo hacemos aquí. Yo creo que si lo manejáramos diario, sería otra situación. Es como el manejo actual de lo que es el Proceso Atención Enfermería (PAE), manejado con NANDA NIC y NOC. Entonces, es difícil para las generaciones antiguas porque no lo manejamos desde el inicio. O para las generaciones nuevas, es pan comido. INVESTIGADORA: Pero las generaciones nuevas, tampoco están generando investigación. ¿Por qué considera, qué es? E.Q: Es eso, que en la licenciatura te dan las bases. Y si por ejemplo, a mí me llamase la atención la investigación, voy y me busco un curso, o algo, que me meta de lleno a eso. Que me vea más involucrada a la investigación. Si yo no me dedico a eso, no lo voy hacer ¿por qué?, porque tienes que manejar perfectamente bien todos los pasos que demanda una investigación. Tiene etapas y cada etapa la tienes que manejar perfectamente bien. Si tú no manejas el inicio, no vas a llegar a concluir adecuadamente tu tesis de investigación.</p>
<p>ENFERMERA JEFE DE PISO</p>	<p>No realizaría una investigación porque tengo muchos tiempos ocupados. INVESTIGADORA: Si no tuviera el tiempo tan ocupado, le gustaría realizar alguna investigación ENFERMERA JEFE DE PISO: Sí, nada más que aquí sería actualizarme un poco, en cuanto a lo que la investigación requiere. Hace mucho tiempo que tomé un diplomado de investigación. Y bueno ya hace mucho tiempo.</p>
<p>SUBJEFE DE ENFERMERÍA 1</p>	<p>SIN INFORMACIÓN</p>
<p>SUBJEFE DE ENFERMERÍA 2</p>	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué opina sobre realizar investigación en enfermería? SUBJEFE: Que es muy interesante pero, no la hacemos. Y se necesita. Enfermería tiene muchos puntos en donde podemos hacer investigación pero también somos perezosas INVESTIGADORA: ¿Considera que el problema sea la pereza? SUBJEFE: Sí. Y también un tanto que no tenemos un tiempo específico para dedicarlo a la investigación sino que tenemos que hacer múltiples actividades y no te da tiempo. Apenas te da tiempo</p>

	<p>de hacer lo de tus tareas que tienes que desempeñar Y no hay mucho tiempo para hacer investigación. Que si quisiéramos pudiéramos hacer. Pero también tenemos que tener un tiempo para ello. Y no lo tenemos. Pero de que hay por hacer muchas cosas, las hay.</p> <p>INVESTIGADORA: Durante su año de licenciatura ¿les dieron algunos contenidos teóricos para hacer investigación?</p> <p>SUBJEFE: Sí, metodología</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Realizó alguna investigación durante la formación?</p> <p>SUBJEFE: Sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Sobre qué la hizo?</p> <p>SUBJEFE: El titulo no me acuerdo bien, pero era documentar. O sea quisimos hacer un Plan de atención. No me acuerdo bien. Más bien, la pregunta era: ¿qué tanto era benéfico la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en la hoja de enfermería? Y encontramos muchas cosas. Como dentro de una de las hojas, que todavía seguimos teniendo una traba muy importante las enfermeras a la parte del área médica. Como que ese diagnostico médico no debería de estar plasmado en la hoja de enfermería para nada. Y todavía en donde dice: “problema independiente” ponemos el diagnostico médico. Sin embargo, debería de ser de enfermería.</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA A 3	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué opina de la investigación como práctica profesional de la enfermería?</p> <p>SJE: Es muy pobre, casi no, no tiene mucho impulso porque además económicamente no hay muchos recursos. Y por el tiempo. No se le destina tiempo. Pero no es tanto el tiempo sino el dinero. Es un problema económico.</p> <p>INVESTIGADORA: Y dentro de la institución de salud ¿se generan recursos para esa práctica?</p> <p>SJE: Es lo mismo, porque de todas formas, toda la investigación que hay, pues ahora sí que la realizas por tú cuenta...</p>
DIRECTORA DE ENFERMERÍA A	<p>Estoy haciendo la investigación para mi tesis doctoral. Y la pienso hacer sobre si influye el comportamiento o el aspecto psicológico de la enfermera en la atención al paciente. No ha sido sencillo. Pues solamente con el apoyo de los doctores. Por ejemplo, ahora en quinto semestre estamos viendo taller de la investigación. En realidad es con el apoyo de los doctores que vamos realizando la investigación.</p>

8.6 DOCENCIA

OPINIÓN DE ENFERMERAS CON LICENCIATURA.

TEMA CATEGORÍA	DOCENCIA
ENFERMERA AUXILIAR	Son muy pobres porque muchas veces tenemos la idea pero eso no sirve. Entonces por eso muchas veces pensamos que la

	<p>docencia es pérdida de tiempo pero, realmente es un gran pilar que tenemos que aprovechar porque realmente es la base.</p>
<p>ENFERMERA GENERAL</p>	<p>Sí, sí me gusta mucho la docencia. Igual se me ha presentado la oportunidad pero igual por razones de tiempo entre el estudio y el trabajo. No he tenido la oportunidad de ejercerla. A lo mejor en un futuro sí la ejerza.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRIA/CON EXPERIENCIA DOCENTE.</p>	<p>INVESTIGADORA: Conozco que usted tiene experiencia en el campo de la docencia. ¿Podría hablar de ello? E.E.P: Inicé por la invitación de una de mis profesoras de la facultad de estudios superiores Iztacala. Ella me invitó justo cuando estaba terminando el curso pos-técnico de administración. Entonces, la verdad yo no quería entrar porque a pesar de que he vimos docencia también en el pos técnico de administración, no es lo mismo. Yo no me sentía con conocimientos. O con esa formación de docente. Entonces, sí me costó trabajo. Pero me puse el reto. Y lo enfrenté. Mi experiencia como docente en la UNAM, sí, sí la disfruto. Pero a veces no. Por decir en el hospital, no. Porque a veces me siento que me falta como enfermera. Y a veces no lo disfruto por ese aspecto. Pues yo no lo sé todo. Entonces me llego a enfrentar con algunas cosas en los hospitales en las que yo no sé como reaccionar.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA</p>	<p>No sé. Mucha gente me ha invitado a dar clases. Y sí he participado en algunas ponencias pero, como tal que te digan que te van a dar un grupo de 30 personas, como que no. No, como que es otro compromiso eso de preparar clases. A lo mejor preparas un tema y lo presentas pero dentro de seis meses no sabes de clases ni de nada. O hasta menos. Pero, no es lo mismo que día a día tengas que preparar una clase.</p>
<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>E.Q.:Fui docente. Fue una experiencia en donde conté con el apoyo de la jefe de enseñanza del hospital Juárez de México. Allí me hice cargo del grupo pos técnico de administración y docencia INVESTIGADORA: ¿Cuál fue su experiencia, ya tenía habilidades o tuvo que afrontar algunas barreras? E.Q.: No. Todo se iba dando paulatinamente. Efectivamente a lo mejor tenía dudas, a lo mejor tenía dudas de hasta en el manejo de determinada situación. Pero te digo, afortunadamente conté con el apoyo de la coordinadora de enseñanza que estaba en aquellos momentos y ella fue de mucha ayuda para que saliera adelante. En la evaluación final que tuvimos fue excelente. Así excelente, en toda la extensión de la palabra. Tanto felicitaciones para mis alumnos como para mí. Por la forma en que nos desempeñamos. Le gustaría ejercer nuevamente la docencia de manera oficial. E.Q: Si me pagan bien, sí. Si no, no. Es muy matado y la paga es poca.</p>

ENFERMERA JEFE DE PISO	<p>No doy clases de enfermería porque tengo actividades familiares que me están robando mucho el tiempo. Pero si no fuera así. Y tuviera la debida preparación, sí me gustaría dar clases. Porque yo no creo que sea suficiente el tener cursos. Y el tener la experiencia. Yo creo que también es importante como que moldearte como profesor ¿no?</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	<p>SUBJEFE: Ser licenciada, está bien porque regularmente te piden el currículo. Pero yo creo que hay que modificar el plan de estudios de la licenciatura.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué le agregaría y qué le quitaría?</p> <p>SUBJEFE: Le agregaría a la licenciada que ya está formada en el área técnica. A la que estudia el año complementario con el que obtiene la licenciatura. Agregaría un 50% de docencia y un 50% de investigación. Es lo que más le agregaría. Porque por ejemplo, yo que soy licenciada y en el año complementario abordamos la gineco-obstetricia pues como que no nos sirve mucho.</p> <p>Creo que el papel de la enfermería fue bastante importante en el caso de la influenza porque somos educadoras de la salud. Pero no solamente con la influenza, sino con muchas enfermedades a nivel preventivo, desde los hábitos higiénicos. Nosotras tenemos que hacer mucha labor para la educación para la salud. Y con la influenza más a mi favor. Primeramente, como personal de la salud adquirir esos hábitos. Se nos dice que no debemos usar el uniforme en la calle y no comer. Y lo hacemos. Y entonces como educadoras de la salud, no tenemos que hacer eso. Tenemos que estar muy pendiente de la educación</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuáles fueron las principales actividades durante este brote?</p> <p>SUBJEFE: Pues en ese tiempo yo era coordinadora del curso</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Coordinadora de que área?</p> <p>SUBJEFE: Coordinadora del curso pos-técnico en gestión y docencia del curso que imparte el IMSS. No estaba en el área operativa. Estaba en el área docente. Y entonces a todas las alumnas se les dijo que se fueran. Pero vine a hacer guardias aquí. Mi papel fue de difusión. Vine dos noches a difundir la información al personal de la unidad.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿A quien se dirigía la difusión?</p> <p>Subjefe: A enfermería principalmente. Estaba dirigido a todo el personal, estaba trabajando con el jefe de calidad difundiendo la información. En ese momento estaba un doctor. Pero del total del personal capacitado, 80% fue de enfermería.</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	Sin opinión, al respecto.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	Pues, también. Es igual. Lo que pasa es que casi no hay mucho impulso. Si hay oferta pero igual la demanda no esta muy.... Si lo realizas es por tu cuenta...

DIRECTORA DE ENFERMERÍA	No me gustaría dar clases. Porque no me gusta la docencia. Yo creo como van pasando los años y uno adquiere otros conocimientos como que se tienen otras expectativas. A mí lo que me gustaría más, es desarrollar algo acerca a la administración pública. Yo por ejemplo ya me falta poco para jubilarme y a mí si me preguntan: ¿qué voy hacer? Yo ya no me dedicaría a nada que tuviera que ver con la enfermería. No. Me gustaría estudiar Derecho, Contabilidad o Finanzas.
-------------------------	---

8.7 GESTIÓN

CATEGORÍA	GESTIÓN
ENFERMERA AUXILIAR	SIN REFERENCIA
ENFERMERA GENERAL	<p>INVESTIGADORA: ¿Por qué se interesó en hacer la maestría? Le sirve para su actual práctica laboral.</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Sí de hecho está enfocada a los servicios de salud. Finalmente está dentro del ramo de enfermería. Ya que nosotras nos desarrollamos en las diferentes organizaciones. Y me interesó mucho porque considero que tenemos un problema en la administración del personal de enfermería, efectivamente. Y necesitaba, o ante la necesidad de tener conocimientos de cómo llevar una buena administración de los recursos humanos pues la vi como una necesidad.</p> <p>INVESTIGADORA: Actualmente estudia</p> <p>ENFERMERA GENERAL: sí</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué estudia?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Un pos técnico en administración de los servicios de enfermería.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Podría explicar este proceso que la llevó a realizar primero un posgrado en administración. Y después un pos-técnico?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Porque de acuerdo a los lineamientos del IMSS, la maestría no vale para ellos. Puesto que el C.C.T. en los requisitos que pide para escalafonar, en un momento determinado pide pos técnico o diplomado. Y no te aceptan la maestría. Apenas en este año aceptaron la especialidad. Pero tampoco la aceptaban. Tenía que ser pos técnico.</p>
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	<p>INVESTIGADORA: Después de enfermera general. ¿Qué categoría ocupó?</p> <p>E.E.P: Después, hice la especialidad en enfermería infantil en la ENEO. Y ahorita tengo, la categoría de enfermera pediatra en el IMSS.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuántas especialidades ha realizado?</p> <p>E.E.P: Sólo una. Pero también hice un curso pos-técnico en administración.</p>

ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	<p>INVESTIGADORA: Por último ¿considera que ha modificado algunas actividades después de obtener el grado de licenciada?</p> <p>E.E.P: Modifiqué en lo administrativo. Como que en lo administrativo le di un enfoque muy diferente. En las ponencias y redactar un documento lo veo muy diferente. Porque antes como que lo veía como algo superficial. Y ahora la importancia de una ponencia la veo muy diferente. Y de hecho, hasta me atrevo a cuestionar, el porqué si somos profesionales, estamos presentando a la enfermera con el escote muy llamativo. Cuando podemos presentar a una profesional y no a una con minifalda. Por decir un ejemplo.</p>
ENFERMERA QUIRÚRGICA	Sin mención.
ENFERMERA JEFE DE PISO	<p>INVESTIGADORA: Después de los seis años que estuvo como pediatra ¿cuál fue la categoría que ocupó?</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: ¿Aquí en el IMSS?</p> <p>INVESTIGADORA: Sí</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: hice mi cambio, también para jefe de piso.</p> <p>INVESTIGADORA: Con ese mismo curso que la avalaba en ambos lados.</p> <p>ENFERMERA JEFE DE PISO: Así es, con el de administración. Metí en ambos el cambio. En el HGM de hecho ya estaba en la jefatura. Pero aquí era requisito para meter tu cambio de enfermera especialista a Jefe se piso.</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	<p>INVESTIGADORA: ¿Cuándo dice que las licenciadas no se quieren bajar al nivel de la técnica, a qué se refiere?</p> <p>SUBJEFE: A que únicamente quieren estar en el nivel administrativo. Y no sé, yo desconozco como estén los planes de estudio pero son pocos alumnos que he visto con iniciativa. Serán el 20 o 30% los que he visto con iniciativa. Esto es por el proceso que se esta dando en el momento. Son jóvenes que ya quieren adquirir empleo. Entonces, como que les falta mucha habilidad. Y además sólo se quieren enfocar en la cuestión administrativa. Y el ser licenciada a mi no me garantiza. Ser licenciada, está bien porque regularmente te piden el currículum. Pero yo creo que hay que modificar el plan de estudios de la licenciatura.</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN REFERENCIA
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN REFERENCIA
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	<p>INVESTIGADORA: Usted ¿considera que la educación durante la licenciatura nos genere elementos para ocupar un puesto directivo o el que desempeña actualmente? ¿Cómo adquirió las habilidades para ocupar este puesto?</p> <p>Directora: Yo creo que con la maestría. Ahorita a lo mejor que ya se amplió la educación complementaria para obtener la</p>

	<p>licenciatura, a dos años. Y que ya le dieron otro giro hacia la administración y hacia la docencia podríamos ver algún cambio benéfico.</p> <hr/> <p>INVESTIGADORA: Ser directivo es un trabajo complejo Directora: Sí, sí no tiene uno herramientas INVESTIGADORA: Con las herramientas ¿sería un proceso más sencillo o seguiría siguiendo complejo? Directora: Yo creo que seguiría siendo complejo. El área operativa piensa que uno gana mucho dinero y que solamente estamos sentados. Y que no hacemos nada. Esa es la visión que tienen ellos del personal directivo Y no es así. Y sólo se dan cuenta cuando están de este lado.</p>
--	---

8.8.- TECNOLOGÍA

CATEGORÍA	TECNOLOGÍA
ENFERMERA AUXILIAR	SIN REFERENTE
ENFERMERA GENERAL	Seguimos haciendo técnicas que ya son de años. Pues de muchos años atrás y que realmente ya no son funcionales. En otros países ya no se hacen. Sería innovar, ir al día. La tecnología aquí es muy importante. Ir al día porque es lo que realmente te hace competente ante otras organizaciones de otros países. Entonces, hay muchos procesos en enfermería; hay campo para mejorar. Desde el área técnica que sería operativa innovando procesos; en el área de investigación hay mucho ramo que hacer.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Como el hecho que a veces me preguntan los alumnos, que hacer con un paciente con ventilador. Y yo no tengo conocimiento suficiente del manejo de paciente con apoyo ventilatorio. Allí entonces, me siento que no se cómo hacerlo. A pesar de que yo hice la especialidad. Porque realmente la especialidad, siento que no me dio muchas bases técnicas. Me dio muchas bases teóricas. Pero teóricas en cuanto a teóricas de la enfermería. Pero en cuanto a bases técnicas, no recibí mucho.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	INVESTIGADORA: Entonces ¿la licenciatura mejoro su práctica de enfermera pediatra? E.E.P: Sí, claro. Y de hecho no sólo en el aspecto de humanidades. Sino también nos dieron herramientas para usar la tecnología hasta en la computadora. Y eso te anima a seguir buscando mayor preparación. Por ejemplo, Inglés, u otras áreas que a lo mejor no son tan específicas de enfermería.
ENFERMERA QUIRÚRGICA	SIN REFERENTE
ENFERMERA JEFE DE PISO	Estamos trabajando con indicadores de hace añisimos. Y no consideramos que el tipo de pacientes sea más complejo. A lo

	mejor no en cuestión de patologías. Pero sí hay introducción de tecnología, que no se maneja solita. Entonces, yo creo que empezando por allí por el análisis de esos indicadores que yo creo que ya están fuera de lugar.
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	Tenemos todas las armas para crecer pero por desgracia las generaciones jóvenes como que no lo están aprovechando...Igual aquí, cuando estuve en el puesto de coordinadora de cursos de subjefe, he visto que hay mucha riqueza en enfermería. Y que ahorita la demanda en la globalización, es estar actualizadas.

8.9.- MÀS RESPONSABILIDADES.

CATEGORÍA	RESPONSABILIDADES DIFERENTES A LA CATEGORÍA
ENFERMERA AUXILIAR	SIN REFERENTE
ENFERMERA GENERAL	<p>INVESTIGADORA: Usted ingresó como enfermera auxiliar. ¿Qué prácticas realizó esos tres años que estuvo con esa categoría. Se beneficiaba de los conocimientos que adquirió en la licenciatura, o se limitaba a realizar las funciones que establece el C.C.T como competencia de la auxiliar?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: De hecho, el tiempo que estuve de "08", como se nos denomina cuando no tenemos la base, lo primero que te piden es tu perfil. Y sabían que tenía la licenciatura. Así que en realidad, nunca me encajonaron en actividades específicas de auxiliar.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué actividades realizaba como enfermera auxiliar, dado que el IMSS, al contratarla conocía que era licenciada?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Como sabían que era licenciada, no era importante la categoría de auxiliar porque realmente entraba a todas las áreas como la terapia intensiva de adultos y de niños. A las pediátrías, al servicio de nutrición parenteral. En realidad estaba en todos los servicios. Era "todóloga."</p> <p>INVESTIGADORA: Realizaba funciones de especialista.</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Sí, en efecto, hacia funciones de especialista. Y de las diferentes especialistas porque estaba como pediatra, como intensivista. En un momento determinado, también nos dejaban instrumentar en cirugías. Y a veces como estaba en la condición de "08", pues estaba la limitante de no protestar porque llegabas a cubrir una plaza. Pues siempre, estuve en todo el hospital. Entonces que hubiera una limitación de funciones, no.</p> <p>INVESTIGADORA: Y después. ¿Por qué hizo su cambio a enfermera General y no como licenciada?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Porque el IMSS no reconoce la licenciatura. Pues de acuerdo al escalafón la licenciatura no se</p>

	<p>reconoce. Entonces lo siguiente para escafonar es como general.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuántos años lleva como enfermera general?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Seis años.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿En qué servicios ha estado, qué actividades ha desempeñado?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Pues igual. Estoy en todos los servicios. O sea que tampoco se respeta un servicio como lo marca el C.C.T. Como saben que tengo la licenciatura. O de acuerdo a las experiencias que vas dejando con el tiempo. Saben que entras a diferentes servicios. Pero a diferencia de cuando era personal "08" ahora sí puedo cuestionar por qué me envía a un lugar. Si no estoy contratada como tal. Esa es la diferencia. Porque ahora aunque tenga ciertas habilidades para desempeñar mis servicios puedo cuestionar, el porqué, si no me están pagando como tal</p> <p>INVESTIGADORA: Cuando ha cuestionado ¿qué respuesta le han dado?</p> <p>ENFERMERA GENERAL: Siempre por lo regular son respuestas de que es un personal negativo, que no quiere colaborar. Siempre son respuestas en donde nos etiquetan como problemáticas. En general lo negativo es lo que resaltan.</p>
<p>ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA</p>	<p>A veces me quedaba como enfermera general. Y absorbía todas las actividades que ello implica. Por ejemplo, en el servicio de CEYE, aprendí mucho porque tenía que saberme el nombre de todo el instrumental. Un tiempo me dejaron de encargada (jefe de piso). Y posterior al diplomado que tomé, me dejaron un mes adiestrando a las enfermeras del servicio de trasplante de médula ósea.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Usted adiestraba a las enfermeras?</p> <p>E.E.P: Sí, en ese servicio, nada más. Por el diplomado que había tomado.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué categoría tenían las enfermeras que adiestraba?</p> <p>E.E.P: Todas eran enfermeras generales.</p> <p>INVESTIGADORA: Retomando, usted como enfermera auxiliar adiestraba enfermeras generales. ¿Qué concesiones obtenía por su desempeño? ¿Cómo le retribuían?</p> <p>E.E.P: No, no, no se obtiene ningún beneficio económico. Lo único que me dejaron como retribución ese mes, fue que nada más me dedicara a eso. Que no realizara otras actividades. Es decir, no me contaban como fuerza de trabajo.</p> <p>INVESTIGADORA: Pero ¿sí ejercía funciones docentes?</p> <p>E.E.P: No como tal. Pero mis actividades en esos días se reducían a enseñar.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué otra actividad realizaba como auxiliar que implicara realizar actividades más allá de las que su categoría demandaba?</p> <p>E.E.P: Pues el hecho de quedarme como encargada en la Subceye. Un día, inclusive me delegaron la responsabilidad de recibir una</p>

	<p>caja de instrumental del que yo ni idea tenía de cómo se constituía. Esa es una actividad que recuerdo, no era parte ni de la enfermería. Como lo es recibir un Set de cirugía cardiovascular que traía como 180 piezas. En donde recibirlo implicaba reconocer todas las piezas. Y pues me dejaron esa responsabilidad. E inclusive, les comenté a los jefes: “yo no se nada de eso.” Me respondieron: “tú lo tienes que saber.” Y entonces comencé a contar las piezas con el instructivo y en conjunto con la jefe. Pero a mí me dejaron con la responsabilidad.</p>
<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>Nosotros somos libres de poder ejercer hasta donde nosotros queramos. Porque si tú le permites. o si le pides permiso a un cirujano, él te permite hacerlo. Pero si tú no quieres hacerlo, no vas a pasar de allí. De hacer de las cosas lo mismo. Es por ejemplo, como enfermera quirúrgica, si yo les digo: “Váyanse y déjenme cerrar”, me dejan. O yo les ayudo para agilizar el trabajo.’</p> <p>INVESTIGADORA: En el quirófano ¿ha realizado actividades más allá, ha realizado prácticas que traspasen el campo de la enfermería?</p> <p>E.Q: Sí, han habido ocasiones con los códigos rojos en que los médicos no están. Así como en el enlace de turno, en el que unos salen y otros entran. En ese lapso, a veces faltan manos. Entonces si tú como quirúrgica tienes la iniciativa, pues inicias con el residente o con la persona que esté. O a veces son los residentes los que no están. Y es cuando tú entras.</p> <p>INVESTIGADORA: Con fines de la entrevista, puede explicar ¿qué es el código rojo?</p> <p>E.Q: El código rojo. Por sus siglas es Respuesta Rápida a Emergencias. Es un timbre que se toca en diferentes áreas como el quirófano, labor, admisión, terapia intensiva y recuperación principalmente, cuando hay de por medio la pérdida de la vida, ya sea de la madre, el producto o ambos. O en su defecto, cualquier pos-cirugía en donde esté en riesgo la vida.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, es en esos momentos cuando usted interviene con prácticas que van más allá.</p> <p>E.Q: Sí, pero no necesariamente. A veces aunque no sea código rojo. Si la cirugía llega complicada. Y de aquí a que llega el médico solicitado. Metes la mano tú.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué tienes la habilidad?</p> <p>E.Q: No, yo no creo que sea eso. Sino a lo mejor... la apuración, la experiencia. El querer hacer algo por el paciente. Y lo sabes hacer. Porque también es algo, que si, tienes que tener en cuenta.</p>
<p>SUBJEFE DE ENFERMERÍA</p>	<p>INVESTIGADORA: Usted dice que por ahora tiene un interinato y que no tiene el puesto de confianza aunque esté desempeñando esas funciones</p> <p>Subjefe: Ahorita estoy nivelada. Supuestamente estoy nivelada.</p> <p>INVESTIGADORA: Pero todavía no tiene la plaza ni el interinato</p> <p>Subjefe: primero pasas por el interinato y posteriormente... No sé ahorita el proceso administrativo que tenga la delegación para</p>

	<p>pasar por el interinato y después para obtener el nivel de confianza. Tarda no sé por qué razón. Me imagino que presupuestal. Por ejemplo, yo tengo de Junio a la fecha. Y se supone que estoy nivelada. Pero a veces sí y a veces, no. Son más veces no que sí, pero ya presenté el currículo para un nivel 44, que es el nivel máximo para una subjefe de enfermería. Vas a la delegación y firmas un interinato por un tiempo indefinido. Que me parece que vas firmando cada mes. Y hay a quien les llega rápido y hay a quien les tarda dos o tres años con el interinato hasta que les dan la base.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuál fue el papel de la enfermería en el caso de la influenza?</p> <p>Subjefe: Creo que el papel de la enfermería fue bastante importante porque somos educadoras de la salud. No solamente con la influenza sino con muchas enfermedades a nivel preventivo, desde los hábitos higiénicos. Nosotras tenemos que hacer mucha labor para la educación para la salud. Y con la influenza más a mi favor. Estar primeramente como personal de la salud adquirir esos hábitos. Se nos dice no usar el uniforme en la calle, no comas y lo hacemos. Y entonces como educadoras de la salud, no tenemos que hacer eso. Tenemos que estar muy pendiente de la educación</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuáles fueron las principales actividades durante este brote?</p> <p>SUBJEFE: Pues en ese tiempo yo era coordinadora del curso</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Coordinadora de que área?</p> <p>SUBJEFE: Coordinadora del curso pos-técnico en gestión y docencia del curso que imparte el IMSS. No estaba en el área operativa. Estaba en el área docente. Y entonces a todas las alumnas se les dijo que se fueran. Pero vine a hacer guardias aquí. Mi papel fue de difusión. Vine dos noches a difundir la información al personal de la unidad.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿A quien se dirigía la difusión de la información?</p> <p>SUBJEFE: A enfermería principalmente. Estaba dirigido a todo el personal, estaba trabajando con el jefe de calidad difundiendo la información. En ese momento estaba un doctor. Pero del total del personal capacitado, 80% fue de enfermería.</p>
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	SIN COMENTARIOS
SUBJEFE DE ENFERMERÍA	<p>INVESTIGADORA: ¿Cuántas subjefes de enfermería hay en el hospital?</p> <p>SJE: En total somos 17 a 18.</p> <p>INVESTIGADORA: Y ¿por turno?</p> <p>SJE: En la noche son 6 para las dos guardias A y B. En la mañana son 7 y en el vespertino 4. Me falta una. Pero ella está rolando por los diferentes turnos, según se vaya requiriendo. O sea puede estar en cualquiera de los dos turnos.</p> <p>INVESTIGADORA: Usted ¿considera que el número de supervisoras es suficiente para el trabajo que desempeñan?</p>

	<p>SJE: Pues deberíamos ser 21. Pero han ido quitando. INVESTIGADORA: Entonces eran 21 y quitaron plazas. SJE: Sí, así es pero han ido quitando. INVESTIGADORA: ¿A partir de cuándo más o menos? SJE: A partir de enero de hace dos años. INVESTIGADORA: En la tarde ¿qué otras subjefes están, podré realizarles la entrevista? SJE: Sí, pero sólo a dos. Porque una jefe está de vacaciones. INVESTIGADORA: Y ¿normalmente las cambian de turno? SJE: Estamos fijas. Solamente que por alguna razón, por alguna necesidad las llegan a cambiar. INVESTIGADORA: Y ¿con cuánto tiempo de anticipación les avisan? SJE: De un día para otro. Porque nuestro tiempo es móvil-continuo. Por ejemplo, ahorita tenemos dos de incapacidad. Entonces, para poder cubrirnos las vacaciones se valora. INVESTIGADORA: Y ¿las vacaciones las tienen programadas con tiempo o las van programando en la marcha? SJE: Son con tiempo, pero igual te las modifican por necesidades del servicio.</p>
DIRECTORA DE ENFERMERÍA.	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué puesto ocupa usted, o categoría? DIRECTORA: Directora de enfermería. INVESTIGADORA: Ahora ya no es coordinación. Porque anteriormente así le llamaban. ¿A que se debe ese cambio? DIRECTORA: desde que se implementaron las unidades médicas de Alta Especialidad (UMAE). Se hicieron cuatro direcciones. Investigadora: ¿Cuáles son? DIRECTORA: La dirección médica, la de enfermería, la de educación e investigación y la dirección administrativa. INVESTIGADORA: ¿Qué implica el cambio a dirección? DIRECTORA: Están a cargo directamente del director titular de la UMAE. Ya no dependemos nosotros de otra dirección. Sino somos dirección propia. INVESTIGADORA. En este caso el director titular y ya no del director médico. Ocupar este puesto de dirección ¿qué trabajo implica? Sólo fue un cambio de nombre o ¿adquirió mayor responsabilidad? DIRECTORA: Implica mayor responsabilidad porque se tienen que dirigir individualmente porque ya no estamos a cargo de la subdirección médica, como estaba antes. Que uno hacia lo que la subdirección dijera lo que se tuviera que hacer. Ahora ya tenemos autonomía propia</p>

8.10- PRÁCTICAS MODALIDAD “AÑOS POSTERIORES”

CATEGORÍA	PRÁCTICAS EN LA MODALIDAD ABIERTA
ENFERMERA AUXILIAR	INVESTIGADORA: ¿Les otorgaron alguna beca para hacer prácticas?

	<p>AE: Sí, dos becas que nos las fraccionaron. La primer parte fue de práctica en comunidad y luego nos dieron vacaciones. Y en el segundo módulo también nos dieron la beca porque las prácticas eran de perinatología y fueron aquí en el hospital; en el turno de la tarde.</p>
ENFERMERA GENERAL	Licenciatura por modalidad escolarizada.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué prácticas mejoró después de obtener el grado de licenciada en enfermería? ¿Considera que los contenidos abordados en el año complementario ayudaron para mejorar la práctica cotidiana?</p> <p>E.E.P: Me sirvieron para mejorar, a lo mejor no, la práctica a nivel técnico. Pero me sirvió para ver a las personas de una manera mas humana. Realizar las cosas con esa calidad; más humanas.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Por qué a nivel técnico no?</p> <p>E.E.P: Porque a nivel técnico las cosas son las mismas; no cambian.</p> <p>INVESTIGADORA: Y ¿usted las desarrollaba igual antes y después de licenciarse?</p> <p>E.E.P: Ya las desarrollaba. Pero a lo mejor después de realizar la licenciatura ya con un poco más de conocimiento del porqué. Y a parte, pues, bueno... ya lo fundamentaba más. Pero el complemento no era para las técnicas o para valorar si lo hacía bien o lo hacía mal. Sino para obtener los conocimientos de gineco-obstetricia. Que a mi eso no me gustó porque yo no me sentía ni enfermera ni médico. Yo no me sentía ninguno de los dos.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos abordaban?</p> <p>E.E.P: Pues practicábamos con el médico. Íbamos con ellos a pasar la visita. Y de hecho nos decían que teníamos que estar con los médicos, no con las enfermeras. Y de cierta manera las enfermeras nos desplazaban. Y si había un parto las enfermeras nos decían: "no, no hay ropa." O sea, nos ponían límites. Ellas nos comentaban que nos trataban así. O por lo menos algunas nos comentaban que era porque muchas estudiantes que llegaban a realizar la licenciatura se creían mucho. Y que de alguna manera se referían muy déspotas con otras enfermeras. Eso también influyó. De alguna manera yo no me sentía ni enfermera ni médico.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Aprendió atender partos?</p> <p>E.E.P: Bien, como tal, no. Porque nada más atendí un parto. Y la verdad, no. Me enseñaron a hacer tactos, suturas. Pero como tal no, no, no aprendí bien.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, esas prácticas no las has implementado. Pero me decía que en el sentido humano sí reconoce mejoras.</p> <p>E.E.P: sí en el sentido humano sí, sí lo mejoré.</p>
ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	<p>INVESTIGADORA: Cuándo hizo práctica ¿en cuál hospital fue?</p> <p>E.E.P: Aquí, en la gineco.</p>

	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué contenidos temáticos abordaron en el año adicional?</p> <p>E.E.P: El equivalente a lo que se ve en la licenciatura: gineco-obstetricia y tanatología. Pues vuelves a revisar historia y te meten mucha investigación.</p>
<p>ENFERMERA QUIRÚRGICA</p>	<p>INVESTIGADORA: ¿Qué actividades hacían?</p> <p>E.Q: Nosotros, jajaja... la hacíamos de residentes. Dependiendo del área que nos tocaba. Por ejemplo, en la unidad toco-quirúrgica era desde la recepción de la paciente. Estar en el manejo del parto. En las reuniones de los ginecólogos, nos tomaban en cuenta a nosotros en cuánto a preguntarnos el estado general de las pacientes y el manejo que le estábamos dando; cuánto tiene de dilatación, en que posición está el producto. O sea, todo lo referente a las maniobras. Atendimos partos. Nos metimos a cesáreas, no a instrumentar sino a ayudar.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cómo circulante?</p> <p>E.Q: No, nos metíamos como ayudantes. Ayudantes del medico de base. Ejercíamos como el primer ayudante durante la cesárea. En este hospital había mucho trabajo. Y a los residentes no les gustaba hacer esta función. Más bien, nos dividíamos el trabajo. A veces, ellos estaban tan cansados o como había pocos. Porque realmente eran pocos, que preferían ir a piso y dejarnos a nosotras el trabajo. Entonces, nosotras teníamos que estar allí.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, ustedes en su práctica eran fuerza de trabajo. Por así decirlo.</p> <p>E.Q: Pues sí, hacíamos las funciones de los residentes.</p> <p>INVESTIGADORA: Entonces, aprendió a atender partos.</p> <p>E.Q: Sí, así es.</p>
<p>ENFERMERA JEFE DE PISO</p>	<p>INVESTIGADORA: La modalidad “años posteriores” para obtener el grado de licenciatura ¿le favoreció para obtener este puesto?</p> <p>SUBJEFE: Sí</p> <p>INVESTIGADORA: o ¿puede alguien con cursos pos técnicos sin la licenciatura, acceder al cargo?</p> <p>SUBJEFE: No. Sí me favoreció.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Competió con alguien más para obtener el puesto actual o ¿cómo es el proceso para estar en el?</p> <p>SUBJEFE: Pues generalmente los puestos de confianza son por invitación.</p> <p>INVESTIGADORA: presentan un currículum.</p> <p>Subjefe: Bueno, sí claro! Es por invitación porque te ven que tienes el nivel académico y porque tienes las habilidades y competencias para desarrollar el puesto. Y en este caso fue por invitación. Y ya presentas tu currículum para seguir el proceso de interinato. De hecho el director ya me habló. Así que quizá inicie el proceso y ya si reúnes todos los requisitos te dan el nivel. Por ejemplo, en el caso de otra subjefe del turno matutino, como no es licenciada le dan un nivel 41. Que es un nivel menor económicamente. Con el mismo grado de responsabilidad pero con la diferencia de que no tiene la</p>

	<p>licenciatura. Sí, pero eso es en mi caso y en el caso de aquí, en la unidad. Pero, por ejemplo, allí en el corcho pegan convocatorias para concursar. Por ejemplo, ahora no sé en que tenor vaya. Hubo concurso para directora de enfermeras y para subjeses. Por ejemplo, en el caso de nuestra directora vinieron varias subjeses con el director para entrevista. En este caso el director decide.</p>
<p>DIRECTORA DE ENFERMERÍA</p>	<p>INVESTIGADORA: Dentro de su experiencia en la modalidad “años posteriores” con el que obtuvo la licenciatura ¿considera que los contenidos académicos le han ayudado para desempeñar el puesto que actualmente ocupa?</p> <p>DIRECTORA: Yo creo que no porque el año que yo hice el curso años posteriores al primero... En ese entonces era todo lo referente a obstetricia. En el año de obstetricia que le faltaba a la licenciatura. Y para un puesto directivo, la obstetricia ni la llevamos a cabo como práctica profesional. Y como directivo no es relevante lo aprendido. Era más práctico, más operativo. Lo que a mí me dieron en séptimo y octavo trimestre de contenido complementario, se refiere a Obstetricia.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué puesto ocupa usted o categoría?</p> <p>DIRECTORA: Directora de enfermería.</p> <p>INVESTIGADORA: Ahora ya no es coordinación. Porque anteriormente así le llamaban. ¿A que se debe ese cambio?</p> <p>DIRECTORA: desde que se implementaron las unidades médicas de Alta Especialidad (UMAE). Se hicieron cuatro direcciones.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Cuáles son?</p> <p>DIRECTORA: La dirección médica, la de enfermería, la de educación e investigación y la dirección administrativa.</p> <p>INVESTIGADORA: ¿Qué implica el cambio a dirección?</p> <p>DIRECTORA: Están a cargo directamente del director titular de la UMAE. Ya no dependemos nosotros de otra dirección. Sino somos dirección propia.</p> <p>INVESTIGADORA: En este caso el director titular y ya no del director médico ¿ocupar este puesto de dirección que trabajo implica? ¿Sólo fue un cambio de nombre o adquirió mayor responsabilidad?</p> <p>DIRECTORA: Implica mayor responsabilidad porque se tienen que dirigir individualmente porque ya no estamos a cargo de la subdirección médica, como estaba antes. Que uno hacía lo que la subdirección dijera lo que se tuviera que hacer. Ahora ya tenemos autonomía propia</p>