

# Marco referencial de la Licenciatura en Enfermería

## Visión y perspectiva de la UAM-Xochimilco

Juan Gabriel Rivas Espinosa  
Edgar Correa Argueta  
María Elena Contreras Garfías  
Elsy Elizabeth Verde Flota



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA

# MARCO REFERENCIAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Visión y perspectiva  
de la UAM-Xochimilco

# MARCO REFERENCIAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Visión y perspectiva  
de la UAM-Xochimilco

Juan Gabriel Rivas Espinosa  
Edgar Correa Argueta  
María Elena Contreras Garfias  
Elsy Elizabeth de Jesús Verde Flota



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco



Casa abierta al tiempo

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

### Rector General

Dr. Eduardo Abel Peñalosa Castro

### Secretario General

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

### Rector

Dr. Fernando de León González

### Secretaria

Dra. Claudia Mónica Salazar Villava

## DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

### Directora

Mtra. María Elena Contreras Garfías

### Secretario Académico

Dr. Luis Amado Ayala Pérez

### Responsable del Programa Editorial

Lic. Zyanya Patricia Ruiz Chapoy

### Comité Editorial

M. en C. Dorys Primavera Orea Coria

Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto

Mtro. Felipe Mendoza Pérez

Dr. José Alfredo Arévalo Ramírez

Dr. José Arturo Granados Cosme

Dr. José Esteban Miranda Calderón

Dra. Patricia Castilla Hernández

Dr. Román Espinosa Cervantes

*Marco referencial de la Licenciatura en Enfermería.*

*Visión y perspectiva de la UAM-Xochimilco*

Primera edición: 2018

ISBN: 978-607-28-1444-8

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

Calzada Del Hueso 1100 Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán

C.P. 04960, Ciudad de México, Tel.: 5483 7000 ext. 3783

*Esta obra se publicó en el marco de la Convocatoria para la obtención de apoyo para publicaciones, emitida por la Rectoría de la Unidad Xochimilco en febrero de 2018.*

*Impreso y hecho en México*

## ÍNDICE

Prólogo .....	9
Introducción .....	11
Legislación y normativa en materia de educación superior y salud en México .....	13
Regulación para la formación de recursos humanos en salud .....	18
Demanda real y potencial de enfermería .....	24
Recursos de enfermería contratados .....	34
Marco referencial del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la UAM-X .....	39
Construcción y desarrollo epistemológico del cuidado de enfermería .....	49
Significado del cuidado y la práctica de enfermería en la UAM-X .....	61
El metaparadigma de enfermería. Una visión desde la UAM-X .....	65

Antecedentes del desarrollo curricular . . . . .	71
Descripción del plan de estudios . . . . .	73
El plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería . . . . .	74
Licenciatura en Enfermería. Evolución y proyección del empleo y la matrícula . . . . .	93
Proyección y perspectiva de la Licenciatura en Enfermería para el periodo 2017-2024 . . . . .	96
Referencias . . . . .	103

## PRÓLOGO

Desde hace 30 años, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), en su oferta educativa, cuenta con la Licenciatura en Enfermería en respuesta de una necesidad social en la formación de recursos humanos con calidad para resolver situaciones de salud, en lo particular y colectivo. Desde sus inicios, la licenciatura se ha propuesto incidir en la resolución de problemas que afectan a la sociedad mexicana a través de su objeto de estudio, que es el cuidado humano.

En la actualidad, la enfermería ha evolucionado a nivel internacional y nacional empoderando su ser y hacer dentro de un contexto cambiante en lo político, económico y social. Para lograrlo, ha incorporado aspectos teóricos, metodológicos y científicos que le han permitido mantenerse a la vanguardia y liderar diferentes propuestas para atender necesidades en las que se requiera su intervención profesional.

Para mantener vigente la licenciatura, toda la comunidad universitaria —en la que se incluyen estudiantes, profesores y cuerpo de gobierno— se ha ocupado de actualizar el plan y los programas de estudios cumpliendo con la normatividad establecida por la legislación universitaria, así como con la evaluación de organismos externos que garantiza la calidad de la oferta educativa, de acuerdo con indicadores propuestos por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) y el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería (COMCE).

Con base en lo anterior, surge la necesidad de contar con un documento que integre aspectos sobre el panorama general de la educación superior en México y vincularlos con los principios pedagógicos de la UAM-X y las políticas de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, con la finalidad de armonizar cada uno de estos elementos y lograr un acercamiento conceptual basado en referentes que han dado a la Licenciatura en Enfermería su identidad y características como una opción educativa líder en la formación de recursos humanos.

Los autores de esta obra creemos en la importancia de mostrar y hacer visibles, mediante esta propuesta de carácter referencial, cómo se piensa y se vive la enfermería desde la visión de nuestra casa de estudios. Por esta razón, consideramos los aspectos normativos que inciden en el plan de estudios y que se reflejan en cada uno de los componentes de su estructura, tomando como base la filosofía educativa del Modelo Xochimilco, y también presentamos datos sociodemográficos actuales del comportamiento poblacional y de los recursos humanos en enfermería, que representan un panorama general de la situación de oferta y demanda de empleo.

Conscientes de la responsabilidad social que tenemos en la formación de enfermeras y enfermeros es necesario establecer las bases conceptuales y epistemológicas que nos definen e identifican dentro de un gremio profesional, pero también que nos diferencian en el ser y hacer. Para hacerlo, se retoman diversos autores para construir y dejar plasmado, desde la visión de la UAM-X, lo que pensamos de nuestra disciplina y cómo nos proyectamos a futuro, situación que subyace en la forma de concebir los cuatro elementos del metaparadigma de la disciplina de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

*Juan Gabriel Rivas Espinosa*

## INTRODUCCIÓN

En este siglo XXI, las demandas de salud —y de bienestar social— no podrán ser atendidas en su totalidad, si no se cuenta con políticas internacionales y nacionales con una visión global en donde todos los países del orbe participen con sus conocimientos, creatividad, tecnología y un pensamiento humanista para la resolución de problemas apremiantes como la emigración, la contaminación, la pobreza, la sobrepoblación y la salud. Sobre ésta última, los profesionales de la salud estamos inmersos en una situación apremiante, pues la sociedad demanda servicios oportunos de calidad. En este sentido, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), se ha dado a la tarea de elaborar y adecuar sus planes y programas de estudios para dar respuesta a la sociedad a la cual nos debemos.

La Licenciatura en Enfermería, en particular, a través de su plan de desarrollo, se ha propuesto mantener vigentes sus programas de estudios para formar recursos humanos que atiendan los requerimientos de salud de la población y sean altamente competitivos a nivel nacional e internacional. Como primer paso, nos dimos a la tarea de elaborar el presente marco referencial sustentado por la legislación universitaria, la normatividad educativa nacional y las disposiciones sanitarias en materia de formación de profesionales de la salud.

En sus postulados pedagógicos, la UAM-X establece una vinculación estrecha entre la investigación, la docencia y la difusión de la cultura. Para articular la investigación y la docencia, estudiantes y profesores

abordan problemas reales, esto es interpretan las necesidades de la sociedad para transformarlas en objeto de estudio e incidir en su resolución, vinculando así la universidad con su medio. La integración de la investigación con la difusión de la cultura se logra al recuperar los procesos culturales en la divulgación de los conocimientos y valores universitarios, fortaleciendo así el acervo cultural de la sociedad.

Otro de los principios presentes en el modelo pedagógico es la interdisciplinariedad, entendida como la visión de investigar la realidad como un todo y no fragmentada.

El objeto de estudio innegable de la disciplina es el cuidado profesional de enfermería, esto es la relación entre el paciente y la enfermería a partir de la experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario), que implica analizar reflexivamente sobre el estado de salud desde la ciencia y el arte de enfermería, y guiados por los principios inherentes del cuidado para facilitar el restablecimiento de la salud del individuo, la familia o la comunidad.

El presente trabajo está organizado siguiendo, por una parte, la legislativa nacional, internacional y de la propia universidad que dan fundamento a la Licenciatura en Enfermería —según la estructura y filosofía del Modelo Xochimilco— y, por otra parte, atendiendo al debate que las y los profesionales de enfermería tienen sobre la concepción del cuidado, la salud y la práctica profesional, así como del mercado laboral.

Esperamos que este trabajo sea de utilidad para estudiantes, profesores y el público interesado en la Enfermería que quiera comprender la relevancia de la profesión en esta casa de estudios.

## LEGISLACIÓN Y NORMATIVA EN MATERIA DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y SALUD EN MÉXICO

Para el diseño y la creación de planes y programas de estudio es necesario seguir los lineamientos establecidos, necesarios y pertinentes en materia de educación y salud para lograr una armonía que permita la implementación curricular; es por ello que, a continuación, se abordarán algunos apartados provenientes de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución de la Ciudad de México y de las leyes y normas emitidas para la regulación en materia de salud y del ejercicio profesional.

El marco de referencia de la educación pública superior se encuadra en lo previsto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y todas las leyes y reglamentos que de ella emanen. En este sentido, se puede resumir que, conforme a lo establecido en el artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,<sup>1</sup> todo individuo tiene derecho a recibir educación, basada en los resultados del progreso científico, estableciendo además que el Estado promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativas, incluyendo la educación superior, que sean necesarias para el desarrollo de la nación, y en el que el papel de las universidades y las demás instituciones de educación superior, a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas, determinando sus planes y programas, con el fin de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación, así como de libre examen y discusión de las ideas.

De conformidad con el artículo 5° constitucional y la Ley Reglamentaria,<sup>2</sup> relativa al ejercicio de profesiones, se ha determinado que cada entidad señalará las profesiones que necesitan título para su ejercicio, así como las condiciones que deban cubrirse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo, adicional a que los servicios profesionales de índole social serán obligatorios y retribuidos en los términos de la ley y con las excepciones que ésta señale.

El artículo 73 señala que el ejercicio de la función educativa y las aportaciones económicas correspondientes a ese servicio público, buscarán unificar y coordinar la educación en toda la República; los títulos que se expidan por los establecimientos de que se trata surtirán sus efectos en todo el país.

La Constitución de la Ciudad de México<sup>3</sup> es la Carta Magna en la cual se establece la estructura, gobierno y organización que otorga, a las personas de la ciudad, un conjunto de derechos fundamentales y sus garantías, y de la cual se sustraen algunos artículos relacionados con la educación superior en México.

El artículo 7 establece que toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural, suficiente y oportuna, así como a producirla, buscarla, recibirla y difundirla por cualquier medio; garantiza el acceso a la información pública que posea, transforme o genere cualquier instancia pública o privada que reciba o ejerza recursos públicos o realice actos de autoridad o de interés público.

El artículo 8 fundamenta el derecho a la educación en la Ciudad de México, dictando que todas las personas tienen derecho a la educación en todos los niveles, así como al conocimiento y aprendizaje continuo. Tendrán acceso igualitario para recibir formación adecuada a su edad, capacidades y necesidades específicas, así como la garantía de su permanencia, independientemente de su condición económica, étnica, cultural, lingüística, de credo, de género o de discapacidad, además garantiza el derecho universal a la educación obligatoria. La Ciudad de México asume la educación como un deber primordial y un bien público indispensable para la realización plena de sus habitantes, así como

un proceso colectivo que es corresponsabilidad de las autoridades de los distintos órdenes de gobierno en el ámbito de sus facultades, el personal docente, las familias y los sectores de la sociedad.

El apartado B de este artículo menciona que, en el sistema educativo local, las autoridades educativas deberán fomentar oportunidades de acceso a la educación superior, previendo que la misma tenga condiciones de calidad y pertinencia; además de tomar las medidas tendientes a prevenir y evitar la deserción escolar en todos los niveles. El sistema educativo local se adaptará a las necesidades de la comunidad escolar y responderá a su diversidad social y cultural. Asimismo, fomentará la innovación, la preservación, la educación ambiental y el respeto a los derechos humanos, la cultura, la formación cívica, ética, la educación y creación artística, la educación tecnológica, la educación física y el deporte.

El apartado C establece que, en la Ciudad de México, el acceso al desarrollo científico y tecnológico es un derecho universal y elemento fundamental para el bienestar individual y social, además de garantizar el libre acceso, uso y desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación, la plena libertad de investigación científica y tecnológica, así como a disfrutar de sus beneficios; las autoridades impulsarán el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, en el ámbito de sus competencias, y fortalecerán y apoyarán la generación, ejecución y difusión de proyectos de investigación científica y tecnológica, así como la vinculación de éstos con los sectores productivos, sociales y de servicios, a fin de resolver problemas y necesidades de la ciudad y contribuir a su desarrollo económico y social, elevar el bienestar de la población y reducir la desigualdad; la formación de técnicos y profesionales que para el mismo se requieran; la enseñanza de la ciencia y la tecnología desde los niveles básicos; y el apoyo a creadores e inventores.

El artículo 9 de la Constitución de la Ciudad de México establece el derecho a la salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le

será negada la atención médica de urgencia; las personas que residen en la ciudad tienen derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, deberá incluir medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas.

Las personas con discapacidad tienen derecho a una rehabilitación integral de calidad que contempla los siguientes puntos:

- a) La cobertura universal de los servicios e infraestructura médica y hospitalaria, de manera prioritaria, en las zonas que enfrentan mayores rezagos y el abasto gratuito y oportuno de medicamentos esenciales.
- b) Las condiciones necesarias para asegurar que en las instituciones de salud pública local existan los servicios de salud, asistencia social y atención médica, la disponibilidad, accesibilidad, seguridad e higiene en las instalaciones de los centros de salud y hospitales, así como la suficiencia de personal y profesionales de la salud capacitados, equipamiento, insumos y medicamentos.
- c) La existencia de entornos salubres y seguros, espacios públicos, actividades sociales, culturales y deportivas que mejoren la calidad de vida y la convivencia, propicien modos de vida saludables, desincentiven las violencias, las adicciones y las prácticas sedentarias.
- d) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas.
- e) El desarrollo de investigación científica para el rescate y la promoción de la medicina tradicional indígena.
- f) La prestación de los servicios locales de salud pública será competencia del gobierno de la ciudad y, en lo que corresponda, a las alcaldías.

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz, a que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas, a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, a recibir información sobre su condición, a contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos y a solicitar una segunda opinión.

Los servicios y atenciones de salud públicos y privados respetarán los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas y brindarán atención sin discriminación alguna, en los términos de la legislación aplicable.

Se respetará en todo momento el derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como a las decisiones libres y voluntarias del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo su dignidad. Para ello, se estará a lo que disponga esta Constitución y las leyes.

A toda persona se le permitirá el uso médico y terapéutico del *Cannabis* sativo, índico, americana o marihuana y sus derivados, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la legislación aplicable.<sup>1</sup>

Con respecto a la Ley General de Salud<sup>4</sup> se establece el derecho a dichos servicios, donde determina en específico a los recursos humanos, el tipo de servicio social, la formación, capacitación y actualización del personal del área de la salud, estableciendo las condiciones del servicio social de pasantes y profesionales de la salud y sus ramas en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa; recomienda también las normas y los criterios para la formación de recursos humanos para la salud, los cuales pueden participar en el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; de los vínculos entre las causas de enfermedad, la prevención y control de los problemas de salud que se

consideren prioritarios para la población; al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios y la producción nacional de insumos para la salud.

## Regulación para la formación de recursos humanos en salud

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) señala que los recursos humanos para la salud son regulados por diversas normativas para la formación, y se conduce principalmente por la normatividad educativa y por algunas disposiciones sanitarias que coadyuvan a regular los procesos formativos de las distintas disciplinas de la salud, tanto en el pregrado como en el posgrado y en los distintos niveles: profesionales, técnicos y auxiliares, así como la apertura y funcionamiento de las instituciones dedicadas a la formación de los recursos humanos para la salud, como es el caso de la participación de la autoridad sanitaria en el otorgamiento del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios.<sup>5</sup>

Las políticas educativas vinculadas con el sector salud y con la enfermería como profesión en los ámbitos internacional, nacional, estatal e institucional para la formación de los profesionales de la salud deben estar contempladas en los planes y programas de estudio que se integran al Sistema Educativo Nacional. Al respecto, existen tres vías para que un plan y programa de estudio, en el área de la salud, pueda ser reconocido en el Sistema Educativo Nacional y tenga sustento legal para el ejercicio de la función educativa:<sup>6</sup>

1. El programa deberá corresponder a instituciones de educación superior a las que la Ley otorga autonomía o estén formalmente incorporadas a alguna de ellas.
2. El programa deberá ser impartido por instituciones educativas dependientes del Estado o sus organismos descentralizados facultados para ello.

3. Para el caso de particulares, el reconocimiento de validez oficial será expedido por autoridad educativa federal o estatal, según su ámbito de competencia.

Las universidades que cuentan con autonomía tienen la potestad de impartir educación y determinar sus planes y programas de estudio. Sin embargo, a fin de dar uniformidad al desarrollo de la educación superior en el país y distribuir esta función social entre los gobiernos federal, estatales y municipales, así como prever aportaciones económicas correspondientes para coadyuvar al desarrollo y coordinación de la misma, se cuenta con la Ley para la Coordinación de la Educación Superior, un instrumento legal que ampara la coordinación armónica de la educación superior en el territorio nacional para lograr que ésta responda a las prioridades nacionales, regionales y estatales, y a los programas institucionales de docencia, investigación y difusión de la cultura.<sup>6</sup>

Dada la complejidad en la formación de los recursos humanos para la salud, y la necesidad de consensuar políticas y estrategias entre los sectores educativos y de gobierno que dirijan la educación hacia la formación de profesionales que den respuesta a los requerimientos de atención a la salud en el país, se establece la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud con el objeto de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud. Es el órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como de otras dependencias e instituciones del sector público, para coadyuvar al desarrollo de diversas funciones de coordinación entre ambos sectores, entre las que se puede destacar:<sup>7</sup>

- Elaborar un diagnóstico integral sobre la formación de los recursos humanos para la salud y las estrategias para mantenerlo actualizado.

- Propiciar la formación de los recursos humanos orientada por las políticas del Sistema Nacional de Salud y de la Secretaría de Educación Pública.
- Promover acciones tendientes a lograr una adecuada distribución de los recursos humanos en formación entre los diversos campos de la salud.
- Coadyuvar a la definición de los perfiles de los profesionales de la salud en su etapa de formación, congruentes con el Sistema Nacional de Salud y con la Secretaría de Educación Pública.
- Ser aportadores sobre los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones abocadas a la formación de los recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos.
- Proponer los criterios de selección para alumnos de nivel técnico, de licenciatura y de posgrado para que en su formación deban incorporarse a las instituciones del sector salud.
- Coadyuvar a la definición de los criterios académicos para la selección del profesorado a nivel técnico, de licenciatura y de posgrado entre el personal que labore en las instituciones de salud.
- Promover planes y programas de estudio, así como estrategias tendientes al establecimiento de un sistema de enseñanza continua para el personal de atención a la salud.
- Recomendar e impulsar sistemas para la evaluación de los planes y programas de estudio de nivel licenciatura en el área de la salud, así como de la docencia en los diversos niveles de enseñanza.
- Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las licenciaturas del área de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud.
- Recomendar las bases para la asignación de becas académicas y/o económicas a los alumnos de pre y posgrado en las áreas que así se establezca.

La contribución de las autoridades de salud y las instituciones respectivas para la formación de pre y posgrado de profesionales, técnicos y auxiliares consiste en recomendar normas y criterios para la formación de los recursos humanos para la salud que se requieran para satisfacer las necesidades del país en la materia, y en el otorgamiento de facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud de conformidad con las normas que rijan su funcionamiento en las instituciones formadoras de profesionales, así como promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en actividades docentes.

Actualmente, la regulación de la formación del capital humano en salud se basa en las Normas Oficiales Mexicanas, a partir de las cuales las instituciones de salud establecen las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación, como lo señala la NOM-234-SSA1-2003 para la utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, mediante la cual se regulan diversos aspectos de la operación de los programas de estudio en el área de la salud, tanto en las sedes clínicas como en lo relacionado a su planeación. Entre éstos destacan, por su relevancia, algunos requisitos indispensables para la asignación de campos clínicos por parte de las instituciones de salud:<sup>8</sup>

- La utilización de campos clínicos debe tener como base la celebración de un convenio específico de colaboración entre instituciones de salud y educativas donde consten compromisos y los apoyos acordados para el mejoramiento de los campos clínicos.
- La asignación de campos clínicos se efectuará exclusivamente a facultades y escuelas de enfermería cuyos planes y programas de estudio se encuentren acreditados o en proceso de acreditación.
- La institución de salud, para poder acordar la utilización de sus campos clínicos, deberá considerar previamente: las características del curso, la duración, los recursos pedagógicos asistenciales y de apoyo, así como el compromiso de la institución educativa

- para su desarrollo. Contar con un directorio de profesores tutores de cada asignatura (que cumplan los requisitos del propio ordenamiento). Un presupuesto disponible para becas programadas.
- Criterios de regionalización: tanto para ciclos clínicos como para internado de pregrado, la programación y distribución deberá ser con base en el convenio celebrado con la institución educativa, en común acuerdo. De igual se deberán respetar indicadores máximos de distribución de alumnos al interior de las sedes clínicas en relación con su infraestructura humana y física.
  - Por otra parte, además de los requisitos previos, existen aquellos destinados a las actividades comunes para la operación interna de los programas de formación en las sedes clínicas como: La elaboración de los programas operativos y sus responsables, aspectos mínimos a supervisar por parte de la institución de salud en cuanto a las actividades de enseñanza-aprendizaje de los profesores. La integración del Catálogo Nacional de Campos Clínicos mediante la información reportada por cada institución de salud al servicio estatal que le corresponda por ubicación de la sede.

Para corresponder a los lineamientos legislativos y normativos que regulan la formación del capital humano y el uso de los recursos humanos y físicos para tal fin, la CPE propuso una serie de perfiles profesionales, que actualmente se encuentran dentro de la NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en la cual se define el perfil académico profesional como la “conjunción del nivel de dominio disciplinar, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral, traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería”.<sup>9</sup>

Con el objetivo de favorecer la calidad en los servicios de salud y brindar mayores beneficios a los usuarios, se destacan los siguientes puntos establecidos en la NOM-019-SSA3-2013 respecto a la práctica de enfermería:

- Establece que es necesario cumplir con un nivel académico mínimo para su desarrollo (5.2).
- Solamente se reconocerán los estudios en enfermería de aquellos que se formaron o capacitaron en instituciones avaladas por el Sistema Educativo Nacional (5.3).
- O bien, que sus estudios sean revalidados en caso de que su formación haya sido en el extranjero (5.4).
- Establece que no se debe emplear al personal de enfermería fuera de sus competencias y capacidades, salvo en circunstancias que lo ameriten como urgencias (5.7.3).
- Se indican las obligaciones del personal de enfermería (5.8).
- Se delimita la actividad del personal de enfermería según su nivel de formación (6.1 al 6.7).

En este último rubro (6.1 al 6.7) se enuncian los aspectos particulares del ejercicio de enfermería en sus distintos escenarios de acuerdo con el nivel de formación que se tiene. La prestación de servicios con predominio de acciones independientes le compete al personal con grado de Licenciatura en Enfermería, puesto que su formación de nivel superior lo faculta para el desarrollo de intervenciones que deriven del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario.

Por definición, el personal de enfermería (4.12) abarca de manera general: a la persona formada o capacitada para proporcionar cuidados de enfermería que, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y su preparación académica, puede realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas, según su ámbito de competencia, en las funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

Sin embargo, sólo se define como profesional de enfermería (4.13): a la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y que le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa compe-

tente. En esta clasificación se incluyen: a) 4.13.1. enfermera(o) general; b) 4.13.2. enfermera(o) especialista; c) 4.13.3. enfermera(o) con maestría; d) 4.13.4. enfermera(o) con doctorado.

Las actividades que la norma menciona en los puntos 6.1 al 6.7 se ordenan, según su grado de complejidad, en relación con el grado académico del personal de enfermería. Éstas no son limitativas para el personal de enfermería que tenga mayor grado académico del que se enuncia en cada punto, pero sí son limitativas para quienes no tienen el grado académico mínimo que se menciona, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

## Demanda real y potencial de enfermería

Identificar el mercado real y potencial de la profesión de enfermería en México es un elemento fundamental para precisar los ámbitos en los que se desempeña y desempeñará el profesional de esta licenciatura. Antes de precisar estos ámbitos, es imprescindible identificar cómo se conceptúa el mercado de trabajo.

El mercado de trabajo es la expresión de un sistema de organización social en un aspecto concreto de la actividad humana, que es el trabajo. Puede ser entendido como un esfuerzo colectivo, en el cual todos tendrían que participar, ya que se trata de una relación dialéctica entre la humanidad y la naturaleza, en la cual la transformación de uno redundaría en el otro, y viceversa. El trabajo como actividad humana tiene infinidad de connotaciones: religiosas, morales, éticas, terapéuticas, sociales, políticas, económicas, territoriales, entre otras.<sup>10</sup>

Existe una diversidad de clasificaciones de mercado de trabajo en donde se puede ubicar al egresado con determinada práctica profesional. Una forma, restringida a las estructuras de mercado de competencia perfecta y no perfecta y con un criterio ocupacional de la clasificación de mercado de trabajo, se describe en los diferentes tipos de mercado como: de trabajo industrial, de trabajo de oficios, de servicios profesionales y de mano de obra común. Para el caso específico de enfermería,

corresponde el mercado de trabajo de servicios profesionales, ya que en éste se puede pensar en dos sentidos: uno cuando el individuo es asalariado por una empresa, otro cuando trabaja por cuenta propia.<sup>11</sup>

El mercado de trabajo no se nutre únicamente de lo que tradicionalmente se ha llamado mano de obra —que estaría condicionada por el potencial demográfico—, sino que exige que esa mano de obra sea cada vez más eficiente y capacitada. El potencial demográfico se mide por número, es un potencial cuantitativo; el potencial laboral, por el contrario, se mide por su eficacia, es ante todo cualitativo y condiciona en gran medida al mercado laboral.

En este sentido, la estructuración del mercado laboral para enfermería lo constituye en un primer momento el perfil *académico profesional* que de acuerdo con la *Comisión Permanente de Enfermería es la “conjunción del nivel de dominio disciplinar, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral, traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería”*;<sup>12</sup> y, en un segundo momento, el perfil demográfico y epidemiológico del país. Estos elementos son fundamentales y directamente influyentes para definir cuál es la problemática de salud existente y los grupos sociales prioritarios a los cuales el profesional de enfermería dirigirá sus acciones con el fin de reducir la inequidad en la entrega de servicios de salud a la población, alcanzar la participación ciudadana en salud, mejorar la eficiencia, el costo efecto y la calidad de los servicios. Se necesita invertir en el talento humano y compromiso político con el desarrollo organizacional de los servicios de salud.<sup>13</sup>

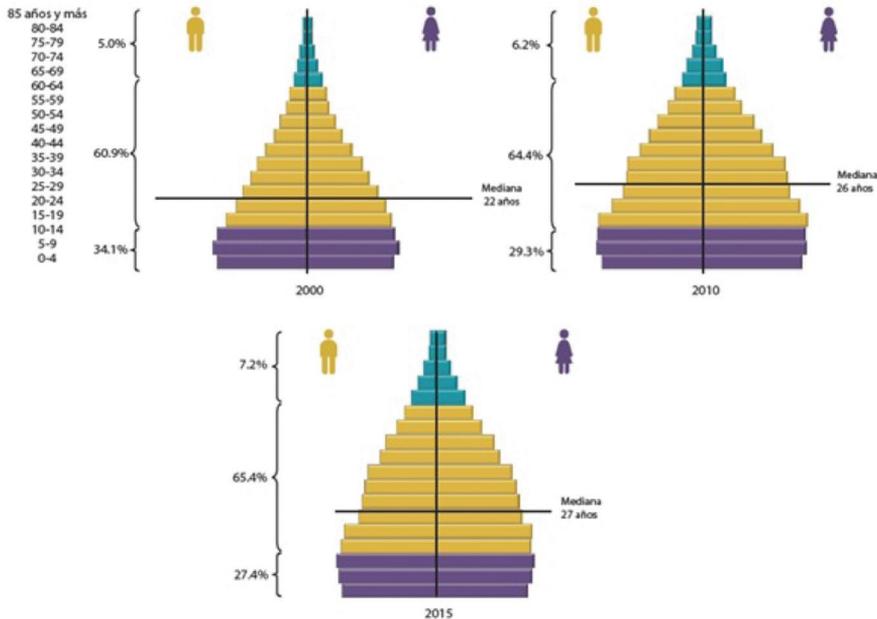
Las acciones del profesional de enfermería deben corresponder a la transformación acelerada del perfil demográfico, el cual tiende a engrosar al grupo de población en edad productiva y reproductiva (15 a 45 años), así como la tendencia acelerada de envejecimiento de la población, lo que lleva al aumento de la demanda de servicios para atender enfermedades crónicas y degenerativas.<sup>14</sup>

De acuerdo con el censo de población del año 2017 (segundo trimestre), la población total estimada en México es de 123 364 426 habitantes, de los cuales 63 835 326 (51.7%) son mujeres y 59 529 100 (48.2%) son hombres. En el año 2000, ocupó el décimo primer lugar de los países más poblados del mundo, y se estima que mantendrá esa posición hasta 2050. La tasa de crecimiento demográfico ha pasado de 1.9% anual entre 1900 a 2000, a 1.4% en el último quinquenio, 2000-2015. La población rural continúa disminuyendo proporcionalmente con relación a la urbana. En 1970, la proporción de población rural fue de 41.3%, de 25.4% en el año 2000 y de 23.2% en el año 2010; para el 2015, 65% de la población residió en localidades de 15 000 o más habitantes.<sup>15</sup>

La tasa de fecundidad en el 2016 fue de 2.2, cifra que coincide con las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para México. El organismo estimó que, entre 2010 y 2015, dicha tasa se mantendría en 2.4, con probabilidad de bajar a 1.9. El indicador real de fecundidad para las mujeres de 15 a 49 años llegó a 1.7 en el 2015. Las mujeres de este grupo de edad tuvieron 1.4 hijos menos en el 2015 de los que tenían en el 2000; hubo una reducción de 31.8% en la fecundidad medida por el número de hijos nacidos vivos, lo que muestra una desaceleración en el crecimiento demográfico del país, transformando poco a poco la estructura de la población por edades.<sup>16</sup>

La pirámide de población muestra claramente la interacción de la natalidad y la mortalidad a través del tiempo, se observa una disminución relativa de la población infantil y el aumento notable de la población entre las edades de 25 y 54 años, es decir, el grupo en el que se concentra la mano de obra y en el que se reproduce la familia. En términos generales, es una pirámide que nos muestra cómo a la reducción de la base ha correspondido un aumento en las edades adultas.<sup>17</sup>

## Estructura de la población, 2000, 2010 y 2015



Fuente: <http://www.conapo.gob.mx>

La pirámide de 2015 se ensancha en el centro y se reduce en la base: la proporción de niños, particularmente los tres primeros grupos de edad, ha disminuido y se ha incrementado la de adultos mayores. En ese mismo año, la población menor de 15 años representó 27.4% del total, mientras que la conformada por el grupo de 15 a 64 años, constituyó el 65.4% y la población en edad avanzada representó el 7.2%. En contraste, en el año 2010, la participación de estos grupos de edad fue 29.3, 64.4 y 6.2%, respectivamente. La transformación en la estructura por edad, muestra al país en una etapa donde el volumen de la población en edades laborales alcanza su mayor peso relativo y en donde se hace evidente la transición al envejecimiento. La población de 65 años y más aumentó alrededor de 6% en la década de 2000 al 2010; se proyecta que para 2050 esta proporción será ligeramente mayor al 21 por ciento.<sup>18</sup>

En 1900, la esperanza de vida era apenas de 30 años, para 1970 se estimaba de 58.8 años en hombres y 63 en mujeres; en 2012, alcanzó los 70 años, pero en 2013 el país tuvo la esperanza de vida más baja de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En 2013, las mujeres vivían, en promedio, cerca de 6 años más que los hombres (77.4 y 71.7 años, respectivamente). En la actualidad, se estima que la esperanza de vida para los varones es de 73.1 años y de 77.8 para las mujeres, lo que representa una ganancia de 14.3 y 14.8 años, respectivamente, respecto a 1970, se trata de un aumento considerable en 40 años. En el futuro, los incrementos en la esperanza de vida dependerán de cómo se enfrenten las enfermedades que más inciden hoy en la mortalidad de la población, como son las llamadas enfermedades silenciosas: la diabetes y las cardiovasculares, ambas vinculadas con la obesidad (México está entre los primeros lugares de la OCDE en materia de obesidad).<sup>19</sup>

Otro de los factores que inciden en la estructura de la población es la migración. El cambio de residencia de las personas, ya sea dentro del país o hacia el extranjero, es identificado y cuantificado mediante preguntas incluidas en instrumentos estadísticos como censos y encuestas especiales. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014) indaga para los residentes habituales de la vivienda su lugar de nacimiento y lugar de residencia en dos fechas fijas del pasado: un año y cinco años. Según la ENADID 2014, en México, la población que reside en una entidad distinta a la de su nacimiento o que nació fuera de México, asciende a 22.1 millones de personas lo que representa 18.5% del total de habitantes del país. La distribución por sexo señala que del total de migrantes absolutos 52.4% son mujeres y 47.6% hombres. Las entidades de destino con la mayor proporción de migrantes recientes son Baja California Sur con 8.2%, Quintana Roo (8.0%), Colima y Querétaro, ambas entidades con 5.6%. A Baja California Sur llegan inmigrantes procedentes principalmente de Baja California, Sinaloa y Puebla; Quintana Roo es el destino de personas provenientes de Yuca-

tán, Veracruz y Chiapas; a Colima llega a vivir población especialmente de Jalisco, Michoacán y Guanajuato, mientras que en Querétaro destacan los inmigrantes originarios de Guanajuato, Hidalgo y Jalisco.<sup>20</sup>

Históricamente, Estados Unidos de América ha sido el principal destino de los emigrantes mexicanos. Durante la década de 1990, fue el país de destino, en promedio, de poco más de 95 de cada 100 migrantes internacionales. Para 2014, esta cifra se redujo hasta representar 86.3% derivado de una serie de medidas restrictivas por parte del gobierno estadounidense para la entrada o permanencia de extranjeros en su territorio, además de otras causas.<sup>21</sup>

El crecimiento y la disminución de la población en México ha generado niveles severos de pobreza, la Secretaría de Desarrollo Social considera que 54% de los mexicanos vive en pobreza de patrimonio, lo que indica que vive con menos de 4 dólares diarios, mientras que 32% lo hace con menos de 2.5 dólares, y 24% con menos de 2 dólares. La tasa de pobreza muestra una sólida correlación con el desarrollo general y es mayor en el sur, sureste y parte del centro. Alcanza 74.7% en Chiapas; 69.7% en Guerrero; 64.5% en Puebla; y 61.9% en Oaxaca. En tanto, en Nuevo León es de 23.2%; Coahuila 27.9% y la Ciudad de México presenta un 28.9 por ciento. De acuerdo con la OCDE, más de la mitad de la población vive en pobreza en 11 estados mexicanos y los niños, mujeres y personas mayores corren un alto riesgo de caer en pobreza extrema, es decir, aquellas personas con ingresos inferiores al nivel mínimo de bienestar y que sufren al menos tres de las seis debilidades sociales en materia de alimentación, educación, vivienda y acceso a la seguridad social. El diagnóstico resalta que, según cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en el 2012, 11.5 millones de personas vivían en extrema pobreza en México, es decir, 9.8% de la población total. La pobreza extrema está aún más concentrada geográficamente que la pobreza. En Oaxaca, 1.6 millones de personas viven en esta condición extrema y, junto con el Estado de México y Puebla, representan el 60% del total nacional. Las personas

en extrema pobreza representan el 32% de la población en Chiapas y 2.2% en la Ciudad de México.

Asimismo, la OCDE indica que la mitad de las personas en extrema pobreza viven en zonas urbanas (es decir 6% de las personas que habitan estas áreas) y la otra mitad en rurales (ello significa un 21.3% de los ciudadanos que habitan estas zonas). El mismo organismo informa que en el 2012, 7 millones de personas sufrían pobreza alimentaria extrema en México (ello incluye a aquellos que tienen dificultad para obtener alimentos y viven en pobreza extrema). Esta cifra incluye a 3.3 millones menores de 18 años y 1.3 millones de indígenas. En seis estados, más de medio millón de personas viven en pobreza alimentaria extrema: Chiapas, Oaxaca, Estado de México, Guerrero, Puebla y Veracruz.<sup>22</sup>

El comportamiento de la mortalidad en nuestro país (defunciones y tasas), entre 1980 y 2015, es un fiel reflejo de la transición demográfica (y del proceso de envejecimiento de la población), siendo posible distinguir dos subperiodos: el primero entre 1980 y 1995, durante el cual las defunciones mostraron fluctuaciones —aunque con una tendencia hacia la baja— y las tasas descendieron en forma evidente pasando de 6.5 a 4.7 defunciones por cada mil habitantes. En el segundo momento, de 1996 a 2015, se inicia un incremento en el número de defunciones, las cuales pasan de 436 mil a 592 mil respectivamente, mientras la tasa se incrementa de 4.9 a 5.5 muertes por cada mil habitantes.<sup>23</sup>

Los niveles de mortalidad general dependen en gran parte de las estructuras etarias de la población, que a su vez son definidas principalmente por las tasas de fecundidad. En ese sentido, la mortalidad que tienen los estados refleja no sólo el grado de envejecimiento de su población, sino también las condiciones de vida y los recursos disponibles para la salud. A nivel nacional, ocurren 5.5 defunciones por cada mil habitantes.

La tasa de mortalidad en edad productiva ha tenido altas y bajas entre 2000 y 2013. En 2001, se presentó la tasa más baja de 265.5, y en 2010 la más alta, 304.4. Debido a la importancia de las muertes violen-

tas en este grupo de edad en particular, el crecimiento de las mismas en la segunda mitad de la década pasada impacta la tendencia general de este indicador.

Tanto en hombres como en mujeres, las tres principales causas de muerte en este grupo etario corresponden a lesiones de causa externa, aunque al final de este periodo (45 a 64 años de edad) aparecen causas como la diabetes y la cardiopatía isquémica, en ambos sexos, y el cáncer de mama en el caso particular de las mujeres; la mortalidad agregada en edad productiva en hombres es prácticamente el doble que en las mujeres. Las diferencias en el patrón de mortalidad responden a cuestiones de género, el consumo de alcohol y drogas es un factor que incide directamente en las tres primeras causas de muerte en adultos jóvenes (homicidios, accidentes de todo tipo y suicidios), las que en conjunto son seis veces más frecuentes en hombres de este grupo que en las mujeres.

La entidad federativa con mayor tasa de mortalidad en 2013 fue Chihuahua (366.5), entidad que también presentó la tasa más alta en 2000 (338.6). Baja California es otra entidad que en 2000 presentó la segunda tasa más alta (330.9) y la tercera en 2013 (324.8). En el otro extremo, Baja California Sur y Nayarit presentaron las tasas más bajas en 2013 (219.4 y 221.2, respectivamente) y fueron las dos entidades en las que se observó una reducción mayor (8.7% y 9.5%, respectivamente) de las 7 entidades en que se observó una reducción en la tasa.

En ese mismo periodo, entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional disminuyó de 22.2 defunciones por mil nacidos vivos, a 15.7, se puede analizar que entre 2001 y 2004, la tasa tuvo algunos repuntes pero desde entonces la tendencia ha sido completamente descendente.

Además, para 2013, la mortalidad más alta en el grupo de menores de cinco años se observó en Guerrero (19.4), Oaxaca (19.3) y Chiapas (19.2), con tasas de casi el doble de lo observado en Aguascalientes (11.0), Nuevo León (11.4) o Sinaloa (11.8), entidades con las menores tasas. Con excepción de Campeche, Tamaulipas y Coahuila, todas las entidades presentaron tasas menores en 2013 que en 2000; destacan Chiapas,

Puebla y Guanajuato, quienes redujeron en más del 40% la tasa de mortalidad entre 2000 y 2013. En promedio, se registró en el país una disminución de 29.2 por ciento.<sup>24</sup>

El éxito en los programas de vacunación universal, rehidratación oral y saneamiento es evidente, ya que para 1980 la mortalidad preescolar representaba el 6.6% del total de las defunciones y actualmente representa el 1%. La mortalidad en las últimas décadas ha tenido una importante tendencia a la baja. Durante el año 2010, la tasa de mortalidad nacional fue de 0.74 por 1 000 habitantes, con un rango que va de 1.26 en Chiapas al valor más bajo en Coahuila con 0.42 muertes de 1 a 4 años por cada mil habitantes de esa edad. Las entidades que presentan tasas por arriba de la nacional son Chiapas, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Guerrero, Chihuahua, Hidalgo, Sonora, Veracruz, Zacatecas, Baja California, Durango y Michoacán.

Si bien es cierto que este grupo de edad representaba para 1980 el 3.7% con respecto a la mortalidad general, para el 2010 sólo representó el 1%. Por lo tanto es de hacer notar que en este grupo de edad es donde se presenta no sólo la menor tasa de mortalidad, sino también el menor número de muertes, con una tasa de 0.80 en 1980 a 0.31 para el 2010.

La transformación de la estructura por edades de la población tiene en el envejecimiento poblacional una de sus manifestaciones más claras, siendo que en los últimos 30 años la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad.

La mortalidad en mujeres adultas mayores se ha mantenido estable en los últimos 13 años, con una cifra de alrededor de 4000 defunciones anuales por cien mil personas del mismo sexo y grupo etario. Esto significa que cada año mueren cuatro de cada 100 mujeres que han vivido 65 años o más.

En este grupo de edad, las principales causas de muerte son las cardiopatías isquémicas, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Sólo las dos primeras causas listadas suman más de la tercera parte de las defunciones, lo que muestra la importancia de contar con servicios que permitan un mejor

control de las enfermedades crónicas y una adecuada atención de las urgencias cardiacas. Las diferencias entre estados en la mortalidad por este grupo de edad no son tan evidentes como en otros indicadores. No obstante, el estado con la mortalidad más alta en 2013, Yucatán, tuvo una tasa de 4 819 muertes por 100 000 personas en este segmento poblacional, 40% más alta que la del estado con la cifra más baja, Nayarit (3 425 por 100 000). Además, ésta última entidad es una de las 14 en que la tasa disminuyó entre 2000 y 2013.

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que puede y debe evitarse a través de su priorización. La prevención de la mayoría de las muertes depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Las cifras disponibles muestran una reducción significativa en este indicador, pasando de 56.1 defunciones por 100 000 nacidos vivos en 2002, a 38.2 en 2013. El número absoluto de muertes en este periodo disminuyó de 1 309 en 2002, a 861 en 2013. Sin embargo, difícilmente se alcanzará la meta de 22.2 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos en 2015.

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, momento en el que es notorio ya el inicio del envejecimiento poblacional y el consecuente cambio en la morbilidad y mortalidad, las cuales han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud. Cabe señalar la relevancia que, durante los últimos años, han tenido enfermedades crónicas, principalmente las cardiovasculares, la *Diabetes Mellitus* y tumores malignos, así como los homicidios; todas ellas señaladas entre las principales causas de defunción en 2010. Estas mismas enfermedades ocuparon, en 1980, el cuarto, noveno y quinto lugar respectivamente, mientras que en el 2016, fueron la primera, segunda y tercera causa de muerte. Desde entonces, las defunciones ocurren de manera sobresaliente por causas crónicas degenerativas, lo que da lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales y que terminan finalmente en la muerte en edades avanzadas.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte han tenido profundas consecuencias sociales. Sin embargo, para el grupo de menores de un año de edad, siguen predominando como causa de muerte ciertas afecciones del periodo perinatal, anomalías congénitas que para 1980 ocupaban el cuarto lugar, y neumonías e influenza, que hoy en día son la causa de muerte para este grupo de edad.

Este perfil epidemiológico evidencia que el trabajo de enfermería seguirá ocupando un lugar importante dentro de las instituciones del sector salud. Sin embargo, también se visualiza a un profesional de enfermería capaz de insertarse en problemas de salud de mayor relevancia y en contextos diferentes como fábricas, escuelas, residencias de adultos mayores y hogares, sólo por citar algunos, con un enfoque en atención primaria.<sup>25</sup>

## Recursos de enfermería contratados

Los recursos humanos de enfermería en México se estiman en 273 779 profesionales de las cuales, según el Observatorio Laboral Mexicano, en el 2017, la proporción de mujeres es del 86.4%, en comparación con los hombres que conforman el 13.5%, es decir, que la razón entre ambos sexos es de 15 por cada 100. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de indicadores básicos de salud en las Américas 2013, reportó que existen 25.4 enfermeras/os por cada 10 000 habitantes.<sup>26</sup>

Nombre Entidad	SSA	SDF	IHR	SME	IMS	IMVO	IST	PMX	DIF	SMP	CRO	HUIN	CEE	SDN	SMA	LEX	SWIM	SCT	Total
AGUASCALIENTES	1,747	0	0	0	1,217	0	262	0	1	57	0	0	142	0	0	0	0	0	3,426
BAJA CALIFORNIA	2,690	0	0	628	3,371	0	475	0	436	0	0	36	0	0	0	0	0	0	7,636
BAJA CALIFORNIA SUR	700	0	0	0	792	0	410	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	1,919
CAMPECHE	1,582	0	0	0	750	118	196	79	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	2,760
COAHUILA DE ZARAGOZA	2,043	0	0	333	4,146	56	704	0	0	504	0	469	197	0	0	0	0	0	8,452
COLIMA	1,010	0	0	0	608	0	181	0	8	85	2	0	78	3	55	0	0	0	2,030
CHIAPAS	7,144	0	571	170	1,188	1,401	437	4	0	0	0	0	227	0	0	0	0	0	11,142
CHIHUAHUA	2,217	0	0	0	3,998	276	594	6	0	342	0	0	136	0	0	0	0	0	7,569
DISTRITO FEDERAL	420	8,069	9,852	0	19,859	0	6,912	915	182	509	0	370	0	0	0	0	0	0	47,088
DURANGO	1,922	0	0	0	1,498	499	464	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0	4,434
GUANAJUATO	6,804	0	563	0	3,666	10	620	97	9	1,067	0	126	0	0	0	0	0	0	12,962
GUERRERO	5,671	0	0	0	1,389	0	699	0	8	3	11	0	128	0	0	0	0	0	7,979
HIDALGO	3,372	0	0	0	1,190	515	396	127	204	115	0	0	115	0	0	0	0	0	6,036
JALISCO	7,740	0	0	0	8,514	0	892	5	0	33	0	66	152	0	0	0	0	0	17,402
MÉXICO	16,213	0	486	1,711	9,737	0	1,167	16	1	0	0	0	250	0	0	0	0	0	29,581
MICHOACÁN DE OCAMPO	3,707	0	0	0	2,318	648	866	0	0	1	0	0	99	0	0	0	0	0	7,639
MORELOS	2,361	0	0	0	1,254	0	660	0	17	109	0	0	157	0	0	0	0	0	4,558
NAVARRIT	1,470	0	0	0	826	201	301	0	0	50	0	0	36	0	0	0	0	0	2,884
NUEVO LEÓN	2,420	0	0	0	7,090	0	809	50	0	1,584	0	0	329	0	0	0	0	0	12,282
OAXACA	5,086	0	354	0	1,176	831	802	147	14	95	0	0	121	0	0	0	0	0	8,626
PUEBLA	5,195	0	0	262	3,254	162	732	8	61	1,769	0	7	151	0	0	0	0	0	11,601
QUERÉTARO ARTEAGA	1,890	0	0	0	1,415	0	304	0	0	32	0	0	48	0	0	0	0	0	3,689
QUINTANA ROO	1,838	0	0	0	1,448	0	235	0	1	0	0	0	31	0	0	0	0	0	3,553
SAN LUIS POTOSÍ	2,766	0	0	9	1,871	592	568	27	0	0	0	0	142	0	0	0	0	0	5,975
SINALOA	2,772	0	0	476	2,904	297	684	3	42	460	27	0	90	0	56	0	44	1	7,856
SONORA	3,002	0	0	653	3,683	0	482	0	0	102	0	0	124	1	0	0	0	0	8,047
TABASCO	3,984	0	0	443	917	0	249	368	25	36	0	0	100	0	14	0	0	0	6,136
TAMAULIPAS	4,694	0	277	0	2,985	284	739	189	5	84	0	431	0	1	0	0	0	3	9,692
TUXCALA	1,724	0	0	0	716	0	252	0	9	97	0	0	72	0	0	0	0	0	2,870
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	7,756	0	0	0	4,935	868	1,100	762	0	105	0	0	99	0	45	0	0	0	15,670
YUCATÁN	2,374	0	527	64	2,421	430	404	0	10	892	0	0	116	0	0	0	0	0	7,238
ZACATECAS	2,025	0	0	0	856	666	324	0	0	200	0	0	35	0	0	0	0	0	4,106
LABORANDO EN EL EXTRANJERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Gran Total	116,339	8,069	12,630	4,749	101,992	7,854	23,920	2,803	197	8,767	40	542	4,241	4	171	4	114	6	292,842

Fuente: Secretaría de Salud (SS). Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE). Actualizado el 24/10/2017.

El Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) informa que actualmente existen 292 512 plazas ocupadas de enfermería profesional y no profesional y señala que las instituciones del sector salud público contratan al mayor número de enfermeras, mientras que el resto de instituciones no alcanza la mitad de los contratos.<sup>27</sup>

La distribución de plazas, según lo reportado por el SIARHE hasta octubre del 2017, se muestra en los siguientes cuadros:

### Registro nacional de datos por plazas ocupadas

Instituciones	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	216,051	223,247	267,458	277,274	286,066	292,543
SECRETARÍA DE SALUD	90,348	88,867	107,772	112,688	114,324	116,339
SSGDF	5,282	3,010	7,584	8,090	8,063	8,069
INSTITUTOS Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	10,777	11,480	12,273	12,605	12,609	12,630
SERVICIOS MÉDICOS ESTATALES	4,022	4,340	4,629	4,576	4,654	4,749
IMSS	64,752	73,302	88,687	91,506	98,241	101,992
IMSS REGIMEN OPORTUNIDADES	7,289	7,253	7,802	7,792	7,857	7,854
ISSSTE	19,810	20,488	22,430	23,254	23,555	23,920
PETROLEOS MEXICANOS	2,736	2,797	2,875	2,780	2,763	2,803
DIF	483	531	560	595	599	597
SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS	7,767	7,775	9,078	9,125	8,681	8,767
CRUZ ROJA MEXICANA	32	43	40	40	40	40
HOSPITALES UNIVERSITARIOS	66	251	250	521	542	542
CENTROS EDUCATIVOS	2,687	3,110	3,478	3,702	4,138	4,241

### Registro nacional del personal

Instituciones	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	205,016	210,618	251,733	260,642	268,014	273,982
SECRETARÍA DE SALUD	87,023	85,605	103,797	108,355	109,806	111,659
SSGDF	4,892	2,757	7,043	7,514	7,494	7,508
INSTITUTOS Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	10,255	10,782	11,469	11,788	11,824	11,848
SERVICIOS MÉDICOS ESTATALES	3,670	3,873	4,138	4,081	4,164	4,258
IMSS	60,579	68,040	81,808	84,241	89,816	93,276
IMSS REGIMEN OPORTUNIDADES	7,224	7,186	7,713	7,706	7,763	7,759
ISSSTE	18,815	19,257	21,028	21,857	22,203	22,537
PETROLEOS MEXICANOS	2,668	2,721	2,795	2,687	2,660	2,683
DIF	458	501	530	564	566	567
SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS	7,475	7,454	8,766	8,784	8,343	8,424
CRUZ ROJA MEXICANA	31	42	39	39	39	39
HOSPITALES UNIVERSITARIOS	66	228	227	492	512	512
CENTROS EDUCATIVOS	1,860	2,172	2,380	2,534	2,824	2,912

### Registro nacional de datos por nivel académico

Nivel Académico	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	205,016	210,618	251,733	260,642	268,014	273,982
Auxiliar	29,897	29,495	31,102	30,601	30,104	29,969
Técnico	101,213	99,885	116,248	117,157	117,217	117,035
Postécnico	18,420	18,543	21,685	21,942	21,751	21,416
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	12,568	13,442	17,145	17,893	18,259	18,726
Licenciatura en Enfermería	37,930	43,317	57,430	63,702	70,057	75,108
Especialidad	3,424	3,948	5,324	6,008	6,771	7,413
Maestría	1,503	1,895	2,678	3,182	3,673	4,102
Doctorado	61	93	121	157	182	213

### Registro nacional de datos por sexo

Sexo	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	205,016	210,618	251,733	260,642	268,014	273,982
Femenino	184,891	188,537	222,701	229,242	233,359	236,874
Masculino	20,125	22,081	29,032	31,400	34,655	37,108

### Registro nacional de datos por edad

Edad	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nacional	205,016	210,618	251,733	260,642	268,014	273,982
De 18 a 25	6,962	7,115	9,133	7,843	7,161	6,434
De 26 a 30	22,006	22,425	29,567	30,034	29,986	29,527
De 31 a 35	29,630	30,069	37,635	39,763	42,521	44,174
De 36 a 40	34,260	34,066	40,484	41,344	42,853	44,522
De 41 a 50	67,061	68,751	80,751	83,630	86,252	88,066
De 51 a 60	38,697	41,070	45,684	48,197	48,564	49,551
De 61 a 70	5,886	6,553	7,767	8,996	9,732	10,647
De 71 A Más	514	569	712	835	945	1,061

Fuente: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud).

El sector público de salud, en relación con el sector privado, es más atractivo para los egresados porque es mejor remunerado. La creación de la Licenciatura en Enfermería en el país es relativamente reciente en comparación con la existencia de enfermeras generales; si bien es cierto que existen demandas en salud que es necesario resolver, no existe una congruencia con la ampliación en la contratación de enfermeras en los

tres niveles de atención en que está estructurado el sistema de salud del país. Ante este panorama, es necesario ofrecer alternativas en las cuales la enfermería incursione en otros escenarios y no se centre en el área hospitalaria.<sup>28</sup>

## MARCO REFERENCIAL DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA UAM-X

Sobre las disposiciones legislativas y normativas ya descritas, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) las contempla en su marco normativo para el diseño y regulación de sus planes de estudio.

El marco de referencia de los planes y programa de estudios de las licenciaturas impartidas en la UAM, entre las cuales se encuentra Enfermería, se rige conforme al Plan Institucional de Desarrollo de la UAM,<sup>29</sup> el Documento Xochimilco y la Normatividad de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud establecidos en el Programa Estratégico para el Fortalecimiento de la Docencia y la Formación Académica.

El Plan Institucional de Desarrollo determina que la integración de las actividades sustantivas y los procesos de docencia-aprendizaje se fundamentan en la generación, transmisión y reconstrucción del conocimiento como estrategia esencial para la comprensión integral de los problemas, a partir de la interdisciplinaria y sus objetivos estratégicos que son:

- Docencia: Formar profesionales y ciudadanos de calidad, con liderazgo, compromiso, principios éticos y capacidad de cambio en el contexto social y profesional. Tiene como factores clave:  
a) Contar con una oferta de licenciatura, posgrado y cursos de actualización diversificada, actualizada y pertinente que se reconozca por su calidad; b) Ampliar la matrícula en todos los nive-

- les educativos; c) Incorporar el aprendizaje del inglés y de otras lenguas en la formación de los alumnos.
- Investigación: Realizar investigación que contribuya al desarrollo social, científico, tecnológico, económico, cultural y político de la nación, cuyos factores clave son: a) Desarrollar investigación enfocada en la sustentabilidad y la diversidad biológica; b) Desarrollar investigación enfocada en el desarrollo social y económico; c) Desarrollar investigación enfocada en el desarrollo cultural.
  - Preservación y difusión de la cultura: Preservar, promover, difundir y rescatar las manifestaciones culturales y académicas, innovadoras y enraizadas en la comunidad. Sus factores clave son: a) Articular y ejecutar un programa institucional de cultura que contemple la difusión del conocimiento, las artes visuales y escénicas, la producción y distribución editorial y la comunicación apoyada en medios y tecnologías de frontera, y b) Contar con una oferta de educación continua diversificada, actualizada y pertinente.
  - Apoyo institucional: Contribuir al desarrollo de las funciones sustantivas, al crecimiento de la Universidad y al aprovechamiento eficiente y responsable de los recursos institucionales y sus factores clave son: a) Consolidar un sistema de gestión académica, administrativa y estratégica que facilite la instrumentación del Plan de Desarrollo Institucional; b) Articular y coordinar el trabajo entre las entidades universitarias para promover su cohesión, identidad, comunicación, colaboración e inter, multi y transdisciplina; c) Consolidar un sistema de vinculación y extensión que promueva la productividad de los sectores social, público y privado; d) Promover la internacionalización de la Universidad; e) Diseñar e instrumentar un sistema de posicionamiento institucional; f) Fomentar la cultura de la legalidad y el apego a las normas institucionales; g) Cumplir cabalmente con las obligaciones financieras, rendir cuentas y fomentar la transparencia; h) Asimilar, incorporar y aprovechar eficientemente el desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación; i) Fortalecer

el programa integral de administración de riesgos y seguridad para resguardar a la comunidad y el patrimonio universitario; j) Fomentar la cultura del cuidado a la salud, y k) Consolidar el programa de actividades deportivas.

Las Políticas Operativas de Docencia de la Unidad Xochimilco<sup>30</sup> representan la orientación que ésta da a la función de docencia y están sustentadas en las competencias del Consejo Académico, entre las cuales destacan: fortalecer la imagen pública de nuestra Unidad, a través de la difusión de las características de la oferta educativa; involucrar a los profesores, alumnos y trabajadores administrativos en el conocimiento de la organización de la Universidad y, en particular, de la Unidad Xochimilco, a partir del marco normativo que las rige y la práctica de los valores universitarios; dar a conocer el modelo educativo de la Unidad Xochimilco entre los aspirantes a ingresar a ella; y construir consensos sobre el modelo educativo mediante la reflexión e intercambio de ideas entre trabajadores de la educación, alumnos y autoridades para consolidar la identidad universitaria.

En cuanto a la formación de profesionales, dentro de las Políticas Operativas de Docencia del Documento Xochimilco, se contempla la enseñanza a través de una visión crítica de la sociedad, de su profesión y del papel que ésta tiene en la resolución de las necesidades sociales del país, e impulsar una formación amplia que integre los conocimientos científicos, tecnológicos, humanísticos, artísticos y éticos relacionados con los campos de estudio y trabajo; propiciar una formación que enfatice el trabajo colectivo, el planteamiento de las problemáticas más importantes, la investigación y la necesidad y responsabilidad de participar en la vida cívica, que conlleve a ofertar a los alumnos planes y programas de estudio actualizados y flexibles que utilicen las nuevas formas de enseñanza-aprendizaje y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, a través de la incorporación de alumnos de las tres divisiones en proyectos de servicio vinculados con la preservación y difusión de la cultura e investigación.

La vinculación interdivisional busca propiciar el intercambio académico (movilidad estudiantil) con otras instituciones de educación superior nacional y extranjera, por medio del fortalecimiento de herramientas para el ejercicio profesional como el razonamiento matemático, las lenguas extranjeras, el manejo de equipos y programas de cómputo y del desarrollo de habilidades de comunicación oral y escrita que promuevan la formación integral de los alumnos a través de una oferta significativa de actividades culturales, científicas, tecnológicas, humanísticas, artísticas y deportivas que les den oportunidades complementarias de vinculación con espacios de los sectores social, público y privado, a fin de mejorar su preparación y facilitar su inserción en los campos profesionales.

Adicionalmente, para fortalecer el perfil de egresados, tiene como propósito el desarrollo de lineamientos y mecanismos para el cumplimiento de los objetivos de los módulos y los perfiles de egreso de los planes de estudio, respetando la libertad de cátedra, a través de la generación de espacios de discusión y reflexión colectiva que incidan en la revisión y evaluación constante de los instrumentos básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje, por medio del establecimiento de programas de actualización y capacitación para la planta académica de los distintos campos disciplinarios, así como en la utilización de métodos pedagógicos que permitan mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el Sistema Modular, potenciado el desarrollo de las funciones sustantivas a través de su participación en programas de posgrado y la incorporación de programas de intercambio del personal académico con otras instituciones de educación superior nacionales y extranjeras.

En torno al compromiso del ejercicio profesional con la problemática de la vida nacional, el Documento Xochimilco señala que debe propiciarse que todos los módulos permitan el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, además del ejercicio de una reflexión continua sobre el Sistema Modular y su relación con los procesos formativos de profesionales, teniendo como base el compromiso social de la Universidad y su concreción en los planes y programas de estudio,

los cuales serán enriquecidos continuamente con los avances científicos, tecnológicos y psicopedagógicos aplicados a los distintos campos profesionales, además de buscar y establecer una vinculación permanente entre los planes y programas de posgrado y los proyectos de investigación y, cuando sea necesario, la flexibilización de los planes y programas de estudio para impulsar el estudio y diseño de mecanismos de seguimiento de egresados de la Unidad.

Para fortalecer los planes y programas de estudio, un aspecto relevante a considerar son las bases epistemológicas del modelo educativo, origen de la filosofía de la UAM-X, y de su compromiso con la sociedad:<sup>31</sup>

1. La producción de nuevos espacios para la educación que propicien la generación de conocimientos que contribuyan al entendimiento y transformación de los problemas concretos socialmente definidos, formando profesionales con sólidos sustentos teóricos, técnicos y metodológicos, con una clara concepción de las prácticas profesionales convencionales y de aquellas postuladas como alternativas, que contribuyan al desarrollo del país.
2. La Universidad sustenta una posición crítica con respecto a la realidad del llamado subdesarrollo, de tal manera que busca identificar los factores causales de su existencia y perpetuación, contribuyendo además al análisis de los procesos que puedan conducir a la transformación social.
3. La Universidad asume el compromiso de instituir un sistema educativo innovador, el Sistema Modular, procurando la formación de profesionales, especialistas e investigadores con una sólida base científica, humanística y técnica, una actitud crítica y un claro compromiso social que contribuya a resolver los problemas nacionales.
4. Lo anterior se resume en el compromiso con la sociedad y particularmente con los sectores más vulnerables, proponiendo es-

trategias de solución a sus demandas, con estricto respeto a sus valores y su cultura.

El compromiso universitario destaca los valores que pretenden la creación de espacios de análisis y rescate de las manifestaciones del mosaico cultural de nuestro país, promoviendo una cultura también innovadora del aprendizaje permanente por medio de la construcción de canales de interlocución y vinculación social; en este quehacer universitario, los docentes se encuentran plenamente identificados con la atención de los alumnos, en congruencia con el sentido social de las funciones universitarias.

La Unidad Xochimilco cuenta con un gobierno, administración y gestión mediante el pleno ejercicio de su autonomía, en un marco definido por la libertad de cátedra, de investigación y de libre exposición de las ideas, principios necesarios para la autonomía universitaria otorgada por la sociedad.<sup>32</sup>

La autonomía universitaria se rige por los principios pedagógicos del Sistema Modular de la UAM-X, una serie de reflexiones de índole política, cultural, económica y social que, articulados, dan una concepción pedagógica que constituye un modelo educativo.

Este modelo educativo se sustenta en el Documento Xochimilco, cuya fundamentación teórica se basa en “el aprendizaje derivado de una participación en la transformación de la realidad que lleva implícito el abordar simultáneamente la producción de conocimientos y la transmisión de los mismos, así como la aplicación de éstos a una realidad concreta. En consecuencia, la estrategia educativa consiste en pasar de un enfoque basado en disciplinas a uno que se centra en objetos de transformación, que requiere la construcción de varias disciplinas”.<sup>33</sup>

El perfil educativo del Modelo Xochimilco coincide con los postulados de Mario Bunge quien sostiene que “la realidad tal como la conocemos hoy, no es un sólido bloque homogéneo, sino que se divide en varios niveles o sectores caracterizados cada uno de ellos por un conjunto de propiedades y leyes propias”,<sup>34</sup> y con Paulo Freire para quien el

alumno es creador de su propio aprendizaje cuando el docente asume la función de proporcionarle un conocimiento problematizador en una realidad concreta a través de una relación dialéctica.<sup>35</sup>

El Modelo Xochimilco también se sustenta en Jean Piaget que, entre otros supuestos, sostiene que la actividad del sujeto en formación debe guardar relación estrecha y consciente con el objeto de conocimiento.<sup>36</sup>

Siendo el alumno eje del modelo, es necesario dar significado del trabajo de grupo que en la concepción operativa se considera a “la educación como un proceso horizontal que establece el docente en el aula, a través de su participación con el grupo, en la respuesta interdisciplinaria de abordaje del conocimiento y en la aceptación para comprender, explicar y transformar la realidad.”<sup>37</sup>

El Modelo Xochimilco<sup>31</sup> conceptualiza al educando como el centro del proceso pedagógico y al docente como un elemento facilitador y coordinador del proceso enseñanza-aprendizaje, estableciendo una nueva relación tutorial con los alumnos, bajo los principios del modelo educativo que expresan, en el desarrollo de los módulos, la integración de la docencia, la investigación y el servicio.

- Docencia. Estrategia pedagógica para abordar el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la comprensión de la realidad como conjunto de fenómenos que rebasan los marcos disciplinarios; proporciona al alumno una visión más amplia, desde una perspectiva interdisciplinaria, con un abordaje de los problemas, lo cual permite adquirir conciencia de las condiciones socio-históricas en que se desenvuelven, que le permiten flexibilidad, comprendida por su capacidad para una adaptación constante de los cambios del saber significativo.
- Investigación. Medio a través del cual se obtienen conocimientos científicos, humanísticos y artísticos que establecen los fundamentos teóricos para aplicar y analizar los resultados e impactos para proponer recomendaciones.

- Servicio. Constituye el medio a través del cual la Universidad dialoga con la sociedad y crea una importante vía de expresión de las necesidades sociales a las que la Universidad debe responder.

La articulación de la investigación y la docencia se realiza con la incorporación de estudiantes y profesores para abordar problemas de la realidad. La articulación de la investigación con el servicio tiene la finalidad de integrar a la Universidad con su medio, así como interpretar las necesidades de la sociedad y transformarla en objeto de estudio para incidir en su resolución.

La integración de la investigación con la difusión de la cultura se logra mediante la recuperación de los procesos culturales en la difusión de los conocimientos y valores universitarios, fortaleciendo el acervo cultural de la sociedad.

Otro de los principios presentes en el modelo es la interdisciplinariedad, como visión para la investigación necesaria para lograr cuestionar la realidad como un todo y no fragmentada.

El aprendizaje que deriva de la participación en la transformación de la realidad implica abordar simultáneamente la producción de conocimientos y la transmisión de los mismos, así como la aplicación de éstos a una realidad concreta; en consecuencia, la estrategia educativa consiste en pasar de un enfoque basado en disciplinas a uno que se centra en *objetos de transformación*, parte de un espacio problematizado socialmente definido. La relación entre el saber, las prácticas sociales y el objeto de esas prácticas en la realidad concreta proporciona al conocimiento una perspectiva histórica, social y política.

Las unidades de enseñanza-aprendizaje (módulos), consideradas como un elemento multidisciplinario y social de construcción cognitiva, metodológica y técnica, operan sobre la base de los siguientes criterios:

1. La participación activa de los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el fin de propiciar un cambio en ellos,

que los lleve de una actividad meramente receptiva a una búsqueda constante de conocimientos.

2. El trabajo colectivo de los estudiantes como elemento formativo indispensable para su proceso de socialización y participación responsable en la solución de problemas de la realidad.

De esta manera, los estudiantes participan en los procesos de transformación de la realidad o producción de conocimientos a través de la búsqueda de información empírica, del experimento y en la creación de conceptos desde los productos teóricos-ideológicos ya existentes.

Para la operacionalización e implementación del Modelo Xochimilco dentro de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (DCBS), se diseñaron políticas para garantizar su cumplimiento dentro de los planes y programas de estudio de las licenciaturas que dirige y coordina, entre las que se encuentra Enfermería.<sup>38</sup>

1. Fortalecer los procesos y acciones surgidos de un trabajo colectivo y fundamentado que orienten el desarrollo de la docencia, la investigación y la preservación y difusión de la cultura en la DCBS.
2. Promover la elaboración y el desarrollo continuo y sistemático de diagnósticos que den cuenta de los principales problemas de las funciones sustantivas llevadas a cabo en la DCBS.
3. Desarrollar la actualización constante del Plan de Desarrollo Divisional a través de un proceso participativo que permita una planeación estratégica y predictiva.
4. Fortalecer la instrumentación de un proceso permanente de rediseño curricular que permita la actualización y enriquecimiento constante de los planes y programas de estudio.
5. Fortalecer las acciones y procesos dirigidos a encauzar la investigación (planes de investigación departamentales, formulación de programas de desarrollo de las áreas de investigación y definición de las líneas de investigación) bajo criterios compartidos y con una orientación social.

6. Fortalecer la elaboración y el desarrollo de programas dirigidos a incrementar la accesibilidad de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos a grupos sociales mediante la participación de académicos y graduados de las diferentes licenciaturas de la DCBS.

## CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO EPISTEMOLÓGICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El Consejo Internacional de Enfermería señala que *la disciplina abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.*<sup>39</sup>

Bajo esta óptica, es importante señalar que los profesionales de enfermería constituyen el recurso humano más numeroso en el área de la salud, cuyas competencias están diversificadas y son aplicables dentro de institutos de alta especialidad, hospitales generales, centros de salud de zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo.<sup>40</sup>

Esta práctica profesional tiene como eje el **cuidado humano**, y su objetivo principal es el de “cuidar”, lo que fundamenta y da sentido al aporte que la enfermería hace a la sociedad, por lo que es necesario el desarrollo de programas de educación que permitan la integración teórica del cuidado profesional, que definan y direccionen su bases referenciales y conceptuales.<sup>41</sup>

Las instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería deben liderar proyectos de práctica académica que vinculen la experiencia coherente con la realidad del sector salud, para lo cual es necesario promover la documentación e investigación del cuidado, desde la perspectiva de diferentes autores, para retroalimentar la práctica y la formación del estudiante de enfermería.<sup>42</sup>

La colaboración interdisciplinaria en el desarrollo de conocimientos y en la formación pretende generar un impacto en la continuidad y la calidad de los cuidados, que se refleje en los conocimientos compartidos, los cuales refuerzan el potencial y las funciones esenciales de la enfermería como son: el cuidado, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en políticas de salud y la gestión de servicios de salud y la formación de recursos humanos.<sup>43</sup>

Históricamente, los profesionales de la enfermería han aprendido a proveer los cuidados del paciente a partir de cuatro mecanismos: 1) *La costumbre*, las bases de los cuidados de enfermería han sido las prácticas culturales y sociales; 2) *La tradición*, una parte importante de los cuidados de enfermería se han transmitido a lo largo de generaciones de profesionales de enfermería; 3) *Las normas institucionales que guían con frecuencia la práctica profesional, y están dirigidas por* los administradores, supervisores, etc., quienes establecen políticas, procedimientos, protocolos que indican cómo hacer las cosas; 4) *La experiencia y la planificación*: las ideas, intuiciones, y otros productos de la racionalidad de la experiencia, han alumbrado la práctica del cuidado de enfermería.<sup>44</sup>

La enfermería ha pasado por distintas etapas en las que siempre ha estado presente la labor del cuidado como tarea centrada en la ayuda a las personas, un elemento básico del área de la salud que, cada vez más, exige formación, dedicación y un ejercicio correcto de funciones que se tornan cada vez más amplias y complejas y se transforman en la relación entre personas y enfermería, situación que exige defender su autonomía y su responsabilidad.

Las causas de este cambio en la relación persona-enfermería han originado un profundo debate acerca de la misma enfermería, de su definición y de las razones que animan su quehacer, en la convicción de que se ha producido una transformación que no admite dar vuelta atrás y que exige una sólida reflexión sobre el significado de la enfermería y una fundamentación profesional sólida sobre su práctica, su sentido y significación, tarea de una epistemología que se realiza desde fuera y dentro de la propia práctica de la enfermería para alcanzar un consenso

acerca de qué significa ser y hacer enfermería y cómo puede realizarse esta tarea en un contexto específico.<sup>45</sup>

Sobre la enseñanza y la práctica de enfermería debe reflexionarse acerca de si tiene o no un cuerpo de conocimientos específicos en la materia o si sus contenidos son derivados de otras disciplinas, y también sobre su disposición a asumir la exigencia de responsabilidad derivada de la autonomía en las decisiones que reclama, basadas en su conocimiento y en la reflexión del bien interno de la profesión, aunque probablemente se debe asumir que no existe un consenso en la enfermería acerca de cuál es el fin que persigue y sobre las exigencias derivadas de la profesionalización,<sup>46</sup> por tal motivo el proceso de atención de enfermería constituye la columna de la formación profesional.

El proceso de atención, esencia de la formación y de la práctica de enfermería, lleva implícitos los valores y las actitudes que la enfermería debe adquirir durante su formación, éstos son, por lo tanto, una toma de conciencia y una posición ante los sujetos sociales y su contexto.<sup>47</sup>

El perfil del egresado y los objetivos de la Licenciatura en Enfermería se centran en la adquisición de habilidades aplicables en la práctica del proceso de atención que lo llevan a la disposición para investigar, al trabajo en equipo, a la comunicación e interacción con los pacientes y el equipo de salud, a la toma de decisiones, liderazgo, juicio crítico, análisis, autoaprendizaje y respeto a la dignidad humana.

La enseñanza del proceso de atención de enfermería lleva a reconocer que su dificultad se encuentra en la vinculación con la práctica, situación que no ocurre desde la perspectiva teórica, debido a que en el aula se integra a situaciones clínicas ficticias, que ejemplifican el manejo del proceso de enfermería, propiciando el aprendizaje y razonamiento. Este proceso lleva forzosamente a reflexionar sobre el cuidado, la enfermería y la relación entre ellos, para lo cual es necesario retomar los preceptos de la disciplina científica, la cual posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de conocimientos edificados a partir de los diferentes saberes que, como manifiesta Leininger, se fundamentan en cuidados genéricos y profesionales; de esta manera, la dificultad

consiste en explicar cómo esos conocimientos, aunque existen, han permanecido marginales e invisibles debido a las relaciones de poder que acompañan a la producción de discursos legítimos.<sup>48</sup>

La revisión histórica del cuidado, como objeto particular de estudio de enfermería, le confiere su razón de ser, ya que desde el origen de la humanidad surge la necesidad de cuidarse y ser cuidado. El acto de cuidar es considerado como un *acto de vida*, que permite la continuidad y el desarrollo, y que se relaciona con la fecundidad de las mujeres, el nacimiento, el desarrollo de la vida, y hacer retroceder la muerte.<sup>49</sup>

Con la llegada de la tecnología, a finales del siglo XIX, el cuidado se orienta más al restablecimiento de la complejidad biológica,<sup>50</sup> se pierde la dimensión espiritual de la humanidad, el espacio entre el cuidado y el humus se estrecha hasta llegar a la negación de la relación del hombre con el universo, con lo divino, con la naturaleza, y con la sociedad, llevando a sustentar, aislar, parcializar y abandonar al cuidado, lo cual generó que éste quedara incompleto y fragmentado hasta convertirse en cuidar la enfermedad perdiendo la concepción del cuidado por la vida.<sup>51</sup> Esto hizo necesario que se prepararan personas para luchar contra el mal y dieran esperanza para lograr nuevamente la salud humana, de ahí surge la enfermería, con el propósito de reconstruir la esencia y la naturaleza de la vida, y el cuidado sólo se dirige hacia los que sufren de alguna enfermedad.<sup>52</sup>

Con la posmodernidad, el cuidado se establece como la corriente filosófica que tiene como fin cuidar el signo y síntoma en lo biológico, reduciendo al ser humano meramente en materia o en masa, perdiendo la visión del ser humano desde su naturaleza, su vida social y cultural. Algunos antecedentes sobre investigaciones realizadas acerca del hacer de los profesionales de la salud y el cuidado, dan una idea de cómo la profesión de enfermería, que surge con el fin de cuidar la vida humana, se desvincula de su hacer por los cambios económicos, políticos, sociales y profesionales por los cuales ha transitado.

En 1965, la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) determinó que los componentes y las finalidades de la disciplina de enfermería

eran cuidar y curar, favoreciendo más el sentido de cuidar que la noción de curar. En ese tiempo, la enfermería estadounidense estableció el inicio fundamental de los principios de enfermería con el origen de las teorías que, con bases filosóficas y teóricas, intentan fundamentar los modelos teórico-metodológicos que guían la práctica y el cuidado, lo cual no se estableció de manera epistemológica o como una actividad inherente y esencial que fundamentara el hacer, sino como una actividad existencial humana que fortalecía el ser de enfermería.<sup>53</sup>

La enfermería, vista como una actividad existencial, se entiende como el arte del cuidado, convirtiéndose en una ciencia reconocida hasta mediados del siglo XX, con un cuerpo conceptual que sustentaba sus principios y objetivos en un método científico propio: el proceso de atención de enfermería, el cual, hasta la actualidad, incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud, la persona, la familia o la comunidad, sin embargo, este cuerpo de conocimientos no incluía una cultura y teoría del cuidado, lo que generó una disociación entre lo teórico-práctico, dando como resultado una desorientación epistemológica que llevó a la adopción de errores durante el proceso de elaboración de métodos válidos para la ciencia de enfermería, obstruyendo la construcción o adopción de modelos.<sup>54</sup>

Las reflexiones para la conceptualización de la cultura y teoría del cuidado han aumentado desde la década de los sesenta, la enfermería y otras profesiones de la salud utilizan los términos “cuidado” y “cuidados de enfermería” de una manera monótona y lineal, sin embargo, sus connotaciones y su aplicación son diferentes desde una perspectiva que permite interpretar el lenguaje apropiado y propicio del cuidado desde el contexto de enfermería, adaptado a las normas y principios que lo regulan para que sea aplicativo en su práctica.

Desde esta semántica, el cuidado se define como “un proceso interactivo del personal de enfermería y el usuario que se ayudan mutuamente para transformarse, actualizarse y desarrollarse hacia mayores niveles de bienestar”,<sup>55</sup> y su dimensión inicia desde la vida intrauterina, se desarrolla a lo largo de la vida, continuando hasta la muerte, lo cual

toma sustento en lo referido por Santo Tomas de Aquino<sup>56</sup> acerca de que la salud y la ciencia hacen que el hombre conozca el alma, por esta razón, la salud es la forma del cuerpo, y la ciencia lo es del alma; Leonardo Boff remarca esta postura filosófica dando a conocer que el cuidado es esencial y que es un acompañamiento permanente en el ser humano.

En este contexto, el humano, por su naturaleza, no vive solo, tiene que establecer conexiones sociales, biológicas y culturales que le permitan llevar una vida de acompañamiento y de cuidado. Desde este punto de vista, surge el cuidado con un aspecto social, en el que se inician los vínculos entre lo humano y lo espiritual, humano y material, humano y social, humano y cultural. Estas conexiones se dan mediante un cuidado o descuido, de donde surge la salud y que, en ese continuo, se transforma en enfermedad.<sup>57</sup>

Toda posibilidad de cura se centra en el cuidado de los signos y síntomas, no en la naturaleza donde vive el hombre, considerando la psique y el alma; esa curación es un proceso global que implica la totalidad del ser humano y no sólo la parte enferma. Asclepio decía que “la curación sólo es completa cuando resulta de la intervención humana y divina; cuando es corporal y espiritual”.<sup>58</sup>

En la historia de la salud, el cuidado se encuentra ligado a la mujer, quien se encarga de mantener el cuidado de la casa y de la salud de la familia y a la que, por tradición, las comadronas o parteras han estado ligadas para el cuidado de la parturienta debido a que, desde el nacimiento, el cuidado existe y es necesario ocuparse de la persona para que pueda persistir.

El cuidado se circunscribe a dos orientaciones que lo separan: 1) El bien, considerado como la salud, que mantiene la vida, el bienestar y la sensación placentera de disfrutar; el cuidado considera todo lo que necesitan las funciones vitales; 2) El mal que aparece, desde el punto de vista de la dialéctica, en la enfermedad y que genera alteraciones, malestar y perturba los procesos del cuerpo.

Desde la visión anterior, el cuidado se organiza en función de las necesidades humanas indispensables para la vida, la generación y mantenimiento de las formas de alimentarse, vestirse, dormir, lugar en donde vivir, las prácticas sexuales, entre otras, que van haciendo una costumbre las formas de cuidarse. Las prácticas y los hábitos para cuidarse parten de la forma social y cultural de las personas y se perpetúan mediante la forma en cómo se realizan dichas prácticas basadas en la orientación de los cuidados que contribuyen a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida.

A partir de esta noción de cuidado, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en 1977, estable que el cuidado es el objetivo de estudio de enfermería y el eje del desempeño profesional, que se refleja en la mayor parte de las funciones que realiza; por otra parte, reconoce que el cuidado es sólo uno y lo que cambia es el abordaje para cada situación específica, por lo que es necesario que sus investigaciones se centren en el cuidado, como objeto de estudio, a fin de entender y clarificar los conocimientos, habilidades, ética y estética, elementos considerados necesarios para que se dé el cuidado.<sup>59</sup>

Dicha reflexión toma fuerza en la década de 1980, cuando la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, inicia los estudios sobre la identidad y el impacto de la práctica de enfermería, partiendo del análisis crítico y permanente de la conceptualización del cuidado, cuyo fin fue reforzar la actitud teórica y reflexiva del ser y el hacer del profesional. El cuidado se convirtió en el eje central de la reflexión y sus investigaciones llevaron a los siguientes cuestionamientos: ¿Qué es cuidar? ¿Cómo cuidar? ¿Qué afecta el cuidado de enfermería? ¿Cuáles son sus dimensiones? Estas preguntas involucraban las tendencias internacionales de enfermería que cuestionaban el cuidado, y demostraron que existía un distanciamiento entre los aspectos teóricos que utilizaba la enfermería y el mundo de la práctica, destacando la importancia de redimensionar el cuidado desde la perspectiva del rol y las crecientes demandas de salud. Concluyeron que

la enfermería debía trabajar y construir el cuidado como objeto de estudio, reorganizando los servicios de salud y anticipándose a los avances científicos y tecnológicos que imponen un nuevo estilo de práctica en los profesionales.<sup>60</sup>

Ante tales cuestionamientos y tendencias internacionales sobre el cuidado, Watson, Burckhardt, Brown y colaboradores, en 1988, describieron cinco categorías de cuidado de enfermería; dos de ellas se relacionaban con el afecto, pues consistían en tratar al individuo como persona para demostrar empatía, mientras que las otras categorías se relacionaban con las responsabilidades éticas y sociales, tanto para los individuos que cuidan como para la sociedad en general, y con la unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas. Watson establece el cuidado como un acto que trasciende más allá de una acción o actividad y que tiene consecuencias sobre la civilización humana e impacta en su progreso.<sup>61</sup>

Respecto del impacto que tiene el cuidado de enfermería, Darle Forest, en 1989, afirmó que cuidar es primero una experiencia mental y emocional que emerge de sentimientos profundos,<sup>62</sup> concepción que toma fuerza con las aportaciones de María José Torralba, en 1999, quien plantea que la práctica de enfermería implica una actitud empática que predispone al profesional a captar los sentimientos como deseos, intereses y necesidades de las personas que cuida. Este mismo autor propone una aproximación a los fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería y establece que, para abordar el cuidado como objeto de estudio, es necesario resolver algunas cuestiones de orden epistemológico y metodológico que den sustento a postulados históricos, antropológicos y filosóficos, enfatizando que para sustentar el objetivo científico de la enfermería es necesario considerar un proceso explicativo que dé cuenta tanto de su razón de ser contextual como de su razón de ser sustantivo; sugiere que para dar respuestas y explicación a la función de enfermería es necesario realizar estudios que lleven a la profundización y reflexión de las relaciones hombre-sociedad-cuidados humanos para precisar adecuadamente cuál y en qué consiste su naturaleza.<sup>63</sup>

Para la adecuada interpretación de la naturaleza del cuidado, Fawcett plantea que los modelos o teorías de cuidado explican el cómo y el porqué de la enfermería. El conjunto de esos modelos constituyen su marco teórico y ayudan a comprender la acción de enfermería que es cuidar la vida, la salud de la comunidad y la importancia de aplicarlos en la educación y en la investigación.<sup>63</sup>

María Consuelo Castrillón, en la dimensión social de la práctica de enfermería, hace reflexiones sobre la especificidad del saber y del hacer de la enfermera, su relación con la salud, así como la práctica en sus dimensiones individuales y colectivas. Los resultados de estudios realizados por el grupo de conceptualización de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Bogotá resaltan la importancia de investigar sobre el cuidado de enfermería desde las dimensiones humana y social, estableciendo el cuidado humano en la relación estrecha de enfermería-paciente; estos estudios sirvieron de puente entre lo que hace la enfermería y el ser de la profesión en el contexto actual.<sup>64</sup>

Para 1989, Meleis establece que los cuidados se ejercen con y a través de las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, en las que el cuidado de la persona es el centro del estudio. Esta idea es respaldada por Susan Kéroutac, quien señala que el cuidado de enfermería está dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Sobre esas experiencias de salud, Barrera y Miranda, en el año 2000, destacan la participación del paciente en su cuidado, lo cual humaniza la práctica de enfermería porque permite conocer al paciente como una persona con derechos y obligaciones del sector de la salud, de ahí que la enfermería comprenda la reorientación del cuidado que proporciona para tomar decisiones en los procedimientos y tratamientos que debe ejecutar en cada uno de los pacientes.<sup>65</sup>

Para que esta práctica de cuidado se dé, el Colegio de Enfermeras de Chile publicó, en el 2002, que es necesario entender que el objetivo de enfermería es el cuidado (a lo que llamaron la ciencia y el arte del

cuidado) y que la enfermería debe realizar el acto de cuidar, considerándolo como propio de la naturaleza humana.<sup>66</sup>

Lo anterior se contrapone con la reflexión de Daza y Medina, quienes enfatizan que la enfermería se encuentra desligada de sus raíces y que aún no ha sido capaz de consolidar su labor y conocer los efectos socioeconómicos de su trabajo, por lo tanto, le corresponde reconstruir la práctica del cuidado humano para restablecer la propiedad de la profesión.<sup>67</sup>

Para reconstruir la práctica del cuidado humano, Aimar, en su ensayo sobre las tendencias y perspectivas de la ciencia de enfermería de 2006, hace una reflexión sobre la construcción del conocimiento enfermero en torno al cuidado de la salud humana, reconociéndolo como su objetivo de estudio, y definió a la enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana. Afirma en el mismo documento que los supuestos son incipientes, por tanto, plantea la urgencia de desarrollar paradigmas interpretativos y analíticos de los fenómenos sobre los que se establecieron los cuidados de enfermería. María Consuelo Castrillón reafirma el análisis propuesto por Aimar, señalando que el cambio de la práctica de enfermería radica en la riqueza del saber propio de la disciplina, a través de la articulación de investigaciones teóricas que reorienten el cuidado al estudiar a los cuidadores y la práctica fundamentada en evidencias.<sup>68</sup>

Para Durán de Villalobos, el crecimiento del saber propio de la disciplina radica en el desarrollo de teorías que den sustento al conocimiento apoyadas en la naturaleza humana, que permita servir de base de la práctica fundamentada y autónoma, mediante un pensamiento reflexivo como herramienta básica para la construcción del objeto disciplinar, desarrollar investigaciones teóricas que permitan debatir, crear y transformar los conocimientos y paradigmas que existen en torno a lo que es y lo que hace la enfermería; redimensionar el núcleo que la identifica, que es el cuidado de la experiencia de la salud humana.<sup>69</sup>

En México, las reflexiones críticas sobre el conocimiento y la conceptualización del cuidado se conforman por reportes técnicos, tesis de

estudiantes, memorias de congresos, entre otros, y por los de la literatura convencional la cual es escasa y está atendida por libros y revistas. Al respecto, Cárdenas expone que la enfermería se dedica a la atención directa de los pacientes y que el cuidado no lo puede realizar otro profesional, plantea también que las enfermeras reconocen que los médicos deben prescribir los tratamientos terapéuticos y ellas dedicarse a los cuidados directos de los pacientes.<sup>70</sup>

A pesar de estas afirmaciones, en la actualidad, el paradigma está en crisis debido a que ha sido rebasado para resolver los problemas del cuidado, siendo necesario dar acceso a un nuevo paradigma conceptual, teórico y metodológico, con un fundamento epistemológico que incorpore nuevos conocimientos generados a partir de teorías y modelos de enfermería. La actividad disciplinaria desemboca en una formulación y reformulación incesante del actual cuerpo de conocimientos sobre la materia para caracterizar la naturaleza de la disciplina y distinguirla de otras, llevando a la concepción de la ciencia de la enfermería.<sup>71</sup>

La naturaleza del cuidado incluye también la creación de instrumentos que permitan evaluar, de manera sistemática, la experiencia en la relación entre el paciente y la enfermería, la experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario) que conlleve el análisis reflexivo de los objetivos de salud y su elaboración junto con el paciente y la familia, por lo que la enfermería debe realizar el diagnóstico que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que generalmente están guiadas por los principios inherentes al cuidado, el cual, desde la práctica de enfermería, se trata de la colaboración interdisciplinaria para facilitar el desarrollo de conocimientos y la formación de futuros recursos humanos de enfermería.<sup>72</sup>

La colaboración interdisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados, donde la identificación del personal de enfermería experto y las consultas entre colegas así como los conocimientos compartidos refuercen el potencial y la

competencia del grupo profesional, donde el punto de inicio de esta colaboración sea el autoreconocimiento para enriquecer de manera constante los conocimientos y habilidades disciplinares.

Con base en lo anterior, la enfermería ha logrado clarificar su campo de conocimiento y su objeto de estudio distinguiéndose como una disciplina científica que empieza a generar evidencias del arte y la ciencia de la enfermería profesional y de contribución a la salud de la población. Sin embargo, es necesario identificar que la enfermería se encuentra inmersa en un proceso de transformación de los servicios y sistemas de salud que pone en riesgo la noción del cuidado, la esencia de la enfermería profesional y su identidad.

## SIGNIFICADO DEL CUIDADO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA UAM-X

Como se ha señalado previamente, la construcción y el desarrollo epistemológico del cuidado de enfermería tiene diferentes abordajes filosóficos que están inscritos en distintas posturas teóricas y que quedan acuñadas en los conceptos centrales del metaparadigma de enfermería. Por lo tanto, el significado y la posición sobre los saberes del ser, deber y hacer de la disciplina, que proyecta la Licenciatura en Enfermería de la UAM-Xochimilco, tiene como base el compromiso de atender las necesidades de salud de la población, con conocimiento científico y ético, además de una profunda vocación de servicio.

Para orientar el significado se debe partir de la realidad y de su referente práctico, ya que toda práctica por muy empírica y mítica que parezca no está alejada de la reflexión teórica, también es, ineludiblemente, una aproximación mediada por los conceptos. En otras palabras, no existe ninguna teoría sin práctica, y ninguna práctica sin teoría.<sup>73</sup>

Este postulado se refiere a la dialéctica entre la práctica y la teoría, en la cual se considera a la enfermería como una interacción social y como un acto cultural que se define y redefine en la práctica cotidiana. El acontecer profesional es entonces la manera sistemática y disciplinada como uno de los interactuantes asume y refiere su participación. La consecuencia inmediata de este planteamiento no es otra que la indisoluble relación entre la teoría y la práctica, lo que obliga a señalar los elementos fundamentales de dicha unidad.

De aquí que, cuando se asume la tarea de pensar un currículo para una disciplina, se debe relacionar con una adecuada develación crítica de los intereses que subyacen a los proyectos institucionales y, por ende, a los fines y las metas que se pretende alcanzar, tratando de eliminar estructuras curriculares excluyentes, y que permitan ver las diferentes opciones de pensar en el quehacer de la enfermería. Este es el principio básico en la construcción de una disciplina crítica,<sup>74</sup> el que permite formular el concepto sobre lo que se llama el “cuidado humano”, entendido como el objeto de estudio de la enfermería.

Para definir el cuidado humano, desde la perspectiva de la UAM-X, lo primero por hacer es establecer un consenso sobre el concepto desde sus alcances y limitaciones, que permita resignificar el metaparadigma de enfermería dentro de la disciplina. Para ello se utilizan estatutos teóricos existentes o en proyección que refieren clasificaciones conceptuales o qué tipo de teorías sustentan la construcción conceptual del término, esto implica un trabajo riguroso que lleva a la transversalidad de la currícula, en donde se supera la secuencia ordenada de los contenidos formativos y se relaciona con la consistencia de los procesos de enseñanza-aprendizaje.<sup>75</sup>

En referencia a lo expresado, es necesario asumir otras responsabilidades tales como entender que una de las tareas centrales de la formación de profesionales de la enfermería es develar críticamente esa positivización instrumentalizada de la práctica, no de manera ingenua, negando los procedimientos positivos propios de ciertas actuaciones clínicas, sino despojándolos de su pretensión última como único criterio de certeza y verdad.

Desarrollar la tarea de resignificar su objetivo y su método es darle condiciones de significado en su relación con el contexto y consigo misma e implica un ejercicio creativo en la enseñanza, se trata de asumir las múltiples significaciones que pueden ser asignadas a un mismo hecho e intercambiarlas cultural y comunicativamente con los otros.

El cuidado no se reduce a las prácticas hegemónicas, higiénico-sanitarias, nutricionales y médicas que por tradición constituyen el

conocimiento médico-científico acumulado; su significado abarca al hombre social, cultural, diverso y con una naturaleza propia. A la vez, demarca claramente la inadecuación esencial del conocimiento de la enfermería para acceder a la totalidad de los eventos y las condiciones con quien interactúa. Es algo que debe prevalecer en la formación disciplinar.<sup>76</sup>

En cuanto a la práctica profesional busca, además de aportar conocimiento, intercambiar formas de pensar el problema, en un diálogo de saberes mutuamente enriquecedor. Esto constituye un elemento esencial en la formación del profesional de enfermería quien, a través del discurso y de la acción política, toma de decisiones en el acto de cuidar, contemplando dos aspectos centrales:

1. Cuando se hace referencia a la unidad entre la teoría y la práctica y la superación del dualismo entre el conocimiento científico y la razón práctica, no se está planteando un problema para la filosofía, sino una tarea para la necesaria reflexión epistemológica de la enfermería desde la enfermería. Al ser capaces de integrar esta dinámica en y a partir del contexto histórico y cultural en que se inscribe, la enfermería es y será fundamentalmente una enfermería crítica, en el más puro sentido de la palabra.
2. La enfermería es una práctica profesional capaz de, en su propio acontecer, anhelarse, criticarse y superarse; es saberse absolutamente definida en la historia y, por lo tanto, puede transformarse en ella. Saber cuáles son sus alcances y sus limitaciones, y cuáles son los límites de su naturaleza y de su legitimidad.<sup>77</sup>



## EL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA. UNA VISIÓN DESDE LA UAM-X

Es importante destacar que el metaparadigma de enfermería incluye cuatro conceptos centrales que definen a la disciplina actualmente: la persona, el entorno, la salud y el cuidado (enfermería), y cada uno de éstos se describe implícita o explícitamente en las diferentes fuentes teóricas disciplinares, en las que se incluyen filosofías, modelos o teorías. Las definiciones conceptuales son distintas dependiendo el autor, de acuerdo con su contexto histórico y referente. Desde la UAM-Xochimilco,<sup>78</sup> se analizan y se integran las diferentes perspectivas sin hacer una declaratoria conceptual basada en una sola fuente teórica, para permitir la inclusión ante la diversidad del pensamiento de enfermería.

La persona se conceptualiza como un ser biopsicosocial y espiritual, con potencialidades y debilidades que lo identifican como ser unitario y trascendente. La persona es el eje central del acto de cuidar, desde la perspectiva individual y en colectivo.

La integración del plan de estudios toma como eje vertical el crecimiento y desarrollo del individuo, y como eje transversal el ciclo de vida. En cada módulo se retoma un objeto de transformación atendiendo a un grupo de edad específico, considerando la persona como un ser biopsicosocial y espiritual. Se considera que para que la persona alcance su estado de equilibrio ideal deben encontrarse en armonía o estado de homeostasis; es así que en cada módulo se sistematiza el proceso enseñanza-aprendizaje a partir del conocimiento del estado considerado normal de la persona para poder diagnosticar procesos de enfermedad.

El entorno se define como el ambiente externo que influye en la incorporación de la persona en el medio ambiente físico, social y cultural en el cual se desarrolla y que influye en sus componentes de persona.

A partir de que el alumno ingresa a la licenciatura, durante el desarrollo de los primeros módulos, adquiere conocimientos que le permiten comprender el cuidado de la vida como producto de una serie de interacciones sociales y culturales, que no se dan de forma aislada y que se encuentran en un proceso dinámico de transformación.

La salud se refiere a un continuo en el estado de la persona que varía desde el bienestar hasta el proceso de una enfermedad. La salud y el cuidado son elementos dialécticamente complementarios que forman procesos dinámicos complejos, ya que en toda persona hay una construcción biológica, psicológica y social que influye en la respuesta humana.

Y como último elemento, el cuidado, entendido como el núcleo disciplinar y objeto de estudio de la enfermería, en el que se vierten los saberes profesionales armonizados desde la ética, la ciencia y el arte.

En este contexto, se afirma que la enfermería es una disciplina y una profesión. Como disciplina, su objeto de estudio es el cuidado; como profesión contribuye a la conservación, mantenimiento y restauración de la salud de las personas, mediante la aplicación de diferentes métodos y técnicas que la ciencia ha creado para solucionar problemas de salud determinados, en forma inter y multidisciplinaria, aplicando medidas diagnósticas, educativas, terapéuticas, administrativas y de investigación desde distintos roles: como proveedor de cuidados, educador y administrador.

Para su operación, se vale del método de enfermería que permite configurar un espacio donde se relacionan los horizontes de conocimiento disciplinar de la práctica profesional. La Licenciatura en Enfermería, desde su creación, ha considerado estos conceptos de forma definida, basándose en una didáctica crítica, creadora y abierta al cambio.

El plan de estudios aborda el cuidado como objeto de estudio a lo largo de toda la licenciatura, considerándolo inmersa en un proceso

dialéctico, en el que el alumno de enfermería tiene una forma de actuar fundamental para su conservación a través de acciones de prevención y de promoción, que se encuentran ubicadas a partir del cuarto módulo de la licenciatura y son abordados por grupos de edad, desde el recién nacido hasta el anciano. A su vez, se detectan problemas de salud a través de la investigación en el área comunitaria y hospitalaria, proponiendo y realizando programas de intervención que coadyuven o solucionen los problemas detectados.

El cuidado es una concepción general sobre la preservación de la vida humana en sus diferentes etapas y ciclos vitales, en sus posibilidades de continuidad y en sus problemas históricos y contemporáneos. Tiene dos dimensiones: como objeto de estudio que implica diferentes niveles de análisis (teórico disciplinar, metodológico, técnico, ético, jurídico, político e histórico), y como práctica profesional en la aplicación de los conocimientos, métodos, procedimientos y técnicas de cuidado de enfermería en los diferentes niveles de atención.

El cuidado también abarca de manera específica las perspectivas, reflexiones investigaciones y acciones sobre el continuo salud-enfermedad que se han desarrollado desde el ámbito profesional de enfermería. Por tradición, se define como la esencia de la enfermería y el enfoque que unifica la práctica, diferenciándola de otras profesiones.

El plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la UAM-X contempla el cuidado como quehacer fundamental de esta disciplina, profundizando en los aspectos de enfermería con bases científicas sólidas que le permitan al alumno desarrollar actividades basadas en la reflexión, el análisis y el conocimiento profundo que se reafirman en la práctica, durante la cual, el profesor que imparte la teoría da seguimiento a sus alumnos, con el apoyo de un asesor clínico que posee la experiencia práctica; en este binomio, ambos contribuyen a la reafirmación del conocimiento a través de acciones en la realidad concreta.

La enfermería, en su historia y en su práctica, ha desarrollado modelos de atención y conocimientos teóricos relativos a sus actividades específicas; junto a otros saberes del campo de la salud, estos modelos

y teorías orientan y legitiman el campo de la práctica específica de la profesión.

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería que sea aplicable a la práctica, útil en la enseñanza modular y pueda adaptarse para ser aceptado y puesto en práctica en la enfermería clínica, la licenciatura ha retomado el estudio de varios modelos considerando los puntos esenciales del marco psicopedagógico, así como aquellos que comprender mejor el cuidado de la vida.

Al alumno se le proporciona un conocimiento general sobre los modelos y las teorías que dan sustento teórico a la profesión, sin embargo, se considera que se debe estar abiertos a nuevas propuestas y poseer un pensamiento holístico que permita retomar las bondades de cada modelo y teoría de enfermería y que puedan ser aplicados en el cuidado en el transcurso vertical y horizontal del plan de estudios.

La licenciatura toma como principales instrumentos metodológicos los métodos científicos en sus diversas modalidades: el método clínico, el método epidemiológico y el método administrativo, entre otros. El método de enfermería es uno de los instrumentos que guía las acciones de enfermería en el cuidado, adaptando su estructura a las diferencias tanto de la teoría que lo fundamenta como de los recursos y necesidades institucionales. Es la herramienta teórico-metodológica en la que se incluyen las etapas secuenciales del proceso que permiten el alcance del objetivo para lo cual fue creado. El proceso de enfermería es entonces una serie de etapas organizadas en orden lógico para brindar el cuidado, y el estudio de éste consiste en incidir en cada una de estas etapas secuenciadas desde un enfoque metodológico.

Alfaro menciona que el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para ofrecer cuidados humanísticos orientados al logro de objetivos, que se centra en la calidad y en la eficiencia; las etapas del proceso son la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación.<sup>79</sup>

El método de enfermería no sólo concibe las etapas del proceso, incluye la óptica epistemológica y filosófica de quien lo aplica al hacer

uso de fuentes teóricas y diversas metodologías para su resolución en la práctica, aunado a un marco ético y legal (ver Figura 1).

**Figura 1. Método de enfermería**



Fuente: E. Rivas E. *Modelo Integrativo Metodológico para el Cuidado de Enfermería y Lenguaje Taxonómico, NANDA, NOC y NIC.*

La enseñanza del proceso de enfermería, desde la perspectiva de la UAM-X, no es sólo abordar contenidos teóricos dentro de clases derivadas de un plan de estudios a un proceso de enseñanza y aprendizaje en un escenario clínico y en orden lineal, sino que es necesario abordarlo con la intención de organizar la enseñanza del método, que a su vez permita a los estudiantes aproximarse a una resolución efectiva al brindar cuidados de enfermería a una persona, familia o comunidad que requieran atención profesional. Uno de los retos consiste en la aplicación del método dentro de la práctica, ya que al ser etapas dinámicas, el estudiante se enfrenta a la toma de decisiones que no guardan un sentido lógico aparente de acuerdo con las etapas del proceso de enfermería.

El proceso de enfermería se ha ido modificando a través del tiempo, incluyendo nuevos elementos que le permitan al profesional una actuación dirigida a homologar criterios como una parte fundamental del cui-

dato, y en beneficio de la persona susceptible al cuidado de enfermería, por lo que es necesario la creación de un modelo que permita integrar elementos teóricos y metodológicos que se adapten no sólo a la enseñanza formativa en el aula, sino que también permita proyectarla hacia una práctica clínica e implique cambiar la concepción del mismo proceso para romper la rigidez en la aplicación de las etapas, accediendo así a esa concepción dinámica que es característica en la atención de enfermería.

El modelo que se desarrolló, propuesto por Rivas, se denominó Modelo Integrativo Metodológico del Cuidado de Enfermería (MIMCE), el cual es el resultado de poner en práctica diversas formas para aproximarse a la enseñanza del método de enfermería e integra diversos aspectos teóricos y metodológicos en el escenario áulico y de práctica clínica (ver Figura 2).<sup>80</sup>

Figura 2. Modelo Integrativo Metodológico para el Cuidado en Enfermería (MIMCE)



Fuente: E. Rivas. *Modelo Integrativo Metodológico del Cuidado de Enfermería (MIMCE)*.

## ANTECEDENTES DEL DESARROLLO CURRICULAR

La conducción de todo proceso educativo exige la presencia de un referencial teórico que guíe y dé sustento al acto de la enseñanza y el aprendizaje. La Licenciatura en Enfermería de la UAM-X cuenta con un marco conceptual cuyos elementos epistemológicos se derivan de varias fuentes, los cuales ya han sido descritas y direccionan la integración del marco referencial con el Modelo Xochimilco.

El modelo plantea un proceso de trabajo académico que permite la organización e interacción del trabajo de los universitarios en el campo de la actividad científica, la reflexión humanística y cultural, considerando la diversidad inherente a una universidad plural. Así, sustenta sus decisiones en la reflexión permanente sobre la universidad, tarea que le permite planear las actividades institucionales y sus relaciones en una perspectiva innovadora.

El Modelo Xochimilco valora de manera especial el potencial del conocimiento para la acción transformadora del entorno, incidiendo en ella a través de la calidad de la creación científica, tecnológica y filosófica. La integración que se busca pretende la unidad de las ciencias y las humanidades, de la cultura general y la especialización, teoría y práctica, así como de las expresiones técnicas y artísticas.

La conducción del proceso académico, dentro de la UAM-X, se desarrolla bajo el Sistema Modular que, al ser concebido como un proceso permanente de investigación, introduce al alumno en la lógica del pensamiento científico, en general y en particular, como una actividad

esencial que está incorporada en el diseño y desarrollo curricular de los planes y programas de estudio.

El desarrollo curricular es de los aspectos más significativos en la Unidad Xochimilco, debido a que expresa las prioridades de la política universitaria en relación con campos de transformación asociados al ejercicio de las prácticas profesionales.<sup>81</sup>

Bajo esta perspectiva, el currículum se concibe como un elemento transformador y dinamizador de las prácticas sociales de las profesiones, no como un reflejo mecánico de éstas ni un campo reproductivo de las profesiones ya consolidadas, sino como la opción de influir en su organización y prácticas a través de la formación de un nuevo tipo de cuadros profesionales, así como la posibilidad de orientar la producción científica y tecnológica hacia los campos definidos como objetos de estudio y trabajo propios de las profesiones socialmente aceptadas y de aquellas otras que la universidad proponga.

El desarrollo curricular —como uno de los principales componentes de la planeación educativa— concibe el proceso de formación profesional como expresión articulada de la acción universitaria en el campo de la generación, transmisión y aplicación de conocimientos.

Para el proceso de la formación profesional, es necesaria la creación de troncos comunes como un mecanismo que permita capacitar al estudiante para el correcto manejo de las ideas y de las relaciones humanas, que le proporcione elementos de juicio para entender no sólo su profesión, sino también un enfoque transdisciplinario, el ámbito total en que ésta es ejercida y que le permite enfrentarse a la multiplicidad y a la complejidad creciente de problemas que caracterizan el ámbito de su actividad futura.

Los troncos comunes para la enseñanza, en el Sistema Modular, se basan en problemas de la realidad denominados objetos de transformación, los cuales implican cambiar el sistema clásico que plantea la impartición de asignaturas, y sustituirlas por sistemas integrados de unidades de enseñanza-aprendizaje denominados módulos, que adquieren dos dimensiones: una cognoscitiva basada en la teoría, y la otra

social que consiste en ubicar el papel que tiene la enseñanza en la sociedad.

La Licenciatura en Enfermería, de acuerdo al marco normativo, filosófico y pedagógico que sustenta la UAM-X, considera que sus objetivos curriculares deben contar con las siguientes características:

1. Formar profesionales de enfermería que respondan a las demandas de salud de la sociedad mexicana, a través de un ejercicio profesional crítico, reflexivo y con un alto sentido humano y ético.
2. Impulsar el desarrollo de la investigación en enfermería como una herramienta que permita el análisis reflexivo y crítico para brindar un cuidado de la vida integral, y para la generación de conocimientos y la explicación de los fenómenos sociales, técnicos y científicos que conlleva el ejercicio profesional en los diferentes escenarios.
3. Desarrollar conocimientos, actitudes y aptitudes que permitan la difusión, preservación y desarrollo de la cultura de la enfermería tanto en el marco nacional como internacional.
4. Contar con conocimientos sólidos en la disciplina de la enfermería, así como su relación con las ciencias sociales y ciencias exactas, que coadyuven a la adecuada interacción con los individuos sanos o enfermos en áreas asistenciales o comunidad para brindar una atención del cuidado humano.

## Descripción del plan de estudios

Los planes de estudios de Licenciatura en la UAM-X están organizados en módulos a través de unidades de enseñanza-aprendizaje, de un trimestre de duración, en las que se integran la generación de conocimientos (investigación), la transmisión (docencia) y la aplicación del conocimiento (servicio), tal y como lo señala el modelo educativo de la UAM-X.

Cada módulo está estructurado con base en un objeto de transformación, considerando éste como un problema de la práctica profesional. Se considera que dicha problemática es relevante para la formación del estudiante ya que, a través del análisis y la búsqueda de respuesta a ese problema, podrá construir los conocimientos y las habilidades para el futuro ejercicio de su profesión.

Por lo tanto, no existe separación de materias básicas y clínicas, ambas están integradas en cada uno de los módulos. La investigación es el mecanismo del proceso de enseñanza-aprendizaje que permite la vinculación de la teoría con la práctica, lo cual implica la participación activa del sujeto (estudiante) en su propio proceso de aprendizaje. Esto ubica al estudiante como artífice de su propia formación en un ambiente que le permite su desarrollo como participante crítico, creativo, activo y propositivo, considerando además el aprendizaje grupal como principio para el trabajo cotidiano en los diferentes espacios de aprendizaje.

## El plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería

El plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la UAM-X está integrado por doce trimestres y en cada uno de ellos se imparte un módulo. La duración de la licenciatura es de cuatro años, más un año de servicio social. Tiene un valor curricular de 534 créditos, éstos se cuantifican de acuerdo a la Legislación Universitaria, tal y como se especifican a continuación:<sup>82</sup>

### Título quinto de los planes y programas de estudio

Artículo 35: Los planes y programas de estudio tendrán un número de créditos de 410 como mínimo y 615 como máximo, sobre la base de trimestres lectivos.

Artículo 43: Crédito es la unidad de valor correspondiente al trabajo académico que debe realizar un alumno en una hora a la semana durante un trimestre lec-

tivo de once semanas de clase. Los créditos se expresarán siempre en números enteros.

Para el caso de estudios de licenciatura, por cada hora de teoría a la semana durante un trimestre lectivo se asignarán dos créditos; mientras que por cada hora de laboratorio, taller práctica a la semana durante un trimestre lectivo se asignará un crédito. En unidades de enseñanza-aprendizaje teórico-prácticas los créditos correspondientes se definirán de acuerdo con el criterio del primer párrafo.

La modalidad en que se imparte el plan de estudios de Enfermería es presencial, de tiempo completo, cada módulo se divide en aspectos teóricos y prácticos, a los cuales se les ha designado un valor en créditos. Existe un docente responsable en cada módulo y se cuenta además con maestros que ofrecen apoyo en determinadas áreas del conocimiento a través de seminarios, talleres, entre otros. Otra de las modalidades es la derivada de la propia concepción del modelo educativo de la UAM, en la que se integra la docencia, la investigación y el servicio, de tal forma que en cada trimestre se debe presentar un trabajo de investigación, el cual es de creciente complejidad dependiendo del módulo en el que se encuentra el alumno.

Los contenidos señalados en el plan de estudios responden a los objetivos curriculares. En su construcción se guarda congruencia lógica con los ejes verticales y horizontales, tomando para ello el ciclo vital y productivo del hombre y el cuidado de la vida como tales. En la construcción del plan de estudios se consideró, desde el inicio, el tipo de egresado que se deseaba para cada una de las unidades de enseñanza-aprendizaje, y a partir de este perfil se construyeron todos los programas que integran el plan de estudios.

Para guardar congruencia e integración dentro del plan de estudios, se definió la razón de ser de la licenciatura, hacia donde se pretende ir, así como lo que pretende alcanzar con los recursos y medios con los que se cuenta, lo cual permite direccionar el programa educativo a través de las siguientes acciones:

- Se fomentará la cultura de la evaluación académica que fortalezca el proceso de enseñanza-aprendizaje garantizando una eficiencia terminal.
- El programa educativo de la Licenciatura en Enfermería deberá ser acreditado y re-acreditado, cuando sea el momento, por los organismos reconocidos a nivel nacional, con apego a la autonomía, identidad y proyecto universitario.
- La Licenciatura en Enfermería estimulará el trabajo colegiado permanente de sus docentes, mediante el análisis, la discusión y planeación de investigaciones de las ciencias de la enfermería. Así como con la certificación respectiva.
- Se establecerá una eficiente vinculación entre la docencia y el servicio considerando los objetos de transformación, propiciando la investigación formativa como eje de la operación modular, y se participará en la evaluación y apertura de convenios con instituciones externas que fomenten la conformación de redes de colaboración interinstitucional para el desarrollo de la investigación que enriquezcan las prácticas profesionales de los alumnos durante su formación.

### La Licenciatura en Enfermería tiene por misión:

Formar profesionales de la Enfermería con una sólida base científica, humanística y técnica, con una actitud crítica y un claro compromiso social, mediante el desarrollo de la investigación y del trabajo académico, enriquecidas con las aportaciones de la epistemología, la pedagogía y las tecnologías de vanguardia.<sup>83</sup>

### La visión de la Licenciatura en Enfermería es:

Mantener una posición de vanguardia educativa para la formación de enfermeras(os), centrada en el Modelo Xochimilco, para atender las necesidades de salud de la sociedad por medio de una práctica profesional con sustento en sólidos conocimientos científicos y éticos con valores, así como una profunda vocación de servicio.

### El objetivo general es:

Formar profesionales con actitud crítica y científica en los problemas de salud, con una concepción interdisciplinaria y multidisciplinaria para brindar cuidados de enfermería a nivel individual y colectivo con énfasis en la salud más que en la enfermedad, considerando el contexto histórico, social, económico, cultural y político del país.

### El perfil de ingreso:

El aspirante de la licenciatura requiere de conocimientos y habilidades de razonamiento en el área del conocimiento de ciencias biológicas y de la salud, con sentido de responsabilidad, colaboración e interés por el cuidado de enfermería, con un carácter empático de tolerancia y equidad.

### Perfil de egreso:

La egresada o el egresado será capaz de actuar en los diferentes escenarios: educativos, de investigación, servicio, preservación y difusión de la cultura, consciente de los problemas sociales y profesionales para garantizar un cuidado de enfermería de calidad, con una actitud crítica en coparticipación con el equipo multidisciplinario que permita mejorar las condiciones de salud, servicio y bienestar social.

El egresado integrará las áreas del conocimiento que le permitan modificar su estructura interna para realizar una práctica profesional innovadora, es decir, será un egresado con un amplio sentido humanista que pueda dirigir sus acciones con un alto compromiso ético para proporcionar una atención integral al individuo.

### Funciones sociales:

Analiza las políticas generales de salud vigentes para aplicarlas en su ámbito laboral en los tres niveles de atención basados en una realidad socio-histórica, política y económica congruente a la que pertenece el individuo, la familia y la comunidad.

### Funciones educativas:

Aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la difusión y preservación de los conocimientos para la prevención y conservación de la salud en los tres niveles de atención actuando a nivel individual, familiar y colectivo.

Desarrollar programas de educación para la salud, orientados principalmente a la promoción y prevención de la salud del individuo, familia y comunidad.

Fungir como profesor colaborador o asesor personal del sector salud y educativo.

### Funciones de servicio:

Contar con conocimientos que le permitan interactuar con los seres humanos para establecer cuidados profesionales de enfermería.

Habilidad para detectar oportunamente las necesidades o problemas reales y potenciales del paciente, proporcionando desde un rol suplementario o complementario el cuidado de enfermería.

Integrar en su práctica profesional el perfil epidemiológico del país para la mayor comprensión del proceso salud-enfermedad.

Capacidad de trabajar en forma independiente e interdisciplinaria en actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del individuo que lo requiera.

Habilidad para detectar, analizar y delimitar los problemas o necesidades de salud de los individuos, teniendo como base conocimientos científico-técnicos.

Capacidad de insertarse en todo campo laboral, con apertura a los cambios tecnológicos.

### Funciones de investigación:

Contar con los conocimientos necesarios para integrarse a la investigación en los tres niveles de atención a la salud.

Realizar investigaciones aplicando las teorías y metodologías de la disciplina, para mejorar la calidad del cuidado profesional en los diferentes escenarios laborales.

### Funciones administrativas:

Aplicar el proceso de gestión para optimizar la atención de Enfermería.

Participar en la elaboración de instrumentos de evaluación para el personal de Enfermería.

### Funciones de difusión y preservación de la cultura:

Presentar trabajos de investigación sobre el saber y quehacer en la enfermería.

Implementar programas de promoción a la salud respetando e integrando las tradiciones y costumbres de la comunidad.

### Actitudes:

Disposición en la colaboración interdisciplinaria.

Empatía del saber hacer y el saber estar en la prestación de sus servicios.

Interés por el crecimiento profesional y científico de su ejercicio.

Sensibilidad y respeto a la diversidad social.

Innovación en el área de investigación.

### *Organización y estructura de los contenidos*

La organización y estructura de los contenidos responde al modelo educativo que caracteriza a la UAM y se da de la siguiente manera.

En el Tronco Interdivisional, que dura un trimestre y donde convergen alumnos de todas las disciplinas que ofrece la UAM, los contenidos versan sobre la introducción a la universidad, la construcción del quehacer científico, la diferencia entre ciencia y sentido común y el abordaje interdisciplinario de problemas y la función del estudiante universitario.

En el Tronco Divisional, que comprende dos módulos y en el que participan alumnos con disciplinas de Ciencias Básicas y de la Salud, los contenidos están enfocados a los procesos biológicos necesarios para conocer al ser humano, enfatizando los procesos biológicos y su relación con el medio ambiente, en éstos se destacan conocimientos de ciencias básicas utilizando como estrategia pedagógica el método experimental.

El Tronco Profesional comprende nueve módulos; éstos se dividen en fases y los contenidos están organizados y estructurados con base en el ciclo vital y productivo del hombre, cuyo propósito es el cuidado de la vida. Inicia con el hombre adulto sano, su relación con el entorno para dar entrada a la reproducción humana. Continúa con el estudio del niño y del adolescente para valorar nuevamente al hombre adulto en su actividad productiva y, finalmente, llegar a la administración y formación de recursos humanos donde se enfatiza la administración del cuidado de la vida y los aspectos educativos.

Cada una de las fases y de los módulos se detalla de la siguiente manera:

- I. Trimestre: Módulo: conocimiento y sociedad (Tronco Interdivisional)
- II. Trimestre: Módulo: procesos celulares fundamentales (Tronco Divisional)
- III. Trimestre: Módulo: energía y consumo de sustancias fundamentales (Tronco Divisional)

Para el primer trimestre, el objetivo es que el alumno desarrolle las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción creativa y de interdisciplinariedad de los fenómenos a través del manejo científico, que sirva como fundamento para su práctica profesional.

El segundo y tercer trimestres corresponden al Tronco Divisional y tienen como objetivos que el alumno consolide las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción científica, creativa y de interdisciplinariedad, mediante la identificación y estudio de problemas relacionados con los procesos biológicos fundamentales que rigen las interrelaciones de los seres vivos y su medio ambiente, enfatizando el proceso salud-enfermedad en el contexto social vigente. También se introduce al alumno a la metodología que siguen las ciencias biológicas.

El Tronco Básico Profesional está estructurado bajo dos ejes curriculares que son el cuidado de enfermería y el ciclo de vida, mismos que atraviesan de forma vertical y horizontal el plan de estudios. Existe seriación entre etapas y los módulos de una misma etapa.

### Etapa 1. Cuidado de enfermería

Objetivo: El estudio del cuidado como la esencia fundamental de la disciplina de Enfermería.

- IV Trimestre: Cuidado de la salud.
- V Trimestre: Cuidado en la salud comunitaria.
- VI Trimestre: Cuidado en la clínica.

### Etapa 2. Cuidado de enfermería en el ciclo de vida

Objetivo: El cuidado de enfermería durante el ciclo de vida considerando las bases biológicas y su contexto económico-social.

- VII Trimestre: Cuidado de enfermería en la sexualidad y reproducción.

- VIII Trimestre: Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del recién nacido, lactante y preescolar.
- IX Trimestre: Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente.
- X Trimestre: Cuidado de enfermería del adulto con trastornos médico-quirúrgicos.
- XI Trimestre: Cuidado de enfermería del adulto mayor en la comunidad.

Etapa 3. Gestión y cuidado de enfermería en los servicios de salud

Objetivo: Integrar la gestión del cuidado como un proceso heurístico.

- XII Trimestre: Gestión y cuidado de enfermería.

#### *Organización académica*

La relación existente entre los contenidos del plan de estudios es de 54% para la teoría y 46% para la práctica (Cuadro 1). Existe una relación entre las actividades teóricas, prácticas, las de laboratorio y de los talleres con los objetivos de los módulos. Para la realización de las prácticas simuladas disciplinares se cuenta con un laboratorio de enfermería en el cual se desarrollan los procedimientos específicos y generales clínicos hospitalarios, y otro donde se desarrollan procedimientos y técnicas quirúrgicas de enfermería. Las actividades desarrolladas en los diferentes laboratorios responden al objetivo de cada módulo.

Existe el criterio de seriación, el cual se encuentra contemplado en la Legislación Universitaria donde se señala que el alumno, para pasar al módulo inmediato superior, debe cursar y aprobar en 100% el módulo inmediato inferior.

**Cuadro 1. Distribución de horas, teoría-práctica y créditos por módulo de la Licenciatura en Enfermería**

Estructura	Trimestre	Unidades de enseñanza-aprendizaje	Créditos	Horas		Total	
				Teoría	Práctica		
Tronco general Primer subnivel: Tronco Interdivisional	I	Conocimiento y sociedad	28	12	4	16	
	II	Procesos celulares fundamentales	42	15	12	27	
		Energía y consumo de sustancias fundamentales					
	Tronco Divisional	III		42	15	12	27
		IV	Cuidado de la salud	44	15	14	29
			Cuidado en la salud comunitaria				
	V		44	15	14	29	
Segundo nivel: Tronco Básico Profesional	VI	Cuidado en la clínica	47	15	17	32	
	VII	Cuidado de enfermería en la sexualidad y reproducción	48	16	16	32	

Estructura	Trimestre	Unidades de enseñanza-aprendizaje	Créditos		Horas	
			Teoría	Práctica	Teoría	Total
	VIII	Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del recién nacido, lactante y preescolar	50	14	22	36
	IX	Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente	42	16	18	34
	X	Cuidado de enfermería del adulto con trastornos médicos-quirúrgicos	50	16	18	34
	XI	Cuidado de enfermería del adulto mayor en la comunidad	55	21	13	34
	XII	Gestión y cuidado de enfermería	42	13	16	29
	Etapa: Gestión		<b>534</b>	<b>183</b>	<b>176</b>	<b>359</b>

En el diseño del plan de estudios se consideraron áreas de enfermería, biomédicas, metodológicas e instrumentales, psicosociales y formativas, que se encuentran integradas en cada uno de los programas (Cuadro 2) y respetando los ejes verticales y horizontales del plan. En cada módulo se especifica el objeto de transformación de donde se deriva el problema a investigar y los elementos teórico-metodológicos que se requieren para el cuidado de la vida.

En cada módulo también se ofrecen postulados en el área cognoscitiva así como en el desarrollo de habilidades y destrezas que contribuyen en la formación integral con valores que son pilares de la educación. Los aspectos de bioética se integran a través de talleres que procuran el fomento de valores y principios. Siendo la enfermería una profesión eminentemente humana, no se pueden soslayar estos aspectos que forman parte integral de los futuros profesionales.

**Cuadro 2. Equivalencia entre los módulos y los contenidos de los planes regulares que siguen el modelo curricular de materias**

Tronco	Trim.	Módulo	Unidad Modular	Contenidos académicos
Interdivisional	I	Conocimiento y sociedad	El conocimiento	· Método científico
			El conocimiento al final del siglo	· Materialismo histórico
			La universidad en la modernidad	· Estadística
			Bases conceptuales del Sistema Modular	· Técnicas didácticas · Economía · Sociología
Común Divisional	II	Procesos celulares fundamentales	La sociedad y la salud	· Bioquímica
			Procesos celulares	· Microbiología
			Inmunidad y diferenciación	· Laboratorio de microbiología
	III	Energía y consumo de sustancias fundamentales	Alimentación y nutrición	· Nutrición
			Aspectos bioquímicos de la utilización de los nutrientes	· Bioquímica
			Producción de los alimentos	· Laboratorio bioquímica · Epidemiología
Tronco Básico Profesional	IV	Cuidado de la salud	Desarrollo de acciones de enfermería en el área	· Farmacología
			Panorama sanitario en México	· Epidemiología
			El método epidemiológico y su aplicación en enfermería	· Anatomía
			Atención de enfermería mediante programas de educación para la salud	· Fisiología
			Ciencias básicas en la atención individual y colectiva de enfermería	· Fundamentos de enfermería · Teoría y método del cuidado · Salud pública · Psicología · Estadística · Investigación

Tronco	Trim.	Módulo	Unidad Modular	Contenidos académicos
Tronco Básico Profesional	V	Cuidado en la salud comunitaria	Desarrollo de acciones de enfermería en la comunitaria	· Epistemología
			Atención de enfermería en el primer nivel de atención	· Pedagogía
			El autocuidado de la salud	· Deontología y legislación
			La administración del trabajo en la comunidad	· Salud pública · Epidemiología · Medicina preventiva · Enfermería en salud pública · Didáctica · Investigación
Tronco Básico Profesional	VI	Cuidado en la clínica	Desarrollo de acciones de enfermería en el área clínica	· Teoría y método del cuidado
			Introducción a los métodos de diagnóstico y terapéuticos en enfermería	· Farmacología
			Fundamentos para el estudio del medio interno	· Epidemiología
			Las funciones fisiológicas normales y sus bases estructurales	· Anatomía
			Manifestaciones clínicas del desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base y el proceso de enfermería	· Fisiología
			Terapéutica medicamentosa	· Sociología · Antropología · Ecología · Investigación · Estadística

MARCO REFERENCIAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Tronco	Trim.	Módulo	Unidad Modular	Contenidos académicos
Tronco Básico Profesional	VII	Cuidado de enfermería en la sexualidad y reproducción	Desarrollo de acciones de enfermería en el área clínica obstétrica	· Genética
			Características del desarrollo de la población	· Enfermería materno-infantil
			Atención integral de la mujer durante el embarazo y parto	· Obstetricia
			La reproducción y la educación para la salud	· Psicología
			Atención de enfermería en problemas relacionados con la reproducción humana	· Estadística · Ginecología · Investigación · Farmacología · Dietología · Morfología · Fisiología
Tronco Básico Profesional	VIII	Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del recién nacido, lactante y preescolar	Técnicas básicas de enfermería en el manejo del infante y preescolar	· Nutrición
			Ubicación epidemiológica del grupo infantil	· Pediatría
			Crecimiento y desarrollo del recién nacido	· Enfermería pediátrica
			Crecimiento y desarrollo en el infante y preescolar	· Enfermería materno-infantil · Genética · Psicología · Epidemiología · Medicina preventiva · Farmacología

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO CURRICULAR

Tronco	Trim.	Módulo	Unidad Modular	Contenidos académicos
Tronco Básico Profesional	IX	Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente	Ubicación epidemiológica en el escolar y adolescente	· Dietología
			Crecimiento y desarrollo en el escolar y adolescente	· Pediatría
			Crecimiento y desarrollo del escolar	· Enfermería materno-infantil
			Crecimiento y desarrollo del adolescente	· Psicología
			Educación para la salud en este grupo etario	· Medicina preventiva · Sociología · Farmacología · Antropología
Tronco Básico Profesional	X	Cuidado de enfermería del adulto con trastornos médico-quirúrgicos	Desarrollo de acciones de enfermería en el área clínica	· Patología
			El cuidado de enfermería del adulto con necesidades médico-quirúrgicas	· Farmacología
			Proceso de salud-enfermedad del adulto	· Salud pública
			Prevención y rehabilitación	· Economía · Sociología · Psicología · Antropología · Epidemiología · Investigación · Fisiología · Comunicación · Bioestadística · Proceso de atención de enfermería · Proceso de salud enfermedad · Medicina preventiva · Nutrición · Enfermería médico-quirúrgica

Tronco	Trim.	Módulo	Unidad Modular	Contenidos académicos
Tronco Básico Profesional	XI	Cuidado de enfermería del adulto mayor en la comunidad	Los problemas de salud en el adulto mayor	· Enfermería gerontogeriatrica
			Atención de enfermería en la tercera edad	· Proceso de atención de enfermería
			Acciones de enfermería en la asistencia del adulto mayor	· Proceso de salud-enfermedad
			Promoción y prevención de la salud	· Medicina preventiva
			Atención de enfermería en el primer nivel de atención: el anciano en comunidad	· Nutrición
			Promoción del autocuidado de la salud	· Epidemiología · Investigación · Patología · Investigación · Economía
Tronco Básico Profesional	XII	Gestión y cuidado de enfermería	El proceso administrativo y la perspectiva de enfermería	· Administración de hospitales
			El proceso administrativo y la atención de enfermería	· Administración de servicios de enfermería
			El proceso administrativo y el servicio de enfermería	· Planeación de cursos de adiestramiento en servicio
			La formación de recursos humanos para la salud	· Investigación · Planificación · Epistemología · Pedagogía · Deontología y legislación · Salud pública · Didáctica · Investigación

### *Movilidad*

La Coordinación General de Vinculación y Desarrollo Institucional (CGvyDI) es la instancia universitaria encargada de establecer los me-

canismos de enlace y cooperación entre la UAM y los sectores educativo, productivo y social, incluyendo instituciones y centros de educación superior, empresas privadas, organismos públicos y organizaciones civiles que contribuyan a resolver los problemas nacionales.

Promueve la cooperación, el intercambio y la movilidad académicas con instituciones de educación superior, nacionales y extranjeras, para fortalecer la formación integral de los alumnos y la superación académica de la planta docente. De igual forma, establece alianzas estratégicas con el sector productivo, público y privado, nacional e internacional, para que los desarrollos científicos y tecnológicos universitarios se traduzcan en beneficios sociales tangibles. En un tercer eje, colabora con los sectores de la vida pública del país y la sociedad civil para impulsar la transferencia de conocimientos que propicie análisis y propuestas de solución a los problemas regionales y nacionales.



## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DEL EMPLEO Y LA MATRÍCULA

En la actualidad, se encuentran ocupados el 76% de los licenciados en enfermería que han egresado de la UAM-X. El ingreso promedio de los licenciados en enfermería, en 2007, fue \$7 146 mensuales; el 90% de ellos varió entre \$2 916 y \$15 026. El empleo de los licenciados en enfermería tiende a aumentar 11% por año. La tendencia de la matrícula de enfermería se incrementó 14% por año. En el periodo 2007-2012, el empleo podría incrementarse en 7 492 personas.<sup>84</sup>

La proporción de la ocupación y el nivel de ingreso de los licenciados en enfermería es la menor entre los profesionistas, pero la perspectiva de crecimiento de su ingreso es favorable. El aumento en la matrícula de la Licenciatura en Enfermería permite que se mantenga un equilibrio entre la oferta y la demanda de estos profesionistas.<sup>85</sup>

Las acciones que a continuación se proponen forman un *mercado potencial* de trabajo para enfermería, considerando las políticas actuales del sector salud y la estructura de los servicios de salud.<sup>86</sup>

1. **Enfermería escolar** con intervenciones en embarazo de adolescentes, nutrición, higiene, drogadicción y problemas de autoestima.
2. **Enfermería en salud pública** con intervenciones en las comunidades para la evaluación inicial, el fomento de la salud, la comunicación intersectorial, la modificación de aspectos epidemiológicos y el tratamiento de casos.

3. **Enfermería laboral e industrial** con intervenciones en la salud ocupacional de empleados y empleadores.
4. **Enfermería perinatal** con intervenciones dirigidas a mujeres gestantes, control del embarazo y orientación al cuidado del recién nacido.
5. **Clínicas de enfermería ambulatoria** que incluyen la preparación del paciente en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, así como la atención del adulto y del anciano sanos o con padecimientos crónicos agudizados.
6. **Gestión de la práctica profesional independiente de enfermería** dirigida a la atención primaria, cuidado de pacientes con problemas agudos, crónicos, crónicos agudizados y pacientes en fase terminal.
7. **Diseño, ejecución y seguimiento de protocolos de atención a la salud**, dirigidos a la persona sana o enferma.
8. **Investigaciones en industrias biomédicas y farmacéuticas** sobre el uso, la optimización y mercadotecnia de tecnología y equipo electromédico.
9. **Educación en enfermería** dirigida a la formación y actualización de recursos humanos para la salud, con base en la sistematización y comunicación de conocimientos altamente especializados y llevar a cabo tareas relacionadas con la educación para la salud.

El campo de enfermería temporal tipo *outsourcing* ha retomado auge en la última década, sus servicios están encaminados a ayudar a cubrir los huecos en el personal de los hospitales, clínicas de enfermería para particulares y en algunas gubernamentales, además de operar una agencia de personal de enfermería, lo cual involucra la administración de la agencia para garantizar que las necesidades de los empleados, empleadores y de los oficiales supervisores sean cubiertas.<sup>87</sup>

En el campo de la enfermería son considerables las prácticas emprendedoras, aunque acompañadas de nuevos y crecientes desafíos. En medio de los múltiples espacios y posibilidades de actuación de la profesión destacan:<sup>88</sup>

- En la esfera de promoción de la salud: los consultorios, las clínicas y servicios que pretenden promover una mejora del bienestar de la población, involucrando terapias complementarias que van en aumento, cuyo objetivo es la atención integral que promueve la salud del individuo al cual se dirigen. Estas terapias alternativas influyen de buena manera en la salud, la comodidad y el bienestar de los pacientes en una gran variedad de entornos clínicos.
- En la recuperación de la salud en casa, en los servicios hospitalarios y domiciliarios, la atención pre y poshospitalaria, además de las prácticas dirigidas al cuidado especial de niños, adolescentes, adultos, ancianos y mujeres.
- El tercer sector, aunque considerado prometedor, se muestra como un espacio sensible para la promoción de la ciudadanía y de la inclusión social por medio de la promoción y la educación para la salud.
- En los servicios de consultoría, asesoría y actividades de organización se facilita a la disciplina una actuación autónoma y emprendedora en el campo de la gestión de servicios de salud y otros.
- En las actividades de enseñanza e investigación, el estímulo a la inserción de los alumnos y profesionales en los grupos de investigación, proyectos de extensión y una interacción alumno-comunidad más intensa y optimizada.

Estas acciones representan áreas potenciales de trabajo, y el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la UAM-Xochimilco responde con la formación de profesionales en enfermería que pueden incursionar en estos escenarios, ya que está dirigido hacia el primer nivel de atención.

Durante el desarrollo de la licenciatura, el alumno se sensibiliza, generando una cultura hacia el trabajo comunitario, aportando alternativas de solución como resultado de investigaciones dirigidas por los docentes y en las que se convierte en el actor fundamental que aporta a las comunidades educación para la salud, promueve el autocuidado y la intervención de la propia comunidad en la solución de los problemas de salud detectados.<sup>89</sup>

Los temas antes tratados, relacionados con el alumno y las disposiciones normativas que sustenta la licenciatura de la UAM-X, tanto las de carácter nacional e internacional, incluyendo el panorama general del mercado laboral, dieron pauta para insertar los principios pedagógicos de la UAM-X como factor definitivo a considerar en la evaluación y acreditación de la Licenciatura en Enfermería. Son el sustento teórico para entender el cómo y el porqué de la calidad en la educación que se ofrece en esta institución, y que puede ser demostrada tanto al interior como al exterior.

### Proyección y perspectiva de la Licenciatura en Enfermería para el periodo 2017-2024

Es importante conocer cada una de las políticas y los lineamientos que nuestra Universidad opera de manera sistemática para su funcionamiento con base en la Legislación Universitaria, y la forma en que se ejercen todos los compromisos. Desde el Plan de Desarrollo de la Rectoría General y de la División de CBS, la Licenciatura en Enfermería desarrolla un plan de acción que permite el cumplimiento para la docencia, la investigación, el servicio a la comunidad y la difusión de la cultura, así como la gestión y administración.

Para fortalecer la formación de recursos humanos en enfermería con alta competitividad, la Coordinación de Enfermería se ha enfocado en la actualización de planes y programas de estudio, cuyo reto sigue siendo mantener la calidad académica a través de diferentes estrategias que permitan seguir posicionando a la UAM-X, y específicamente a la Licenciatura en Enfermería, como una de las principales instituciones de educación pública formadora de enfermeras y enfermeros a nivel nacional e internacional.

El Plan de Desarrollo 2017-2024<sup>89</sup> de la Licenciatura en Enfermería, sustentado en el Plan de la División de CBS, alinea los objetivos de desarrollo mediante la estructura y el planteamiento de proyectos y acciones que direccionan las metas, y que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Objetivos estratégicos, indicadores y metas

Docencia

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas			Acciones	Responsables
				2017	2020	2024		
OE1 Formar profesionales de enfermería con alta calidad académica y compromiso social que responda al perfil epidemiológico, económico, político y cultural del país, mediante una visión crítica implementando estrategias psicopedagógicas innovadoras y de vanguardia.	OE1.1 Perfil de egreso planteado en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería.	Mide las diferentes capacidades, habilidades y destrezas que el alumno obtendrá al concluir la licenciatura.	Número de capacidades, habilidades y destrezas reportadas por los egresados para obtener un promedio.	90%	95%	98%	Revisión y actualización permanente de los planes y programas de estudio.  Consolidar comisión para el proceso de re-acreditación  Implementar programas que incidan en la mejora continua de la formación de profesores. Fortalecer desde curriculum mediante programas de estudio, el primer nivel de atención.	Director de la División de CBS. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.
a) Crear una comisión para actualizar el plan y programas de estudio.	OE1.2 Adecuación y/o modificación del plan o programas de estudio.	Indica que el plan y programas de estudio se mantendrán actualizados en periodos de cada 5 años.	Documentos oficiales obtenidos de las adecuaciones o modificaciones del plan o programas de estudio.	100%	100%	100%	D1 D2 D4	Director de la División de CBS. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.

MARCO REFERENCIAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas			Acciones	Responsables
				2017	2020	2024		
b) Unificar el proceso educativo de acuerdo al Modelo Xochimilco para formar profesionales de alta calidad.	OE1.3 Estandarización de contenidos, talleres, y programa de práctica clínica por cada módulo de la licenciatura.	Señala cada una de las actividades docentes formativas por módulo, que incluyen contenidos, talleres, técnicas de enfermería en laboratorio y práctica clínica.	Plan de estudios y programas aprobados, que incluyan explícitamente los contenidos, talleres, técnicas de enfermería en laboratorio y práctica clínica.	90%	100%	100%	D1 D2 D4 D5	Director de la División de CBS. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.
c) Desarrollar e implementar cursos, talleres o foros que fortalezcan habilidades y conocimientos en la formación de licenciados en Enfermería.	OE1.4 Organización de eventos académicos logrados por año para profesores y alumnos.	Organización de eventos académicos para alumnos y profesores que favorezcan conocimientos y habilidades disciplinares otros de tipo emergente.	Número de eventos académicos organizados por año: 2 por año.	100%	100%	100%	D4	Director de la División de CBS. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.
d) Desarrollar el posgrado en Enfermería a través especializaciones y maestría.	OE1.5 Plan de estudios aprobados de especialidad y maestría en Enfermería.	Planes y programas de estudios de especializaciones y maestría en Enfermería aprobados y en operación.	Un plan de estudios especializado y un plan de estudios de maestría.	50%	100%	100%	D6	Director de la División de CBS. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.

## Investigación

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas			Acciones	Responsables
				2017	2020	2024		
OE2 Realizar investigación utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas que contribuyan a la solución de problemas de salud en el ámbito nacional e internacional a través de estudios aprobados por el Consejo Divisional.	OE2.1 Proyectos de investigación aprobados por el Consejo Divisional.	Proyectos de tipo cuantitativo o cualitativo aprobados por el Consejo Divisional.	Número de proyectos aprobados por el número de profesores participantes de la Licenciatura en Enfermería.	60%	80%	100%	IN1 IN6	Director de la División de CBS. Jefe del Departamento de Atención a la Salud. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Planta docente de Enfermería.
a) Desarrollar líneas de investigación disciplinares que impacten positivamente a la sociedad en sus dimensiones sociales, científico-tecnológicas y humanísticas.	OE2.2 Proyectos de investigación aprobados por el Consejo Divisional cuyo objeto de estudio sea el cuidado humano.	Proyectos de tipo cuantitativo o cualitativo aprobados por el Consejo Divisional, donde el objeto de estudio sea el cuidado humano.	Número de proyectos aprobados por el número de profesores participantes de la Licenciatura en Enfermería.	60%	80%	100%	IN4 IN5 IN6 IN7	Director de la División de CBS. Jefe del Departamento de Atención a la Salud. Coordinador de la Licenciatura en Enfermería Planta docente de Enfermería.
b) Incentivar la participación o creación de cuerpos académicos.	OE2.3 Profesores de la carrera pertenecientes a cuerpos académicos.	Profesores de la carrera que se encuentren participando en un cuerpo académico.	Número de profesores de la carrera que se encuentren participando en un cuerpo académico.	10%	50%	80%	IN8	Director de la División de CBS. Jefe del Departamento de Atención a la Salud Coordinador de la Licenciatura en Enfermería.

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas		Acciones	Responsables
				2017	2020 2024		
c) Propiciar la participación de docentes, estudiantes y pasantes de enfermería en investigaciones aprobadas por el Consejo Divisional.	<b>OE2.4</b> Profesores, alumnos y pasantes de enfermería participando en proyectos de investigación aprobados por el Consejo Divisional.	Profesores, alumnos y pasantes de enfermería participando en proyectos de investigación de tipo disciplinar, aprobados por el Consejo Divisional.	Relación del total de profesores, alumnos y pasantes de enfermería participando en proyectos de investigación de tipo disciplinar, aprobados por el Consejo Divisional.	50%	80%	100%	Director de la División de CBS. Jefe del Departamento de Atención a la Salud Coordinador de la Licenciatura en Enfermería. Alumnos y pasantes de Enfermería.
d) Fortalecer la educación continua en docentes y estudiantes sobre metodologías de investigación.	<b>OE2.5</b> Programas de capacitación y educación continúa en metodología de investigación.	Desarrollo de programas de capacitación y educación continúa en metodología de investigación.	Número de profesores y alumnos capacitados en metodología de investigación en los paradigmas cuantitativo y cualitativo.	80%	90%	100%	Director de la División de CBS. Jefe del Departamento de Atención a la Salud Coordinador de la licenciatura.

## Servicio a la comunidad y preservación de la cultura

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas		Acciones	Responsables
				2017	2024		
OE3 Fomentar la creación y participación en programas académicos de servicio comunitario con el sector público y privado, que respondan a las necesidades de la población con un enfoque disciplinar y autónomo.	OE3.1 Participación y/o creación de programas académicos de servicio a la comunidad.	Participación de profesores, alumnos y/o pasantes de enfermería en proyectos o programas académicos de servicio a la comunidad.	Número de proyectos existente y en operación por año.	50%	80%	S1 S2	Director de la División de CBS. Coordinador de la licenciatura. Profesores de la licenciatura.
a) Fortalecer el vínculo del servicio social de enfermería con los diferentes proyectos universitarios.	OE3.2 Integración de pasantes de enfermería de servicio social a diferentes proyectos universitarios.	Participación de tres pasantes por proyecto universitario.	Tres pasantes de servicio social por número de proyectos universitarios.	100%	100%	S1 S2	Director de la División de CBS. Coordinador de la licenciatura. Profesores de la licenciatura.
b) Vincular los programas académicos de la Licenciatura en Enfermería con otros a nivel local, nacionales o internacionales.	OE3.3 Participación fuera de la UAM en proyectos o programas académicos.	La Licenciatura de Enfermería participará en proyectos o programas fuera de la institución a nivel local, nacional o internacional.	Número de programas académicos de la Licenciatura en Enfermería con otros a nivel local, nacionales o internacionales.	50%	80%	S1 S2	Director de la División de CBS. Coordinador de la licenciatura. Profesores de la licenciatura.
c) Participar en programas de servicio comunitario desde una perspectiva disciplinar.	OE3.4 Participación de la Licenciatura en programas comunitarios.	Profesores, alumnos y pasantes participarán en programas comunitarios desde la perspectiva disciplinar.	Número de proyectos comunitarios en los que participa la Licenciatura en Enfermería (2).	50%	100%	S1 S2	Director de la División de CBS. Coordinador de la licenciatura. Profesores de la licenciatura.

## Gestión y administración

Objetivo estratégico/ factor clave	Indicadores	Descripción	Fórmula	Metas			Acciones	Responsables
				2017	2020	2024		
OE4: Fortalecer las actividades sustantivas y de participación universitaria que coadyuvan al desarrollo de la Licenciatura en Enfermería a través de la utilización eficiente y eficaz de los recursos humanos, financieros y materiales.	OE4.1 Desglose presupuestal y la asignación de recursos financieros en docencia, investigación, servicio y administración.	Con base a necesidades de la licenciatura se realizará la asignación del presupuesto en los rubros de docencia, investigación, servicio y administración.	Utilización del 100% de los recursos financieros asignados a la licenciatura.	100%	100%	100%	G1 G4 G5	Director de la División de CBS. Coordinador de la licenciatura.
a) Ejercer el presupuesto asignado a la Coordinación en forma transparente, mediante la optimización de los recursos materiales y financieros para fortalecer la docencia e investigación.	Difundir y socializar la distribución del presupuesto anual con profesores de la licenciatura.	Anualmente se llevará a cabo una reunión con profesores para dar a conocer la distribución del presupuesto.	Utilización del 100% de los recursos financieros asignados a docencia, investigación, servicio y administración.	100%	100%	100%	G1 G2 G4 G5	Coordinación de la licenciatura.
b) Optimizar los físicos para el ejercicio docente.	Utilización y optimización de áreas y espacios físicos.	Planear anualmente la distribución y asignación de espacios en laboratorios.	Cumplimiento del 100% de las prácticas analógicas.	100%	100%	100%	G1 G3 G4 G5	Coordinación de la licenciatura.

## REFERENCIAS

1. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*. [Consultado el 15 de septiembre de 2017].
2. *Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la ciudad de México*. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208\\_190118.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf) [Consultado el 19 de enero de 2018].
3. *Constitución Política de la Ciudad de México*. Artículos aprobados por el Pleno de la Asamblea Constituyente. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf> [Consultado el 30 de enero de 2017].
4. *Ley General de Salud*. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf) [Consultado el 8 de diciembre de 2017].
5. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Comisión Interinstitucional de Enfermería, *Perfiles de Enfermería*, México, 2005.
6. *Ley para la Coordinación de la Educación Superior*. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre de 1978. Disponible en: [https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley\\_coord\\_educ\\_superior.pdf](https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley_coord_educ_superior.pdf)
7. Secretaría de Salud. *Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, México, 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/reg121206.pdf>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, *Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, México, 6 de enero de 2005.

9. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, *Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, México, 2 de septiembre de 2013.
10. Faus, P., “Potencial demográfico y mercado de trabajo”. Actas del IV Coloquio Internacional de Geocrítica. Scripta Nova. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 4(119), 2002. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn119-64.htm> [Consultado el 2 abril de 2017]
11. Malvárez, S., *Recursos Humanos de Enfermería: Desafíos para la Próxima Década*, OPS, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, 2012.
12. *Op. cit.*, p. 7.
13. Ocampo, M., Salvatierra, I., Vianco, B., Álvarez, B., Lezana, C., “Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México”, *Salud Pública de México*, 35, 1993, pp. 576-584. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5703/6265> [Consultado el 30 de marzo del 2017].
14. Zúñiga, E., García, J. E., “El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características”, *Horizontes*, 13, 2008. Disponible en: <https://angelrazo.files.wordpress.com/2010/06/el-envej-demogr-en-mexico-tendencias-y-caracteristicas.pdf> [Consultado el 30 de marzo de 2017]
15. Consejo Nacional de Población (CONAPO), *La situación demográfica de México 2015*, México, 2015. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153182/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153182/La_Situacion_Demografica_de_Mexico.pdf) [Consultado el 30 de marzo de 2017].
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015*, México. Disponible en: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/doc/eic2015\\_resultados.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/doc/eic2015_resultados.pdf) [Consultado el 12 de junio de 2017].
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2015*, México, 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/> [Consultado el 30 de marzo de 2017]
18. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. *Informe de salud de los mexicanos 2015*, México, 2015. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf) [Consultado el 30 de marzo de 2017].
19. Secretaría de Salud (SS), *Cubos dinámicos. Nacimientos 2008-2014*. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc\\_nacimientos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos.html) [Consultado el 3 de junio de 2017]

20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*, México, 2014. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/> [Consultado el 30 de marzo de 2017]
21. Secretaría de Salud (SS), *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010*, México, 2012. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267597/Mortalidad\\_2010.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267597/Mortalidad_2010.pdf) [Consultado el 30 de marzo de 2017]
22. Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Dinámica demográfica de México 2000-2010*, México, 2012. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Dinamica\\_demografica\\_de\\_Mexico\\_2000\\_2010](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Dinamica_demografica_de_Mexico_2000_2010) [Consultado el 30 de marzo de 2017]
23. Secretaría de Salud (SS), *Boletín de Información Estadística; recursos físicos, materiales y humanos*, (33)1, 2013. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p\\_bie.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html) [Consultado el 18 de enero de 2017]
24. Secretaría de Salud (SS), *Boletín de Información Estadística 2014-2015*, 2016. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn\\_InformacionEstadistica\\_14\\_15.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacionEstadistica_14_15.pdf) [Consultado el 18 de enero de 2017]
25. García, B., Ordorica, M., *Los grandes problemas de México*, México: El Colegio de México, 2010. Disponible en: <http://2010.colmex.mx/16tomos/I.pdf> [Consultado el 30 de marzo de 2017].
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Regulación de la Enfermería en América Latina*, Washington, DC, 2011. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1412/infid111412.htm> [Consultado el 30 de marzo de 2017].
27. Secretaría de Salud (SS). *Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería*. Actualizado 24-10-2107. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id\\_URL=antecedentes](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=antecedentes) [Consultado el 30 de marzo de 2017]
28. Bos, R.Z., Rodríguez, H.A., Placeres, H.M., Maceira, B.J., *Resultados de la enseñanza tutorial. Estrategias para la formación de enfermería en el nuevo modelo pedagógico*, Medisur, 3(4), 2007. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/141> [Consultado el 30 de marzo de 2017].
29. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), I. Marco estratégico de referencia, en *Plan de Desarrollo Institucional 2011-2024*, México: UAM, 2011, pp. 14-16.
30. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Consejo Académico, sesión 4.03, 31 de marzo y 1 de abril de 2003. *Políticas Operativas de Docencia de la Unidad Xochimilco*, México: UAM, 2003.

31. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Consejo Académico, 1989-1991 *Bases Conceptuales de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco*, México: UAM-X, 1991.
32. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Colegio Académico, 2000-2006. *Políticas Generales de Docencia*, México: UAM, 2000.
33. Berruecos, V. L., *La Construcción permanente del Sistema Modular*, México: UAM-X, 1997.
34. Bunge, M., *La ciencia, su método y su filosofía*, México: Fondo de Cultura Económica, 1997.
35. Freire, P., *La educación como práctica de la libertad*, México: Siglo XXI Editores, 1971.
36. Labinowicz, E. D., *Introducción a Piaget: pensamiento, aprendizaje, enseñanza*, México: Editorial Pearson, 1998.
37. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), *Una reflexión sobre la Universidad desde la docencia*, México: UAM, 2001, pp. 220-230.
38. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Consejo Divisional de CBS 2016. *Plan de Desarrollo de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud*, México: UAM-X, DCBS, 2016.
39. Consejo Internacional de Enfermeras, *La definición de enfermería*, 2017. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/> [Consultado el 23 de mayo de 2017]
40. Cárdenas, B. L., *La profesionalización de la enfermería en México: un análisis desde la sociología de las profesiones*, Barcelona: Ediciones Pomares, 2005.
41. Feito, G. L., *Ética profesional de la Enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, España: Promoción Popular Cristiana, 2000.
42. Ortiz, Z. A., “Gestión del cuidado en enfermería”. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 2000, pp. 93-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294007> [Consultado el 23 de mayo de 2017]
43. Mercedes, M., Seminario La Gestión del Cuidado en Enfermería. Fundación Víctor Grifois i Lucas, 2004. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/docs/resumengestioinfermeriaesp.pdf> [Consultado el 20 de abril de 2017]
44. Cabrero, J., Richart, M., “Investigar en enfermería: concepto actual de la investigación en enfermería”, *Rev. Esp. Salud Pública*, 75(2), 2001, pp. 171-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v75n2/v75n2a09.pdf> [Consultado el 11 de junio de 2017]
45. Leininger, M., “Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales” en Marriner, A., Railie, M., (eds.), *Modelos y teorías en enfermería*, 4ª ed., España: HARCOURT BRACE Mosby, 1999. pp. 454-457.

46. Nájera, N. R. M., Castrillón, A. M. C., *La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo*, 2000. Disponible en: [http://www.aladefe.org/articulos/la\\_enfermeria\\_en\\_america\\_latina.pdf](http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf) [Consultado el 20 de enero de 2017]
47. Alfaro, R., *Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. Enfermería*, 2ª ed., España: Editorial Mosby/Doyma, 1992.
48. Castillo, J. A., “El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia”, *Rev haban cienc méd*, 7(3), 2008 [aproximadamente 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es) [Consultado el 13 de junio de 2017]
49. Mercedes, M., *op. cit.*, 43.
50. Puga, A., Madiedo, M., Brito, I., Escobar, E., *Modelo para desarrollar la Asistencia en el proceso de formación del profesional de enfermería*, Educ Med Super, 24(2), 2010 [aproximadamente 5 pp.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200004&lng=es) [Consultado el 12 de marzo de 2017]
51. Collière, F., *Promover la vida: de la práctica cuidadora a los cuidados de enfermería*, España: Interamericana Mc Graw Hill, 1996.
52. Aimar, A., Videla, N., Torre, M., “Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermería”, *Enfermería Global*, 5(2), 2006, pp. 1-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834731026> [Consultado el 15 de junio de 2017]
53. Barrera, O., Miranda, N., *El concepto de participación en el cuidado de enfermería*, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, 2000.
54. Ramio, A., Domínguez, C., “Valores y redefinición de los espacios profesionales. Reflexiones en el caso de enfermería”, *Rev. ROL Enf.*, 26(6), 2003, pp. 70-74.
55. Bardallo, M. D., March, G., Zabalegui, A., Cabrera, E., Gallart, A., “Guía para el seguimiento de las prácticas clínicas en la Diplomatura de Enfermería. Un instrumento para la práctica reflexiva y la evaluación”, *Rev. Enfermería Global*, 2(1), 2003, pp. 1-13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/654/686> [Consultado el 11 de abril de 2017]
56. Zárate, R., “La Gestión del Cuidado de Enfermería”, *Index Enferm.*, 13(44-45), 2004, pp. 42-46. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44\\_articulo-42-46.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo-42-46.php) [Consultado el 15 de marzo de 2017]
57. Boff, L., *El cuidado esencial, ética de lo humano compasión por la tierra*, España: Trotta, 2002.
58. Lapassade, G., *La autogestión pedagógica*, España: Gernica, 1978.
59. López, M., “Revisión cronológica de la enseñanza en enfermería”, *Enfermería global*, 3(2), 2004, pp. 1-6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/568/587> [Consultado el 12 de abril de 2017]

60. Durán, M., “Marco epistemológico de la enfermería”, *Aquichán*, 2(1), 2002, pp. 7-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003) [Consultado el 14 de mayo de 2017]
61. Hernández, F., Del Gallego, R., Alcaraz, S., González, J. M., “La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional”, *Cultura de los Cuidados*, 1(2), 1997, pp. 21-35. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC\\_02\\_05.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf) [Consultado el 19 de septiembre de 2016]
62. Castrillón, M. C., *La dimensión social de la práctica de Enfermería*, Colombia: Universidad de Antioquía, 1997.
63. Fawcett, J., *Analysis and evaluation of conceptual models*, Philadelphia: F. A. Davis Co, 1995.
64. Fawcett, J., *Analysis and evaluation of conceptual models*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995; y Newman, M. A., Sime, A. M., Corcoran-Perry, S. A., *The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science*, 1991. Citados por Durán, M. M., “Marco epistemológico de la enfermería”, *Aquichan*, 2002, pp. 18-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120203> [Consultado el 15 de enero de 2017]
65. Castrillón, M. C., *op. cit.*, p. 62.
66. Ramírez, P., Müggenburg, C., “Relaciones personales entre la enfermera y el paciente”, *Enferm Univ.*, 12(3), 2015, pp. 134-143. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X> [Consultado el 19 de mayo de 2017]
67. Daza, R., Medina, L., “Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia”, *Cultura de los cuidados*, 10(19), 2012, pp. 55-62. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados\\_19\\_08.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf) [Consultado el 11 de enero de 2017]
68. Aimar, A., *op. cit.*, p. 52.
69. Villalobos, M., “El cuidado: pilar fundamental de enfermería”. *Avances de Enfermería*, 12(1), 1994, pp. 16-23. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16549> [Consultado el 19 de abril de 2017]
70. Cárdenas, L., *La profesionalización de la enfermería en México*, México: Pomares, 2005.
71. Corrêa, A. K., Conceição, B. M. S., Saeki, T., “Psicodrama pedagógico: Estrategia para la enseñanza de enfermería”, *Cienc. Enferm.*, 10(2), 2004, pp. 15-19. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v10n2/art03.pdf> [consultado el 11 de abril de 2017]
72. Lucena, A., Paskulin, L., Souza, M., Gutiérrez, M., “Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais”, *Rev. esc. enferm. USP*,

- 40(2), 2006, pp. 292-298. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=es) [Consultado el 21 de enero de 2017]
73. Corrêa A. K., *op. cit.*, p. 73.
  74. CINTERFOR/OIT, *Formación para el trabajo decente*, 1ª ed., Montevideo: CINTERFOR, 2001. Disponible en: [www.oei.es/historico/etp/formacion\\_trabajo\\_decente.pdf](http://www.oei.es/historico/etp/formacion_trabajo_decente.pdf) [Consultado el 5 de abril de 2017]
  75. Moya, J. L., Parra, S., “La enseñanza de la Enfermería como una práctica reflexiva”, *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 2006, pp. 303-311. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415215> [Consultado el 19 de junio de 2017]
  76. Pinto, N., “La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica”, *Avances de Enfermería*, 24(1), 2006, pp. 81-89. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36020/37302> [Consultado el 23 de mayo de 2017]
  77. Bojalil, L. F., García, J. C., *La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: consideraciones sobre el marco teórico de una práctica universitaria*, México: UAM, Rectoría, 1981.
  78. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*, México: UAM-X, 1998.
  79. Alfaro, R., *op. cit.*, p. 47.
  80. Rivas, E. J., “Modelo Integrativo para el cuidado de enfermería” en Verde, E., Contreras, M., *Integración: docencia, investigación y servicio en enfermería, encuentro de experiencias*, México: UAM-X, 2011, pp. 91-111.
  81. UAM-X, *op. cit.*, p. 30.
  82. UAM-X, *op. cit.*, p. 31.
  83. UAM-X, *op. cit.*, p. 32.
  84. Secretaría de Educación Pública, Acuerdo Número 17/11/17 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 13/11/2017. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5504348&fecha=13/11/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5504348&fecha=13/11/2017)
  85. Ferreyra, H., “Enseñar a aprender a emprender: orientaciones metodológicas”, *Revista Novedades Educativas*, 148, 2003, pp. 14-17. Disponible en: <http://www.noveduc.com/fichaLibro?bookId=263> [Consultado el 21 de junio de 2017]
  86. Martínez, D. D., Galeano, M. J., *Documentos para el Análisis del Proyecto Xochimilco*, México: UAM-X, 1986.

87. Ferreyra, H., “Enseñar a aprender a emprender: orientaciones metodológicas”, *Revista Novedades Educativas*, 148, 2003, pp. 14-17. Disponible en: <http://www.noveduc.com/fichaLibro?bookId=263> [Consultado el 21 de junio de 2017]
88. UAM-X, *op. cit.*, p. 20.
89. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Consejo Divisional de CBS, *Plan de Desarrollo 2017-2014 de la Licenciatura en Enfermería*, México: UAM-X, 2017.

*Marco referencial de la Licenciatura en Enfermería. Visión y perspectiva de la UAM-Xochimilco*, se terminó de imprimir en noviembre de 2018 en los talleres de Tinta Negra Editores, ubicados en Av. Del Taller No. 96, Int. 28, Col. Tránsito, C.P. 06820, Deleg. Cuauhtémoc, CDMX. Tels. 552497 7780 y 5693 5409  
teditores@yahoo.com.mx

Se emplearon los tipos Adobe Caslon Pro, en diferentes puntos.

Diseño y formación: H. R. Astorga