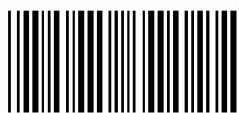




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
TME 2372



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CURRÍCULOS
PARA LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA EN LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

Tesis para optar al Título de Magister
EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Autor: MARÍA ALEJANDRA CHERVO
Directora de Tesis: Mg. SILVIA MORELLI
Rosario, Noviembre de 2014

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito estudiar los planes de estudio de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario

La metodología utilizada combinó un abordaje cuanti cualitativo

Los principales hallazgos tuvieron que ver con los aportes específicos de cada uno de los planes de estudio (69, 78 y 92), la identificación de los elementos de continuidad y ruptura en la formación del enfermero y la develación de algunos elementos ideológicos que permiten comprender los procesos y contenidos curriculares.

Palabras claves: curriculum- enfermería- universidad- planes y programas de estudio

Currículum vitae del autor: es Licenciada en Enfermería (1989), Especialista en Metodología de la investigación (1997). Su formación de post grado versa sobre aspectos relacionados con la Salud Pública, la Investigación, la Ética y la Política y Gestión Universitaria. Se desempeña como Profesora Adjunta Ordinaria Dedicación exclusiva de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, docente-investigadora categoría III. En la mencionada institución desempeñó funciones de Adjunta en asignaturas como Salud Pública I y II, Administración de servicios comunitarios y hospitalarios, Educación en Enfermería y Práctica Integrada I; y como Titular en Investigación en Enfermería, Tesina y Deontología y Desarrollo Profesional. Fue Vice Directora y Directora de la mencionada Institución.

Dirección: Pellegrini 728- San Nicolás (2900) Bs. As. marachervo@gmail.com

“La Historia es el saber que salva lo que ha sucedido; y que ha
sucedido sólo porque el recuerdo lo retiene
mientras se discurre hacia la nada”.

J. G. Droysen

A mi PAPÁ, un gigante que se hace más grande con la ausencia.

A mi mamá, que (a pesar de la pierna) no hay valla que no salte.

A Beto... que le dio lugar a mi vida.

A Juan, Francisco, Manuel y Santiago, mi futuro.

TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo I.

1.1	Por qué discutir y en qué marco la problemática curricular de Enfermería	9
1.2	Abordaje metodológico	11
1.3	Anticipo de los hallazgos de la obra	14
1.4	Plan de la obra	14
1.5	Agradecimientos	16

Capítulo II

2.1	Apuntes sobre una periodización del sistema De salud Argentino	17
2.2	La formación de Enfermería en América Latina y en Argentina	25

Capítulo III

3.1	El problema de la "periodización" en Enfermería	35
3.2	De la influencia de los organismos internacionales en la formación de Enfermería	41
3.3	Del Currículo como cultura. Entre el caos conceptual y la práctica social	44
	• El currículo en la Formación del Profesional de Enfermería	54

Capítulo IV

4.1	De la construcción de los datos y del modo de abordarlos	57
4.2	De las categorías de análisis	61

Capítulo V

5.1	Trazos de una historia anterior: Enfermería en la Universidad De Rosario	65
-----	--	----

5.2 Plan de estudios 1969	75
5.3 Plan de estudios 1978	93
5.4 Plan de estudios 1992	112
Capítulo VI	
6.1 Cruces comparativos	
a. Los planes de estudio (texto) y el contexto	121
b. Los planes de estudio: áreas de conocimiento y lógicas clasificatorias	136
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones	144
7.2 Recomendaciones	161
Bibliografía	165

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N°1	Secuencia y ritmo del plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería- UNR	80
Cuadro N°2	Clasificación de asignaturas según tipo de conocimiento. Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería- UNR	82
Gráfico N°1	Porcentaje de horas según tipo de Formación – Plan de Estudios 1969- Escuela de Enfermería- UNR	83
Gráfico N°2	Número de horas según tipo de conocimiento- Plan de Estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	86
Gráfico N°3	Número de materias según tipo de conocimiento- Plan de Estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	86
Gráfico N°4	Relación de asignaturas y horas en términos de porcentaje En cuanto al tipo de formación “específica”- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	87
Gráfico N°5	Distribución del conocimiento técnico en términos de horas- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	88
Gráfico N°6	Horas teóricas de las asignaturas- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	89
Gráfico N°7	Horas prácticas de las asignaturas- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	90
Gráfico N°8	Horas experiencias clínicas de las asignaturas- Plan de Estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	91
Gráfico N°9	Distribución de horas de las asignaturas específicas en Relación al tipo de actividad- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería – UNR	92
Gráfico N°10	Relación de asignaturas y horas en términos de porcentaje En cuanto a la “Formación en relación a otras disciplinas”- Plan de estudios 1969- Escuela de Enfermería- UNR	92
Cuadro N°3	Secuencia y ritmo del plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería- UNR	102

Cuadro N°4	Clasificación de asignaturas según tipo de conocimiento. Plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería- UNR	105
Cuadro N°5	Cuadro Resumen de jerarquía del conocimiento Plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería- UNR	106
Gráfico N°11	Clasificación de las horas según tipo de actividad- Plan de estudios 1978-Escuela de Enfermería- UNR	107
Cuadro N°6	Distribución de la Formación específica según sub áreas Plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería- UNR	108
Gráfico N°12	Distribución de las horas entre asignaturas técnicas- Plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería- UNR	108
Cuadro N°7	Secuencia y ritmo del plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	114
Cuadro N°8	Clasificación de asignaturas según tipo de conocimiento. Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	116
Gráfico N°13	Tipo de conocimiento en términos de horas- Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	117
Gráfico N°14	Horas de materias según tipo de conocimiento de Formación específica- Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	118
Gráfico N°15	Horas de materias "técnicas"- Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	119
Gráfico N° 16	Peso de las asignaturas "relacionadas con otras disciplinas"- Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR	120
Gráfico N°17	Número de asignaturas según área de conocimiento- Planes de estudio 1969, 1978 y 1992- Escuela de Enfermería- UNR	136
Gráfico N°18	Número de horas según área de conocimiento- Planes de estudio 1969, 1978 y 1992- Escuela de Enfermería-	

UNR	137
Gráfico N°19 Distribución de las horas en las sub área clasificada como del "Área específica"- Planes de estudio 1969, 1978 y 1992- Escuela de Enfermería- UNR	138
Gráfico N°20 Horas de las asignaturas clasificadas como del área "técnica"- Planes de estudio 1969, 1978 y 1992- Escuela de Enfermería- UNR	140
Gráfico N°21 Horas de asignaturas clasificadas como de Formación "en relación con otras disciplinas"- Planes 1969, 1978 y 1992- Escuela de Enfermería- UNR	141

Capítulo I

1 Por qué discutir y en qué marco la problemática curricular de Enfermería

La presente investigación tuvo el propósito de estudiar sistemáticamente los planes de estudio de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), como una aproximación a pensar la formación universitaria del recurso humano enfermero que constituye desde hace muchos años una preocupación para la Salud Pública.

La disponibilidad de este trabajador es un factor decisivo para pensar la calidad de los servicios de salud, en términos de la cobertura de la población, lo que implica cantidad y distribución, la formación de los equipos, y en definitiva el modelo de atención de salud al que se aspira. Desde los estudios de Noriega (Noriega, 1985), pasando por los informes específicos realizados por expertos enfermeros convocados por OPS (Espino Muñoz, Malvárez, Davini, & Heredia, 1995), hasta los trabajos de Mónica Abramzón (Abramzón M. y., 2001) (Abramzón M. , Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004, 2005) (Abramzón M. , Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004. La distribución geográfica, 2006) (Abramzón M. , 2003) dan cuenta de que este déficit es una preocupación a nivel del país y la región, así como de la relevancia de contar con estos datos para la toma de decisiones que permita una planificación que articule los sistemas formativos y asistenciales.

Los debates sobre la formación suponen pensar no sólo en qué contenidos son considerados valiosos para formar en una disciplina profesional (largo proceso sociocultural y económico en el que una sociedad deposita un saber específico en un profesional (Gómez Ocampo & Tenti Fanfani, 1989, pág. 13)), sino identificar las decisiones curriculares, esas que se llevaron a cabo por sujetos en contextos determinados. Recuperar las lógicas históricas institucionales que fundamentaron

esas decisiones que finalmente se expresaron en un documento escrito, fue también un propósito de esta investigación.

Las investigaciones sobre currículo, dejando aquéllos textos que se convirtieron en "clásicos" (Apple, 1996), (Díaz Barriga Á. , 1986), (Jackson, 1991) (Kemmis, 1993) (Sacristán, 1998) (Schwab, 1989) (Grundy, 1987) dado que introdujeron categorías teóricas (que serán utilizadas en este estudio) para estudiar el currículo y convertirlo en campo de estudio, se reparten de manera desigual entre aquéllas que ponen énfasis en los aspectos prescriptos, y los que subrayan la acepción del currículo como práctica (vivido, real o en acción). Entre los primeros se destaca el estudio de Davini (Davini, 1998), que se toma como modelo para este trabajo¹. Entre los segundos se destacan trabajos que "analizan críticamente el concepto viendo cuáles favorecerían procesos de pertinencia social e integral" (Malagón Plata, 2008); otros que analizan los diferentes factores: epistemológicos, pedagógicos, didácticos e institucionales que intervienen en la práctica docente y

¹ Se trata de "El curriculum de Formación del Magisterio. Planes de estudio y programas de Enseñanza" en el que analiza la formación docente desde 1968 a 1996, a partir precisamente "de los planes y programas planificados, expresamente ordenados y secuenciados, en los que se establecen los conjuntos de materias o contenidos a transmitir dentro de un determinado ciclo y en determinado período de tiempo." La autora reconoce que "la ampliación de la conceptualización del curriculum... llevó a comprenderlo como territorio de cruce de prácticas diversas, de interacciones y comunicaciones, de negociación de significados, dentro de la ecología del aula o en espacios sociales e institucionales ampliados." Desde estas nuevas perspectivas se considera el estudio sistemático de los planes y programas es considerado implícitamente como "expresión formal e insuficiente para el análisis de la acción." Sin embargo la autora dirige el estudio hacia "esas zonas aparentemente menos atractivas del trabajo analítico que se expresan muchas veces como objetos "fijos". Nos referimos a los marcos regulatorios y anticipatorios de las prácticas, expresados en los planes de estudios y en los programas de enseñanza, enmarcados en el contexto histórico e institucional que los originan y contienen."

"El análisis busca reconstruir el juego entre los *textos curriculares* y el *contexto social e institucional*, en vistas a una posible contribución para la comprensión de los *principios ordenadores de la producción, reproducción y cambio del discurso y las prácticas de formación del magisterio...* (Por lo que) "lejos de considerarlos "objetos fijos", pueda entenderse *qué se cambia y qué se estabiliza* en la formación del magisterio." (págs. 11 y 12).

Cabe aclarar que en el caso de la formación del magisterio hay un discurso oficial o regulativo, centralizado, directamente producido en el seno de los ministerios nacionales y provinciales. Por lo que su estudio evidencia el tipo de competencia que se desea alentar en el marco del proyecto político. En el caso de la formación universitaria, en virtud de su autonomía, los planes y programas son producidos por los propios actores por lo que los planes parecieron un indicador para describir las intencionalidades. Para comprenderlas o indagar posibles relaciones institucionales, disciplinarias o de políticas del sector, resulta claramente insuficiente.

cómo éstos definen y transforman los diseños curriculares escritos (Ojeda & Veiravé, 2003). Hay algunos que destacan algún aspecto del currículo oculto, tal como la cuestión de género (tan cara para los enfermeros/enfermeras) (Maceira Ochoa, 2005).

En el área de enfermería las investigaciones sobre este tema se relacionan específicamente con las capacidades prácticas de los estudiantes (Pérez Andrés, Alameda Cuesta, & Albeniz Lizarraga, 2002); las competencias sociales de los estudiantes (González Fernández & Lobato Fraile, 2008); el problema de la enseñanza de los valores –“teniendo en cuenta que se está formando “cuidadores” que deberán generar vínculos de confianza” durante el ejercicio de la profesión- (Bernal Becerril & Ponce Gómez, 2009). Hay investigaciones que analizan cómo y qué se enseña con relación al desarrollo de las capacidades investigativas de las enfermeras (Zaider Triviño & Sanhuesa, 2005), calificando como “deficiente la inclusión de enfoques cuanti-cualitativos desde los diseños curriculares”

Otro grupo de investigaciones tienen que ver con la relación entre los cambios en el sector salud y la necesidad de cambios curriculares. Algunos lo hacen aplicando la categoría de “competencias”. El estudio de Falco Peguerolas toma en cuenta tanto las de los profesores como las de los estudiantes (Falco Peguerolas, 2004). Otros toman esta cuestión de la adecuación a un período: las implicancias para la formación a partir de los cambios en el sector salud en los noventa (Guevara & Mendias, 2001); o a los cambios o nuevas demandas en general (Piera Orts, 1998).

Hay sin embargo otro tipo de investigaciones que dan cuenta de una visión más integral de lo curricular, en el sentido que interroga acerca de los modos de enseñar y aprender el tipo de conocimiento que requiere este profesional. Unos se limitan a exponer la “opinión de los estudiantes” (Tovar & Villegas, 2000), pero otros permiten reflexiones más amplias (Palencia, 2006), o decididamente conclusiones más generales o completas (Medina Moya, 2005) (Medina Moya & do Prado, 2009)

ya que describen “el tipo de racionalidad que atraviesa los currículos de enfermería”. Estos estudios también son tomados en muchos aspectos para la interpretación de los datos cualitativos en esta investigación.

2 **Abordaje metodológico**

El propósito expresado en el punto anterior pretendió ser alcanzado a través de los siguientes objetivos específicos:

- Comparar los planes de estudio de 1969, 1978 y 1992 de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, en términos de perfiles, competencias, contenidos, ejes integradores, experiencias de aprendizajes propuestas, modo de organización académica, concepciones pedagógicas, sociales y de salud.
- Analizar cuáles fueron las expectativas de cambio de los actores sociales involucrados en cada uno de los planes.
- Analizar dichos planes como resultado de la acción contextualizadora de la institución con respecto a los escenarios de Salud y Trabajo en el que se insertaría el profesional enfermero.
- Caracterizar el discurso oficial de los planes de estudio en cuanto a las áreas de conocimiento que incluye y en cuanto a las lógicas clasificatorias.

Tal como se desprende de los objetivos el objeto de estudio quedó delimitado en términos de las características de cada uno de los planes de estudio en relación a sus lógicas internas y en relación al contexto institucional y de salud, en el que surgieron; así como también analizar la tendencia de los mismos para determinar la magnitud de los cambios efectuados en cada caso.

El diseño metodológico supuso un abordaje cuanti cualitativo para alcanzar los resultados esperados.

Para el análisis cuantitativo se tuvo como modelo el estudio de Maria Cristina Davini sobre la formación docente (Davini, 1998).

En el análisis cualitativo se utilizó el análisis del contexto histórico y de las entrevistas. En estas últimas se efectuó un análisis a partir de categorías que se formularon luego de las mismas.

Se utilizaron dos técnicas principales para la recolección de los datos: estudio de documentos y entrevistas a actores claves.

El estudio de documentos es una valiosa fuente de datos, ya que si bien goza de cierto status "oficial", "como los documentos personales *estos materiales permiten comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y actividades de quienes los producen*"(Taylor & Bogdan, 1987).

Por medio de éstos se abordaron los currículos escritos, del texto curricular concreto es en el que se pone en evidencia el esfuerzo contextualizador de la institución, así como sus intenciones educativas. "Estos programas no nos dicen cómo es efectivamente la acción de formación, pero nos acercan al terreno de la práctica, preanunciando las lógicas de acción" (Davini, 1998). Las unidades de análisis fueron las resoluciones que contienen los planes de estudio de los años 1969, 1978 y 1992.

La entrevista, entendida como "el encuentro cara a cara entre el investigador y el informante, dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes sobre sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con

sus propias palabras” (Taylor, S.J. y Bogdan, R., 1987). El objetivo de la utilización de esta técnica fue la obtención del relato de los debates y situaciones acontecidos en determinados momentos, por lo tanto no se pretendió la “verdad” o la “exactitud” de los argumentos expuestos, sino el registro de las expresiones sobre lo vivido, la visión respecto del contexto, del pensamiento o las posiciones de los demás actores, así como las propias reflexiones e interpretaciones actuales al reconstruir esos hechos. En este caso, las fuentes de información fueron docentes que en los distintos momentos fueron parte de los directivos durante cuyas gestiones se llevaron a cabo los cambios de planes.

La riqueza de la aplicación de esta técnica es que permite reconstruir escenarios de consenso y tensión, así como precisar los diferentes puntos de vista e intereses.

3. Anticipo de los hallazgos de la obra

Los principales hallazgos tuvieron que ver con la descripción de cada uno de los planes de estudio (69, 78 y 92), así como la identificación de los aportes específicos de cada uno, los elementos de continuidad y ruptura en la formación del enfermero y la develación de algunos elementos ideológicos que permiten comprender los procesos y contenidos curriculares. El hallazgo más importante tuvo que ver con la reconstrucción de la historia institucional de la que no había ningún registro.

4. Plan de la obra

En el capítulo dos el lector encontrará aquéllos elementos teóricos que permiten entender no sólo los conceptos que se utilizan para la interpretación de los datos, sino también un esbozo de aspectos con los que el tema se relaciona y que permiten preguntarse, y esperamos que entender, las relaciones “determinantes y

condicionantes" (Castellanos, 1990) que la formación de los profesionales de salud tienen para el sector.

Así se presentarán las categorías teóricas con la que se pretendió efectuar el análisis histórico, trayendo la problematización que significa hacer "cortes" en el tiempo a fin de estudiarlo. Se presentan las "periodizaciones" efectuadas para el estudio de la Enfermería. A continuación se presenta un recorrido histórico de los cambios ocurridos en el sistema de salud Argentino. En la segunda parte se trata la formación de Enfermeros en América Latina y en Argentina (aunque se comienza con la irrupción de la Enfermería como profesión en Inglaterra) para terminar con un pequeño apartado que describe la intervención de las agencias internacionales en la formación de Enfermeros. En la tercera y última parte se presentan la fundamentación de la concepción del curriculum como cultura.

En el capítulo tres se ampliará lo presentado en la metodología fundamentando teóricamente las variables e indicadores con los que se construyeron los datos que se analizan.

En el capítulo cuatro se presentan los resultados respecto de cada uno de los planes de estudio para terminar con una comparación entre ellos, antecidos por la descripción de lo ocurrido en la institución antes de la carrera Licenciatura en Enfermería.

En el capítulo cinco se establecen algunos cruces comparativos tomando las dos categorías de análisis que se definieron: el contexto y el análisis de los planes. Aquí se van efectuando los análisis y discusiones y se van presentando los resultados de las entrevistas. La presentación de los datos y la discusión se realiza concomitantemente.

En el último capítulo el lector encontrará las conclusiones del estudio y algunas reflexiones en términos de sugerencias para repensar el futuro de la formación universitaria de los Licenciados en Enfermería.

5. Agradecimientos

Para finalizar voy a dar el agradecimiento para todos los que a lo largo de estos veintiún años de mi vida en la docencia universitaria fueron MAESTROS, compañeros, consejeros...: para Eduardo Arzani, Teresa Micozzi, Noemí Muñoz, José Ugarte, Gloria Berardo, el pequeño y gran grupo del que nunca sentí que dejé de formar parte. Para Martha Ballistreri que nos une la pasión por la docencia y esta "amistad que supimos conseguir". Para Graciela Simonetti, que en estos últimos años (difíciles...) logramos un espacio de trabajo compartido como siempre pensé que era posible lograr en algo tan increíblemente hermoso como es la investigación.

Un párrafo especial para Irene Adué sin cuya constancia y seguimiento nunca hubiera terminado esta investigación. Lo que le quiero agradecer en realidad es que siempre haya creído en mí. En esto voy también un recuerdo especial a Carmen Santesteban.

También quiero agradecer la **generosidad** de quienes son "referentes" porque también "enseñan" desde ahí: Cristina Davini, que por el año 2000 no dudó en dirigirme para hacer un doctorado (que finalmente suspendí); Débora Ferrandini, que me *auxilió* cuando tenía dificultades y urgencias, y a Silvia Morelli, directora de esta tesis, por su compromiso con el trabajo, con la formación y con la amistad.

Capítulo II

2.1 Apuntes sobre una periodización del sistema de salud argentino

Susana Belmartino es la referencia obligada cuando se quiere hablar de períodos históricos en políticas de salud en la Argentina. Este apartado se escribirá en base a algunos artículos producidos en la década del 80 (Belmartino, 1991) (Belmartino & Bloch, 1980) (Belmartino & Bloch, 1982) y otros entre 1998 y 2009 (Belmartino, 2005) (Belmartino, 2009) (Belmartino & Bloch, 1998). En estos últimos analiza el período posterior a la implementación de las políticas neoliberales.

La intención de este apartado no es historiar el sistema de salud argentino, sino dar un marco de referencia para poder interpretar y comprender la toma de decisiones curriculares en la formación del Licenciado en Enfermería.

Belmartino establece que para entender la conformación del sector salud, como ámbito de acción del Estado, es necesario definir los modos de articulación del Estado con la sociedad civil.

El punto de partida obligado es sin duda la década del cuarenta por las transformaciones en el sistema de servicios y en sus modalidades de financiamiento. La década del 40 marcará el inicio de lo que llama el "*Estado de compromiso*"², modelo que comenzará a mostrar todas sus falencias en la década del 70 y se reformulará en la del 90 a un "*Estado Neoliberal*". Establece también tres momentos del "*Estado de compromiso*": *populista, desarrollista y autoritario*. Para analizar el Estado Neoliberal, utiliza un esquema de André Médici (Belmartino, 2005, pág. 7) que habla de una *primera* y una *segunda etapa de reformas*. La primera sería entre los años 70 y 80 (etapa de transición en la que dentro del Estado de compromiso autoritario se van gestando los cambios que se efectivizarán en los años siguientes) se caracterizaría por la orientación universalista y de igualdad, en tanto que la

² Lo diferencia expresamente del Estado Benefactor, ya que considera que éste es más propio de los países centrales. El Estado de Compromiso se caracteriza por un "estado débil, régimen escasamente institucionalizado, sistema político muy corporativizado, escasa capacidad de sus núcleos dirigentes para consolidar una hegemonía estable." (Belmartino, La Atención Médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos, 2005, pág. 157)

segunda etapa (década del 90), pondrá en primer plano la preocupación por la eficiencia y la calidad de atención.

Antes de este momento y desde fines del siglo XIX, la modalidad de atención de salud de la población puede definirse como típicas de la Argentina liberal: profesionales individuales; hospitales sin fines de lucro, instituciones de beneficencia, mutualidades (organizadas según un criterio de pertenencia a la colectividad) con características similares y escasa vinculación con el Estado. La legislación en materia de salud es prácticamente inexistente y sólo se remite a los accidentes laborales (Belmartino, 1991, pág. 15). Sobre esta base (de énfasis en el rasgo cultural que vincula la demanda, de fragmentación de las modalidades de agrupamiento y heterogeneidad de las normas que las regulan) es sobre la que se construirán las bases del proceso de conformación del sector iniciado en los 40.

La importancia de esta década tiene que ver con un doble nacimiento: por un lado el del Estado "garante" de los derechos sociales, y por el otro el de las organizaciones sindicales, estatales y para- estatales que luego darán origen al sistema de Obras Sociales.

Éstas y la Gremial médica (COMRA) junto con la Asociación de Clínicas y Sanatorios (representantes del sector privado) son los actores sociales que definirán las relaciones del sector salud.

Hay dos elementos que se quieren señalar en cuanto a estos actores por el carácter explicativo que pueden tener para entender las relaciones internas del sector.

Por un lado, que el sindicalismo (que es quien controla las Obras Sociales), tuvo un poder político que lo colocó históricamente en un espacio privilegiado de negociación con el Estado, muchas veces con carácter de "prebenda". Este

sindicalismo, levantando las banderas de igualdad para los trabajadores a los que representaban, reprodujo en su interior, a través de un sistema verticalista de elección que deshechó la representación de las minorías, relaciones desiguales de poder según la capacidad del sector productivo al que pertenecía y con ello la capacidad financiera. El hecho de contar con fondos de los que nunca fue obligado a dar cuenta se transformó en una fuente de poder así como de corrupción.

Por otro lado la fuerte identidad corporativa de la Asociación Gremial Médica que determinó fuertemente la regulación del mercado de trabajo: elaboración del nomenclador nacional de prestaciones profesionales, fijación de aranceles, libre elección del profesional, entre otros. "Interviene en el diseño de políticas y aporta su conocimiento y su apoyo en los intentos de regulación consensuada de la práctica asistencial en la órbita privada" (Belmartino, 1991, pág. 19).

Para completar el cuadro se dirá que el subsector de Obras Sociales contrató los servicios del subsector privado, resultando ser éste y la burocracia sindical los grandes beneficiarios históricos del sector: "...la capacidad de regulación de las instituciones y prácticas del sector- reclamada por el Estado como atribución indeclinable- queda en manos de grandes actores corporativos que hegemonizan la atención de los beneficiarios de la seguridad social médica..." (Belmartino, 2000, pág. 205).

Se quiere destacar que en ese momento fundacional la regulación del sistema de servicios se fundó en el saber médico (su vínculo con el paciente no estaría sometido a la opinión de legos). *"Esta reivindicación postulaba que los médicos conocían y aplicaban las reglas de la ciencia médica y actuaban conforme a un código de deontología"*.

"En lo relativo a las características definidas para la operatoria de los servicios de salud, la doctrina sanitaria plasmada en múltiples documentos y respaldada por la gran mayoría de los agentes con llegada a las agencias estatales con jurisdicción en el sector, explicitaba sus metas en algunos

conceptos cargados de eficacia valorativa, que se ordenaban en esa doctrina en un listado relativamente acotado: universalidad – un sistema único y una sola modalidad de atención para la totalidad de los habitantes –, integralidad – una red de servicios de diferentes niveles de complejidad en condiciones de proporcionar todo tipo de atención: preventiva, curativa, rehabilitadora, incluyendo desde las prácticas más simples hasta aquéllas portadoras de los más sofisticados avances tecnológicos – gratuidad – el acceso a la atención no debía estar limitado por pagos que supusieran alguna restricción para el usuario - oportunidad – la atención sería brindada en el momento en que se manifestara su necesidad, primera condición del último principio ordenador del sistema: eficacia – entendida como la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible”. (Belmartino, 2009, pág. 13)

El peronismo lleva adelante esta etapa con relativo éxito dado el carácter vertical, de fuerte centralismo. Pero en el caso de salud, “el organismo estatal responsable de la sanidad y la atención médica, va perdiendo paulatinamente su “unidad de comando”,... segregan primero la asistencia social... y luego una parte significativa de los servicios de salud financiados y administrados por el sector público pasan a la órbita de la Fundación Eva Perón³” (Belmartino, 1991, pág. 16).

Los intentos por parte del Estado de introducir racionalidad en el sector fueron muchos pero todos fracasaron.

La década del sesenta, identificada antes como el período “*desarrollista*”, es sin dudas la de mayores cambios. Iniciada con las premisas de tecnicismo, eficientismo, y racionalización, la acción del Estado, culmina en 1970, con la ley de obras sociales (18.610). El ejecutivo a través del Ministerio de Bienestar Social, contaba con el diagnóstico formulado por el Consejo Nacional de Desarrollo (1964): “*diversidad de regímenes y disponibilidad de recursos, limitado control por parte del estado de la eficiencia en los gastos y resultados obtenidos, falta de presupuestos*

³ “La Fundación creó la Escuela de Enfermeras (1950), orientada a la especialización en la atención médica y social. Tenía un plan de estudios de 3 años con la modalidad de internado; con opción a un año más para recibirse de especialista en Anestesia, Hemoterapia, Laboratorio...Tuvo 858 egresadas enfermeras y 430 especialistas” (Rapoport, 2006, pág. 327)

programáticos y balances analíticos, desconocimiento de los recursos físicos y humanos disponibles y de las prestaciones sociales y específicamente médicas proporcionadas, carencia de estadísticas sanitarias" (Belmartino, 2009, pág. 11).

En este diagnóstico participó de un grupo de "prestigiosos sanitaristas que intenta poner en marcha un programa de reorganización... conforme a pautas técnico-organizativas elaboradas desde la OPS/OMS, organismo que gozaba de gran aceptación" (Belmartino, 1991, pág. 21). Las propuestas eran ambiciosas y tenían que ver con una gestión que incorporara en el subsistema público la organización de los efectores teniendo en cuenta criterios de regionalización por niveles de complejidad, así como la creación de los departamentos de Enfermería en ministerios, secretarías de salud y efectores.

Con la ley de Obras Sociales y la de Asociaciones profesionales *se consolida el sistema de atención argentino* financiado por las *obras sociales* (al hacer la cobertura obligatoria, los empleadores también deben contribuir estableciéndose modalidades de previsión diversas), con gran poder de negociación de los sindicatos, se amplía sustantivamente la demanda de la *empresa privada* de producción de servicios de salud y de tecnología médica, representados por la COMRA y la Confederación de Clínicas y Sanatorios; reservándose el sector público la regulación, control y supervisión del sistema.

Aunque las expectativas de la política de salud tenían que ver con introducir mayor equidad en un sistema heterogéneo y fragmentado, la mayor parte de los objetivos propuestos no se alcanzaron. El Estado avanzó hasta donde el "pacto corporativo" (denominación utilizada por varios autores para indicar la acción de los actores principales del sector) le permitió. No pudo penetrar en las lógicas internas

de dichas corporaciones: democratización, ampliación de las prestaciones básicas, racionalización en el uso de tecnología⁴.

Sin embargo el sistema (o mejor dicho el "pacto corporativo") funcionó mientras se mantuvo la capacidad de crecimiento ("empate hegemónico"). Fue la crisis económica, la liberalización de la economía, la disminución del aparato industrial y con ella la reducción de los trabajadores en relación de dependencia, así como la caída del salario real, las condiciones que comenzaron a ahondar las grietas del sistema. Las estrategias de mantenimiento del sistema se efectuaron dentro de la misma racionalidad por parte de las corporaciones ("puja distributiva"), que intentaban mantener sus ventajas históricas, aumentando la fragmentación en la prestación de servicios y encareciendo decididamente el sistema.

El período de la dictadura militar (1976-1986) marcaría el momento de transición ya que si bien puede decirse que en el discurso todavía se está en el *Estado de Compromiso en la etapa autoritaria*, también se evidencia el inicio (o la profundización ya que algunos procesos de apertura económica habían comenzado en décadas anteriores) de lo que Médici (citado en Belmatino, 2009) llama la primera etapa de reformas en la coyuntura de cambio que terminará con la instalación del Estado Neoliberal⁵.

⁴ Tanto fue así que el intento de intervención estatal, impulsado en 1973 por el gobierno democrático de la misma identificación política que la cúpula sindical, el SNISS (Sistema Nacional Integrado de Servicios de Salud) fracasó. También lo harían la estrategia diseñada por las Fuerzas Armadas, por carecer de viabilidad política y el Proyecto de Seguro de Salud de fines de la década del 80, el cual no fue tratado como proyecto global, y terminó siendo prenda de negociación en la alianza con los sindicalistas. Las negociaciones terminaron con la sanción de una nueva ley de obras sociales (22260) y de Seguro Nacional de Salud (22261) que poco tenían que ver con el proyecto originario.

⁵ Un ejemplo de esto puede verse en la heterogeneidad interna del equipo de gobierno (una liberal y otra más ligada a la lógica de la Doctrina Social de la Iglesia), dejaba traslucir las contradicciones. En la Secretaría de Salud Pública el componente tecnocrático hizo que haya un discurso de total adhesión al pensamiento dominante de la OPS (en 1978 nuestro país participa de la reunión de Alma Ata), que proponía extensión de cobertura, regionalización y zonificación sanitarias, integración de los tres subsectores para evitar superposición de recursos; sin ningún correlato con la realidad; basta señalar que el presupuesto destinado a Salud pasa de 6% en 1975 a 2,5% en 1983.

La larga discusión y luego sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud durante el gobierno de Alfonsín (1988) constituyó el último intento de debatir la Salud poniendo en el centro la universalidad del derecho y constituiría el final de la primera etapa de la coyuntura de crisis de la que hablaba Médici. De ahí en más, verificado el agotamiento del modelo anterior por falta de financiamiento, la incorporación del mercado será aceptada por los actores que históricamente modelaron el sector, a los que se sumó el capital financiero nacional e internacional a través de las “prepagas”.

El gobierno que se instala en la década del 90, con fuerte consenso político (mayoría de gobernadores provinciales, mayoría parlamentaria, y adhesión de los sindicatos), consigue a lo largo de diez años, completar/legitimar lo que el autoritarismo no había podido: instalar el modelo neoliberal, achicar el Estado, previa ideologización a partir del discurso de la eficiencia y del consiguiente debate “público vs. privado”, y fragmentar la fuerza sindical (Chervo, Arzani, & Micozzi, 2009). Para este momento la crisis hiperinflacionaria y el “éxito inicial” del plan de convertibilidad, insta a “cambiar las reglas de juego”.

En la “receta” del Banco Mundial (Pensar en salud, 1993), podemos reconocer las políticas aplicadas: disminución del gasto social, focalización del gasto, descentralización, desregulación y privatización. En salud esto se reflejó en el *achique del presupuesto* destinado a salud (así como a otros aspectos que hacen al bienestar social y que se relaciona directamente con el estado de salud de las poblaciones), la puesta en marcha de *programas focalizados*, financiados por los organismos internacionales (PROMÍN, por ejemplo) –créditos blandos-; el *traspaso de efectores* nacionales a los *ámbitos provinciales y/o municipales*; la *desregulación de las obras sociales*, y privatización, que para los hospitales públicos significó la incorporación de procesos de *autogestión*, y para el ámbito privado el *fortalecimiento de los seguros privados de salud*.

La puesta en marcha de estas políticas forzó a que la reformulación del sistema se produjera en el marco de la fragmentación descrita, "aumentando la complejidad, la estratificación, la inequidad, que constituyen sus rasgos más críticos" (Belmartino, 1992, pág. 5).

Durante estos últimos años la

"fragmentación con sobreoferta y exclusión social constituyen una caracterización de síntesis que reclama un nuevo mapa de actores comprometidos con la salud de nuestra población.

Tras 60 años de idas y vueltas parece imprescindible repensar un Sistema de Salud de carácter mixto pero con una fuerte centralidad del sector público, con una clara y firme regulación democrática del sistema de Obras Sociales y prepagas, con una reconfiguración de funciones que permita más nación en el sector público, más provincia en la seguridad social, más municipio en la atención primaria, un sistema de financiamiento justo y sobre todo hacer converger los mecanismos para garantizar una ciudadanía igualitaria para todos los habitantes de nuestro país, independientemente de su nivel de ingreso, vivan donde vivan." (Rovere, 2004)

2.2 La formación de Enfermería en América Latina y en Argentina

Sacchetti y Rovere (Sacchetti & Rovere, 2011) plantean que si bien pueden contarse los "antecedentes" de enfermería desde el punto de vista práctico (es decir, en el sentido de quién estuvo a cargo de esta función) desde mucho antes, ubican el nacimiento de la Enfermería moderna a mediados del siglo XIX, en un contexto socio- económico- político y cultural que lleva a los autores a caracterizar a la

Enfermería como una "construcción social victoriana" (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 48). Con esta denominación se

"hace referencia a una compleja asociación de conservadurismo innovador en medio del panorama urbano de la revolución industrial, en una etapa expansiva que llevará, luego de Crimea, a una expansión mundial de Inglaterra. Una etapa ambivalente en la que la filantropía saca a la mujer de su casa, pero le impulsa valores domésticos, en donde la burguesía se acerca a los sectores más desposeídos, pero bajo formas que no permiten explicitar las causas de la nueva pobreza urbana. Una etapa propicia para crear un nuevo sujeto social, pero a su vez sujetado por las marcas de una época, que se extenderá al resto del mundo como una nueva profesión separada ahora de sus raíces religiosas."

Se asiste en Europa a un escenario que permite el nacimiento de una profesión de preeminencia femenina, en cuya conformación se observa como característica principal la "separación entre la función religiosa y la asistencial, un estricto sistema de formación, un régimen contractual, escenarios de práctica definidos y una incipiente corporación profesional" (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 52). Esto no sucedió sin conflicto, ya que el catolicismo insistía en que se trataba de un tipo de actividad que sólo podía ser llevada a cabo por mujeres consagradas. El protestantismo, por su parte, había formulado un ideal femenino que no valoraba especialmente ni la virginidad ni la vida enclaustrada. Nace con esta lógica, el ministerio de las "diaconesas" que se dedicaban a la atención de los enfermos, y a proveer cuidado y educación a los pobres.

Del relato histórico interesantísimo que hacen Sacchetti y Rovere, interesan a los fines del presente estudio los siguientes puntos:

- Las condiciones para el ingreso de las futuras diaconesas (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 60):

"...debían tener entre 18 y 40 años, acreditar buena salud mediante un certificado médico y buena conducta certificado por autoridad clerical; se requería que se aportaran un relato de su vida invocando las razones que la inducían a dar ese paso...y debían tener el debido consentimiento de

sus padres o guardianes por escrito. Su aire debía ser el de una buena cristiana, "sin rasgos de melancolía o depresión"; en cuanto a su educación, tenían que leer y escribir con fluidez, poseer conocimientos de aritmética y de las tareas domésticas –costura, cocina, lavado.-" "...el período de instrucción podía ser de seis meses a tres años..."
(Una vez presentada a sus hermanas), "no hacían votos de ninguna clase, pero se comprometían a permanecer en la institución durante cinco años, luego podían retirarse o renovar el compromiso".

- Las migraciones internas y las guerras determinaron la existencia de tres escenarios diferentes en los que se comienza a ejercer la enfermería: la guerra, los barrios pobres y los hospitales.
- Dichos escenarios tienen requerimientos comunes para el quehacer enfermero:
"carácter social de las prácticas, el molde relativamente estandarizado de las experiencias profesionales, una disciplina de corte militar (supervisora), una subordinación a las indicaciones de los profesionales médicos, ...cierta templanza para... (enfrentar las situaciones)"(Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 65).
- Este rol es posible por la formación que asegura este perfil tanto desde el catolicismo, como el que se le daba a las diaconesas. En ambos casos parecen preparar para todos estos frentes.
- El nacimiento de la enfermería es concomitante con el nacimiento de la medicina y del hospital moderno, que son a la vez determinantes en la conformación y características de este campo. La medicina con su lógica hegemónica, y el hospital que incorpora el panóptico como tecnología de control social difuso (inicialmente pensado para la institución carcelaria, se extiende después al cuartel, la escuela, la fábrica, el urbanismo). Ambas características modelaron la propia enfermería desde sus inicios.
- Diferenciación de clase y etnia al interior de la corporación: hay escritos que dan cuenta de cómo las mujeres de clase alta se "autodefinen" como "*adecuadas para gobernar pero para los servicios generales resultan más útiles personas de*

otra clase...". Por otro lado la propia Nightingale tuvo problemas entre los grupos que llevó a Crimea, ya que las anglicanas subestimaban a las católicas, "aunque no por católicas sino por irlandesas" (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 71).

- La experiencia que se socializa en Inglaterra, Irlanda, Prusia, Alemania, Crimea, se "exporta" a Pitsburg, Estados Unidos. Allí es también la situación de guerra (Guerra Civil) el escenario de reclutamiento y de organización de la Enfermería.
- Así como la guerra fue el escenario de aparición de la Enfermería, también lo fue el ámbito comunitario, que se constituye también como un escenario de conflicto por el crecimiento poblacional y la concentración en centros urbanos. Otro hecho para destacar es la aparición de la "Enfermería en Salud Pública", "Distrital", "Comunitaria", "Visitadora". Luego del fracaso de políticas públicas a cargo de médicos, que parecían no poder "acercarse" a la población, se pensó que sería una tarea que mujeres, cercanas a los vecinos, podrían hacerla más eficiente. Fueron exitosas las experiencias de Liverpool y más tarde, en América, la de New York. Prácticas como la territorialización, la visita domiciliaria, la educación sanitaria y de economía doméstica resultaron ser herramientas eficaces para la práctica de la Salud Pública.
- Otro hecho muy importante para destacar es que una vez generada la práctica en una coyuntura histórica determinada (guerra), y atendido el proceso de formación (creación de escuelas), viene la lucha como para ser reconocidas como profesionales. En 1887 se crea la Asociación de Enfermeras Británicas. El objetivo principal era crear un "registro único" que permitieran distinguir quiénes estaban brindando una formación adecuada y quiénes no. Había una segunda razón y era generar dispositivos (examen obligatorio y pago para acceder al registro profesional) que hiciera de ésta una profesión de clase más parecida a la médica. Por oposición de Florence Nightingale esto se logrará en Inglaterra recién en 1919, pero en Sudáfrica, Nueva Zelanda y muchos estados de

Norteamérica el Registro único existe a principios del siglo XX. Se crean además el Consejo Internacional de Enfermeras (1899), la Asociación de Enfermeras Americanas, la Liga Nacional de Enfermeras Educadoras, la Organización Nacional de Enfermeras en Salud Pública, entre otras.

En **América Latina** la aparición de las escuelas de Enfermería coincide con la secularización y modernización de los Estados. Esto nos ubica a fines del siglo XIX⁶. Por otro lado los conflictos entre los estados y la Iglesia cuyo poder fue incuestionable en todo el proceso colonizador, es otro argumento que explica el hecho de que se verifiquen en los orígenes de la Enfermería en nuestros países "*discursos modernistas (que proponen un modelo laico y profesionalizado) y la contratación de enfermeras, matronas y educadoras extranjeras*".

Nuestros países fueron no sólo receptores de bienes de capital que permitieran el desarrollo de una infraestructura suficiente como para insertarnos en el mercado mundial como proveedores de materia prima, sino de un capital simbólico que proponía modelos y prácticas en el campo de la organización social.

Junto a la docencia, la enfermería se constituyó en una opción para la entrada en el mercado laboral, con un perfil de reconocimiento social, y por tanto "*en un horizonte de expectativas superadoras para miles de mujeres de la región*" (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 123).

En el caso concretamente de Argentina, en consonancia con lo explicado, es la generación del 80 la que inicia los cambios en relación a la Salud, pero con carácter

⁶ Los antecedentes de la profesión en el país son muy interesantes, diversos e incluyen desde el ejercicio de las órdenes religiosas masculinas a cargo de los hospitales en la colonia (betlamitas, por ej.), hasta la práctica de mujeres que acompañaron a los ejércitos durante los largos períodos de guerras civiles. En todas las prácticas a la cultura "científica" occidental, se mezclan saberes provenientes de los pueblos originarios, africanos y criollos.

residual aunque moralizante: la Sociedad de Beneficencia pasa al ámbito de la Nación y con ello *"la acción de beneficencia se inscribe claramente como una iniciativa del poder público"*. En 1886 durante la epidemia de cólera Cecilia Grierson (que se convertirá en la primera médica argentina y sudamericana) funda la primera escuela de Enfermeras en el Círculo Médico de la Argentina, que en 1891 pasa a pertenecer al ámbito municipal, como escuela laica, gratuita y pública (comenzando a funcionar en 1892). Un año después de su muerte, en 1935 comienza a llevar su nombre.

Es muy curioso observar que, a pesar del carácter público de la escuela a partir de 1905 una ordenanza municipal prohíbe el ingreso de hombres, situación que recién se revierte en 1969. (Wainerman & Geldstein, 1990)

Como en todos los casos que describe la literatura acerca de las mujeres que lideraron el proceso de Enfermería como profesión, hay un especial cuidado que tiene que ver con las características de *moralidad, aseo e instrucción*, para la selección tanto de las ingresantes⁷ como de las estudiantes; y hay un enorme compromiso por la lucha de derechos de las mujeres.

En 1890 también funda la Escuela de Enfermería del Hospital Británico⁸, pero aquí se contratará directamente a enfermeras de esta nacionalidad quienes se ocuparán tanto de la asistencia como de la formación. En 1920 comienza a funcionar la escuela de Enfermería de la Cruz Roja (aunque como entidad había comenzado a trabajar en el país desde la guerra con el Paraguay y había sido reconocida oficialmente por Avellaneda desde 1890). Durante el peronismo se crean dos

⁷ "(para ingresar debían) *ser sanas, higiénicas, poseer belleza, conservando la estética, tener destreza, habilidades psicomotoras y tener una buena salud mental, manteniendo una vida moral y espiritual"* (Sacchetti & Rovere, 2011, pág. 119)

⁸ Este mismo grupo es el que creará una escuela en Jujuy (a raíz de que la ESSO se había instalado allí por la presencia de petróleo). Un grupo de egresadas de esta escuela es el que dará origen a la escuela Universitaria de Tucumán en 1952.

escuelas, una dependiente del Instituto Nacional de Salud que a la vez estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación⁹, que en 1960 pasará a depender de la Universidad Nacional de Buenos Aires; y la segunda que dependerá de la Fundación Eva Perón. (Ramacciotti & Valobra, 2010)

La Secretaría de Salud de la Nación crea la Comisión de Cultura Sanitaria (1947) que decide instalar una escuela modelo de enfermería a fin de readecuar los programas vigentes hasta el momento, aplicando las recomendaciones dadas por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) y formar un grupo de instructoras dedicadas al área educativa. (Chervo, Arzani, & Micozzi, 2009, pág. 129)

Se establecía que la dirección de las escuelas debía estar a cargo de una enfermera especializada en educación, se exigiría como requisito de ingreso estudios secundarios o en su defecto estudios primarios con examen de cultura general, la duración del plan de estudios debía extenderse a tres años y se unificaban lineamientos en los contenidos programáticos.

A fines de la década del 50 y durante la del 60 se producen varios cambios significativos de la mano de la corriente desarrollista que inundó todas las áreas de la vida social. El diagnóstico realizado con asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana encontró en el campo específico de la enfermería, que en el año 1956 funcionaban 120 escuelas de las cuales la mayoría no se ajustaban a las reglamentaciones vigentes y, entre otras medidas, aconsejó la creación de escuelas de enfermería en las universidades enfatizando la necesidad de formar administradores y educadores enfermeros para mejorar las prácticas asistenciales y la educación.

⁹ A cargo de Ramón Carrillo, Primer Ministro de Salud del país, mientras que a cargo de la Escuela estaba María Teresa Molina.

A pesar de que en la Universidad del Litoral se crea la Carrera de Enfermería en 1939; ésta fue cerrada en 1949 por diez años, pasando a formar parte de la Universidad de Rosario cuando ésta se separa de la del Litoral en 1968. En 1952 en Tucumán, en 1956 en Córdoba y como ya se dijo en 1960 en Buenos Aires. En 1967 estas cuatro escuelas crean la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería (AEUERA).¹⁰ Cabe destacar que todas ellas contaron durante el período fundacional con la orientación de consultoras enfermeras de la Organización Panamericana de la Salud mediante convenios que duraron cinco años. La orientación ejercida por dichas consultoras, tendían a la modernización de los programas, el énfasis en la salud pública y la administración de los servicios.

Recién en 1968 se logra la ley (35/69) que unifica la formación de Enfermeros terciarios no universitarios y *auxiliares de enfermería*. Este recurso comienza a formarse por la presión del sistema utilizador y los modelos recomendados por los organismos internacionales de acuerdo con la experiencia desarrollada en los Estados Unidos, estableciéndose para nuestro país -a diferencia de otros - como requisito básico, escolaridad primaria y nueve meses de formación.

En el año 1967 se estructura la carrera de enfermería profesional en dos ciclos. Al egreso del segundo se obtiene el título de grado de Licenciado en Enfermería cuyo perfil se orientó a la gestión de los servicios de enfermería, la capacitación del personal y la investigación.

A pesar del ingreso de Enfermería a la Universidad y de la creación de nuevas escuelas, el número de egresados continuó siendo insuficiente. Un estudio realizado por la OPS en el año 1989 revela que del total de 57 escuelas de enfermería (universitaria y no universitaria) egresaban 500 profesionales por año y el nivel de

¹⁰ En 1965 se había creado la Federación Argentina de Enfermería (FAE) que nuclea a las Asociaciones Provinciales y que a la vez forma parte del Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Sólo tres Provincias tienen Colegios Profesionales.

deserción alcanzaba un 60%, destacando asimismo la escasez de enfermeros profesionales, ausencia de integración docente-asistencial y heterogeneidad de niveles de formación y programas.

Como consecuencia de ello, se lanza el "Plan de desarrollo integral de Enfermería" (Espino Muñoz, Malvárez, Davini, & Heredia, 1995) con participación de los distintos estamentos: servicios, escuelas, asociaciones profesionales y organismos gubernamentales a nivel nacional, provincial y municipal, con apoyo de la OPS a través de su representación local.

En este Plan se priorizaron programas integrales de desarrollo que incluyeron distintas instancias de formación: reconversión de empíricos, profesionalización de auxiliares de enfermería (a la vez una de las "Políticas para el decenio, proponía la suspensión de los cursos, decisión que se sostuvo en la Provincia de Santa Fe hasta el año 2009), desarrollo de programas de licenciatura a distancia, residencias, cursos de especialización en diversas áreas, desarrollo de maestrías disciplinares e interdisciplinares y doctorado en enfermería.

La inclusión de técnicas educativas innovadoras (sistema de educación semipresencial) iniciadas a partir de los años noventa en las Universidades de Córdoba y Rosario, en esta última con amplio apoyo de la Fundación W. K. Kellogg (USA), produjeron un gran impacto en el crecimiento matricular. La experiencia se extendió a otras escuelas universitarias por convenios interuniversitarios de difusión y capacitación para la aplicación de dichas tecnologías.

La implementación de políticas neoliberales provocó el aumento del número de instituciones privadas terciarias y universitarias. Entre las primeras hay muchas de gestión gremial; y muchas con modalidades semipresenciales o a distancia para la obtención del título técnico, lo cual renovó en los cuerpos colegiados de enfermería la preocupación por la calidad.

Desde el año 2003 hay declaraciones del ejecutivo en relación a que se trata de una profesión "en emergencia". Sin embargo, las propuestas de ley que tenían que ver con la implementación de un sistema de becas para los estudiantes, caen por falta de financiamiento. En cambio se hizo evidente la decisión política de contribuir a solucionar el problema de Enfermería, atendiendo seriamente a la formación ya que se convocó a una Comisión Interministerial (Salud y Educación) de la que participaron las jurisdicciones, las instancias formadoras universitarias y no universitarias, y las Asociaciones profesionales. Como resultado se promulgó la resolución 07/07 que establece normas de funcionamiento para las escuelas terciarias no universitarias (número de horas, contenidos, relación docente-estudiante) y el 28 de Agosto de 2013 el Consejo Universitario incluye la carrera de Licenciatura en Enfermería dentro del Artículo 43 de la Ley de Educación Superior (LES).

Esta coyuntura coloca a Enfermería (y especialmente a la universitaria) en una posición en la que deberá producir los saltos cualitativos que la coloquen definitiva y plenamente en el campo universitario, esto es con la realización y el ofrecimiento de post grados, la producción en investigación y la adecuación a estándares institucionales y curriculares.

Capítulo III

3.1 El problema de la "periodización" en Enfermería

Para abordar un hecho, acontecimiento, o cualquier recorte de la realidad y analizar su comportamiento en un tiempo determinado, hay que asumir algunos supuestos en relación al tiempo y a la historia. A los fines de este estudio se trabajó con la perspectiva de Reinhart Koselleck.

El autor parte de que en general hay dos posturas para tratar el tema del tiempo. En una el tiempo es representado linealmente, como un hilo temporal, ya sea teleológicamente o con un futuro abierto. En la otra postura el tiempo es pensado como algo recurrente y circular. Koselleck considera que ambas son insuficientes pues *"toda secuencia histórica contiene tanto elementos lineales como recurrentes. (Además)... la propia circularidad también puede pensarse*

teleológicamente” (Koselleck, 2001, pág. 35). Para superar esta aparente dicotomía el autor postula la idea de que el tiempo se trata de una superposición de “*capas*” que sedimentan a distinta velocidad. Identifica tres capas que van conformando simultáneamente al tiempo como una experiencia (experiencia, claro, que deja marcas en las personas): el primer tiempo es para Koselleck el tiempo de la irrupción, del acontecimiento, es decir, la sucesión de los hechos (la toma de la Bastilla, por ejemplo).

“El primer dato de experiencia cuando se pregunta por el tiempo en los procesos históricos es, por supuesto, la unicidad. Los acontecimientos son vividos en un primer momento como sorprendentes e irreversibles, de lo que cualquiera tiene experiencia en su propia biografía” (Koselleck, 2001, pág. 36)

En general ese “acontecimiento” cambia algo (o todo) por lo cual merece ser contado y recordado.

El segundo tiempo es el tiempo como estructura de repetición cotidiana y permanente. Esta estructura de repetición es la que sienta las bases (es la “condición de posibilidad”) para que se produzca el acontecimiento (la situación cotidiana de hambre previa a la Revolución Francesa, por ejemplo). Es la pregunta de por qué sucedió un acontecimiento:

“El gremio de los historiadores no sólo pregunta por lo que ocurrió en su unicidad, sino también cómo pudo suceder. En esta medida busca los motivos, cuya fuerza probatoria reside en su repetibilidad” (Koselleck, 2001, pág. 39)

Ahora bien, no sólo los acontecimientos, sino también estas estructuras de larga duración se muestran como modificables. Esto hace tan interesante el fenómeno histórico.

“La ganancia de una teoría de los estratos del tiempo consiste por tanto en medir distintas velocidades, aceleraciones o demoras, y hacer así visibles distintos modos del cambio temporal.” (Koselleck, 2001, pág. 38)

Por último el autor identifica la tercera capa o nivel del tiempo, que asocia con las huellas, las marcas, los sedimentos. Aquello que queda luego de que el acontecimiento transcurrió.

*"Hay tiempos históricos que sobrepasan la experiencia de individuos y generaciones. En este caso se trata de depósitos de experiencia que estaban disponibles **antes** de las generaciones contemporáneas y que seguirán actuando muy probablemente **tras** las generaciones contemporáneas". (Koselleck, 2001, pág. 41)*

Sanchez Prieto explica los elementos principales de la obra de Koselleck. Destaca el de "espacio de la experiencia" y el de "horizonte de expectativas" como los dos categorías que apuntan a los diversos modos posibles en que se pueden articular pasado, presente y futuro con una unidad de sentido.

"El primero hace referencia al "pasado presente" es un pasado acumulado que admite distintas posibilidades de estratificación y que puede recorrerse según múltiples itinerarios, sin que los acontecimientos queden aprisionados en la simple cronología. El horizonte de expectativa es el "futuro hecho presente", vuelto hacia un todavía-no. La espera se entiende como despliegue de toda suerte de expectativas alimentadas desde la esperanza o el temor, el querer o la inquietud, el cálculo racional o la curiosidad, o desde cualquier otra preocupación individual o colectiva con relación al futuro. Son dos polos que se condicionan mutuamente ("no hay expectativa sin experiencia, no hay experiencia sin expectativa"), y que implican en sí mismas una ruptura radical con la concepción lineal del tiempo." (Sanchez Prieto, 2012, pág. 287)

El propio Koselleck dice

"...en griego "historia" significa inicialmente lo que en alemán denominamos "experiencia". "Hacer una experiencia" quiere decir ir de aquí hacia allá para experimentar algo; se trata al mismo tiempo de un viaje de descubrimiento¹¹. Pero únicamente a partir del informe de ese viaje y de la reflexión del informe surge la historia como ciencia. Cuando hablemos en delante de estratos del tiempo, deberá pensarse también en los hallazgos de

¹¹ Al pie de página del texto citado hay una nota del traductor en la que explica que en ese párrafo, Koselleck juega con la similitud en alemán de las palabras experimentar (*erfabren*) y viajar (*fabren*).

la experiencia, descifrados analíticamente en tres estratos." (Koselleck, 2001, pág. 36)

Velandia Mora problematiza esta misma cuestión a partir del término "periodización". Dice que la determinación de un espacio y un tiempo históricos para ser estudiado no es un hecho azaroso, sino que devela la manera que tiene el autor de "acercarse al conocimiento de la historia humana" (Velandia Mora, 2008). No se trata de la mera enumeración de hechos de hechos, eso es una cronología, más típica de una corriente tradicional, que se queda en el tiempo corto, en el "acontecimiento". La autora cita a Cantón que plantea:

"La posibilidad de reconocer "el tiempo" como una dimensión en la que nos encontramos inmersos requiere, en un primer momento, reconocer los cambios, los movimientos del mundo físico y social que nos permiten diferenciar un "momento" (ocurrencia de un evento) de otro. Esta operación de verificación se basa en la realización de "cortes" que determinan esos "momentos". Los cortes a los que nos referimos, según Cantón, se realizan como efecto de una operación simbólica e imaginaria que nos permite, "al cortar", generar una lectura de los eventos y crearles o integrarlos en un sentido." (Velandia Mora, 2008, pág. 36)

Ahora bien definida teóricamente (y desprendiéndose de ella la operacionalización metodológica) la periodización, queda la pregunta acerca de cómo otorgar sentido a los hechos particulares. Aquí es donde entra a jugar la teoría de los estratos de Koselleck.

Velandia Mora lo que presenta en el artículo citado es un meta análisis de trabajos sobre Historia de la Enfermería, escrito por Enfermeras. Toma dieciocho autores de distintos países de América Latina y analiza qué esquemas de periodización utilizan para pensar esta historia. Utiliza una clasificación que le permite agrupar aquéllos autores/as que ponen énfasis en la Historia Externa ("externalistas") de la profesión, esto es aquellos que utilizan categorías de la sociología de las profesiones para organizar la información; y los que ponen énfasis

en una perspectiva epistemológica "internalista", es decir que analizan los cambios en el propio objeto de estudio y práctica de la profesión o disciplina. Desde la década del noventa ésta parece ser una tendencia y una necesidad profesional.

"Dentro del (enfoque) externalista, podemos ubicar un enfoque de corte religioso, ...otro con matiz sociopolítico y, a veces, también antropológico. Por su parte, en el enfoque internalista también podemos ver varias corrientes: una orientada al análisis del desarrollo teórico, otra al análisis de la evolución de la práctica o de los cuidados, y una tercera, a la evolución de la formación de personal, o dicho de manera más concreta, de la educación. Podría haber una cuarta orientación, que combina varias de las anteriores."(Velandia Mora, 2008, pág. 39)

Una periodización que toman en cuenta elementos socio- sanitarios, políticos y económicos que tienen que ver con la conformación de la profesión de Enfermería establece los siguientes períodos: 1900-1930; 1930- 1960; 1960-1990; etapa actual y perspectivas -Verderese (Verderese, 1979) y Zárate citado en (Velandia Mora, 2008, pág. 40)-. La propia Velandia Mora fechas similares; 1934-1954 y 1955-1975 (Velandia Mora, 2008, pág. 41)

Ávila desde una perspectiva marxista (Velandia Mora, 2008, pág. 40) establece que enfermería pasó por tres etapas, *"la empírica asistencial, la científica individualista y la integral y totalizadora que comienza a desarrollarse... ella se basa en el conocimiento histórico de la persona inmersa tanto en el proceso salud-enfermedad, como en la estructura político social y su interrelación dialéctica."*

Interesa destacar la postura de Sanchez Puñales, también traída por Velandia Mora. Plantea que un estudio de tipo histórico de Enfermería debería *"correlacionar la educación y la práctica de enfermería conformando una relación dialéctica con el contexto socioeconómico general,... la salud de la población... y las transformaciones científico-tecnológicas..."*

Entre los enfoques "internalistas" se distinguen aquéllos que analizan el desarrollo teórico (en el que se destaca el esquema de Durán de Villalobos, que toma de Meleis (1985) en el que distingue una etapa práctica, otro de educación y administración, otro de investigación y un último de producción de teoría); y los que analizan el desarrollo práctico de la profesión.

"Según Collière, inicialmente se pueden identificar los cuidados en la mujer, luego se identifica una práctica de los cuidados administrados por (mujeres) consagradas y luego se identificaron los cuidados en la (mujer) enfermera – auxiliar del médico, y en este momento se puede hablar de una filiación conventual y luego de una filiación médica, de lo cual surge una valoración social y un valor económico de la enfermería, relacionados con la doble filiación conventual y médica. Establece tres momentos en la evolución de la práctica: 1) la corriente vinculada a la técnica y centrada en la enfermería, 2) la corriente de revalorización de la relación cuidador – persona cuidada, y 3) la corriente centrada en el desarrollo de la salud". (Velandia Mora, 2008, pág. 41)

Respecto a la evolución de los cuidados, Collière describe cuatro etapas: *"la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional"*. Esta clasificación ha sido muy usada por otros autores (cuatro reconocidos en el estudio de Velandia Mora).

Dentro de la corriente "internalista" hay estudios que sólo toman la evolución de la educación en Enfermería. Interesa destacar dos: la de Fitzpatrick, que estudia el caso de los Programas universitarios en EEUU, y establece cuatro períodos, a saber, *"1) Orígenes: 1930-1952; 2) Etapa de transición: 1953-1964; 3) Regionalización, la del Sur y la del Occidente; y 4) Maduración de la licenciatura: 1964-1975"*.

La segunda clasificación que se destaca es la que establece la propia Velandia para el caso de Bolivia: *"a) Antecedentes históricos de la enfermería en el país; b) Organización inicial: de 1913 a 1937; c) Periodo de consolidación: de 1938 a 1969; d) Periodo de avance académico: de 1970 a 1983; y e) Aparición de nuevas escuelas: a partir de 1984."*(Velandia Mora, 2008, pág. 42)

Los textos transcriptos (de un artículo que se considera de "primera necesidad", por lo menos para el campo de la formación) intentan reflejar por un lado la complejidad de establecer "cortes" para el estudio de Enfermería dadas la diversidad de los enfoques, y la multiplicidad de relaciones que pueden establecerse para su comprensión; pero también y sobre todo por la tardía (¿reciente?) conformación de la profesión, de su inserción en la Universidad, y en definitiva de su cuerpo de saberes. Las razones de por qué una práctica tan antigua como el hombre tardó tanto en dar estos pasos tiene explicaciones de distinta índole que exceden el objetivo de este trabajo.

3.2 De la influencia de los organismos internacionales en la formación de Enfermería

En este punto interesa retomar el hilo respecto de que los países latinoamericanos son receptores de "*bienes simbólicos*". En el caso de la formación de Enfermería es mucha y muy clara la influencia de Estados Unidos a través de la Fundación Rockefeller (FR) primero y con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) después, con acuerdo (y en algunos casos a pedido) de los estados nacionales. Esto se verifica en toda América Latina, en países como Colombia (Velandia Mora, La enfermería en Colombia. Análisis sociohistórico):

"Ante el vacío dejado por la imposibilidad de realizar el programa de enfermeras sociales o visitadoras, la OPS y la FR insistieron en la necesidad de preparar enfermeras que se orientaran hacia la salud pública, circunstancia que condujo a vincular dos enfermeras norteamericanas a la Escuela en 1944, quienes venían asesorando al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en materia de Enfermería y muy especialmente en lo relativo a las campañas higiénico asistenciales desde 1942"

"... en 1942 la FR y la OPS realizaban una misión en países de América Latina sobre organización de escuelas de enfermeras y visitadoras sociales como parte

de los programas de cooperación en salubridad que EEUU había iniciado en la región”(Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, 2011)

México (Castañeida Godínez, Pérez Loredo, Pérez Cabrera, & Müggenburg Rodríguez Vigil, 2010), Uruguay (Sanchez Puñales, 2003), Brasil (de Ameida Lopes Monteiro da Cruz, 2011), Venezuela (Vessuri, 2001) y España (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1995) (Rodríguez Ocaña, 2000). Este país después de la primera guerra mostraba grandes deficiencias y a diferencia del resto de Europa no tenía ninguna tradición en Políticas de Salud Pública, por lo que se promueve

“...renovación del mundo científico español principalmente a través de la capacitación de personas, que debían ser las portadoras de los nuevos métodos y técnicas capaces de dar sentido a las necesarias modificaciones institucionales y legislativas. La FR, por su parte, buscaba implantar el estilo científico y la dinámica de gestión norteamericanos.” (Londoña Manchola, 2009, pág. 26)

A mediados del siglo XIX, mientras en los países centrales de Europa los Estados (Inglaterra, Alemania, Francia) se preparan políticamente para ocuparse de la salud de las poblaciones en vistas a los cambios que se avecinaban de la mano de la segunda revolución industrial y la explosión capitalista, Estados Unidos sólo se ocupará de la salud de algunos grupos a partir de ciertas consecuencias que empiezan a producirse.

Las primeras intervenciones en salud provenientes del Estado nacen bajo la impronta militar, para proteger al personal de la Armada. Casi por un problema de “salud internacional”, por temor a la “entrada” de enfermedades infectocontagiosas a través de los barcos, es que se comienza a legislar acerca de medidas sanitarias y a brindarse atención médica a la población estadounidense que vive en las bases del ejército en países de América Central y el Caribe (Cuba, Puerto Rico, Filipinas).

Del mismo modo que luego de la Guerra Civil la ausencia del Estado en materia de Educación Superior hizo que Eliot liderara la gran reforma universitaria (1869 en Harvard) que hizo que las grandes universidades se organizaran bajo el

patrocinio del capital privado; el gran impulso de la "Salud Pública" se dará con el mismo financiamiento.

John Rockefeller (dueño de la Standard Oil) *"inició su gran empresa filantrópica dedicándose a la reconstrucción de la Universidad de Chicago, convirtiéndola en un poderoso centro de congregación de colegios bautistas y permitiendo, con ellos, acrecentar su influencia religiosa en Norteamérica"*.

"En 1901...(crea) el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica ...La propuesta era que el Instituto trabajara (en la investigación de las enfermedades tropicales) bajo las pautas definidas por el Instituto Pasteur de París y del Instituto Koch de Berlín... En 1903, creó la Comisión General de Educación CGE ... dedicada a la educación de los negros y los blancos pobres del Sur de los Estados Unidos, especialmente en la formación técnica agrícola, con el fin de superar el atraso del Sur e integrarlo a la economía industrial controlada por el norte..."(Londoña Manchola, 2009, pág. 21)

Más tarde, el Instituto y la Comisión aúnan esfuerzos para poner en marcha las recomendaciones que propusiera Abraham Flexner¹² en el Informe financiado por la Fundación Carnegie que da a conocer en 1910 sobre la formación médica.

"Sin embargo, la incursión definitiva de la filantropía Rockefelleriana en la salubridad pública se dio en 1909, con la creación de la Comisión Sanitaria Rockefeller (Rockefeller Health Board), que en 1913 pasaría a llamarse Junta Internacional de Sanidad, la cual se relacionaría con la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), llamada a partir de 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en 1947 Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y en 1958 hasta la fecha, Organización Panamericana de la Salud (OPS). La cual gestionaría y entablaría alianzas y relaciones con entidades privadas, definiendo el control sobre los mecanismos políticos, financieros, y técnicos de la salud, bajo el poder y supervisión de los Estados Unidos en materia económica y comercial en todo el continente." (Londoña Manchola, 2009, pág. 22)

Es decir que como respuesta a los nuevos retos que significaba la expansión de los mercados se da una doble estrategia: por una parte, la implementación de

¹² El Informe Flexner proponía una formación para el médico de cuatro años y dos de especialidad; dividía la formación básica de la clínica; aprobar matemática y ciencia para el ingreso y que la carrera debía estar ligada a la Universidad. También proponía un aprendizaje activo por parte del estudiante (era muy crítico respecto del uso de la Conferencia) y decía que la Medicina era un *"aprendizaje para toda la vida"*. (Martinez Martinez, Miranda Martínez, & Crespo Toledo, 2013)

una intervención del Estado norteamericano a través de un organismo multilateral, papel que jugó la ya mencionada Oficina Sanitaria Internacional, encargada de coordinar programas sanitarios adecuados en los países periféricos y, por otra, el apoyo por parte de capital privado a la investigación médica sobre enfermedades tropicales y a la intervención sanitaria directa en dichos países¹³.

La relación de la FR con la enfermería latinoamericana tiene que ver con la importación de modelos educativos y de organización de servicios a partir de la formación de grado y post grado, ya sea por la contratación de Enfermeras norteamericanas que se hicieran cargo de Escuelas y las organizaran; o a través de sistemas de becas, pasantías, o modos combinados. Tal como se documenta en párrafos anteriores, estas modalidades se verifican en las principales escuelas de numerosos países del continente.

La participación de la fundación deja de ser tan activa en la década del 50 donde adquiere preponderancia la Oficina Panamericana de la Salud, que es el órgano consultor, asesor y formador de los trabajadores de Salud hasta la fecha aunque su influencia decae en la década del 90 a raíz de su desfinanciamiento. Es también en su propio seno donde se generan los movimientos contrahegemónicos¹⁴, aunque fiel a la sociología funcionalista de la que es vocera, los absorbe y los transforma en nuevos “discursos oficiales”

3.3 Del curriculum como cultura. Entre el caos conceptual y la práctica social

¹³ La campaña contra la Uncinariasis (enfermedad del sueño cuya agente causal es el Anquilostoma) en 11 estados del Sur es la carta de presentación de la Fundación, que tarda hasta 1913 en constituirse por oposición del Congreso.

¹⁴ Vale destacar el papel fundamental de Juan César García en la incorporación de teorías críticas de las ciencias sociales al análisis de los problemas de salud. (Arango Pannesso, 2008)

Numerosos autores comienzan sus exposiciones sobre currículum planteando la imposibilidad de definirlo dado lo polisémico que se ha tornado (Díaz Barriga A. , 2008, págs. 2-3), tanto que Alicia de Alba llega a decir que “se ha vaciado de contenido”. Traen para ello una serie de definiciones de distintos autores (Malagón Plata, 2008, págs. 137-139) (Gimeno Sacristán, 1998, págs. 14-22); a veces puestos de modo histórico y otras marcando distintas escuelas (Camilloni A. , 2001).

A los fines de operar como fundamentación teórica de este estudio, en este apartado se presentarán dos posturas que se han debatido en el campo teórico y práctico de la teoría curricular, éstas son una técnica y otra crítica (Alba, 1998, pág. 11).

En general todos los teóricos del currículo¹⁵ acuerdan en que este objeto de estudio dentro del campo de las ciencias de la educación se va a constituir en el siglo XX. Responde a la necesidad de la sociedad industrial, de la democracia y de la educación masiva e institucionalizada. Herbart o Pestalozzi habían planteado sus teorías describiendo la relación individual entre el docente y el/los alumno/s. Los teóricos del campo curricular (ya sea que se lo defina como conjunto de materias; como programa de actividades, planificadas y secuenciadas; como resultados de aprendizajes; como experiencia recreada en los alumnos para que puedan desarrollarse; como tareas y destrezas a ser dominadas) siempre plantean sus discursos y sus prácticas en un ámbito institucionalizado (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 15).

En ese contexto de surgimiento de la Teoría Curricular, Díaz Barriga (Díaz Barriga Á. , 1986, pág. 14) ubica a Ralph Tyler e Hilda Taba y más tarde a Robert Mayer. Los primeros conciben el problema curricular como el problema de los

¹⁵ La palabra *curriculum* proviene del latín *currere* que significa carrera, en su acepción clásica se lo entiende como el cuerpo de contenidos. En la Edad Media se llamaba Trivium, esto es, tres vías o caminos, (Gramática, Dialéctica (o Lógica) y Retórica) y Quadrivium, cuatro vías (Aritmética, Geometría, Astronomía y Música), para alcanzar la formación.

programas escolares pero a partir de una perspectiva mayor que son la determinación de “bases referenciales” tales como un diagnóstico de necesidades para la elaboración de las metas y especificaciones concretas (Taba), o la utilización de fuentes (varias: especialistas, alumnos, la sociedad) y filtros (filosóficos y psicológicos por donde se pasaría una lista preliminar de los objetivos que hayan surgido de las fuentes) para la elaboración de objetivos conductuales (Tyler).

Las críticas de Díaz Barriga (Díaz Barriga Á. , 1996, pág. 17) son que en el caso de Tyler la sociología desde la que habla es la funcionalista (lo cual hace que “no se pueda seguir enseñando aquello que tuvo validez hace cincuenta años...”); cuando habla de los intereses de los estudiantes, lo hace como un aporte de lo que en ese momento era la “escuela nueva”, es decir desde la perspectiva de la psicología evolutiva, que tenía en cuenta los intereses inmediatos de los alumnos en detrimento de un análisis de contenido. Estas perspectivas develan un pensamiento pragmático y utilitarista.

Sin embargo valora cómo Tyler trata el tema de la selección y organización de actividades de aprendizaje, centrando el problema en el alumno.

El aporte principal de Taba es el hecho de que resulte indispensable contar con una teoría y respetar los siete pasos que postula para la toma de decisiones curriculares: Diagnóstico de necesidades¹⁶, formulación de objetivos, selección del contenido, selección de actividades de aprendizaje, organización de actividades de aprendizaje y determinación de lo que se va a evaluar y de las maneras de hacerlo. Este modo se enmarca en el llamado “enfoque sistemático” (en este caso aplicado

¹⁶ Como en el caso anterior, también acá Díaz Barriga critica “el diagnóstico de necesidades” que se presenta como la piedra fundamental de este edificio curricular, en cuanto es una falacia porque la sociología funcionalista en la que se fundamenta no permite reconocer la dinámica y las relaciones entre la educación (pasa lo mismo con la salud) y las otras esferas del proceso social. Por lo que las “necesidades” que resultan son demandas muy específicas, inmediatas y utilitaristas que dejan de lado la necesaria educación teórica de un sujeto.

a la Educación). Como en el caso de Talyer, es importante el hecho de que incorpore "las actividades de aprendizaje". En cuanto al contenido, la autora plantea el debate acerca de si éste debe tratarse de una "reserva de información adquirida" o de un "método para adquirir conocimiento" (Díaz Barriga Á. , 1986, págs. 17-21). De acuerdo con la segunda acepción, la autora enuncia el concepto de "nociones básicas" como aquellas ideas que describen hechos de generalidad y que debieran ser los que aparezcan en los programas dando un mayor margen a las actividades de aprendizaje y al rol del profesor.

En la década del setenta se generalizó la organización de los programas donde el énfasis estaba en relación a la elaboración (su composición técnica teniendo en cuenta las taxonomías) de objetivos conductuales (Mager). Este modelo de "instrucción" ponía en evidencia la clara relación que debe existir entre los objetivos, los contenidos y la evaluación. La consecuencia de su aplicación tiene que ver con que "torna rígidos los elementos didácticos y deshistoriza la acción docente"; se trata de la "tecnificación del acto de instrucción" (Díaz Barriga Á. , 1986, págs. 21-25).

En este esquema el aprendizaje se torna repetición y el "profesor", un mero ejecutor de acciones decididas por otro.¹⁷ Otra idea (y práctica) fundamental en teorías de este tipo es la de *control*.

La conformación del campo curricular ha generado diversas teorías/escuelas que han dado mayor o menor énfasis a la teoría o a la práctica, a lo que debe ser enseñado o a lo que debe ser aprendido y vivido por los estudiantes. Otra división entre los autores está dada por el hecho de que si bien se reconoce que es una

¹⁷ Es un esquema que por otro lado condice con la teoría de la división del trabajo (que si bien trae ventajas al momento de administrar, despoja al trabajador de la visión completa del producto que elabora; cosa que se torna preocupante cuando el objeto al que se aplica es la educación) y con la teoría clásica de la comunicación (emisor, mensaje, receptor, retroalimentación) que supone una linealidad inexistente en el campo del aprendizaje o que se agota en aprendizajes mínimos.

práctica social, los debates son acerca de hasta qué punto la educación es subsidiaria de un sistema social o si propende a una crítica del mismo.

Se tomará a los fines de este trabajo el concepto de currículo como

"el proyecto selectivo de cultura, cultural, social, política y administrativamente condicionado, que rellena la actividad escolar y que se hace realidad dentro de las condiciones de la escuela tal como se halla configurada" (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 40)

En la misma línea de pensamiento, Pérez Gómez también interpreta el currículo como cultura. Dice que para entender la relación entre la cultura, el currículo y el desarrollo del conocimiento hay que entender la escuela como un espacio ecológico de cruce de culturas.

"...en ella se ponen en comunicación una cultura pública de la comunidad, principalmente expresada en las disciplinas del saber, la cultura académica reflejada en el curriculum, la cultura social que se genera en esta concreta institución por los diferentes grupos sociales que la integran, y la cultura experiencial, que los alumnos han desarrollado a lo largo de su historia extraescolar y con la que se presentan a los intercambios en el aula y en la escuela..." (Pérez Gómez, 1991, págs. 59-60)

Al decir de Grundy, el currículo no existe a priori, sólo puede pensarse, estudiarse, proponerse, hablar de él en función de una realidad concreta en atención a la cual puede comprenderse. Y para comprenderse puede abordárselo desde cualquier lugar (documento escrito del plan de estudios, observaciones de clases, estudiantes, profesores), ya que constituye un espacio de "cruce de prácticas diversas":

"...el curriculum como expresión de una serie de determinaciones políticas para la práctica escolar (en nuestro caso universitaria), el curriculum como contenidos secuencializados en unos determinados materiales, como saberes impartidos por los profesores en las aulas, como marco de las interacciones e intercambios entre los profesores y alumnos, como "partitura" de la práctica, etc." (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 24)

En el mismo sentido Shubert (Schubert, 1986, págs. 34-35) considera que:

"Representar el currículum como un campo de investigación y de práctica requiere concebirlo como algo que mantiene ciertas interdependencias con otros campos de la educación, lo que exige una perspectiva ecológica en la que el significado de cualquier elemento debe ser visto como algo en constante configuración por las interdependencias con las fuerzas con las que está relacionado"

"Para entender el currículum de una institución no hay que conocer el currículum en sí sino más bien el contexto de la institución". (Grundy, 1987, pág. 22)

Entonces, pensando el currículum como el modo de organizar una práctica educativa, como una construcción social/cultural, puede decirse que lo que lo va a caracterizar es la intencionalidad. Sherly Grundy toma la teoría de los intereses de Jürgen Habermas como marco para pensar cómo puede construirse el conocimiento humano.

Habermas define el interés como el "placer que asociamos con la existencia de un objeto o acción". El interés más puro es el de la racionalidad. Los intereses constitutivos del conocimiento configuran lo que consideramos que constituye el conocimiento y determinan las categorías mediante las que lo organizamos.

Habría tres tipos de intereses. El primero que describe es el técnico cuya orientación básica es hacia el control y gestión del medio.

"Este interés es congruente con las perspectivas de acción de las ciencias empírico analíticas, que se basan en la experiencia y la observación, propiciada a menudo por la experimentación. Las teorías asociadas con esta ciencia "comprenden conexiones hipotético deductivas de proposiciones que permiten la deducción de hipótesis legaliformes, de contenido empírico". (Grundy, 1987, pág. 28)

El saber que se obtiene con este tipo de razonamiento es explicativo y da lugar a una acción instrumental basada en las regularidades que proporciona el conocimiento empírico.

El interés técnico es el que da forma al modelo de diseño curricular por objetivos (Tyler, por ejemplo) *"en el que está implícito el control del aprendizaje del alumno, de modo que al final del proceso de enseñanza, el producto se ajustará al eidos expresado en los objetivos."* (Grundy, 1987, pág. 30)

"Esta acción técnica (tekné) o poietiké, que en español se traduce como hacer, involucra la capacidad de hacer algo, de tener habilidad, y generalmente o siempre responde a una idea previa. El razonamiento técnico (instrumental, medios-fines) presupone unos fines determinados y, según reglas conocidas, utiliza determinados materiales y medios para lograr esos fines..." (Malagón Plata, 2008, pág. 139)

Este modelo positivista tan criticado vuelve hoy bajo la forma de "competencias" para la estructuración de los programas académicos y su acreditación.

El rol del profesor en la racionalidad técnica *"es un proceso de selección entre medios disponibles de aquéllos más adecuados para alcanzar la meta establecida"* (Schön, 1992, pág. 40). La determinación que ejercen los objetivos y de las metas es tal que no quedan espacios para la creatividad para estudiante pero tampoco para el docente. Gimeno Sacristán habla de la "configuración política" del profesor, cuya actuación está administrativamente controlada (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 200)

Qué lugar ocupa la teoría y la práctica en el docente. En el escenario que plantea la racionalidad técnica:

"si la teoría no sirve para a los propósitos que le han asignado, pierde su valor, y la confianza deberá ser depositada en otro componente más valioso.... Con el paso del tiempo la teoría parece haber perdido su predicamento... ha perdido su valor al no responder al papel que se le había encomendado, mientras que la práctica ha sido potenciada pero sin ningún

cambio en su concepción y fundamentación epistemológica. Tanto es así que el aprendizaje de la enseñanza parece reducirse al aprendizaje de trucos y rutinas del oficio, sin filtrar los vicios, prejuicios, mitos.... Que se pueden generar en una práctica acrítica". (Gonzalez Sanmamed, 1995, pág. 55)

El segundo tipo de interés que describe Habermas es el interés práctico que apunta a la comprensión, pero no a una de tipo técnica, sino a una comprensión que permita al sujeto interactuar con el medio, no de cualquier modo, sino a través de la acción correcta (moralmente buena).

"La producción de saber mediante el hecho de dar significado constituye la tarea asociada con las ciencias histórico-hermenéuticas..." Se trata de un método interpretativo cuyo éxito (su valor de verdad) no se juzga en torno al éxito de las acciones, sino en atención a que el significado asignado

"ayude o no al proceso de elaboración de juicios respecto a cómo actuar de manera racional y moral... Es una acción subjetiva, es una interacción.... (Entendida) como acción comunicativa, interacción simbólica... se rige por normas consensuadas, que definen las expectativas recíprocas respecto a las conductas y que pueden ser comprendidas y reconocidas por dos sujetos agentes, al menos." (Grundy, 1987, pág. 32)

Un currículo informado del interés práctico supone que todos los participantes son sujetos que interactúan y deliberan (Stenhouse, 1998) (Schön, 1992). El aprendizaje supone la construcción de significados, los contenidos estarán determinados por consideraciones sobre el "bien", en este tipo de currículos éstos nunca se dan por supuestos y deben justificarse en términos de criterios morales. La evaluación significará elaborar juicios acerca de la medida en que el proceso y las prácticas desarrollados a través de la experiencia de aprendizaje favorecen el "bien" de los participantes. En el interés práctico no hay la división del trabajo (educativo) que suponía la "tecné". El profesor debe ser capaz de comprender la

situación total, su significado y promover en los estudiantes esta comprensión para transformar el aprendizaje en una búsqueda de sentidos.

La racionalidad práctica reclama también un cambio en el modelo del profesor. Schön explica tres procesos a partir de los cuales el profesor aprende de la práctica (y por tanto puede convertirla en objeto de enseñanza): "*conocimiento en la acción* (componente inteligente que orienta toda actividad humana y se manifiesta en el saber hacer), *reflexión en la acción* (pensar lo que se hace en el mismo momento en que se está haciendo; reflexionar sobre la confrontación empírica de las creencias que mantiene el profesor cuando se enfrenta a la práctica) *y reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción*" (se realiza con posterioridad al proceso de la acción, permite analizar el conocimiento en la acción, teniendo en cuenta la situación y el contexto) (Gonzalez Sanmamed, 1995, pág. 75).

Así el "profesional reflexivo" se vuelve un investigador en el aula. El lugar de la teoría es muy importante porque el profesor deberá buscar en su caja de Pandora para responder a la situación del modo más pertinente y transformarlo además en un aprendizaje.

El interés emancipador significa el interés por la "independencia de todo lo que está fuera del individuo". Habermas la identifica con la autonomía y la responsabilidad, y sólo es posible en el acto de la autorreflexión. Dado que la sociedad humana tiene una naturaleza interactiva, la libertad individual nunca puede separarse de la de los demás. De ahí que la emancipación esté unida a la idea de Justicia y de Igualdad. Ahora bien, ¿emancipación de qué? De las dependencias dogmáticas.

"El interés emancipador genera teorías críticas. Son teorías acerca de las personas y de la sociedad que explican cómo actúan la restricción y la deformación para inhibir la libertad". (Grundy, 1987, pág. 38)

"El otro tipo de saber generado por el interés emancipador es la intuición auténtica... Este interés se preocupa de la potenciación, o sea de la capacitación de individuos y grupos de tomar las riendas de sus propias vidas de manera autónoma y responsable.... El interés emancipador puede definirse como el interés fundamental por la emancipación y la potenciación para comprometerse en una acción autónoma que surge de intuiciones auténticas, críticas, de la construcción social de la sociedad humana." (Grundy, 1987, pág. 38)

Un currículo informado del interés emancipador deberá propender a que el/los sujeto/s se liberen de "falsas conciencias", tenderá a la libertad en distintos niveles: primero en el de la propia conciencia. Los que participan de la experiencia educativa tendrán que saber *"teóricamente y en términos de su propia existencia"* cuándo las proposiciones representan perspectivas que sirven a intereses de dominación. En el nivel de la práctica, deberá darse un *"encuentro educativo"* que permita cambiar las estructuras en las que se produce el aprendizaje. Un currículo emancipador *supone una relación recíproca entre autorreflexión y acción.* (Grundy, 1987, pág. 39)

Por otro lado tal como lo plantea Freire *"la acción y la reflexión son elementos constitutivos de la praxis"*. (Grundy, 1987, pág. 146)

"Concebir el curriculum como una praxis significa que muchos tipos de acciones intervienen en su configuración, que el proceso tiene lugar dentro de las condiciones concretas, que se configura dentro de un mundo de interacciones culturales y sociales, que es un universo construido no natural, que esa construcción no es independiente de quien tiene el poder para construirla..." (Grundy, 1987, págs. 115-116)

Asumir el currículo como praxis supone un profesor como "intelectual comprometido", con una práctica constante de autorreflexión principalmente en el docente ya que debe ser quien *"facilite, a través de procesos de interacción comunicativa, la autodeterminación de sus alumnos, su búsqueda de identidad"*

personal y social... se busca educar para emancipar" (Gonzalez Sanmamed, 1995, pág. 74) Debe haber una actitud en él que pueda generar los procesos de interpelación a la realidad vivida y construida, para poder transformarla. Freire aporta los siguientes interrogantes:

"¿Cómo puedo dialogar si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro y nunca en mí? ¿Cómo puedo dialogar si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otros yo? ¿Cómo puedo dialogar si me siento participante de un gueto de hombres puros, dueños de la verdad y del saber, para quienes todos los que están fuera son esa gente o son nativos inferiores? ¿Cómo puedo dialogar si parto de que la pronunciación del mundo es tarea de hombres selectos y que la presencia de las masas en la historia es síntoma de su deterioro, el cual debo evitar? ¿Cómo puedo dialogar si me cierro a la contribución de los otros, lo cual jamás reconozco, y hasta me siento ofendido por ella?" (Mirabal Patterson, 2008, pág. 109)

El currículo en la formación del Profesional de Enfermería

La sociedad capitalista ha traído consigo la racionalización (en el sentido webberiano del término) del saber y el nacimiento de las profesiones (Gómez Ocampo & Tenti Fanfani, 1989, pág. 18). Si además se tiene en cuenta que la Universidad Argentina, heredera de una lógica europea, es "profesionalizante", es decir que otorga títulos habilitantes para el ejercicio profesional, puede deducirse la importancia que tiene estudiar los currículos entendidos como planes de estudio, "aunque se trate de las "zonas aparentemente menos atractivas del trabajo analítico que muchas veces se concibe como objetos "fijos" (Davini, 1998, pág. 12)

En este apartado sólo desean incorporarse algunas notas con relación a la formación de los enfermeros.

Sin dudas el mayor aporte en este punto está dado por los trabajos de Medina Moya (Medina Moya, 1999) (Medina Moya, Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de Enfermería, 2005) (Medina Moya & do Prado, 2009). En ellos el autor señala tanto la insuficiencia de la racionalidad técnica, como las reducciones que ha producido en el planteo y el abordaje de los problemas de la disciplina, de la profesión y de la formación en Enfermería.

Es esta racionalidad la que ha reducido la práctica a lo técnico fragmentándola y unificando un objeto que es único, complejo y personal. Fundamenta la aplicación de la racionalidad práctica y crítica en la formación, aunque el mayor desarrollo está referido a la primera. Recomienda para la formación un modelo de racionalidad práctica que contribuya a la "toma de decisiones para beneficiar a la persona cuidada" (Medina Moya, 1999, pág. 86).

Cuando se habla del "componente disciplinar de Enfermería", identificándose con el "cuidado", los autores coinciden (Palencia, 2006) (Bernal Becerril & Ponce Gómez, 2009) (Moreno, 2007) en que se encuentra claramente en el campo de las ciencias humanas, sociales, cada vez más alejado de lo biológico aunque finalmente la demanda del mismo se exprese biológicamente. El segundo punto de coincidencia es que la definición del cuidado como objeto disciplinar es un hecho relativamente reciente, lo ubican en la década del 70. El tercer punto de coincidencia tiene que ver con que se valorizan en estos artículos teorías del aprendizaje como la de Ausubel (aprendizaje significativo, recuperación de saberes previos), y se recomiendan técnicas de enseñanza que pongan en contacto al estudiante con la práctica o con los productos de la misma (relatos de vivencias, por ejemplo).

Se quiere destacar que aunque en estos artículos no se hable de las racionalidades en el sentido de Habermas, parece haber cierta coincidencia en el campo profesional de que esta disciplina nueva está instalada definitivamente en el

campo de las ciencias sociales, y en el paradigma hermenéutico al menos en materia de enseñanza.

Un síntoma de que esto es así son publicaciones (Piera Orts, 1998) que señalan la insuficiencia de la enseñanza de metodologías cualitativas en la formación universitaria de Enfermería, lo que resulta muy contradictorio.

Por último vale destacar el carácter de "saber en construcción" del componente "cuidado" como el disciplinar más específico, que queda evidenciado en la analogía "artesanal" que utiliza Moreno y que pone de manifiesto a la vez el reto y el compromiso de los profesionales enfermeros que se dedican a la actividad académica:

"Se puede comparar el conocimiento disciplinar con la urdimbre sobre la cual se realiza un tejido. Su fabricación requiere de un método, que consiste en entrelazar varios hilos de una forma transversal, por encima y por debajo de la trama. Estos hilos que pueden ser de diferentes colores y materiales, se combinan para obtener un producto artístico, con unas características particulares y únicas. Los expertos saben que no todas las fibras se pueden mezclar indistintamente, porque se corre el riesgo de alterar la calidad del producto. Adicionalmente, en su fabricación es fundamental, que todas las personas que participan en su elaboración, tengan el conocimiento y la habilidad, para que el resultado sea bonito, consistente y de buena calidad.

Las Facultades de Enfermería entregan a la sociedad algunos productos tangibles entre los que vale la pena resaltar, la producción de conocimiento y sus egresados. Los egresados, equivalen al tejido mencionado...

...Para ello es necesario garantizar que los "hilos" que se van a emplear, estén constituidos por conocimientos éticos, estéticos, sociopolíticos y empíricos (derivados de las ciencias básicas, de las ciencias humanas y de enfermería)..."(Moreno, 2007, pág. 15)

Capítulo IV

4.1 De la construcción de los datos y del modo de abordarlos

En 1998 Alicia de Alba (Alba, 1998, págs. 11-21) advertía acerca de la “crisis” del currículo, dado que luego de veinte años de estudio del fenómeno se requería un salto cualitativo que pudiera brindar nuevas herramientas (paradigmas y prácticas) antes de caer en el peligro de quedar paralizados en la pura crítica, sin ninguna perspectiva de avance¹⁸.

En ese libro enuncia varios problemas y recomendaciones. Entre los primeros hay un problema de instrumentación metodológica- técnica de los currículos desde una perspectiva crítica (por lo que las herramientas provenientes de la perspectiva técnica, aunque caducas no hay con qué reemplazarlas); hay problemas en cuanto al estudio de los currículos: su historización; la tendencia a medir más que a identificar problemas; la ausencia de análisis particulares y concretos...; la relación entre la confrontación teórico-conceptual de un campo y la definición de los currículos que con él se vinculan, así como del sistema de enseñanza- aprendizaje que a éstos corresponda, entre otros. (Alba, 1998, pág. 14)

¹⁸ De ahí la idea de MITO que aparece en el título del libro. De Alba plantea que el discurso crítico funciona muchas veces como mito “que obstaculiza las transformaciones curriculares, apacigua las mentes inquietas y permite a muchos portar un emblema de cambio... que en la práctica se ha traducido... en la obtención de espacios de poder en los cuales el discurso cobra sentido en sí mismo y no en su capacidad de afectación de las prácticas y las instituciones...” (Alba, Curriculum: crisis, mito y perspectivas, 1998, pág. 11).

Este estudio pretende inscribirse en esta línea e iniciar el abordaje del estudio de los currículos de enfermería desde el inicio de la Licenciatura en Enfermería en el caso de la Universidad de Rosario.

Dado el carácter polisémico que se explicó en el capítulo anterior (pág. 45), las aristas del objeto y las distintas miradas que de él pueden hacerse, se comenzó por el estudio de los planes *"expresamente ordenados y secuenciados, en los que se establecen los conjuntos de materias o contenidos a transmitir dentro de un determinado ciclo y en determinado período de tiempo"* (Davini, 1998, pág. 11). Si bien esta acepción no tiene buena prensa, se considera que constituye un buen modo para analizar los perfiles, los contenidos, su secuencia y jerarquía, las concepciones pedagógicas, de sociedad, sujeto y salud.

"Toda práctica educativa conlleva un concepto de hombre y de mundo"
(Grundy, 1987, pág. 22)

Se pretendió establecer, a partir del análisis documental aquello que permanece y lo que cambia en la formación del enfermero.

Como también fue objetivo de este trabajo recuperar la historia institucional, se utilizaron para ello, además del estudio documental (informes, fichas docentes, resoluciones) entrevistas con informantes claves, de manera de tener una visión (la de los actores) acerca de cuáles fueron las motivaciones, necesidades o intenciones que motivaron los cambios de planes de estudio.

"Para entender el currículum de una institución no hay que conocer el currículum en sí sino más bien el contexto de la institución". (Grundy, 1987, pág. 22)

Se pretendió identificar *"el juego entre los textos curriculares y entrevistas con el contexto social e institucional en vistas a pensar los principios ordenadores"*

de la producción reproducción y cambio del discurso y las prácticas de formación” (Davini, 1998, pág. 12) *del Licenciado en Enfermería.*

A fin de producir el “cierre de campo” (Borsotti, 2009, págs. 167-180) se informa que las unidades de análisis para alcanzar los objetivos propuestos fueron los planes de estudio 1969, 1978 y 1992.

Las fuentes de información fueron las respectivas resoluciones de los planes 1969 (Resolución N°1522 "M"- Libro 35, 1967), 1978 (Consejo Superior UNR, 1978) y 1992 (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1992) de la Licenciatura en Enfermería, así como otras resoluciones que tenían que ver con la gestión curricular de los distintos períodos. Otra fuente de información fueron las fichas docentes que obran en la institución y en el que se anotaban en forma manual los cargos, las licencias por viaje al exterior y que funcionaron hasta el año 2009. La última fuente fueron seis docentes que participaron desde lugares de liderazgo durante los momentos de cambios de planes de estudio.

Se trata de un muestreo teórico (en cuanto a los entrevistados) y si bien la muestra fue saturada, ya que entre ellos no surgió otro nombre, sino que cuatro se referenciaban entre ellos, hubiera sido intención de la investigadora que participaran dos informantes más, lo que constituye una limitación del estudio.

Se trata de un estudio que combina el análisis sincrónico determinado por los momentos de cambio curricular (años 69, 78 y 92) con el diacrónico a través del cual pretendieron establecerse continuidades, tendencias y rupturas.

Las variables estudiadas en los documentos de los planes fueron en su mayoría cualitativas para, tal que: *Perfil; Objetivos/Competencias; Ejes integradores; Contenidos; Experiencias de Aprendizaje propuestas; Modo de*

organización académica; Concepción pedagógica; Concepción social y Concepción de salud.

La variable *Contenido* fue desagregada en *nombre* de las asignaturas, *duración, ubicación, formato y descripción*. Esta es la única variable trabajada en forma cuantitativa: número de materias y número de horas, utilizándose para su análisis el estudio de frecuencia absoluto y relativo.

La variable que se trabajó (con la que se fue a la realización de la entrevista) fue *motivaciones para la elaboración/cambio de plan de estudios*. Las que efectivamente surgieron del registro de las mismas fueron: *relación con los organismos internacionales; formación docente; integración docente asistencial; imagen/representación de la enfermería; demandas profesionales; contenidos curriculares; política institucional; condiciones previas/insumos (para el cambio de plan respectivo); relación teoría-práctica.*

Para el estudio de los planes de estudio se utilizaron las categorías de análisis que descritas por Davini en su estudio (Davini, 1998) y que recupera básicamente a Basil Bernstein (Bernstein, 1988) (Berstein, 1985).

Los planes de estudio constituyen un *texto pedagógico* en la medida que se presenta como una lista de disciplinas o áreas de conocimiento que define el conjunto de saberes que los estudiantes deberán internalizar para ser integrantes legítimos de la profesión (en este caso Licenciados en Enfermería). Los planes establecen además "la distribución formal del tiempo en períodos" estableciéndose "reglas de secuencia" (qué va antes y qué va después) y "reglas de ritmo" (cuánto deberá aprenderse en un tiempo determinado). (Berstein, 1985, pág. 49)

Los planes de estudio constituyen "textos privilegiados... de un recorte simbólico en función de una racionalidad al mismo tiempo pedagógica y social en el

campo de la formación...". "Pueden mostrar (qué Licenciado) se quiere formar..." Resultan también "concreciones" de una política institucional, y en ese sentido "productos histórico", "...revelan relaciones de poder en cada contexto o coyuntura histórica entre los agentes":... el Estado, la corporación profesional, la universidad, el mercado laboral, los organismos internacionales. (Davini, 1998, págs. 14-15)

Una categoría para estudiar la dimensión diacrónica es el *campo de producción del discurso oficial o discurso regulativo* producido por aquellos que toman decisiones y detentan el control de la formación y el *campo de re contextualización del discurso* (Davini, 1998, pág. 15) compuesto por instituciones y profesores que re organizan o re adecuan el discurso oficial. Aunque en el campo universitario, en virtud de la autonomía, en general ambos campos coinciden puede ser que esto no sea así, por lo que es útil esta categoría.

Basil Bernstein dirá que la transmisión cultural tiene una estructura que se asienta en un orden clasificatorio cuyos principios subyacentes no sólo regulan la experiencia (de adquisición de conocimientos) sino que la configuran. (Berstein, 1985, pág. 48)

"...el plan de estudios se asienta en un sistema de clasificación que no sólo organiza la selección y jerarquía de los contenidos sino que ordena la realidad estableciendo un sistema de límites pedagógicos, y ante todo sociales, que son tácitamente adquiridos durante la formación." (Davini, 1998, pág. 17)

4.2 De las Categorías de análisis:

El estudio abordó solidariamente:

1. El estudio del contexto y del campo
2. El análisis de los planes de estudio (texto)

1. El campo de construcción del objeto disciplinar y el contexto político e institucional fueron tomados como marcos de referencia y se los utilizó en las argumentaciones que intentan comprender las influencias en los planes de estudio. La categoría de "capas del tiempo" (Koselleck, 2001) se utilizó para el análisis temporal.

Tal como lo propone Sautu (Sautu, 2005, págs. 95-151) (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005, pág. 35) (Sautu, 2007, págs. 46-52) la experiencia de construir un objeto desde las vagas ideas iniciales hasta su determinación final, en recortes poco o nada explorados en el medio donde se realiza la investigación pero muy estudiados en otros, sumado a la accesibilidad a los textos con la que hoy se cuenta, hace posible la construcción y reconstrucción de teoría a lo largo del proceso de investigación.

En el caso de este estudio el recorrido por la literatura hizo posible la identificación de corrientes ideológicas de pensamiento o paradigmas sociales que caracterizaron épocas o grupos, y cuya validación bibliográfica se consideró suficiente para contrastar los textos pedagógicos que se estudiaron.

2. El análisis de los planes de estudio se organizó en torno a las siguientes categorías, adaptadas de Davini (Davini, 1998, págs. 19-21):

I) las áreas de conocimiento:

a. *Formación general*: comprende todas las materias consideradas propias de un cierto nivel o estatus cultural –adecuados para un sistema de distinción social, tales como la cultura general- y materias dirigidas a la formación personal o ciudadana.

b. *Formación específica*: comprende todas las asignaturas destinadas a entrenar al estudiante en la adquisición de habilidades cognitivas y prácticas que le permitan

resolver situaciones propias del quehacer enfermero. Son las específicas de la formación profesional y podrán analizarse en las siguientes categorías:

- Materias del área clínica/pediátrica: incluye aquellas asignaturas cuyo objeto de estudio y/o cuya práctica se desarrolla en el ámbito intramural.
- Materias del área comunitaria: incluye aquellas asignaturas cuyo objeto de estudio y/o cuya práctica se desarrolla en el ámbito comunitario.
- Materias del área instrumental: aquellas asignaturas profesionales cuyo objeto de estudio es el aprendizaje de habilidades metodológicas: administración, investigación, etc.
- Materias prácticas: aquellas que están dirigidas a la práctica profesional supervisada.
- Materias electivas: cursos o asignaturas opcionales de formación profesional, que el estudiante decide cursar eligiendo de un conjunto más o menos amplio de alternativas.

c. Formación en relación a otras áreas disciplinares: Incluye asignaturas que si bien no son específicas, son necesarias para el desempeño profesional: Psicología, Nutrición y otras. Se las dividió en sub áreas, de las Ciencias Naturales y de las Ciencias Humanas.

II) La lógica clasificatoria del plan de estudio selecciona las siguientes categorías:

a. Jerarquía: corresponde al peso relativo de las distintas categorías de materias en el plan, en función del número de tiempo asignado en el conjunto del mismo. En esta categoría cabría identificar si las materias de formación general tienen mayor carga horaria que las de formación profesional, o si no existen. Si las prácticas tienen mayor peso que las teóricas o las de investigación.

b. Secuencia: se refiere a la ubicación temporal de las distintas categorías de materias. La ubicación temporal implica un orden y un enfoque de la enseñanza a ser analizado.

c. Ritmo: es el tiempo necesario para la adquisición de las competencias.

d. Límites: indica el tipo de divisiones entre las distintas categorías de materias, el tipo de separación, integración, etc.

III. *Reglas de adquisición:* definen los comportamientos o disposiciones que se esperan alcanzar y su jerarquía relativa (a partir de las variables perfil, competencias u objetivos)

IV. Tipos de racionalidad: técnica, hermenéutica o crítica según las caracterizaciones descritas por Grundy (Grundy, 1987) y González Sanmamed (Gonzalez Sanmamed, 1995).

Capítulo V

5.1 Trazos de una historia anterior: Enfermería en la Universidad Nacional de Rosario

El plan de estudios de 1969 reconoce una historia anterior: los escritos que obran en los biblioratos de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, rezan que *"el 23 de diciembre de 1939 el Honorable Consejo Superior de la Universidad Nacional del Litoral, según exp. M 561/939 aprueba el plan de estudios y reglamento de la Escuela de Nurses de la Facultad de Ciencias Médicas y Ramos Menores, refrendado por el Rector Dr. Josue Gollan y Decano David Staffieri."* (Pedrós, 1971) La persona seleccionada como "Matron" es Mrs. Jean Martin White (exp. 6197 H), quien llega a Buenos Aires el 21 de mayo de 1940¹⁹.

Se la designa directora de la escuela con carácter interino hasta que le sea provista al Director del Hospital Centenario, Dr. Manuel González Loza, la reglamentación respectiva. "Se realiza la inscripción de alumnos y la escuela empieza a funcionar el 10 de Junio de 1940."

"Mrs. White además de regentear la Escuela y el Internado, enseñaba técnicas de Enfermería e Historia de la Enfermería. Para supervisar los trabajos prácticos fueron contratadas las Instructoras Enfermeras: Lilette Galand, graduada en Suiza, Lisette Gorsten del Hospital Británico de Buenos Aires y Miss Hersth de USA."

"Dado el carácter de institución de enseñanza superior que la Universidad quiso otorgar a la escuela desde el momento de su creación, aquélla gestiona y

¹⁹ Rosa Pedrós escribe en este documento que "dada la situación de guerra sólo viajará en un barco americano, eligiendo el S. S. Uruguay de la Moore Mc Cormack Co. Que salió de Nueva York el 3 de Mayo".

obtiene en 1940 la cooperación de la fundación Rockefeller, a través de la cual se contratan los servicios de la mencionada enfermera docente..." (Pedrós, 1971)

De esta primera escuela fueron estudiantes Rosa Pedrós y Juana D'arco. Ambas profesoras son informantes en este estudio.

En cuanto a la "promoción" de la nueva carrera relata Rosa Pedrós:

"yo vine con mi padre para anotarme en la carrera de Medicina... yo era del campo, de Casilda. En esa época venir una mujer sola a estudiar Medicina y venir a una pensión.... Mis padres no querían, pero mi padre me acompañó. Estando en la fila para la inscripción viene un médico recorriendo la fila, entonces se va parando donde estaban las mujeres. Cuando llega a mí, le dice a mi padre: '¿su hija se viene a inscribir?'. 'Sí, para Medicina'. '¿Usted de dónde es?...No mire, hay una carrera nueva, su hija no va a tener ningún problema, va a tener internado, va a tener esto, va a tener aquello... una escuela nueva que se abre de Nursing y Visitadoras de Higiene. Su hija va a tener una beca de la provincia.' Mi papá saltaba. Lo resolvió en ese instante y yo en el afán de estudiar.... Entré sin saber a dónde iba."

En cuanto a las características institucionales, el componente referido a Salud Pública en la formación y de "la vida de los estudiantes" las visiones de ambas coinciden y se complementan:

"uno se encontraba con una organización totalmente desconocida para nosotros que somos medio desorganizados en este país..."
"se nos exigía disciplina, y eso me parece una cosa básica en una carrera como la nuestra". (Pedrós)

Pedrós recuerda en este relato que *"la escuela comienza a funcionar en 1940, cuando la Universidad gestiona y obtiene la cooperación de la Fundación Rockefeller (R.F). Estas docentes habían sido traídas por la Fundación (que era de quien dependían). Esta escuela cambia en 1943 el nombre de escuela de Nurses (1940) a la de Escuela de Nurses y Visitadoras de Higiene; porque se agrega una gran dosis de Salud Pública porque era el momento del auge de la Salud Pública.*

En otro tramo del relato Rosa Pedrós aclara, que *"para esta especialidad se contó con el asesoramiento de una enfermera especializada de los Estados Unidos, la Srta. Esther Herts, representante de la R.F"*

"Nosotras teníamos una gran dosis de ellas (prácticas de salud Pública) en las villas, en las escuelas... yo tenía diez escuelas para poder trabajar con el médico y visitar cada semana a los niños."

El plan de estudios de esta escuela *"se diferenció del que estaba en vigencia en las escuelas tradicionales, adecuando para ello su orientación hacia los nuevos enfoques educacionales del momento, incluyéndose la enseñanza y práctica de la salud pública en curso básico..."*

"una de las instructoras era suiza, otra alemana y otra norteamericana" "... se habían formado con el modelo Nightingale..." Pero por cuestiones políticas... les dan 24 horas para retirarse. 'me acuerdo de estar viendo por una ventana a Mrs. White, que era alta, flaca, con un delantal blanco, con una valijita, yéndose por la calle porque la policía la había echado'. (Pedrós)

Recuerda Juana D'arco: "...Era una escuela del primer mundo... era una escuela de la Facultad de Medicina... estaban los profesores Dr. David Staffieri, el Dr. Lewis de fisiología, Dr. González Loza... fueron los que crearon la escuela. ...fue la primera en el país que exigió el secundario completo... en

la sala 16 no había enfermeras que pertenecieran al hospital, estaba atendida por las alumnas... todo el año, las 24 horas. Yo me acuerdo un 24 y un 31 estar de guardia o haciendo prácticos. Había una instructora de 8 a 16hs. Y otra de 16 a 22hs., nunca me olvido que a la noche estaba Berta Tartalal, y en la mañana Hilda Cajal... Los días sábados ponían en el transparente los horarios de cada alumna para la guardia... El primer año era dramático porque se entraba a las 6 de la mañana a la práctica. Vivíamos ahí, estábamos internas.... Era obligación.... Teníamos plena libertad, y cuando salíamos teníamos que decir a dónde íbamos y de dónde veníamos y la regente era la americana Lucy, que te llamaba la atención en inglés..."

"...Las de primer año teníamos cuatro meses de preparación teórica después entrábamos a la sala a las seis de la mañana. De seis a ocho era tendido de cama, enemas....después de 8 a 9 desayunábamos y después nos quedábamos hasta las 13 hs. Las de tercero eran las nocheras. Había jerarquías: las de tercero mandaban a las de segundo y primero y las de segundo a las de primero. La primera inyección que yo puse, la puse de la mano de Celia Brum en el año 44. Se hacía una linda experiencia al lado del paciente. Salíamos muy bien formadas, una disciplina bárbara... lástima que después en el 45, por razones políticas la cerraron"

La escuela cierra en el 46 pero en el 48 se les da la oportunidad de terminar a aquéllas alumnas (todas eran mujeres) que habían visto interrumpida la carrera. Las primeras egresadas habían quedado a cargo de la formación. Ya no había modalidad de internado. Funcionó sólo un año más por falta de inscriptos.

El período que va desde que ambas terminan la carrera hasta el año 59 en la que se reabre la carrera, las historias de estas mujeres van por caminos diferentes. J. D'arco continúa con un cargo de "ayudante instructora" de la Facultad, obtenido por su condición de estudiante de buen promedio, por el que cumplía dos horas diarias en "el sector administrativo, más específicamente a la oficina de personal";

y por otro lado obtiene un cargo en la Provincia por el que ejerce durante siete años como Visitadora de Higiene en una escuela.

"...Luego de la caída de Perón, en el 55 se abre la escuela, pero podían entrar personas con sexto grado... en el 59, a fines de Septiembre, ya estaba la gente del nuevo gobierno y vino por invitación del rector de la Universidad del Litoral, del decano... la consultora de OPS, Miranda. Nombraron a cuatro personas que estábamos allí: Celia Brum, Berta Tartaral, Doly Godoy y yo (Juana D'Arco)"...

Rosa Pedrós explica que *"en 1959 se reabre la escuela con el nombre de Escuela Superior de Enfermería, título que en 1962 cambia por el de Escuela Universitaria de Enfermería. Era necesario que los egresados se identificaran como universitarios para acceder a becas en universidades extranjeras, sino el nombre creaba mucha confusión."*

"...La reapertura se logra en base a un plan cooperativo entre la Secretaría de Estado de Salud Pública, la Oficina Panamericana Regional de la OMS y la Universidad Nacional del Litoral, por solicitud de esta última. Con un nuevo enfoque curricular... acorde a las nuevas exigencias de salud de ese momento... Los trabajos se iniciaron con dos consultoras de la OMS, María Lurdes Ververece y María Miranda y las cuatro enfermeras locales"

Estos trabajos a los que se refiere la Magister Pedrós tuvieron que ver con el diagnóstico situacional relacionado con las necesidades de salud y de educación, institucionales y de recursos.

Desde que se recibe en el 44 hasta el 55, Rosa Pedrós trabajó en el Hospital Español. En 1955 se pone en contacto con la oficina de OPS que desde hacía dos años estaba en Buenos Aires. Es así como obtiene una beca para hacer una Maestría

en Salud Pública en Puerto Rico: *"era la primera persona que solicitaba una beca en el país"*.

Uno de los requisitos era el permiso o recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, que luego de varias gestiones, obtiene.

La Maestría fue de un año y medio en Puerto Rico incluyó *"un período de observación y trabajo en distintos países, por ejemplo estuve dos meses trabajando en un Centro de Salud de Brooklyn en Nueva York, entonces tenía que hacer la práctica en barrios negros, acompañados por una enfermera de color. Fue una experiencia muy rica....; un mes en un hospital de Guatemala, viendo la organización del hospital y otro mes en Chile, para ver la escuela Universitaria de Servicios Públicos."*

"Cuando llegué acá inmediatamente me hablan de un proyecto que ellos tenían en el Chaco de desarrollo, donde se iban a concretar una gran cantidad de acciones de salud en esa provincia, con gran cantidad de asesores internacionales, así que me fui para el Chaco con la obligación de un curso de tres meses que desarrollaron asesoras de OPS donde había como 15 ó 20 aspirantes, enfermeras, tomando el curso, para diferentes cargos que tenía que hacer en la Escuela, instructora, etc. Así me quedé en esa Escuela de Enfermería del Ministerio de Salud Pública con la idea de su adscripción a la Universidad de Corrientes. Estuve tres años... se hizo todo un trabajo de gestión inicial con la Universidad de Corrientes. Yo cada semana me tomaba el barquito y me iba para allá... Ahí viene el llamado a concurso en la Escuela (Rosario) y me vengo para acá..."

En 1959 la escuela Superior de Enfermería cuenta con un plan de estudios que es un producto directo del asesoramiento de la Organización Panamericana de

la Salud. Es este organismo quien ofrece las primeras becas a al grupo de docentes que se inician, para prepararse como tales; y luego a los primeros estudiantes.

Así una (Juana D'Arco) va a Colombia, a la Universidad de Bogotá, a la escuela de Salud Pública y Obstetricia por un año. Dos docentes fueron a Chile; otra a Estados Unidos. El primer grupo de egresados (cinco de los cuales van a pasar a integrar el cuerpo docente de la Escuela) realizaron la última materia relacionada con Administración de servicios en la Universidad de San Pablo.

Respecto de esta beca D'Arco cuenta:

“tuve una experiencia muy linda en obstetricia... muy organizado, un montón de materias, antropología, historia.... Y después estaban los prácticos que fueron cuatro meses: 24 hs. De guardia y 24 de descanso... Íbamos a dar charlas a los indios allá, a las matronas acá, porque eran todas empíricas las que hacían partos... Estaba bárbaramente organizado los partos en domicilio...Al hospital iba donde estaban las embarazadas que hacían el control periódico y entonces cuando sentían los dolores de parto llamaba por teléfono, estaba la ambulancia preparada con todo el bolso, el material estéril... íbamos hasta que se hacía el parto....”

A partir de experiencias como estas, se implementa a su retorno a la Escuela de Rosario la visita domiciliaria en el marco de las prácticas de Salud Pública (con el uso “del maletín”); la preparación de la asignatura que estaba en el tercer año de la carrera y la organización de la maternidad del Hospital Eva Perón.

Respecto del sentido y objetivo de estas becas, ambas coinciden en que era el hecho de *“ver lo que Enfermería podía hacer.... Y formarnos como docentes, porque qué sabíamos nosotras de elaborar programas....”*(J. D'Arco).

En 1964 se incorporan los cursos de formación de Auxiliares de Enfermería:

"Aquí ya no intervenía la F. R., sino que éstos fueron fruto de un convenio entre la OMS, UNICEF y la Universidad Nacional del Litoral"

"...en octubre de 1967 la Dirección y los docentes... conscientes de que no podía esperarse la curva de la evolución... en momentos en que Argentina vivía una etapa muy difícil de su historia efectúa una completa revisión curricular y proyecta y pone en vigencia en marzo de 1968 un plan educacional adecuado a la tónica derivada de las transformaciones del presente y adopta características muy bien definidas y concuerdan plenamente con la nueva Ley Universitaria puesta en vigencia en ese momento en el país y con las necesidades urgentes de enfermería. Con este fin este nuevo planeamiento organiza la carrera en dos ciclos: Enfermero y Licenciado en Enfermería." De esta manera la institución brindaba la preparación del personal de Enfermería en los tres niveles: Auxiliar, Técnico y Profesional. "...en la misma Resolución se aprueba el Master en Enfermería cuyos programas habrían de ponerse en vigencia en un futuro próximo. Es decir que el Master que encontraron aca las nuevas Direcciones ya había sido aprobado en aquél entonces" (Pedrós).

Este proyecto que la Magister Pedrós enuncia se corrobora en la resolución de aprobación de plan de Educación por ciclos (Resolución N°1522 "M"- Libro 35, 1967). También hay que destacar en este período el carácter fundacional de la estructura institucional evidenciado a través de reglamentaciones de la propia escuela en todos sus aspectos: funciones, estructura, modos de regularización/aprobación, derechos y deberes de docentes, estudiantes (Resolución N°43 (11) Serie "B" Libro 2, 1960); situaciones en caso de ausencias a exámenes finales (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1970); y los convenios con los gobiernos Nacional, Provincial y la OMS que además de lo que llaman la "cooperación técnica" trae la posibilidad de becas para docentes y estudiantes, que permite que esta visión propia de la directora, fuera compartida por lo que ella misma denomina "un grupo de docentes".

Este último párrafo conviene ser ampliado con algunas expresiones que se reiteran a lo largo del relato de Rosa Pedrós y que tienen que ver con aspectos de Política institucional:

"Esto fue muy criticado (se refería a sacar la cofia en el grupo de estudiantes) porque las cosas hay que trabajarlas...no todo el grupo de docentes tenía clara la meta o a lo mejor la tenía clara , pero le daba igual llegar como no llegar; en cambio la Dirección con docentes, porque había un grupo de docentes que los voy a recordar toda la vida, porque colaboraron muchísimo con este principio y gracias a ellos la Escuela llegó; porque no es por la Dirección si uno no tiene un equipo de gente es imposible llevar adelante...."

"había ciertas exigencias y cierta rigidez...claro ahora las cosas no pueden ser las mismas pero de esa forma se creó una mentalidad y se formaron dos o tres primeros grupos de profesionales impresionantes, que hables con quien hables aquí o en el extranjero que los han conocido, preguntan de dónde han salido..."

En cuando a la política institucional en lo referido a lo didáctico-pedagógico relata aspectos que tienen que ver con el contacto directo de los estudiantes con *'grandes profesores'*: *"venía el Dr. Staffieri y les hablaba... eso era hermoso"*; la estrategia de Evaluación Permanente:

"cada fin de año la Escuela hacía una Evaluación del plan que se había desarrollado, con la presencia de todos los profesores de Enfermería y de las materias afines, de manera que tenías un salón allí con todos los profesores de química, anatomía... y se iba evaluando materia por materia: ¿qué pasó con estas horas que no se dieron? ¿si estaba programado esto por qué no se dio? ¿qué pasó?. Así estábamos 3 ó 4 horas. Después se hacía una recepción...hermoso..." La evaluación de un programa es importantísima...

cuando había déficit, después se tenía una reunión con ese profesor para pensar qué se podía hacer el año próximo para que esto no pasara...”

“Otra cosa muy importante es el número de Comisiones que tiene una escuela. Este era un indicador que se evaluaba cuando era consultora de OPS. Nosotros teníamos de Currículum y Reglamento, de Investigación, de Difusión, de Docencia y Servicio, de Becas, de Oportunidades de Estudio y Perfeccionamiento, de Biblioteca.”

“Teníamos la norma que cada uno que daba la clase íbamos todas de oyentes, es decir yo seguí un poco lo que hacían conmigo en el Normal. Yo soy maestra Normal, entonces cuando teníamos que hacer prácticas venían todos a escuchar la clase para después hacer la crítica...”

Respecto del objeto de estudio disciplinar, del saber enfermero como diferente del saber médico, Rosa Pedrós manifiesta:

“esa es una preocupación (la de las teorías de Enfermería) de una segunda etapa. En la primera parte se hacía énfasis en la parte práctica, pero en cuanto a teoría en sí no se hacía tanto énfasis, no es que se haya dejado de dar pero no con tanto énfasis. Esto empieza en una segunda etapa, sí yo creo que cuando empieza un trabajo de integración con los servicios.... Para esto había déficit en los docentes, y ¿cómo se superó? Con esfuerzo, deseo de superación, buscando, estudiando, preguntando, viajando acá y allá. Yo me iba cada semana a Buenos Aires, a OPS, creo que he sido una rata de biblioteca, me hacía sacar fotocopias. Por eso siempre decía “no se separen de OPS”...

Para finalizar se reitera un dato que ya fue dicho en estas páginas iniciales y que tiene que ver que con que esta preocupación por la “formación docente”, se transforma una política institucional ya que la escuela gestiona las becas en el exterior y las pasantías de los estudiantes de la primera y segunda cohorte de

Licenciados en Enfermería. Según las fichas docentes doce de los veintitrés docentes que ejercieron en esa década, hicieron post grados o pasantías en el exterior.

5.2 Plan de estudios 1969.

En cuanto a la variable "*perfil*" en el **plan de estudios 69** (Resolución N°1522 "M"- Libro 35, 1967) no hay una mención explícita de éste; en cambio sí enuncia las "*competencias*" (segunda variable a analizar), tanto del enfermero (título intermedio) como el del Licenciado (título de grado) en términos de **objetivos** (se enuncian siete) **lo que equivale a decir que "será capaz de"**:

- *Comprender*: verbo que hace alusión a una conducta de tipo intelectual o conceptual
- *Enfermería como servicio*. La idea de Servicio viene del ámbito de la economía. Caracteriza un tipo de actividad que permite satisfacer una necesidad social y que no guarda relación con la elaboración de bienes materiales. Se caracteriza por la intangibilidad (no puede ser captado por los sentidos antes de ser adquirido); heterogeneidad (aunque sea del mismo tipo, no hay dos iguales); perecibilidad (no puede ser almacenado); inseparabilidad (la producción y el consumo se desarrollan paralelamente) y ausencia de propiedad (quien contrata un servicio lo uso, pero no se vuelve propietario del mismo).
- *prevención de las enfermedades y la restauración y rehabilitación física, mental y social*: esto constituye el objeto de trabajo, su quehacer.
- *Del enfermo*: este es el sujeto de atención, que se define bastante restrictivamente.
- *En colaboración con su familia y el equipo de salud*: aparece la idea de incorporación de la familia a la atención y del trabajo con otros miembros del equipo.

- *Comprender los principios científicos....habilidad para aplicarlos en....funciones de enfermería:* en esta segunda competencia se destaca la habilidad para aplicar principios científicos para cumplir funciones de enfermería. El nivel de habilidad incluye a la comprensión y se resuelve en un "hacer" una función. Las funciones tienen además la característica de poder pensarse por separado, casi como una enumeración, sin una que le dé unicidad a la tarea.
- *Habilidad para planificar los cuidados del paciente... de acuerdo a sus necesidades individuales.* Pareciera que ese "servicio", "funciones", resultan ser "cuidados" que surgen a partir de las necesidades individuales. En ningún momento se explicitan de qué tipo de necesidades se habla.
- *Habilidad inicial para el manejo y dirección de la sala.* Este objetivo supone que el enfermero tiene las nociones administrativas mínimas para participar de la organización de la sala (modelo hospitalario)
- *Habilidad para trabajar con miembros de profesiones afines.* Da cuenta de un profesional que "trabaja con otros profesionales" y que debe aprender a hacerlo.
- *Promover el perfeccionamiento y crecimiento profesional....* (siguiente objetivo)... *participación en asociaciones profesionales:* estos objetivos hacen referencia a la formación permanente y a la participación en las asociaciones que incentiven el liderazgo.

En el segundo grupo de objetivos, los que se refieren al Licenciado en Enfermería se destacan los siguientes aspectos:

- *Formar enfermeros social y profesionalmente responsables:* hace énfasis en el carácter profesional de la formación. Quizá también quiera subrayar la responsabilidad con la sociedad como "objeto de cuidado" y también en el sentido de hacer visible esta profesión que se constituye como "nueva".
- *Conocimientos de las ciencias biológicas, físicas y humanísticas:* no se habla de conocimientos de enfermería. Contar con estos sería suficiente para

brindar *una calificada prestación de enfermería*, que por el desagregado posterior parece que incluye:

- *Planear, ofrecer, dirigir y evaluar un buen cuidado de enfermería al individuo y a la familia en el campo asistencial y de la salud pública*: al "paciente" suma la "familia" y además suma el campo de la salud pública al asistencial tradicional.
 - Habla de ayudar al paciente y familia a reconocer las necesidades y por otro lado a satisfacer aquellas que éste no pueda satisfacer por sí mismo. Parece ser una estrategia de acción y por otro lado hay un concepto de que el trabajo del enfermero tiene que ver con satisfacer una necesidad básica que no puede el paciente satisfacer por sí mismo por dolor, desconocimiento, o lo que fuere.
 - Enumera también funciones docentes, de administración, supervisión e investigación para el desarrollo de los profesionales y de los servicios.
 - En cuanto a investigación el objetivo es que el profesional realice investigaciones "simples".
- Hay tres objetivos finales: *Aplicar el método científico en las situaciones de enfermería; Mantener competencia profesional y Contribuir para la superación de sus colegas*, que si bien no agregan "funciones" nuevas, parecen querer reforzar el hecho de dar visibilidad a esta nueva profesión que adquiere el estatus de "universitaria".

Las reglas de adquisición enunciadas describen un quehacer profesional muy claro respecto del segundo ciclo, en el que se discrimina muy bien lo que se espera respecto al cuidado (se lo llama claramente así, mientras que para el primer ciclo se habla de funciones). Llama la atención que se distinga entre ayudar a reconocer y a satisfacer las necesidades identificando las capacidades de las personas y familias por un lado, y por el otro satisfacer aquéllas que las personas no puedan. Sabemos hoy, a partir de la discusión acerca de qué son y qué no son las "actividades

reservadas”, que esto constituye el corazón del aporte de enfermería y este plan lo contempla. En cuanto a la administración está claro hasta dónde llega una y otra titulación: el enfermero logra “*habilidad inicial para... el manejo de la sala*”; mientras que el Licenciado “*asume funciones docentes, de administración y supervisión...*”. Esta habilidad parece ser una respuesta a una necesidad de los servicios y reforzará la división del trabajo de la que se hablaba más atrás, así como la organización tayloriana característica de la organización hospitalaria. Respecto de investigación el alcance respecto de esta actividad sólo la logra en el segundo ciclo. Hay un énfasis muy marcado en comportamientos del graduado que tienen que ver con una actividad que no puede mostrar como estudiante sino como graduado, y que tiene que ver con la preocupación por la “imagen”, tales como:

- *"Habilidad para trabajar con miembros de profesiones afines.*
- *Promover su mejoramiento y crecimiento profesional.*
- *Comprender sus responsabilidades como miembro de un grupo profesional y como ciudadano, perteneciendo y participando activamente en asociaciones de su propia profesión"*

Para el enfermero, y para el Licenciado:

- *"Mantener competencia profesional y contribuir para la superación de sus colegas.*
- *Realizar aporte positivos para elevar el nivel de la profesión y crear en el público una imagen apropiada de la misma"*

En el documento tampoco se formulan “*ejes integradores*” ni definiciones explícitas acerca del “*concepto de hombre/sociedad*”, “*salud*”, ni de las “*concepciones pedagógicas*” que sustentan el plan. Sin embargo en este sentido sí se explicitan algunas cuestiones acerca de las “*experiencias de aprendizaje propuestas*”:

- Intensividad de la presencialidad.
 - Requerimiento de 55 hs. de estudio semanal promedial: 30 dirigidas y 25 de autoestudio.
 - Las estrategias de los espacios “teóricos” presentan variedad metodológica.
- También en el plan queda aclarado el modo de organización académica:
- Primer ciclo: 2 años y medio. 21 asignaturas.

- Segundo ciclo: 1 año y medio. 10 asignaturas y la elaboración de la Tesis de grado.
- Otorgamiento de una medida de trabajo académico: "unidad" o "punto". El criterio para los "puntos créditos":
 - 1 hs. teórica semanal en un semestre: *1 punto*
 - 2 hs. de laboratorio sem. en un semestre: *1 punto*
 - 4 hs. de experiencia Clínica semanal en un semestre: *1 punto*
- La aprobación del Primer ciclo es requisito para el ingreso al Segundo.
- División/ especificación entre
 - "Clase teórica": clases magistrales, dictadas, mesa redonda, panel, etc.
 - "Trabajo práctico o de laboratorio": tareas realizadas en laboratorio bajo la supervisión de docentes, tendientes a la aplicación y ejercitación de los conocimientos científicos.
 - "Experiencia Clínica" es la actividad de enfermería bajo la supervisión docente en servicios hospitalarios y comunidad.
 - Se considera tiempo de "Estudio individual" al tiempo que requiere el estudiante promedio para cursar las asignaturas en el término establecido.
 - "trabajo académico dirigido" es aquél que el estudiante realiza bajo la inmediata guía o supervisión de sus profesores: clases teóricas o de discusión, laboratorios, experiencias clínicas. Probablemente 30 hs. semanales promedio
 - "trabajo académico no dirigido" es el que se realiza sin supervisión directa: estudio personal, preparación de informes y trabajos especiales. Alrededor de 25 hs. semanales.
 - Considera el año académico con dos semestres de 18 semanas cada uno, excluyendo el tiempo de los exámenes finales.

Cuadro N° 1

Secuencia y ritmo del plan de estudios 1969. Escuela de

Enfermería- UNR

Asignaturas	1 año		2 año		3 año		4 año	
	1°C	2°C	1°C	2°C	1°C	2°C	1°C	2°C
Química y Bioquímica	3/2							
Biofísica	2/2							
Anatomía	3/2							
Microbiología y Parasitología	2/2							
Int. A las cs. Psicosociales	3							
Inglés	4							
Fisiología		3/2						
Psicología Evolutiva		4						
Fundamentos de Enfermería ²⁰		6/10						
Nutrición		1 30'/1						
Filosofía y Ética		3						
Enfermería Médica ²¹ (14 semanas)			9/19					
Desarrollo Histórico de la Enfermería (18 semanas)			2					
Enfermería Quirúrgica (4 semanas)			9/18					
Enfermería Quirúrgica ²² (10 semanas)				9/19				
Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental (8 sem.)				8 30'/18				
Bioestadística				2/1				
Psicología Social				3				
Enfermería Obstétrica ²³ (9 semanas)					8/19			
Principios de Administración y Enseñanza, aplicados a la Unidad de Internación (18 sem.)					2/2			
Enfermería Pediátrica (9 sem.)					8/19			
Didáctica en Enfermería (7 sem.)						5/22		
Enfermería de Salud Pública (11 s.)						4 30'/19		

²⁰ "Incluyendo: Introducción a la enfermería- Farmacología general- Saneamiento ambiental- Primeros auxilios"

²¹ "Incluyendo: Clínica y Enfermería Médica- Enfermedades transmisibles- Epidemiología – Dietoterapia"

²² "Incluye: Clínica y Enfermería Quirúrgica- Urología- Farmacología- Centro Quirúrgico- Dietoterapia"

²³ "Incluye Clínica y Enfermería Obstétrica- Clínica y Enfermería Ginecológica"

Psicología Clínica (18 semanas)						3		
Cultura de Occidente (18 s.)						2 30'		
Enfermería Avanzada (18 s.)							7/21	
Organización y relaciones humanas (18 semanas)							2	
Investigación en Enfermería (18 s.)							2/1	
Administración y Supervisión en Enfermería (18 s.)								2 30'/28
Seminario de Ética y Tendencias en Enfermería (18 s.)								2
Formación estética (18 semanas)								2 30'
Tesis (autodirigido)								
Totales	17/8	17 30' /13	11/19	15/19	10/21	10 30'/21	11/22	7/28
	25	30h 30	30	34	31	31	33	35

El cuadro muestra todas las asignaturas del plan de 1969 y su ubicación por año y cuatrimestre, así como la duración, especificándose en la celda respectiva el número de horas semanales, y tras la barra, el número de semanas.

Se puede ver entonces que, en cuanto a las **lógicas clasificatorias**, este primer cuadro del plan de estudios 1969 muestra que, en cuanto a la *secuencia*, se trata de un plan de mucha movilidad, ya que todas las materias son semestrales. Algunas incluso tienen una duración menor (de 7, 8 u 11 semanas). Esto sucede a partir del segundo año.

Por otro lado se puede decir que es una carrera de *ritmo* rápido: hay un corto tiempo para la adquisición de las competencias.

Los *límites* son muy precisos entre las distintas asignaturas. Algunas integraciones se dan al interior de algunas profesionales, pero aún en esos casos están perfectamente precisados. Es el caso de Fundamentos de Enfermería, Enfermería Médica, Quirúrgica, Obstétrica y Pediátrica.

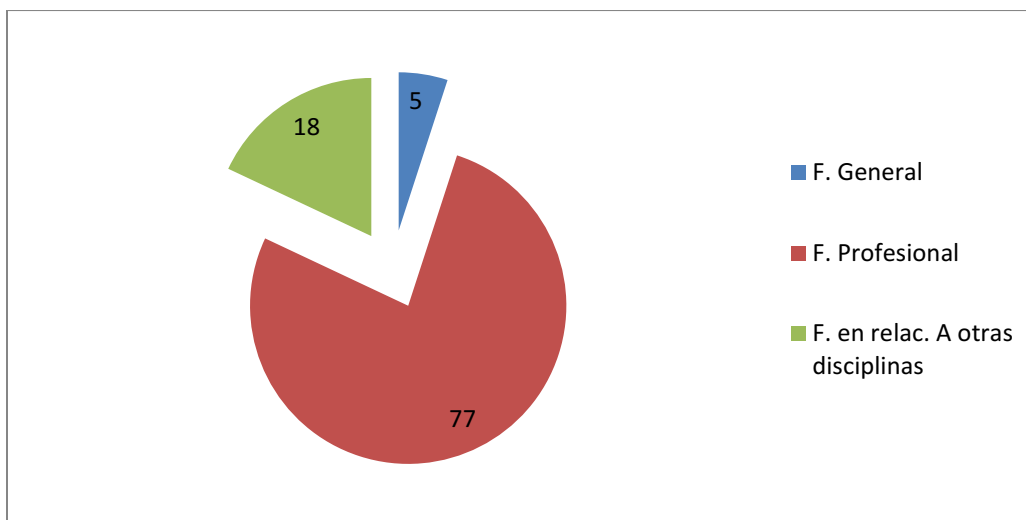
Cuadro N°2
Clasificación de Asignaturas según tipo de conocimiento
Plan de estudios 1969 UNR

Áreas de conocimiento	Tipo	Asignaturas	Hs.				
			T.	P.	E. C.	Tot.	
Formación General		Inglés	72			72	
		Filosofía y Ética	54			54	
		Cultura de Occidente	45			45	
		Formación estética	45			45	
Formación profesional	Materias teóricas	Desarrollo histórico de la Enfermería	36			36	
		Seminario de Teorías y Tendencias en Enfermería	36			36	
	Materias clínicas	Enfermería Médica	112		245	357	
		Enfermería Quirúrgica	112		245	357	
		Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	68		145	213	
		Enfermería Obstétrica	72		158	230	
		Enfermería Pediátrica	72		158	230	
		Enfermería Avanzada	120		315	441	
	Materias comunitarias	Fundamentos de Enfermería	99		162	261	
		Enfermería en Salud Pública	50		198	248	
	Materias técnicas	Introducción a la Administración, Enseñanza y Salud Pública	Administración Científica	36			36
			Didáctica en Enfermería	35		154	189
			Administración y Supervisión en Enfermería	45		336	381
			Investigación en Enfermería	36	18		54
			Materias prácticas				
Materias electivas							
Formación en relación a otras disciplinas	de las Cs. Naturales	Química y Bioquímica	54	32		86	
		Biofísica	36	26		62	
		Anatomía	54	32		86	
		Micro y Parasitología	36	22		58	
		Fisiología	54	32		86	
		Nutrición	54	36		90	
		Bioestadística	36	18		54	

	de las Cs. Sociales	Introducción a las Cs. Psicosociales	54	54		
		Psicología Evolutiva	72	72		
		Psicología Social	54	54		
		Psicología Clínica	54	54		
Totales			1757	261	2161	4185

El cuadro muestra la clasificación de las asignaturas en áreas según el tipo de formación a la que se refiere el conocimiento que agrupa. Ellas son tres: conocimiento general, otra profesional y otra relacionada con otras disciplinas.

Gráfico N°1
 Porcentaje de horas según tipo de Formación- Plan
 de estudios 1969- Escuela de Enfermería- UNR



En cuanto a las asignaturas de formación general, se clasifican cuatro, que tienen que ver con idioma y con aspectos de Ética, Estética, Filosofía y cultura general de Occidente y que concentran el 5% del plan de estudios (216 hs).

Las que corresponden al área de Formación profesional son quince asignaturas que concentran el 77% de la carga horaria total (3213 hs.); constituyendo las materias de tipo clínica representan el 44% (1828 hs.); siguiéndoles las técnicas para las que se disponen 804 hs. (19%); las de contenido comunitario, 509 hs. (12%) y por último las que fueron clasificadas como "teóricas", con 72 hs. (2%), como "Desarrollo histórico de la Enfermería" y "Seminario de Teorías y Tendencias en Enfermería".

La formación en relación con otras disciplinas está formalizada en siete asignaturas de ciencias naturales (se clasificaron como tales desde Bioquímica a Nutrición) que concentran el 12% del plan (522 hs.) y tres de ciencias sociales (en realidad son sólo de la disciplina Psicología) que concentran el 6% de las horas del plan (234).

Respecto del área de "Formación General", Rosa Pedrós dice que las asesoras de OPS insistían en el hecho de que *"...en la Universidad... el profesional tiene que*

tener una cultura general.inglés puede abrir una puerta para su capacitación futura.” También la informante hace referencia a reuniones realizadas con “gente de la cultura y con el Decano de la Facultad, que *“justamente uno tenía la intención de que enfermería fuera un profesional como otro gran profesional... que se interesara por leer, por buscar... cosas que no tuvieran que ver nada con la Enfermería...”*

El mismo tipo de argumento reitera en relación a dos temas: el uso de la “cofia” y la presencia de Enfermería (la Asociación de Enfermería) en el corazón mismo del “lugar médico, las instalaciones de su propia asociación”:

“...propuse sacarle ese distintivo (cofia) a la enfermera, para que el médico hable con una persona y no sepa que es una enfermera en primera instancia, que se entere después... De esa manera el médico a lo mejor está hablando de música o de cultura general y dice –Qué mujer culta e inteligente que es... Uy, es Enfermera! Porque si tiene la cofia, todo lo que diga será usado en su contra. Dio resultado.”

“...hacía cinco o seis años que estábamos en la escuela pero nadie nos conocía. Como Presidente de la Asociación de Rosario, propusimos que las reuniones se hicieran en el Círculo Médico. Cuando hacíamos conferencias nos daban el salón, de manera que los médicos nos veían entrar... Hicimos un Congreso Nacional muy importante y durante una semana estuvo lleno de mujeres..., bueno no sé si fue eso, pero los médicos empezaron a conocernos, a tratarnos, a vernos como seres humanos normales; que podían conversar...”

Los otros cuatro informantes de este estudio, formaron parte del primer grupo de egresados de este plan. Uno de ellos dice respecto de estas materias:

“las materias humanísticas no enriquecían el enfoque humanístico de la enfermera en la relación con el paciente, yo supongo que esa era la idea

de donde se trajo, o sea supongo que el sentido era enriquecer la relación humana entre enfermera y paciente... pero no estaba todavía trabajado el tema de las necesidades básicas...." (Informante 3)

Otra docente (Informante 4) opina en cambio que *"...recuerdo que había una anécdota de cuando Rosita presentó el programa y estaban todas estas materias y un docente le dijo "pero Profesora, ¿por qué no les enseña a tocar el piano a sus estudiantes?"... una descalificación total.... Ahora "Cultura de occidente" no me parece para nada azaroso, me parece de una gran apertura... Esta materia por ejemplo, tenía una impronta filosófica, del pensamiento, las corrientes de pensamiento... eran los antecedentes de una epistemología. Luego, todo eso se perdió."*

Gráfico N°2

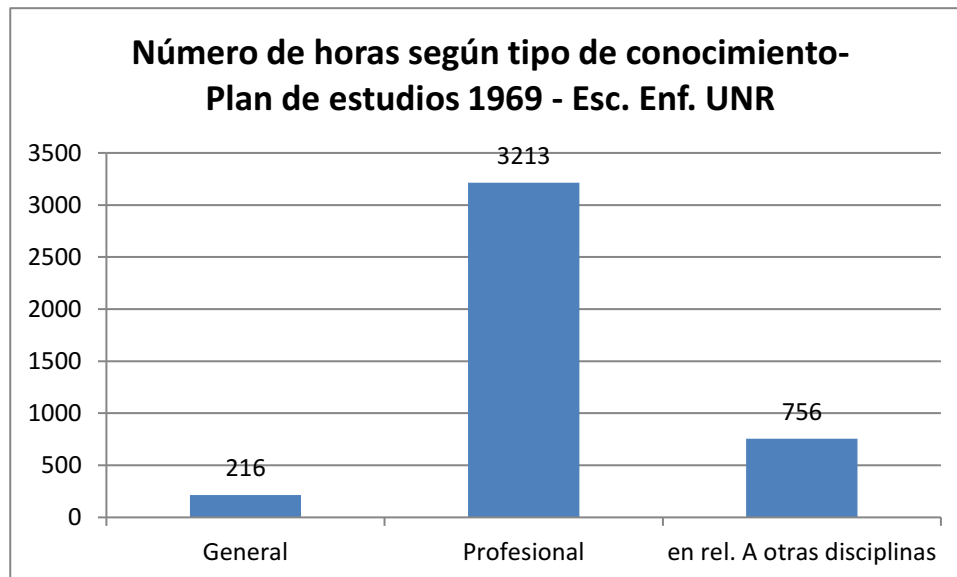
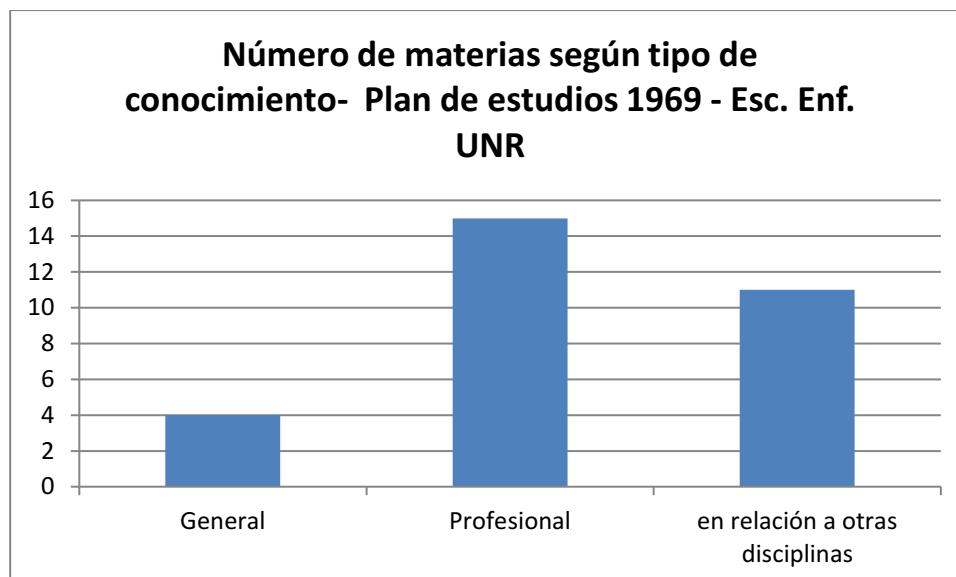


Gráfico N°3

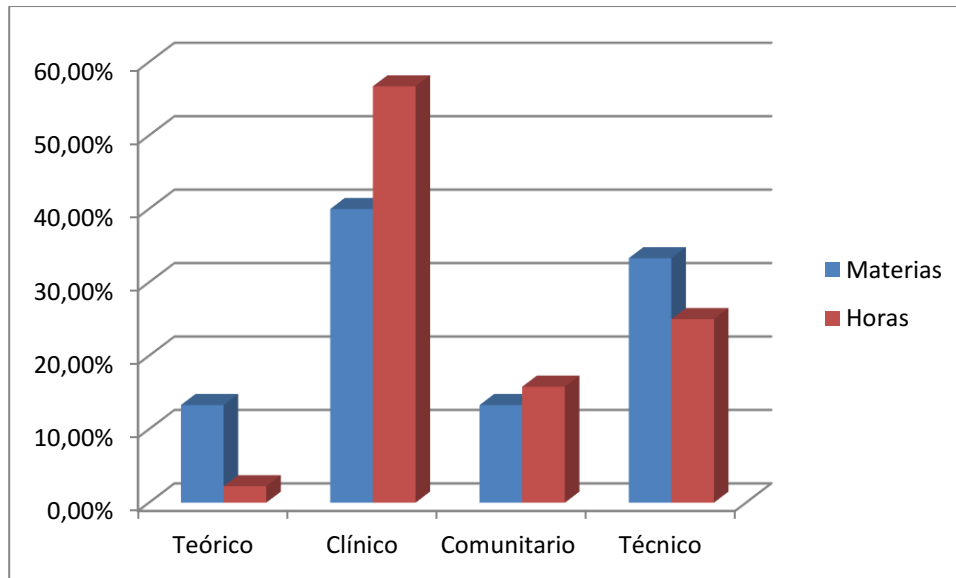


Los gráficos 2 y 3 hacen referencia a la *jerarquía* o peso relativo de los conocimientos que se enseñan. Si bien el número de asignaturas relacionadas con otras disciplinas son 11, mientras las clasificadas como “Profesionales” son 15, en horas, éstas prácticamente quintuplica las destinadas a las anteriores.

Al tomar en cuenta las materias clasificadas como profesionales, resulta interesante ver cómo se distribuyen al interior de esta categoría: teóricas, clínicas, comunitarias, técnicas, prácticas y electivas. En el cuadro 2 esta clasificación está indicada con la coloración de las celdas.

Gráfico N°4

Relación de asignaturas y horas en términos de porcentaje en cuanto al tipo de formación “específica”. Plan 1969. Esc. Enf. UNR

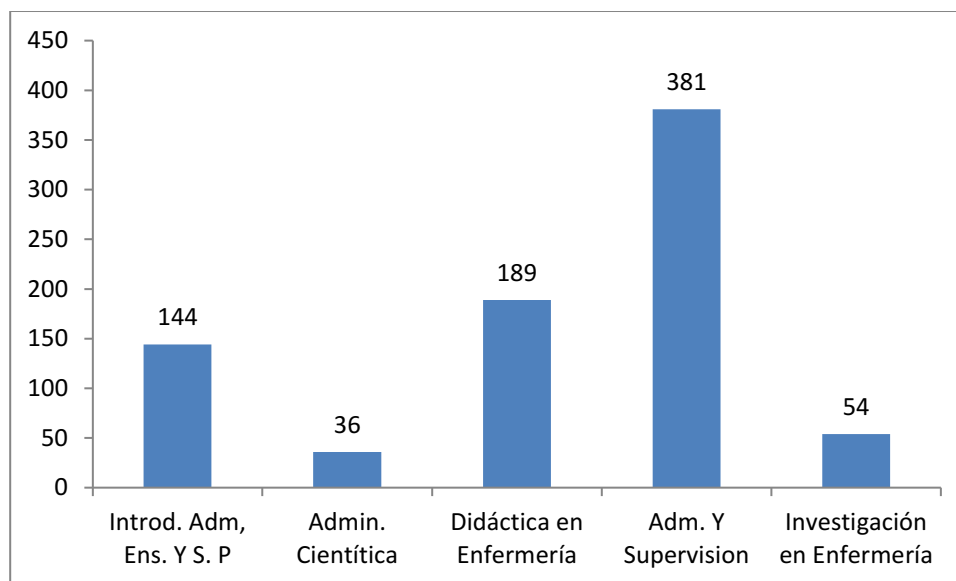


El gráfico pretende mostrar cómo áreas que concentran el mismo porcentaje de materias, concentran distinto porcentaje de horas. Así el área clínica concentra el 56% de los contenidos profesionales, el comunitario casi el 16% y el área técnica el 25% en términos de horas (verdadero indicador de jerarquía). El hecho de que estas horas se concentren en casi el mismo número de materias no tiene que ver con la jerarquía o peso, sino con otros factores: las "teóricas" y las "comunitarias" son dos, pero lo que pone de manifiesto el gráfico es el carácter de "disciplina práctica" en la que se está formando. Por otro lado las asignaturas "clínicas" son seis porque responden a un modo de organización del contenido que tiene que ver con las especialidades médicas (que a la vez es como estaban organizados los servicios). Las asignaturas clasificadas como "técnicas" son cinco y tiene que ver con la preparación para las *funciones* que declara el plan de estudios debe cumplir el Licenciado en Enfermería. Coherentemente con ello, se observa en el cuadro 1 que estas asignaturas se concentran en el segundo ciclo de la carrera.

Gráfico N°5

Distribución del conocimiento "Técnico" en términos de horas

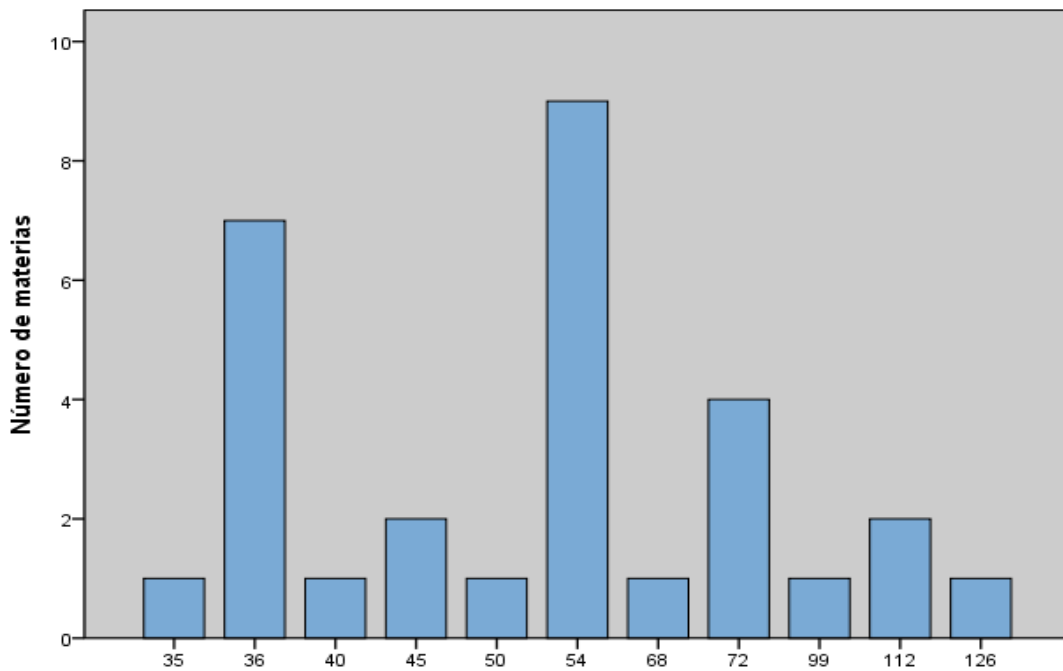
Plan de estudios 1969- Esc. Enf. UNR



Las materias clasificadas como pertenecientes al área de formación técnica son cinco con una clara jerarquía de los contenidos relacionados con la Administración (561 hs.). Si se suman las tres que tienen que ver con este contenido). De todos modos hay que tener en cuenta que el trabajo de investigación que se solicitaba para acceder al título no tenía horas asignadas dentro del plan de estudios.

Gráfico N°6

Horas teóricas de las asignaturas- Plan de estudios 1969



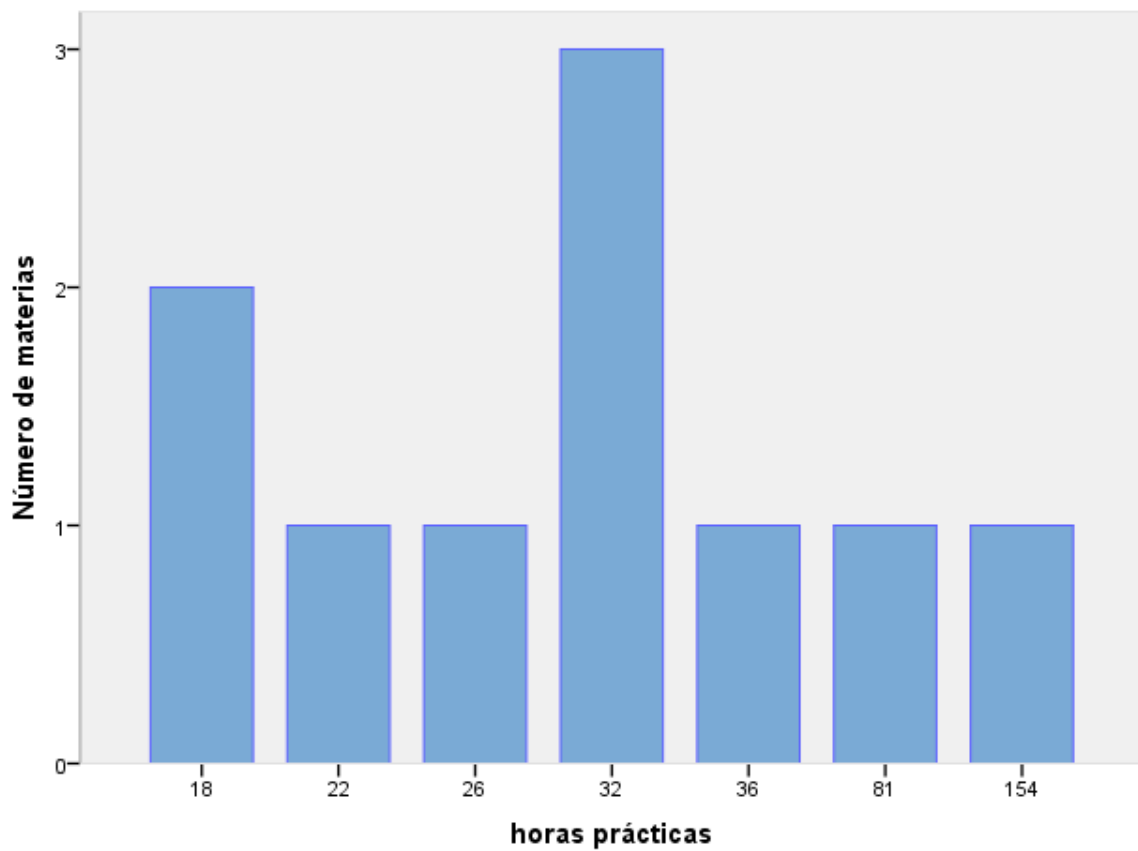
En este plan están discriminadas las horas teóricas, prácticas y de experiencia clínica, lo cual permite determinar la carga de estos distintos tipos de conocimientos (responde a una clasificación diferente dada en el punto anterior), y que se relaciona directamente con estrategias pedagógicas y espacios de desarrollo de las mismas.

Este gráfico muestra la concentración de horas teóricas por materia.

Una sola asignatura alcanza un máximo de 126 horas teóricas. 20 materias tienen hasta 68 hs. Este dato refuerza la idea respecto de la gran movilidad curricular: el hecho de que sean "cortas" resultan un atractivo para el estudiante.

Gráfico N°7

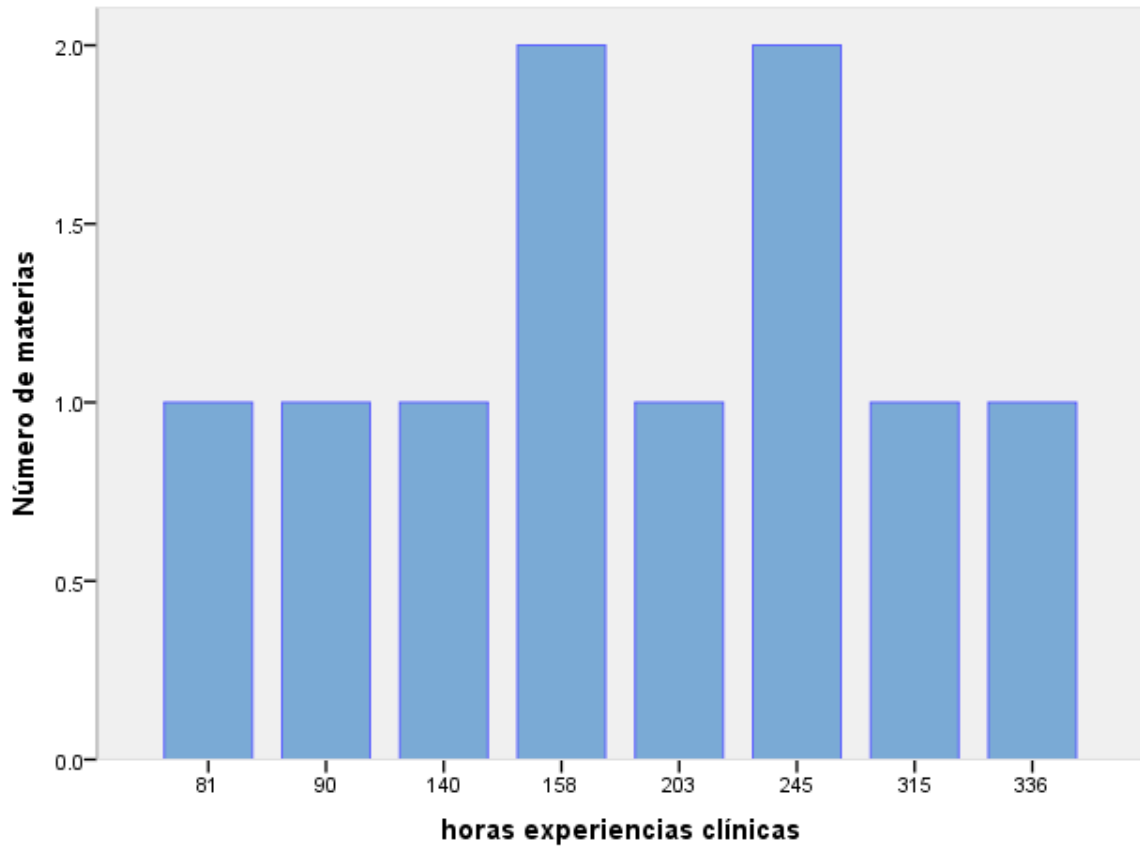
Horas practicas de las asignaturas- Plan de estudios 1969los



Diez asignaturas tienen "horas prácticas", de las cuales ocho concentran 216 hs. Y las otras dos restantes, 235. Lo cual da cuenta de cierta fragmentación, pero también de cierta profundización disciplinar (en disciplinas relacionadas con el saber enfermero), es decir pareciera que materias como Microbiología, Química, etc. tienen instancias de trabajos prácticos. Cabe aquí la pregunta acerca de qué tipo de integración se realiza en las prácticas profesionales.

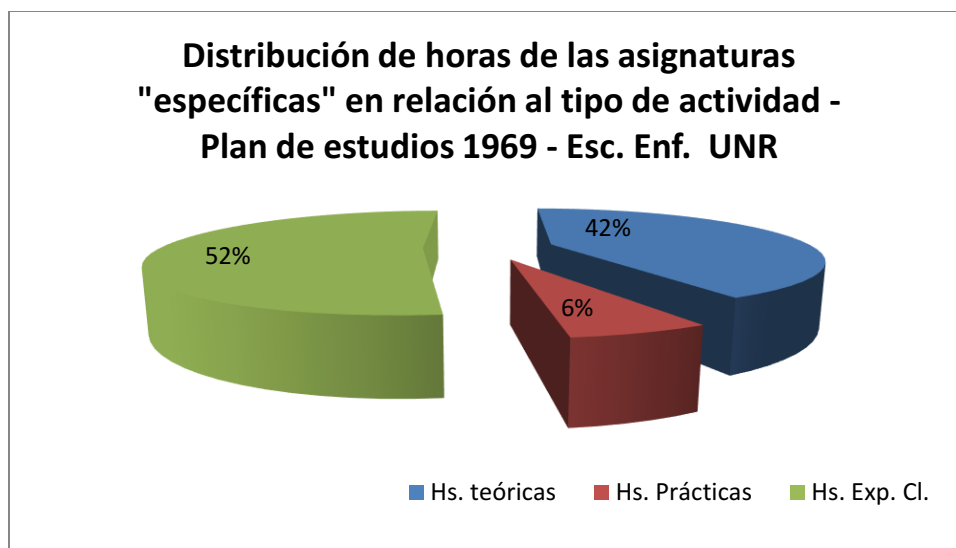
Gráfico N°8

Horas de experiencias clínicas por asignatura- Plan de estudios 1969



Este cuadro muestra la carga horaria destinada al trabajo de campo. En diez asignaturas y con una carga total de 1971 hs. el estudiante está en un campo clínico comunitario u hospitalario.

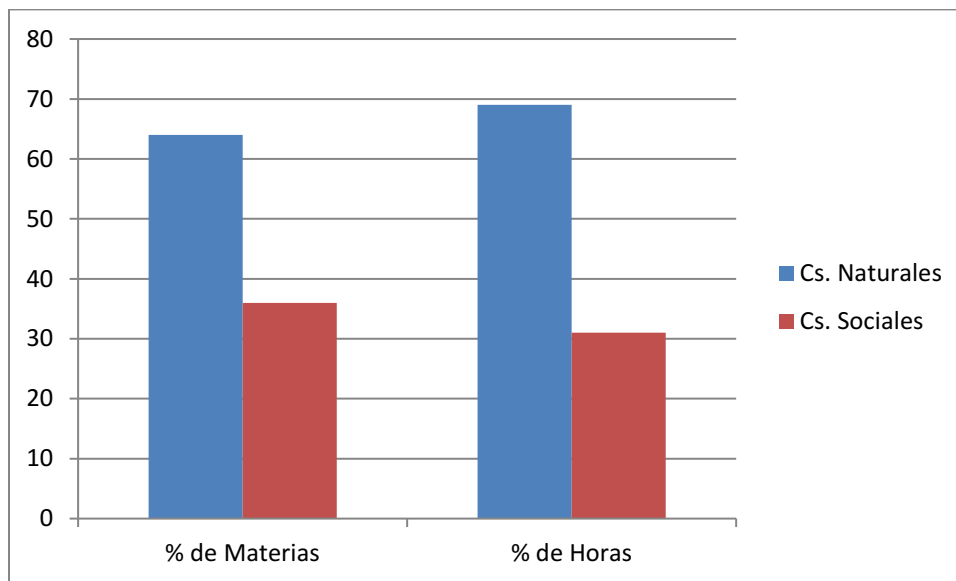
Gráfico N°9



El gráfico que muestra la distribución de horas en el plan, mostraría la posición privilegiada de la práctica en terreno, ya que el 52% de la carga horaria está constituida por este tipo de propuesta, mientras que las teóricas constituyen el 42%.

Gráfico N°10

Relación de asignaturas y horas en términos de porcentaje en cuanto a la formación "en relación a otras disciplinas". Plan de estudios 1969- Esc. Enf. UNR



El gráfico muestra que en el tipo de conocimiento relacionado con otras disciplinas, predomina el que proviene de las ciencias naturales: el 69% de las horas (522 hs en 7 materias) corresponden a este tipo de ciencias, quedándole para las de tipo social el 31% (234 horas en 4 materias).

5.3 Plan de estudios 1978

En el plan de estudios 1978 (Consejo Superior UNR, 1978), en cuanto a "perfil" dice que se trata de un *profesional* (parece hacer énfasis en la formación que permita la inserción laboral) cuyo objeto es *aplicar el proceso de enfermería* (método) *para la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad* (sujetos de atención); *respetando los principios éticos y.... trabajando en equipo... en acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, reparación y rehabilitación* (el quehacer coincide con las acciones de los niveles de prevención según el esquema de la "historia natural de enfermedad").

Aparece el concepto de *hombre* como "unidad bio-psico-social e histórico" y el de *salud* como "proceso dinámico de salud-enfermedad" involucra "la situación sanitaria nacional y local". El perfil también declara que el profesional requiere "actitud crítica y reflexiva" y "formación permanente".

En este documento, al párrafo que contiene todos los aspectos señalados con anterioridad, se le suman **once** "Objetivos generales para el egresado de Licenciatura". Los cinco primeros hacen referencias a actividades para la que se los capacita para asumir un "rol profesional":

- *Fundamentar* (con conocimientos del área profesional, biológica o psicológica) los cuidados de enfermería para brindar satisfacer necesidades básicas de individuos, familias y comunidad

- *Realizar con habilidad* dichos cuidados en los distintos sujetos y en las distintas etapas del ciclo vital
- *Aplica el proceso de enseñanza aprendizaje* para (satisfacer las necesidades educacionales) de los sujetos de atención y de los pares.
- *Aplicar la metodología científica* para la descripción de las problemáticas de salud y de enfermería.
- *Participar en la aplicación del proceso administrativo* para la atención de enfermería intra y extra mural.

Los últimos seis objetivos generales expresados hacen referencia a cuestiones actitudinales que son esperables del PERFIL del graduado que se quiere lograr:

- Mostrar interés por la *necesidad de la actualización y ampliación de los conocimientos.*
- Valorar la *necesidad de trabajo grupal intra e interdisciplinario* como mecanismo para la solución de problemas.
- Valorar la *necesidad del proceso de evaluación* como un *mecanismo* que favorece su *desarrollo personal y profesional.*
- Mostrar interés en la *necesidad de la acción cooperativa* para el desarrollo de acciones tendientes a *mejorar la realidad sanitaria y profesional.*
- *Desarrollar una conducta ética* asumiendo la *responsabilidad de sus actos* y *respetando los principios que rigen el ejercicio profesional.*
- Evidenciar *interés* por el análisis de la *problemática vinculada al área de salud* teniendo en cuenta la evolución histórica y las tendencias de la atención médica y particularmente de la profesión.

Al plantearse las **COMPETENCIAS** se especifican (también en términos de objetivos, como “aquello que serán capaces de hacer”) una General por ciclo y otras Específicas.

	PRIMER CICLO	SEGUNDO CICLO
--	--------------	---------------

OBJETIVO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Formar Enfermeros capaces de brindar atención directa, aplicando el proceso de enfermería, para satisfacer las necesidades básicas del individuo en su ciclo vital, sano y enfermo, hasta un nivel intermedio de complejidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención directa en situaciones de alto riesgo. • Desarrollar programas de educación sanitaria para la comunidad y ejercer la docencia en servicios y Escuelas. • Ejercer la supervisión y jefaturas de Departamentos de Enfermería • Realizar estudios descriptivos sobre las problemáticas de la profesión. • Utilizar la educación continua como método para actualizar y profundizar los conocimientos.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentar los cuidados de enfermería que debe brindar a individuos, familia y grupos comunitarios teniendo en cuenta los conocimientos básicos de las áreas profesional, biológica y psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentar los cuidados de enfermería que debe brindar a individuos, familia y comunidad teniendo en cuenta los conocimientos básicos y específicos de las áreas profesional, biológica y psicosocial.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar con habilidad acciones de enfermería para la satisfacción directa de las necesidades básicas del individuo sano, su familia y grupos comunitarios, en las diferentes etapas de su ciclo vital, participando en las acciones de prevención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar con habilidad las acciones de enfermería para la satisfacción directa de las necesidades básicas del paciente en situación de alto riesgo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar con habilidad acciones de enfermería para satisfacción directa de las necesidades básicas del individuo enfermo, su familia y grupos comunitarios, participando en las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje para satisfacer las necesidades educativas de salud del individuo, familia y pequeños grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje para satisfacer las necesidades de educación en salud de la comunidad del área programática de un hospital.

		<ul style="list-style-type: none"> • Participar en programas de educación sistemática de formación de personal de enfermería. • Aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje en programa de orientación y/o adiestramiento y actualización del personal de enfermería en servicio.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la metodología científica como proceso de enfermería en la atención directa de las necesidades básicas del hombre sano, enfermo, su familia y pequeños grupos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar metodología científica como proceso de enfermería en la atención directa de las necesidades básicas del paciente en situación de alto riesgo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la aplicación del proceso administrativo para la atención de enfermería que se brinda en una unidad de internación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la aplicación del proceso administrativo para la atención de enfermería que se brinda en el hospital y su área programática.
	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés en la necesidad por la necesidad de la ampliación de los conocimientos mediante la utilización espontánea de recursos bibliográficos y humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés por la necesidad de la ampliación de los conocimientos mediante la utilización espontánea de recursos bibliográficos humanos. • Aplicar la metodología científica, como proceso de investigación, en la descripción de problemas de salud de la comunidad del área programática de un hospital. • Aplicar la metodología científica, como proceso de investigación, en la descripción de problemas de enfermería del hospital y su área programática.
	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad del trabajo grupal como mecanismo para la solución de problemas mediante su participación activa en los distintos roles de la dinámica del mismo con 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad del trabajo grupal como mecanismo para la solución de problemas mediante la participación activa en los distintos roles de la dinámica del mismo con

	estudiantes de la carrera, estudiantes de carrera afines y pequeños grupos comunitarios, mediante participación activa en la dinámica del mismo con personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud.	grupos de familias, personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar interés por la necesidad del proceso evaluación como un mecanismo que favorece su desarrollo como estudiante y profesional, colaborando con el profesor en el análisis de sus conductas logradas en relación con las esperadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la necesidad del proceso de evaluación como un mecanismo que favorece su desarrollo como estudiante y profesional colaborando en las actividades de extensión de la institución.
	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar interés por la necesidad de la acción cooperativa para el desarrollo de acciones tendientes a mejorar la realidad sanitaria y profesional colaborando en las actividades de extensión de la institución. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar una conducta ética asumiendo la responsabilidad de sus actos y respetando los principios éticos que rigen el ejercicio profesional mediante el cumplimiento de los indicadores explicitados para cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar una conducta ética asumiendo la responsabilidad de sus actos y respetando los principios que rigen el ejercicio profesional mediante el cumplimiento de todos los indicadores explicitados.
	<ul style="list-style-type: none"> Evidenciar interés por el análisis de las problemáticas sociales vinculadas al área de salud, mediante su participación en las discusiones grupales. 	<ul style="list-style-type: none"> Evidenciar interés por el análisis de las problemáticas sociales vinculadas al área de la salud mediante la participación en las discusiones grupales.

En cuanto a las COMPETENCIAS formuladas como específicas, marca para cada "área de incumbencia" señalada en el perfil, el alcance para cada nivel (12 para el primer ciclo y 14 para el segundo ciclo). Así puede destacarse que:

- Respecto del cuidado:
 - mientras que para el "enfermero" dice que realiza con habilidad acciones para la satisfacción de necesidades básicas a los individuos sanos, familia y comunidad en los distintos niveles de prevención en las distintas etapas del ciclo vital. Subdivide el objetivo pero refiriéndose al individuo, familia y comunidad, sin nombrar su condición de "sano".
 - En el caso del "licenciado" dice que realiza con habilidad acciones para la satisfacción de necesidades en "pacientes" de alto riesgo.

- Respecto de educación:
 - Mientras que para el "enfermero" la función educativa es la que forma parte de la satisfacción de la necesidad básica de "aprendizaje" dirigida a individuos, familia y comunidad. Es en el marco de este quehacer profesional que se inscribe este alcance.
 - En el Licenciado el alcance en esta área tiene que ver con satisfacer la necesidad educativa pero en la comunidad del área programática de un hospital; participar en programas de educación sistemática de formación de personal de enfermería; así como en los de orientación y/o adiestramiento y actualización del personal de enfermería en servicio.

- Respecto de administración:
 - Para el Enfermero el alcance es participar en las actividades de esta índole que tienen que ver con la organización de una unidad de internación.

- El Licenciado en cambio, participa en actividades de esta índoles para para la atención de enfermería que se brinda en el hospital y su área programática.
- Hay un alcance que podría incluirse en como una destreza administrativa y que tiene que ver con la “valoración de la evaluación” como mecanismo para “valorar”... resultados. Pero no está clara la formulación porque se lo vincula al quehacer como estudiante en ambos niveles y en el de Licenciatura se lo vincula también a la actividad de extensión.
- Respecto de investigación:
 - Para el Enfermero no hay ningún alcance que se refiera a esta área.
 - El Licenciado en cambio, podrá “*aplicar la metodología científica, como proceso de investigación, en la descripción de problemas de salud de la comunidad del área programática de un hospital.. y en la descripción de problemas de enfermería del hospital y su área programática*”.
- Respecto de cuestiones generales que se mantienen comunes en ambos alcances, tales como:
 - *Aplicación de la metodología científica* en términos de PROCESO DE ENFERMERÍA la diferencia está en quiénes son los sujetos de atención para unos (comunidad) y otros (sujetos de alto riesgo)
 - *Interés en la necesidad por la necesidad de la ampliación de los conocimientos* mediante la utilización espontánea de recursos bibliográficos y humanos.

- *Valoración del trabajo en equipo como "mecanismo para la resolución de problemas", asumiendo diferentes roles.* También aquí se distinguen distintos ámbitos de aplicación: como estudiantes, como grupos comunitarios, de familias o de otros profesionales.
- *Desarrollo de una conducta ética y de responsabilidad profesional* (que supone conocimiento y adecuación a Códigos y Leyes)
- *Interés por el análisis de las problemáticas sociales vinculadas al área salud.*
- Hay una competencia que sólo aparece para el Enfermero:
 - *Mostrar interés por la necesidad de la acción cooperativa* para el desarrollo de acciones tendientes a mejorar la realidad sanitaria y profesional colaborando en las actividades de extensión de la institución.

En cuanto a los "ejes integradores", el documento menciona expresamente tres:

- El ser humano como unidad bio-psico-social
- Proceso salud-enfermedad
- Proceso de enfermería

En torno a estos "ejes" se pretende asegurar los "*principios de continuidad y secuencia y lograr la integración de los conocimientos del área de Enfermería... en relación a la cual se enseñan todas las demás áreas...*"

De estos ejes, sólo uno está definido en el Marco conceptual que constituye el Anexo de la Resolución del plan de estudios de la carrera (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1978) el primero:

"El hombre es un ser bio-psico-social cuya relación con el mundo está dada por lo que él percibe y en el flujo cambiante de su vida se relaciona con el mundo circundante en forma exclusiva ya que él es singular y las circunstancias en que se encuentra también lo son.

Se nutre del medio en el que se desarrolla y a la vez contribuye a modificarlo y modificarse según su capacidad creadora.

El crecimiento y desarrollo del ser humano se efectúa en forma progresiva e interdependiente en los aspectos socio-psicológicos, biofísicos y culturales y requiere un ambiente adecuado para desarrollar las potencialidades inherentes a la naturaleza."

En cuanto a "*experiencias de aprendizaje propuestas*" se puede decir que:

- La división de horas expresada en el documento es entre "dirigidas" y "no dirigidas" (25,8% del total de horas), conceptos que no se aclaran en ningún lugar del mismo.
- Todas las horas son denominadas "teórico-prácticas".
- Las descripciones de las asignaturas siguen el orden expresados por los "ejes" y hacen referencia permanente a que "*utilizan las fundamentaciones biológicas y psicológicas...*" dando cuenta del quehacer integrador de las materias "profesionales" (que aunque cuatrimestrales, ofician de *troncales*).

Respecto del "*modo de organización académica*", puede destacarse:

- Reducción del número de asignaturas (de 30 a 16)

- Se “justifica” la coordinación vertical y horizontal a partir de un cuadro, incluido en el documento que muestra un cierto “diagrama de flujo” o “ruta” del conocimiento, del cual se deducen claramente las CORRELATIVIDADES.
- Si bien las *normas de regularización* se especifican en el documento, estas son las mismas que las del Reglamento de enseñanza de la Universidad; en cambio se destaca el ítem que tiene que ver con la *aprobación*: las asignaturas clasificadas como profesionales no pueden rendirse en condición de libre.

Cuadro N°3

Secuencia y ritmo del plan de estudios 1978. Escuela de Enfermería -UNR

Asignaturas	1° año		2° año		3° año		4° año	
	1° cuat.	2° cuat.	1° cuat.	2° cuat.	1° cuat.	2° cuat.	1° cuat.	2° cuat.
Ciencias Biológicas	6/4							
Proceso de Enfermería en el hombre sano	16/6							
Proceso de Enfermería en la atención Materno Infantil		16/6						
Ciencias psicosociales	4/2							
Enfermería Médico Quirúrgica I			24/6					
Enfermería Médico Quirúrgico II				24/6				
Psicología Clínica			2/2					
Enfermería Psiquiátrica					22/6			
Enfermería en Salud Pública I						22/6		
Ética profesional					2/2			
Enfermería Médico Quirúrgica III						22/6		
Comunicación						2/2		
Investigación en Enfermería							10/4	
Proceso de enseñanza aprendizaje en Enfermería							15/4	
Psicología Institucional								4/2
Enfermería en Salud Pública II							20/6	25/6

El plan de estudios formulado en 1978, presenta una estructura agregada con secuencia fija. La selección de contenidos (profesional, biológico y psicológico), denota que el criterio de selección es puramente de formación profesional, o de desarrollo del núcleo específico; y su clasificación es fuerte. La secuencia indica que los contenidos van desde la atención al hombre sano al enfermo, presentadas según

áreas de especialidades médicas. Se completa con la incorporación con las asignaturas de administración e investigación hacia el final de la carrera, (la línea vertical gruesa indica el fin del primer ciclo y el comienzo del segundo) en coherencia con las competencias planteadas para el primer y segundo ciclo. El ritmo es claramente rápido.

Cuadro N°4

Clasificación de las asignaturas según tipo de conocimiento.

Plan de estudios 1978. Escuela de Enfermería-UNR

Áreas de Formación	Tipo	Asignatura	Hs. Dirig.	Hs. No dirig.	Hs. Totales
Formación general					
Formación específica	Materias teóricas	Ética Profesional	32	32	64
	Materias clínicas	Proceso de Enfermería en la Atención Materno Infantil	256	96	352
		Enfermería Médico Quirúrgica I	384	96	480
		Enfermería Médico Quirúrgica II	384	96	480
		Enfermería Psiquiátrica	176	48	324
		Enfermería Médico Quirúrgica III	352	96	448
	Materias comunitarias	Proceso de Enfermería en la Atención del hombre sano	256	96	352
		Enfermería en Salud Pública I	176	48	224
	Materias técnicas	Proceso de Enseñanza			
		Aprendizaje en Enfermería	120	32	152
		Investigación en Enfermería	80	32	112
		Enfermería en Salud Pública II	560	144	704
		Materias prácticas			
		Materias electivas			
	Formación en relación a otras disciplinas	de las Cs. Naturales	Cs. Biológicas	192	128
Cs. Psicosociales			128	64	192
		Psicología Clínica	64	64	128
de las Cs. Sociales		Comunicación	32	32	64
		Psicología Institucional	32	16	48
Totales			3224	1120	4444

Cuadro N°5

Cuadro resumen de jerarquía de los conocimientos – Plan de estudios
1978 Escuela de Enfermería UNR

Area de conocimiento	de Tipo	Número de asignaturas	de Horas Parciales	%
Formación General	--	0	0	
Formación específica	Teóricas	1	64	1,44
	Clinicas	5	2084	46,89
	Comunitarias	2	576	12,96
	Técnicas	3	968	21,78
	Prácticas	0	0	
	Electivas	0	0	
Formación en relación a otras disciplinas	Cs. Naturales	1	320	7,2
	Cs. Sociales	4	432	9,72
Totales		16	4444	100

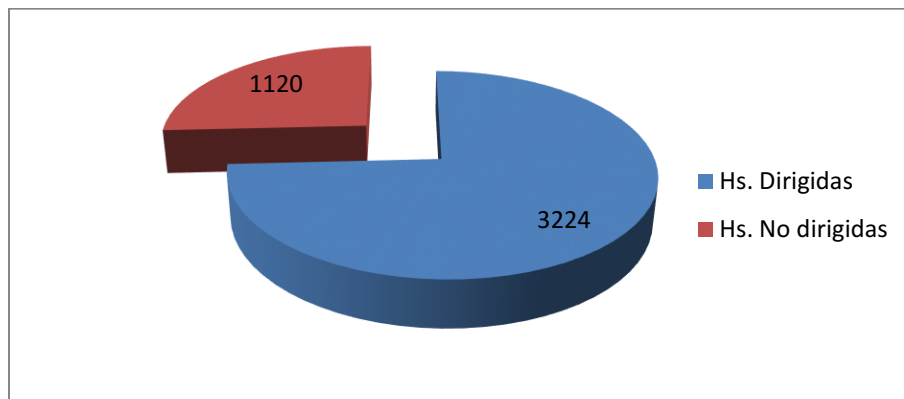
El cuadro 4 muestra las materias y respectiva carga horaria de las asignaturas clasificadas según el tipo de formación. En él y en el cuadro resumen (Nº5) que agrega los porcentajes que las horas representan, puede observarse que:

- No hay materias de "Formación General"
- El 83 % de las horas pertenecen al área de "Formación Específica", quedando el 17% de horas restantes para conocimientos que tienen que ver con la "Formación en relación a otras disciplinas".
- La denominación de las asignaturas del área profesional no responden a las especialidades médicas ni a las nomenclaturas de los servicios (tanto comunitarios como hospitalarios).
- En las asignaturas que corresponden a la Formación en relación a otras disciplinas hay una única del área de las ciencias Naturales y cuatro de las sociales, en las que tres de ellas son de Psicología. En estas se destaca la existencia de una asignatura como "Comunicación".

- Al analizar sólo las asignaturas de "Formación específica", se ve que una sola asignatura ("Etica Profesional") está clasificada como "Teórica", lo cual es coherente tanto con la disciplina profesional para la que se está formando y la denominación de horas teórico prácticas del plan, no existiendo esta división entre las horas, sino entre horas dirigidas y no dirigidas.

Gráfico N°11

Clasificación de las horas según tipo de actividad - Plan de estudios 1978-
Escuela de Enfermería UNR



La clasificación de horas en "Dirigidas y No dirigidas" pareciera hacer referencia al tiempo específicamente áulico y al tiempo que se supone el estudiante debe utilizar semanalmente en un espacio diferente, pero llama la atención que esto no se especifique en un plan de estudios tan minucioso, mucho más si se tiene en cuenta que las horas totales son la suma de ambas.

Cuadro N°6

Distribución de horas en la "Formación específica" según sub áreas

Plan de estudios 1978 –Escuela de Enfermería UNR

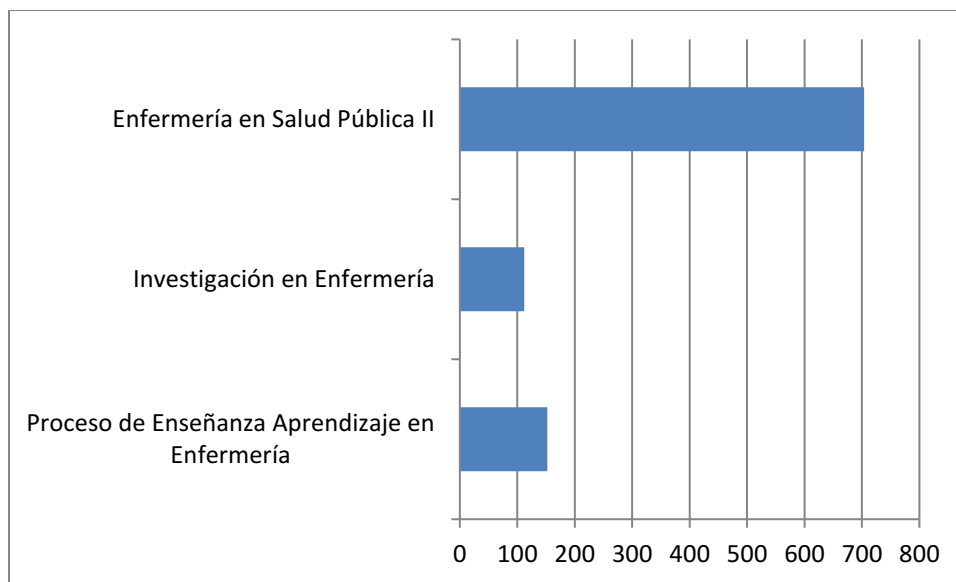
Tipo de contenido	Horas	%
Materias teóricas	64	1,7
Materias clínicas	2084	56,4

Materias comunitarias	576	15,6
Materias técnicas	968	26.2
Totales	3692	100

En el grupo de asignaturas clasificadas como de "Formación específica", el tipo de contenido que más se jerarquiza es el clínico que concentra el 56% del total de las horas. Las materias que tienen un contenido relacionado con lo comunitario concentran el 15,6% de las horas, mientras las asignaturas de que aportan un conocimiento "Técnico" representan el 26%. No hay materias específicamente de "prácticas" ni "electivas".

Gráfico N°12

Distribución de las horas entre las Asignaturas "Técnicas"-
Plan de estudios 1978- Escuela de Enfermería UNR



En este tipo de conocimiento, según se muestra en el gráfico N°12, se privilegia claramente la formación en Administración de Servicios (700 horas), siguiéndole, muy por debajo (150 hs.) la formación en Educación y luego en Investigación. Tampoco aquí se incluyen las horas que corresponden a la ejecución de la Tesis de Grado.

En cuanto a la variable "concepción pedagógica" en el anexo que acompaña el documento del plan se define la teoría educacional:

"todo el proceso de enseñanza-aprendizaje" estará orientado por los principios de la teoría educacional moderna, donde el eje estará orientado hacia lo que hace el alumno y el término que lo explica será aprendizaje.

Por lo tanto será más importante desarrollar habilidades deseables en el educando: que aprenda a aprender, a investigar, a comunicarse, expresarse, a saber escuchar, discutir, razonar, descubrir, experimentar, actuar en grupo".

Una de las docentes entrevistadas (Informante 4) reconoce como insumo una formación previa en una teoría conductista: *"fue todo un período donde nos metieron a fuego toda la taxonomía de Bloom, taxonomía que teníamos que aplicar no sólo en el plan en su conjunto, sino en cada tema en particular había que distinguir las conductas experimentales... Además yo llegué a creer en ella."*

Referido a la "concepción social" se explicita:

"En nuestro país se aspira a la plena vigencia de la justicia social promoviendo el rápido acceso de todos los argentinos a condiciones dignas de nutrición, educación, salud, vivienda, trabajo, seguridad social y recreación y a una alta calidad de vida que se reflejará en una sana integración del hombre con su medio físico y con sus semejantes"

Esta definición supone cierta concepción respecto de la universalidad de cobertura por parte del Estado dado el carácter de "derecho" que parece darse a la salud, junto con todos los que se enuncian, ya que promoverían una "vida digna".

No hay una definición de la "concepción de salud". Hay de Enfermería, sus áreas de acción y el equipo de Enfermería:

ENFERMERÍA: "La atención de salud es un problema multiprofesional que involucra a todos los miembros del equipo de salud, al propio individuo, la familia y a la comunidad, no siendo de naturaleza exclusiva de ninguna profesión.

Todos los miembros del equipo de salud comparten las acciones de fomento, protección, curación y rehabilitación.

*La **enfermera** como integrante del mismo tiende en todas sus acciones al fomento, protección, recuperación y rehabilitación del individuo, familia y comunidad"*

*"El **equipo de enfermería** (distintos niveles que se diferencian por habilidades intelectuales, destrezas psicomotrices y actitudes) supone un trabajo conjunto y coordinado para cumplir funciones y actividades para la atención"*

*"**Áreas de acción:** servicio, docencia, investigación y administración...se interaccionan y apoyan para alcanzar los objetivos del sector"*

***Prestación de servicios:** asistir individuo, familia y comunidad en la satisfacción de sus necesidades básicas, en los aspectos específicos de Enfermería.*

"continuidad temporal, proximidad espacial y psicológica caracterizan y diferencian el accionar..."

"mediante la satisfacción de necesidades básicas identifica, realiza, colabora, informa, orienta, enseña y supervisa..." "deriva y coordina"

***Docencia:** formación y adiestramiento del personal... /enseñanza a otros miembros del equipo*

***Investigación:** en el campo específico/participación en inv. Multidisciplinarias*

Acciones complementarias: participación en organizaciones Profesionales y gremiales y control del ejercicio profesional.

Todas estas definiciones, que constituyen el Anexo del documento, son el marco conceptual y guardan estricta coherencia (y del que efectivamente se derivan) con la formulación de OBJETIVOS, con que comienza la presentación del plan.

5.4 Plan de estudios 1992

En el plan 1992 el “*perfil*” habla de la formación de un graduado capacitado para

- *proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea... en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad,*

- mediante una firme *actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos*
 - *propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y psicosocial.*

- Poseerá
 - *destreza clínica y*
 - *una actitud crítica y flexible que le permita*
 - *desarrollar un proceso de actualización permanente, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos, así como trabajar en equipos interdisciplinarios.”*

En las COMPETENCIAS explicita objetivos generales para cada ciclo e identifica las incumbencias específicas.

Ciclo	Primero	Segundo
Objetivo General	<i>capacitar ...para planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.</i>	<i>Capacitar al estudiante para desempeñarse en el campo de la investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud.</i>
Objetivos específicos (habilita para)	a) Planificar, ejecutar y evaluar cuidados de Enfermería en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria de la atención médica.	
	b) Realizar y controlar el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas	
	c) Realizar control de signos y síntomas del paciente a fin de valorar e informar acerca de su estado y evolución.	
	d) Efectuar la preparación previa del paciente para la realización de estudios diagnósticos y de	

	tratamientos y los cuidados posteriores a los mismos.	
	e) Realizar acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades agregadas.	
	f) Supervisar y coordinar el equipo de enfermería en unidades de atención hospitalarias y comunitarias.	a) Planificar, organizar, dirigir y evaluar servicios de enfermería b) Participar en programas de mejoramiento sanitario y educación para la salud.
		c) Realizar estudios e investigaciones referidos a las formas de cuidado y control de los pacientes en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

A diferencia de los otros dos planes analizados las competencias están claramente divididas: el nivel técnico se ocupará de los cuidados del paciente y de participar de la organización de los servicios en los que se inserta, quedándole reservada al Licenciado las actividades de *“investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud”*.

En cuanto a la variable *“ejes integradores”*, el documento dice expresamente que *“Su organización tiene como base los siguientes:*

- *El ser humano como unidad bio-psico-social*
- *Proceso salud-enfermedad*
- *Identidad profesional”*

“Los contenidos y experiencias de aprendizaje están seleccionados en las áreas de enfermería materno infantil, del adulto y el anciano en los ámbitos comunitario y hospitalario; de modo que el área de la profesión se nutre de los contenidos de las áreas biológicas y psicosocial, aplica las metodologías de administración, investigación y educación..., tratando de asegurar los principios de continuidad y secuencia de los conocimientos”

Cuadro N°7

Secuencia y ritmo del plan de estudios 1992 de la carrera Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería- UNR

Espacios curriculares	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año
Introducción a la Enfermería	18				
Biología I	8				
Psicología I	2				
Epidemiología	2				
Nutrición		2			
Enfermería en la atención del Adulto y Anciano I		22			
Biología II		4			
Psicología II		4			
Psicología III			2		
Enfermería Materno Infantil			26		
Psicología IV			2		
Deontología y desarrollo Profesional			2		
Práctica Integrada I				30	
Enfermería en la atención del Adulto y Anciano II				25	
Educación en Enfermería				5	
Administración en Enfermería Comunitaria y Hospitalaria					25
Teorías y Tendencias en Enfermería					2
Investigación en Enfermería					15
Tesina					13
Práctica Integrada II					30

El cuadro 7 muestra que hay un cambio en el ritmo. Las materias principales, que además son referidas al saber específico, se anualizan, agregándose además al final de cada ciclo un espacio curricular de PRÁCTICA.

El primer párrafo que define las características del plan se lee: *"El plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería está estructurado para posibilitar una solida formación en la práctica de enfermería."* Así parece asignárseles a esos espacios curriculares de Práctica, un carácter articulador de todo el ciclo. Esto había

sido una demanda muy clara por parte tanto de los estudiantes como de los graduados en el proceso de elaboración del plan de estudios.

"los estudiantes cumplieron un rol muy importante, los cinco años, la práctica integrada, vinieron por ellos, a nosotros no se nos ocurría eso... los graduados también insistieron en eso. Lo recuerdo con mucha fuerza..." (Informante 4)

La secuencia parece mostrar que el criterio responde a un nivel creciente de complejidad tanto de los servicios de salud (desde las comunidades y los centros de Salud hasta las unidades de mayor complejidad), como de los sujetos de atención (de las situaciones de salud a las patológicas). Las materias instrumentales se hallan ubicadas sólo en el segundo ciclo.

Cuadro N°8

Clasificación de Asignaturas según tipo de conocimiento.

Plan de estudios 1992. Escuela de Enfermería- UNR

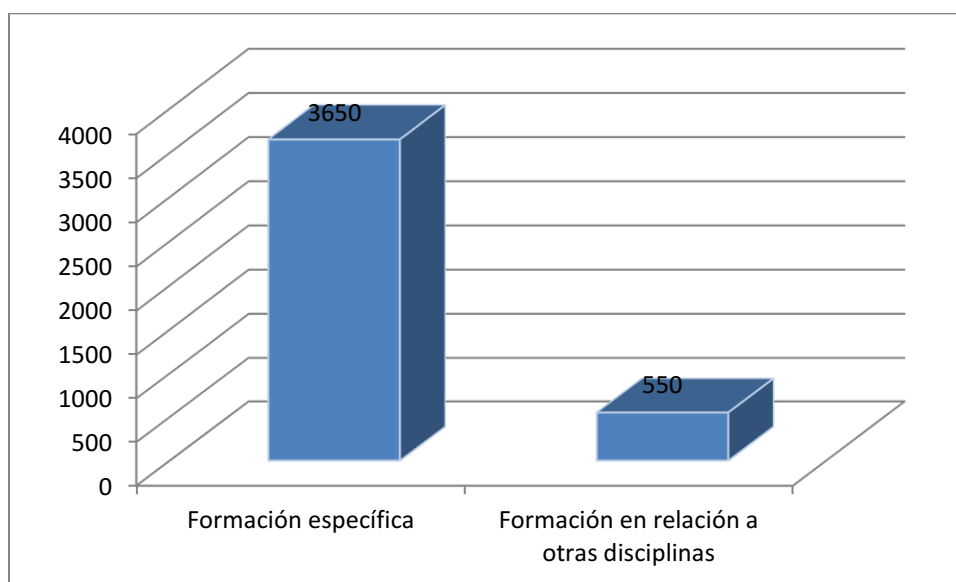
Área de Conocimiento	Tipo	Espacio curricular	Hs. Tota	Hs. sem.	Durac.
Formación general					
Formación específica	Materias teóricas	Deontología y desarrollo profesional en Enfermería	30	2	Cuatrim.

		Teorías y Tendencias en Enfermería	30	2	Cuatrim.
	Materias clínicas	Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano I	640	22	Anual
		Enfermería Materno Infantil	500	26	Cuatrim.
		Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano II	360	25	Cuatrim.
	Materias comunit.	Introducción a la Enfermería	500	18	Anual
	Materias técnicas	Epidemiología	30	2	Cuatrim.
		Educación en Enfermería	120	5	Anual
		Administración en Enfermería Comunitaria y Hospitalaria	360	25	Cuatrim.
		Investigación en Enfermería	210	15	Cuatrim.
		Tesina	180	13	Cuatrim.
Materias prácticas	Práctica Integrada I	270	30	Cuatrim.	
	Practica Integrada II	420	30	Cuatrim.	
	Materias electivas				
Formación en relación a otras disciplinas	de las Cs. Naturales	Biología I	220	8	Anual
		Biología II	110	4	Anual
		Nutrición	30	2	Cuatrim.
	de las Cs. Sociales	Psicología I	60	2	Anual
		Psicología II	60	4	Cuatrim.
		Psicología III	30	2	Cuatrim.
		Psicología IV	40	2	Cuatrim.
	Total de horas		4200		

El cuadro 8 muestra las veinte asignaturas clasificadas según el tipo de formación que promueven. Se observan que como en el plan 1978, no hay materias de "Formación General", sí de los otros dos tipos, "Específica" y "relacionada con otras disciplinas". Las horas aparecen clasificadas como horas totales y semanales en la malla curricular, pero en el interior del documento (Presupuesto de tiempo) habla de horas teórico- prácticas.

Gráfico N°13

Tipo de conocimiento en términos de horas - Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR

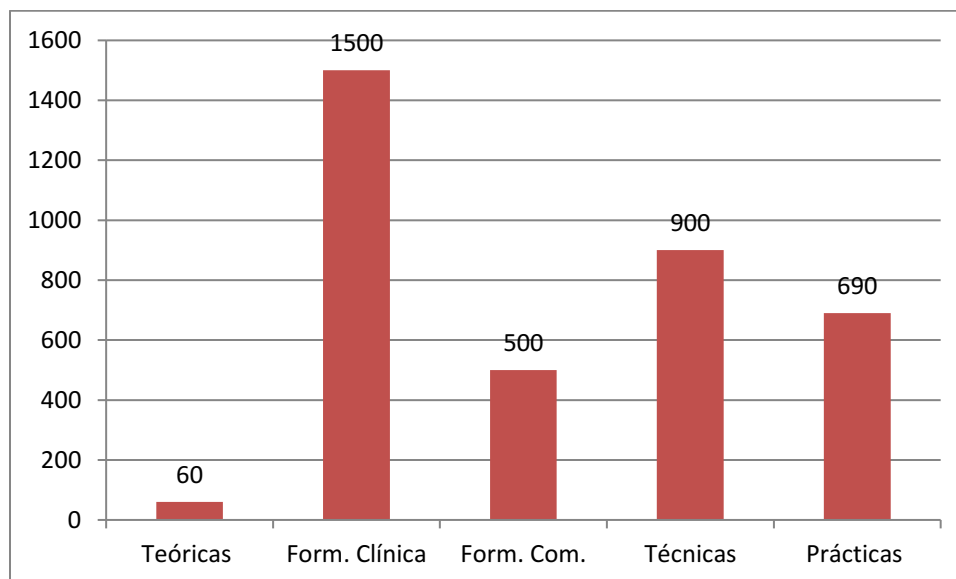


El gráfico 13 muestra la enorme concentración de horas en las materias específicas: 3650 horas que representan el 87% del total.

En este grupo el documento del plan reconoce cuatro áreas: "Profesional", "Biológica", "Psicosocial" e "Instrumental".

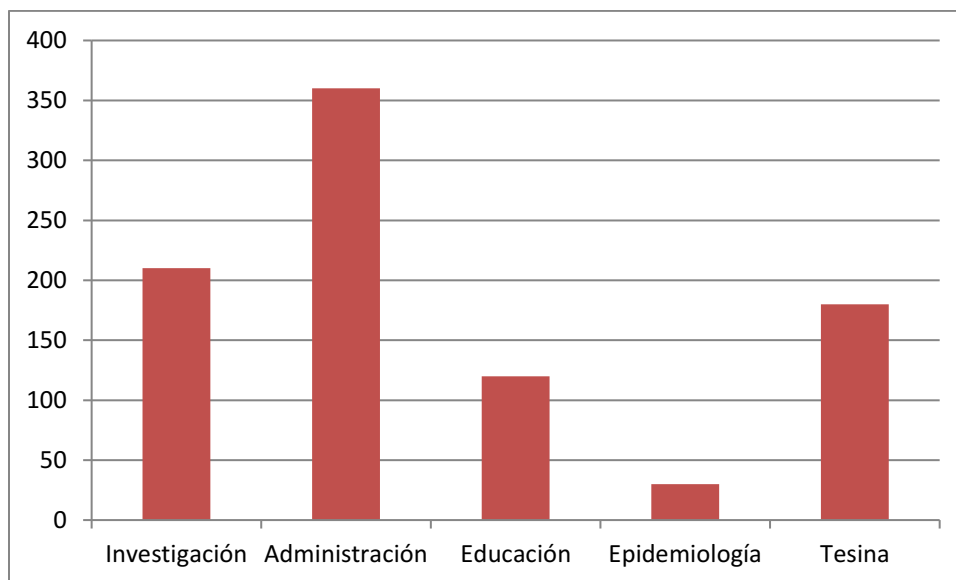
Gráfico N°14

Horas de materias según tipo de conocimiento en la
Formación específica- Plan de estudios 1992-
Escuela de Enfermería- UNR



La formación clínica concentra 1500 de las 3650 de Formación específica, lo que equivale a un 41%. La formación en el área comunitaria representa un tercio de la clínica. Las Prácticas Integradas constituyen casi el 19% (690 horas) del total de la formación específica, pero hay que tener en cuenta que tal como se puede observar en el cuadro 8, hay una diferencia de 150 horas entre la I y la II, que tienen objetivos diferentes, tal como claramente se mostró en la descripción del perfil. Un aspecto a destacar es que se agrega como materia Teórica "Teorías y Tendencias en Enfermería", lo que muestra la aparición de un espacio para pensar el fundamento del propio objeto disciplinar. Las horas asignadas a la formación técnica específica constituye el 25% (900 horas).

Gráfico N°15
Horas de Asignaturas "técnicas" - Plan de estudios 1992
Escuela de Enfermería- UNR

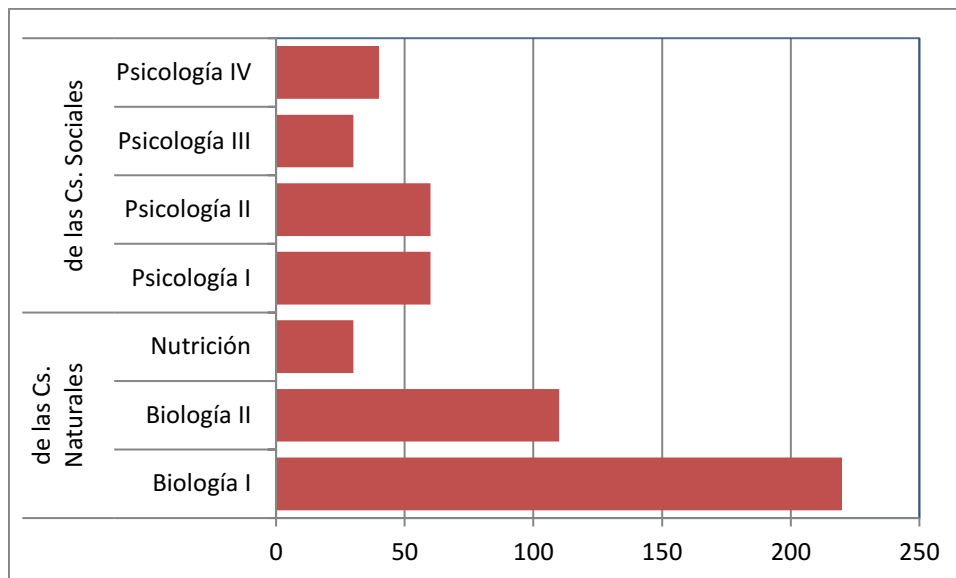


En esta área se observa, según el gráfico 15, una mayor diversificación de las materias (hay cinco), lo que posibilita identificar mejor los objetos de trabajo o las áreas de acción del Licenciado en Enfermería. También puede verse un cambio en las jerarquías internas, dado por cierto desplazamiento hacia la Investigación.

En cuanto a las materias que hacen a la formación en relación a otras disciplinas, que como ya se vio son el 13% del total de horas de la carrera, también puede observarse una diversificación en el gráfico siguiente (16), un aumento del número de asignaturas, tres de las Ciencias Naturales y cuatro de las sociales, pero la carga horaria de las primeras prácticamente duplican las de las ciencias sociales.

Gráfico N°16

Peso de las asignaturas "relacionadas con otras disciplinas"-
Plan de estudios 1992- Escuela de Enfermería- UNR



CAPÍTULO VI

6.1 Cruces comparativos

a. Los planes de estudio y el contexto

El plan de estudios de 1969 tiene una clara impronta **fundacional**. Como "acontecimiento" irrumpe en el escenario universitario trayendo consigo la organización en ciclos, la articulación con los niveles técnicos no universitarios (incorporación del "curso complementario" para permitir a estos estudiantes, luego de su aprobación, el cursado del segundo ciclo) y el título de Licenciado en Enfermería.

"... el enfermero universitario era como que no tenía buena prensa, se quería algo más y estaban surgiendo las licenciaturas (en la UNR), por eso la licenciatura en Enfermería.... Tenían que tener un enfoque en investigación...."(Informante 3)

La cuestión del título de Licenciado parece tener esta explicación, la de la influencia local (de la universidad) como el modo de solucionar esto que se "agregaba". En el resto de los países latinoamericanos (y también en Estados Unidos) el título de grado es el de Enfermero. En Brasil la Licenciatura es un título que se obtiene luego del de grado y que habilita para la docencia. Esto cobra gran importancia ya que como recuerda Camilloni (Camilloni A. , 1991) cuando se decide en materia de curriculum hay que tener en cuenta que se trata de un "cruce de lógicas", la académica y la profesional, y que lo que se defina (concretamente en este caso el título que se otorgue) tiene una consecuencia directa sobre el campo profesional. ¿Cuál es el perfil y la incumbencia de cada título? Este debate continúa hasta hoy.

Otro informante (6) dice en cambio:

"la incorporación de Enfermería a la Universidad supuso un cambio en el status social de la profesión.... El requerimiento de los egresados era altísimo. Nosotros cursamos la materia Administración en el Hospital de San Pablo. Estábamos ávidos por ver todo, preguntar y les decíamos a las jefas que cuando llegáramos nos esperaban para ser jefes.... Nos miraban... no nos creían..."

A favor o en contra la idea de la valoración social de la profesión está presente en los actores que vivieron ese proceso (pertenecieron al primer grupo de egresados), pero aquí aparece una segunda cuestión que es la división del trabajo al interior de la profesión: los Licenciados se dedicarían a "Administrar servicios" y a la "Investigación".

Esto viene a fragmentar un campo profesional de por sí fragmentado: los Licenciados en Enfermería que egresan de las cuatro universidades pioneras se incorporan a un campo laboral donde la mayoría son empíricos (gente sin ninguna formación), auxiliares de enfermería (que se habían comenzado a formar en 1960), enfermeros con primaria solamente (por la ley del año 1947) y enfermeros terciarios y/o universitarios (los menos). No es de asombrar entonces que en el informe de 1989 constituyeran el 5% de la fuerza laboral de Enfermería.

Ahora bien, en qué *"estructura de repetición"*, para usar las palabras de Koselleck, se da este *"acontecimiento"*.

Hay un contexto en el que se viene preparando una demanda (época descrita como del "Estado de Compromiso en la etapa desarrollista") que termina interpelando a la Universidad respecto del papel que va a cumplir, esta interpelación viene por parte del gobierno nacional y provincial, pero especialmente por parte de la OPS, organismo que siempre estuvo muy próximo a la Escuela dado el papel que

jugó en la conformación del plan de estudios del 59 (con la reapertura) y en la formación del cuerpo docente con el efectivo formato de becas y pasantías.

Es decir que ideológicamente sus protagonistas se enmarcan en este discurso, que tiene un fortísimo énfasis en la práctica de la Salud Pública. La OPS, como ya fue explicado continúa la labor de la Comisión Sanitaria Internacional (de la Rockefeller Foundation), que había combatido las enfermedades tropicales con gran éxito tanto en el sur de Estados Unidos como en América Latina, fundamentalmente Colombia, Brasil, Venezuela y toda América Central. Es decir que este discurso se impone por los efectos de verdad con que contaba en su haber.

La asignatura Salud Pública (así como los contenidos de Epidemiología que están presentes en las descripciones de dos asignaturas) es claramente un indicador de esta influencia: en el plan 69 de las dos materias clasificadas como "comunitarias", casi el 71% de las horas (360 de 509) son prácticas, lo que se traduce en "salidas a terreno": escuelas, centros de salud, domicilios.... "Con el maletín" tal como lo cuenta Juana D'Arco.

Sin embargo, esto tan fuerte y claro no fue la carta de presentación de la carrera en el marco de las "ciencias médicas". La identidad estuvo más ligada a la "**fundamentación científica**" básicamente o principalmente referida a la patología (las asignaturas relacionadas con las ciencias biológicas duplican a las pertenecientes a las ciencias sociales). Hay una constante referencia a la preocupación por cómo ese profesional se presentaba, cómo hablaba y de qué. De aquí la idea reiterada de la disciplina, el orden, la prolijidad, la formación general; el intento permanente de "*convencer al médico de que eran personas normales...*" Esta preocupación se refleja también en el perfil, en el que se describen comportamientos que se esperan de los egresados en el que de los ocho objetivos propuestos sólo tres son de aplicación técnica y los demás son actitudinales, aunque quizá es aceptable pensar que todos suponen lo cognitivo pero ninguno hasta niveles de gran complejidad. Por

otro lado tres no pueden alcanzarse en condición de estudiante, sino que están expresados como una *eidos*, como un *deber ser* que deberá ser logrado en la actividad profesional. Subace a estas "declaraciones" una "*concepción pragmática, integrada a una filosofía positivista de la ciencia y al idealismo de la filosofía de los valores, acuñadas en la década del 70 como discurso pedagógico oficial*" (Davini, 1998, pág. 111)

En cuanto al carácter fundacional que se apunta en el primer párrafo de este capítulo, esto se vio reflejado en la elaboración de los reglamentos de ingreso, de regularización, de aprobación, de los deberes y obligaciones de todos los claustros (Lib.32, 1964) (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1970) (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1971) (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1972) (Resolución N°43 (11) Serie "B" Libro 2, 1960). Esta actividad se verifica al interior de la institución que ofrecía todos los niveles de formación incluido una Licenciatura en Obstetricia que se mantendría por diez años.

"Hacia afuera" Rosa Pedrós crea la Asociación de Enfermería de la Provincia de Santa Fe, que luego participa de la FAE; participa de la creación de la AEUERA, participa en la formulación de la ley 35/69 tratando para ello "junto con Córdoba", directamente con el Gobierno Nacional. Se crean los Departamentos de enfermería, por lo que en 1970 también comienza un Programa de Capacitación en Servicio (había sido una de las recomendaciones del Informe Nacional de OPS para enfermería). Para esto también se gestiona un sistema de becas, financiado en este caso por el gobierno Nacional cuyos destinatarios fueron los Jefes de servicios provinciales o de Hospitales importantes de todo el país.

"...La integración docente asistencial era una problemática muy marcada por la OPS... no sé si se hizo movidos por hacer una universidad en función de un contexto, en función de necesidades reales o era para ser

disciplinadas con el mensaje que venía... Rosita era académica y se no se veía bien relacionarse con la Jefatura de la Provincia” (Informante 4)

“la invitación a participar a la provincia, a la municipalidad, siempre se dio pero (es mi opinión) yo siempre lo vi como un modo de ganar adeptos y defensores fuera de la institución, un modo de que se arraigara... había siempre un halo de elitismo, como que no entraba cualquiera, no se recibía cualquiera...” (Informante 3)

“el trabajo desde la escuela con el servicio siempre fue paralelo... nunca estuvimos a cargo de un servicio. Eduardo fue Jefe del Baigorria pero no me acuerdo si como parte de su cargo acá... no creo. Cuando se armó la Comisión, se trabajó mucho y se organizaron los talleres que los dictaban distintos docentes y de lo que resultaron normas, un diagnóstico y un programa de reorganización...Esto también se hizo con asesoramiento de OPS” (Informante 5)

“La Comisión de Integración Docente Asistencial fue muy importante y tuvo un trabajo en esta provincia sin precedentes en el país. Mientras los servicios no se modernizaran, mientras no compartiéramos un mismo idioma, nuestro egresado por una cuestión simplemente numérica si querés, primero, y de distinta formación después era totalmente incapaz de llevar a cabo modificaciones...” (Informante 6)

Estos relatos en torno al tema “Integración docente asistencial” aportan por un lado el hecho objetivo de que se llevó a cabo toda una serie de actividades con este eje, y que éstas fueron recomendadas, alentadas y asesoradas por OPS. Pero también puede deducirse de los cuatro relatos, dos miradas de política Institucional diferentes. En los últimos dos es clara la visión de conjunto de una estrategia que tiene consecuencias para la formación y que debía ser liderada por la Universidad.

También aparece una antinomia entre política y académica. En este sentido, la Institución parece haber elegido la vereda "académica". Esta es una visión compartida, heredada... ¿una marca? de la primera gestión de la escuela que lleva adelante ese programa de becas ya mencionado en vistas a una visión macro que incluye lecturas de lo nacional y de lo internacional²⁴.

Otra marca de esa primera gestión será el modo de trabajo de los docentes (el "ser docente", el significado acerca de cómo debía llevarse a cabo la tarea) basado en el "normalismo²⁵": planificación de la clase, compañeros docentes que observan la misma y crítica o evaluación posterior. Esta práctica se seguirá manteniendo fuertemente hasta la década del 90.

El **plan 78** viene precedido de una preparación pedagógica docente muy intensa en los que se "marca a fuego la taxonomía de Bloom".

"...hizo contribuciones significativas a la Taxonomía de objetivos de la educación. Otras contribuciones estuvieron relacionadas con el campo del Aprendizaje y el Desarrollo Cognitivo. Bloom propone cambios del modelo tradicional a un nuevo modelo para la educación médica (Informe de la comisión Robert - Wood Johnson), el cual fue muy revolucionario y enriquecedor para el perfeccionamiento de la educación médica en el área de las Américas.

En 1956 Bloom propone una pirámide taxonómica para la adquisición del conocimiento por la que debe transitar el proceso de enseñanza aprendizaje, que comienza con un pensamiento de orden inferior y escala hasta uno de orden superior, expresada en sustantivos, la cual fue muy usada hasta el año 2000 cuando sufrió transformaciones". (Martínez Martínez, Miranda Martínez, & Crespo Toledo, 2013)

Al momento de decidir el cambio, "se pensó hacia dónde queríamos ir, y se vio la necesidad de esta formación. La taxonomía la había traído Rosita de la segunda

²⁴ Esto quiere ser un ejemplo de Política Institucional, no partidaria.

²⁵ El normalismo que se introdujo en Argentina con Sarmiento con el fin de "educar al soberano" (es decir que se pensó como una política de educación universal) tenía sus bases en el positivismo pedagógico: etapas bien definidas de preparación, exposición, asociación, sistematización y aplicación. Tenía además un sesgo moralizante en el sentido que formaba en cuanto a hábitos ciudadanos de higiene y orden.

Maestría": "la división de horas en dirigidas y no dirigidas fue una recomendación de los pedagogos" En cuanto a la desaparición de las materias de Formación General, "se pensó que había que darle más peso a lo específico de la carrera...." (Informante 5)

En cuanto a esto (lo específico) habrá tres cuestiones que son nuevas y que cobran gran fuerza en la estructuración del objeto de estudio enfermero.

La primera tiene que ver con el "proceso de Enfermería". Aparece constantemente este proceso como el "modo de aplicación del proceso científico en Enfermería". De hecho las asignaturas tienen este nombre. La idea de que un todo puede ser "dividido" en partes y estudiadas (y aprendidas) por separado es una impronta que atraviesa todo el plan.

El diseño y el contenido del plan del plan se inscriben en lo descrito por Diaz Barriga como sistemático (Taba) y tecnocrático (Mayer). Así podría criticarse la epistemología funcionalista en la que se basan estas teorías, y que convierte el diagnóstico de necesidades en una reducción a demandas pragmáticas, inmediatas y utilitaristas. Pero lo que no puede criticarse su coherencia.

Otro elemento tiene que ver con la importancia dada a semiología y el examen físico. "hubo mucho celo por el examen clínico por parte de las enfermeras, se había traído eso de Colombia.... Yo nunca me sentí preparada para esto y por supuesto depositamos todo esto en las de adulto... Esther, Alicia... eran las principales protagonistas de una enfermería por excelencia de muy alto nivel en cuanto a lo patológico. Ellas eran capas y nosotras las respetábamos mucho". (Informante 4)

Esta cuestión que puede tomarse como de contenido también tiene que ver con los supuestos biólogos que privilegian el saber este tipo de saber biológico, técnico, especializado. Es valioso observar cómo el mismo imaginario que se refuerza

con el modelo dominante (“médico hegemónico”) que supuestamente se pretende combatir, se reproduce al interior mismo del cuerpo docente que se dividen entre “las capas” y las que no lo son porque no se sienten preparadas para auscultar, por ejemplo.

El tercer elemento a señalar es el peso o “jerarquía” que adquieren las ciencias sociales. A las psicologías, que además presentan una forma novedosa que no tiene que ver con la clasificación tradicional: ciencias psicosociales, psicopatología y psicología institucional; se les suma “Comunicación”. Estas asignaturas están mostrando que la elección de las mismas tiene que ver con la necesidad instrumental de estos contenidos para el enfermero y con una muy buena delimitación del *“perfil”*.

En cuanto al contenido de Epidemiología, se habla de la Historia Natural de la Enfermedad y se dan los contenidos técnicos que tienen que ver con el estudio de la enfermedad y su distribución en las poblaciones. Se enseñaban en la asignatura “Proceso de Enfermería en el Hombre Sano” los seis cuadernillos que la OPS produjo para la enseñanza en el grado en el personal de salud de toda América Latina. (Unidad de Epidemiología. Programa de Personal de Salud. PALTEX, 1980)

Este plan de estudio aprobado nueve años después del histórico que había marcado un antes y un después en la Profesionalización de Enfermería, encuentra un cuerpo docente (alrededor de 30, la mayoría de dedicación full), sedimentado. Se ha formado con el discurso oficial de la OPS desde el inicio de su actividad docente, y tiene claridad que el hombre es una “unidad bio- psico-social e histórico”, que la salud no es un punto opuesto a la enfermedad, sino que la salud tiene que ver con la capacidad de lucha, de adaptación activa; que el enfermero debe trabajar en los distintos niveles de prevención a partir del método científico que aplicado al trabajo de enfermería se llamará proceso de enfermería. Estos tres conceptos

constituirán los ejes integradores de la carrera, y que años más tarde Durán de Villalobos definiría como tres de los cuatro “conceptos del metaparadigma”²⁶.

“... la intención era comenzar por el sujeto... con cierto inobjetable estado de salud, por eso íbamos ahí donde las personas trabajaban y al centro de salud, donde se iba para un control. Luego se comenzaba con el ciclo vital y empezábamos con parto y puerperio. Si bien se iba al hospital no se consideraba que el embarazo o el parto fuesen una patología... De todos modos discutíamos acerca de cómo asignar las actividades a los estudiantes.... Básicamente dejamos de ir al hospital en primer año para enseñar técnicas como se hacía en Fundamentos. (plan 69)”

Otro elemento que permite valorar lo producido en este plan es el hecho de que en el mismo año los países firmaban el documento en Alma Ata por el que se comprometían a implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000.

La cuestión acerca de cómo fue posible en ese año producir este cambio de plan de estudios con este contenido social, la explicación que da la directora de ese momento tiene que ver con que

“... probablemente no se consideraría que Enfermería fuera una carrera revolucionaria ni con fuerza para provocar ninguna desestabilización... Recuerdo que fuimos a hablar con el Decano y le pregunté qué pasaba con el plan. Automáticamente agarró el teléfono y dijo: ‘esto ya va a Rectorado’. Al poco tiempo ya tuvimos la aprobación...”

²⁶ Estos serían para la autora: entorno, salud, sujeto y cuidado.

El gobierno de la Universidad estaba en manos de un único claustro, el docente, y las decisiones las tomaba la gestión.

Sin embargo, a pesar del carácter progresista de las declaraciones y contenidos (tanto teóricos como prácticos) en cuanto al concepto de hombre, la presencia de las ciencias sociales, la preeminencia de la salud sobre la enfermedad, etc. que se describen en los planes 69 y 78, nunca llegan a revelarse como transformadores.

La hipótesis es que esto es así porque la marca formativa que en los docentes tuvieron las agencias internacionales, la FR primero y la OPS siempre.

Como se planteó antes la sociología funcionalista que sirve como marco de referencia para estas organizaciones no permite ver cómo se producen los procesos de salud- enfermedad. En una reunión en la que se Germán Rodas, Ana Paulina Malavassi y Emilio Quevedo en una mesa redonda sobre “La importancia de la historia en la formación médica”²⁷ realizada en Ecuador luego de presentar los aportes de la Fundación Rockefeller en la formación de médicos, en las acciones contra las enfermedades infecto contagiosas y la formación en Salud Pública, agregan:

"Narra el inicio de la Fundación como empresa filantrópica para proteger a los trabajadores de sus empresas y a los países pobres a través de campañas sanitarias. Finalmente, analiza el plan de la Fundación en el que se considera al mundo como un ser vivo, con países enfermos y atrasados y con otros, ricos, que les ayudan brindando salud pero fundamentalmente manteniendo el capitalismo como sinónimo de progreso. La fundación Rockefeller recoge la ideología política de los Estados Unidos y la coloca en salud. Con este ejemplo, explica la carga ideológica que tiene la formación del personal en salud así como su trabajo y la necesidad de este conocimiento para un quehacer más consiente." (Emilio Quevedo)

²⁷ http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=792:la-importancia-de-la-historia-en-la-formacion-medica-ejemplo-paradigmatico-la-fundacion-rockefeller-en-latinoamerica&catid=297:events&Itemid=360 consultado el 13 de marzo de 2013

En 1992 se pone en funcionamiento el tercer plan de estudios desde el inicio de la Licenciatura. El plan 78 se había comenzado a revisar en el 86, como no podía ser de otro modo, con el asesoramiento de OPS. Los entrevistados son coincidentes en la *“riqueza de ese proceso, dada la participación de todos los claustros en reuniones, talleres o asambleas”*. La desventaja del proceso fue su extensión.

En ese momento la Dirección puede “leer” el escenario que se avecina y rápidamente Rosario responde a la necesidad de la Profesión y de la Provincia ofreciendo el segundo ciclo a distancia²⁸ (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1991), en realidad se trataba de una modalidad semi presencial²⁹. Hacía unos años que en el marco del programa de Educación Continua en Enfermería (Resolución Consejo Superior N° 374/81, 1981) la escuela había logrado un convenio con la Provincia para el dictado de estos cursos. Posteriormente se hace un contacto con la Fundación Kellogg que pasa a financiar el proyecto. Uno de los resultados del programa había sido la formación de tres centros tutoriales (en Reconquista, Santa Fe y Venado Tuerto), los que luego funcionaron para el apoyo y dictado del segundo ciclo.

Por otro lado el Director, convertido en Presidente de AEUERA, propuso en ese marco la extensión de esta experiencia a otras Universidades *“ya que era prioritario aumentar el número de egresados si como profesión queríamos lograr algún impacto en el ámbito de la salud”*.

²⁸ Nótese que esta resolución es del año 1991 por lo que, dado que había cierta dificultad para la aprobación del nuevo plan de estudios y ante la necesidad de comenzar con el programa en la Provincia, se aprobó esta modalidad de dictado para el segundo ciclo del plan 1978.

²⁹ Esto no es un detalle menor ya que, si bien la ejecución del plan no es objeto de este estudio, se puede adelantar que la implementación del plan supuso permanentes debates respecto de “antes y ahora”; el lugar de la práctica; el papel de la presencialidad; además del hecho que se aumentara el número de docentes para hacer frente al aumento de la demanda de estudiantes en primer año que empieza a ocurrir a finales de esa década.

La carrera tampoco escapó a las políticas de flexibilidad curricular que se recomendaban para el campo universitario. Algunas de estas modificaciones llegaron para quedarse, tal es el caso de la "Modificación del régimen de materias profesionales" (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1992), que hasta ese momento no se podían rendir en calidad de libre. Otras tuvieron que ver con facilitar el ingreso de estudiantes provenientes de escuelas muy diversas y con planes de estudio muy disímiles, como la resol. sobre "Esquema tipo de equivalencias y correlatividades" (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1992); o la "Modificación de la Aprobación del Trabajo de Investigación Descriptiva" (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1994), de manera que fuera la Cátedra quien tomara las defensas orales de las tesis.

La necesidad de estas modificaciones reglamentarias no sólo estuvo ligada a la modificación en el dictado del segundo ciclo; sino también al aumento de la demanda. Esta fue en cierta medida esperada para dicho ciclo, pero un fenómeno que también ocurrió fue el aumento del ingreso al primer año de la carrera hacia fines de la década del 90. Convivir con la masividad fue un hecho "nuevo" para el que no había ensayadas respuestas. Los profesores que habían participado y se habían formado en estrategias de Educación semi presencial o a distancia, resolvieron sin tanto conflicto el nuevo escenario, pero hubo quienes insistieron en aplicar viejas recetas para nuevas situaciones.

El plan 92 comienza a implementarse entonces en un contexto donde el plan no es el único cambio que los docentes viven. La institución vive una crisis de crecimiento muy rápido no sin conflicto. El grupo docente comienza a fragmentarse en muchos aspectos pero el de la formación es el que va a interesar a los fines de este estudio.

El pensamiento del profesor, sus concepciones epistemológicas, sociales, pedagógicas atraviesan su labor mediatizadora (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 200). Los entrevistados recuerdan con mucho placer dos instancias de capacitación organizadas por la Facultad. La primera realizada durante la dictadura que sirvió para trabajar con el resto de los profesores de la Facultad, conocerse "se dieron cuenta que no éramos ningunas improvisadas...". La segunda instancia se hizo en el primer gobierno democrático y esa fue muy valorada por la perspectiva crítica que era un aporte absolutamente nuevo.

Por otro lado en la institución existía un programa de Educación permanente que permitía el estudio constante, así como las prácticas diarias de planeamiento observación de clases y evaluaciones posteriores en cada asignatura, y en toda la escuela al inicio y al finalizar cada cuatrimestre. Estas modalidades "normalistas" creaban cierto estilo de orden pero sobre todo de uniformidad.

Durante la década del noventa las prácticas institucionales de formación docente se reducen drásticamente quedando en manos de cada docente la elección y el financiamiento de su formación posterior³⁰. Inclusive se reducen las instancias de coordinación intercátedra sobre todo en el número de actores que participan.

Sin embargo la lectura que hacen los docentes (por lo menos aquéllos que vivieron o escucharon acerca de ese "modo de ser institucional") es que *"en la institución no se hace más"* este tipo de formación, no que el docente universitario se forma de otro modo, de un modo autónomo, del mismo modo que se supone debemos formar al estudiante; y que fue la política universitaria la que cambió (también).

³⁰ Esto no es menor si se lo combina con la incorporación de dispositivos de "centralización" en la Educación Superior como fueron el programa de Incentivos a los Docentes Investigadores, la Evaluación Docente, entre otros.

En cuanto al diseño curricular si bien podría decirse que hay una racionalidad técnica que subyace también hay algunos intersticios por los que se filtra otro tipo de racionalidad.

Los objetivos de la carrera son mucho menos prescriptivos que en los dos anteriores, lo que en la lectura diacrónica de los mismos se puede decir que hay una ruptura. Esto hace que las determinaciones al interior de las asignaturas, sus límites, sean más débiles y por tanto esto redunde en mayor libertad para el docente. (Berstein, 1985)

Una "marca" es que desde el primer plan se da mucho énfasis a las "actividades de enseñanza" (Tabla había indicado ésta como una de las siete actividades para la conformación del curriculum) por lo que siempre hubo mucho empeño y creatividad en la incorporación de métodos, técnicas y estrategias nuevas. En este plan se alentó especialmente porque los docentes fueron formados especialmente en la elaboración de textos como medio maestro para la educación semi presencial con la consecuente elaboración de propuestas de acción para los estudiantes.

Siempre los supuestos de éstas tuvieron que ver con un rol activo por parte del estudiante, "crítico", alentando relaciones horizontales de comunicación y acción entre el estudiante y el docente y entre los estudiantes entre sí. Todas estas caracterizaciones llevan a pensar en un intersticio por donde hay "racionalidad hermenéutica".

El obstáculo más importante para pasar a imbuir al plan de estudios de esta racionalidad o de una crítica, es que el objeto disciplinar no está fuertemente desarrollado. Aunque el curriculum parece brindar las herramientas para ir en el camino de su desarrollo: aparece una materia que sólo trata este tema, esto también puede leerse como un avance ya que es la primera vez que ocurre y por

otro lado hay un aumento de las horas dedicadas a Investigación y Tesina (se prevé su elaboración dentro de los años de formación) ya que este salto no puede darse si no hay la formación teórica epistemológica es decir no sólo aquello que tenga que ver con el manejo del conocimiento propio de la disciplina: teorías, leyes, principios, conceptos; sino que también es necesario incorporar los aspectos que hacen a la construcción del conocimiento, sus procesos de adquisición y de dominio crítico.

b. Los planes de estudio: áreas de conocimiento y lógicas clasificatorias

Gráfico N° 17

Número de asignaturas según áreas de conocimiento

Planes 69, 78 y 92. Escuela de Enfermería- UNR

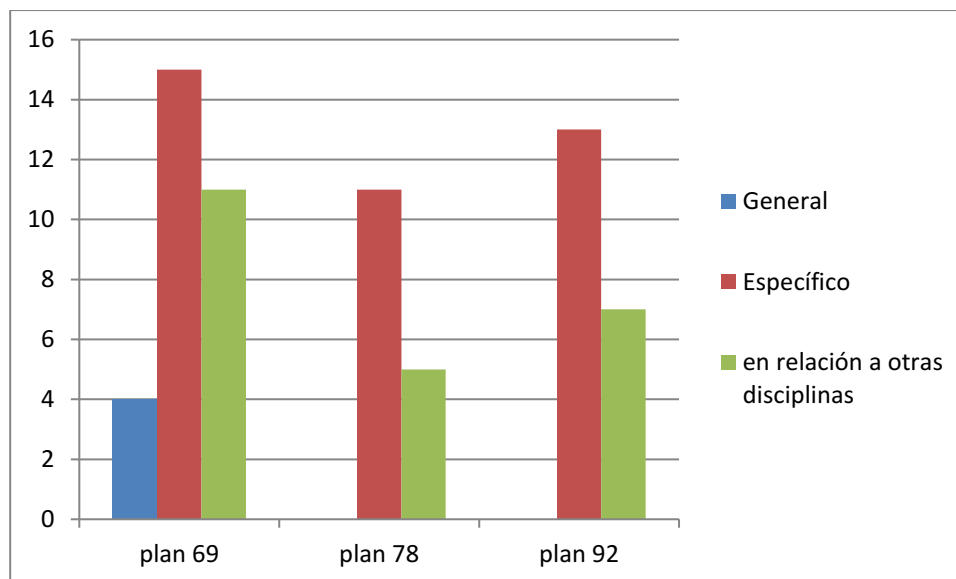
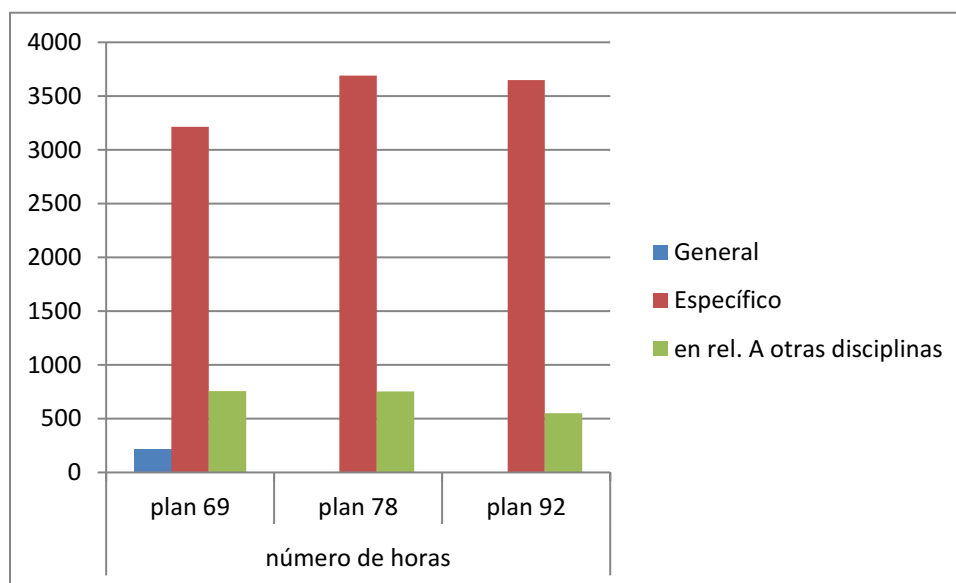


Gráfico N°18

Número de horas según áreas de conocimiento- Planes 69, 78 y 92- Escuela de Enfermería - UNR



Los cuadros muestran que las horas asignadas al conocimiento específico prácticamente se ha mantenido a lo largo de los tres planes, no así el de formación general que sólo está presente en el primer plan de estudios. En cuanto al peso de las asignaturas relacionadas con otras disciplinas hay una disminución en el plan 92. El cuadro que señala hasta qué punto el número de materias resulta

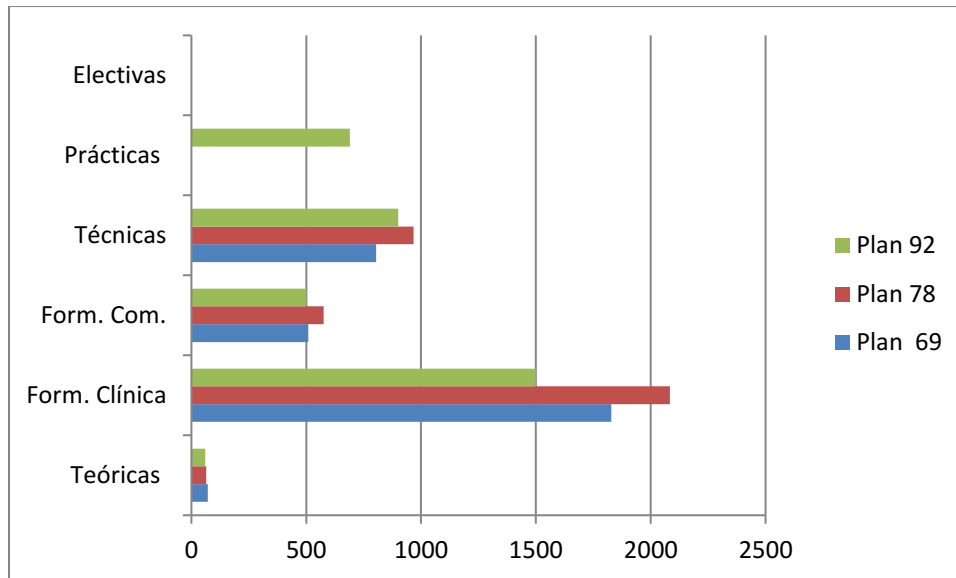
engañoso para lo que aquí se analiza, la jerarquía, cuyo verdadero indicador son las horas. Sin embargo es interesante analizar cómo estas asignaturas representan más de la mitad de las específicas, cuando en horas representan el 14%.

El debate acerca del tipo de conocimiento que se requiere en la formación profesional universitaria es de primera necesidad. Hay autores que plantean la necesidad de una fuerte formación teórica ante el embate de ceder adecuando los currícula a las demandas profesionales del mercado. Y en todo caso generar también correctas "lecturas de las demandas", de modo de elegir "correctamente los hilos de la urdimbre"³¹

Gráfico N°19

Distribución de las horas en las sub áreas clasificadas como del área "específica"- Planes 69, 78 y 92 – Escuela de Enfermería- UNR

³¹ Se hace alusión a la analogía utilizada por Moreno (Moreno, 2007) y citada en el punto 2.3 de este estudio.



El gráfico muestra que dentro del área específica la que concentra la mayor cantidad de horas son las materias de "Formación clínica", siguiéndoles la de "Formación técnica", luego "comunitaria", y finalmente con un máximo de 60 hs. Las materias teóricas. Esta distribución que se mantiene también estaría dando cuenta de aquello que se estabiliza en la formación del Licenciado en Enfermería. En el plan 92 aparece por primera vez materias puramente "prácticas", lo cual explicaría la disminución en el área de formación clínica.

Con respecto a la relación teoría práctica no se trabajó ese tema (lo cual constituye una debilidad del estudio dada la profesión de la que se trata) porque sólo el plan 69 discriminaba el tipo de actividad. Vale la pena detallar cómo en los relatos surgidos de la entrevista se valora el tipo de práctica clínica, "al lado del paciente", el tipo de modalidad (internado), y de hecho la jerarquía que tiene: el 54 % de las horas son de experiencia clínica. Sin embargo la valoración de los créditos es inversa: cada hora teórica es un crédito, mientras que cuatro horas de experiencia clínica valen lo mismo. Esto evidencia el carácter subsidiario de la práctica, como un espacio de "ensayo error", donde se aprende por repetición, por entrenamiento a

hacer y a generar hábitos (la característica del hábito es la repetición) de orden, de limpieza, de pulcritud (¿una marca victoriana?).

Al coincidir el diseño (el de este plan y el del 78 totalmente y en parte el del 92) con uno compatible con la racionalidad técnica lo primero que se produce es una división entre la teoría y la práctica³², lo que lleva a una separación entre la universidad y los servicios, entre los profesores y los JTP, entre el tipo de conocimiento que se ofrece. Se trata de una división que conlleva el establecimiento de jerarquías. Ahora bien otra consecuencia es que en ámbitos donde se valora lo técnico, y entre los profesionales que lo hacen hay un desprecio por la teoría: "sólo la experiencia enseña" (lo que resulta valioso desde esta postura).

Si la racionalidad no cambia se corre el riesgo de proponer más "práctica" pero que despojada de teoría, se la potencie sin ningún cambio de concepción y fundamentación epistemológica." (Gonzalez Sanmamed, 1995, pág. 55)

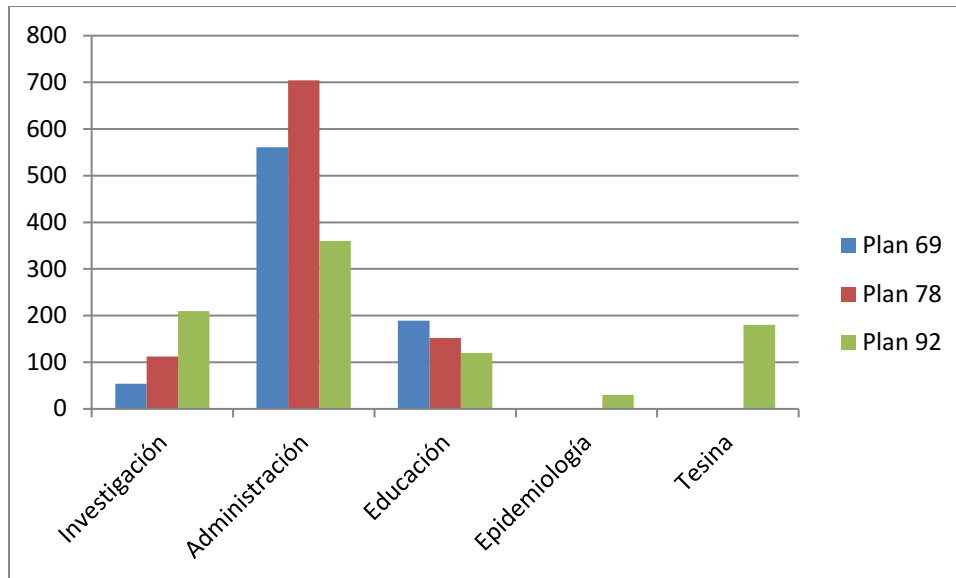
Sí se observa un cierto desplazamiento en las asignaturas del área técnica, en el plan 92 que por otro lado se justifica con las competencias que el documento establece para este graduado: "*Capacitar al estudiante para desempeñarse en el campo de la investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud.*" Ninguno de los tres planes tiene espacios curriculares electivos.

Gráfico N°20

Horas de las asignaturas clasificadas como del área "técnica"

Planes 69,78 y 92- Escuela de Enfermería- UNR

³² En los planes 69 y 78 aunque tuvieran notas diferentes y se aprobaran por separado. La integración pasaba por el docente que era el mismo en ambos espacios. A poco de implementarse el plan 92 se produjo una escisión entre los profesores que planifican, coordinan y dan clases y los JTP que tienen a cargo la experiencia clínica. Esta situación fue modificándose.

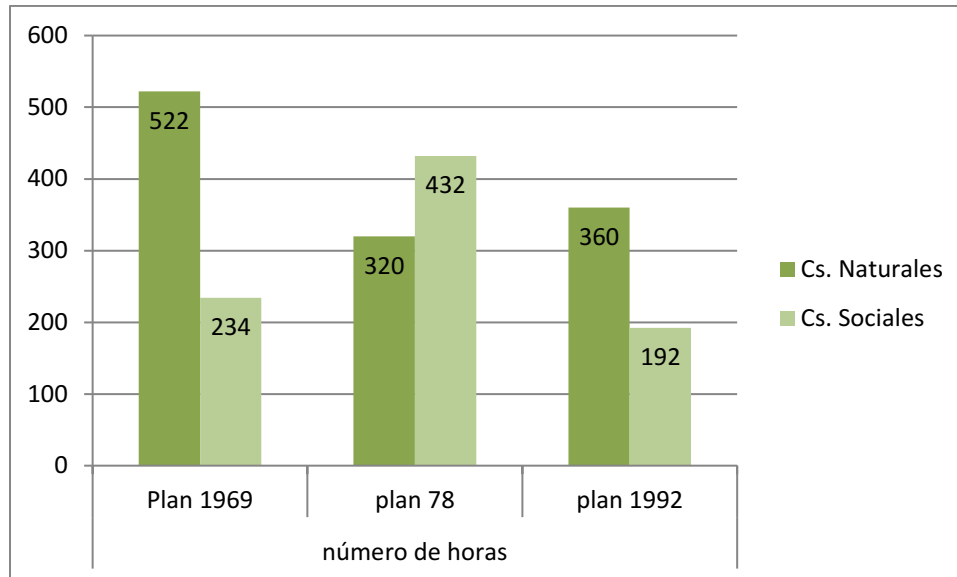


En este gráfico se verifica que en el plan 92 aumentan el número de materias del área. Tal es el caso de Epidemiología que se convierte en un espacio curricular independiente a pesar de que como contenido estuvo siempre presente en los distintos planes. También se observa un desplazamiento importante hacia Investigación. Cabe aclarar que acá aparece Tesina que en realidad es el tiempo asignado al alumno para que logre concluir su tesis de grado durante el cursado, cosa que no es contemplado en los otros dos. También debe considerarse que no se contabiliza el espacio de práctica donde si bien constituye un espacio de integración, la mayoría de los requerimientos de la segunda (Práctica Integrada II) tienen que ver con la gestión de los servicios.

Gráfico N°21

Horas de asignaturas clasificadas como de formación "en relación con otras disciplinas"

Planes 69, 78 y 92- Escuela de Enfermería- UNR



Este gráfico muestra las variaciones que se han producido en las horas asignadas a estas asignaturas durante los diferentes planes. La disminución de horas en el sub área biológica quizá pueda explicarse por la mayor integración a la que han tendido los planes. No es muy claro si lo mismo puede aplicarse para las asignaturas del área social, las cuales disminuyeron más de la mitad respecto del plan 78 en un contexto en el que se pone gran énfasis en que la enfermería misma pertenece a este campo.

Los cuadros 1, 3 y 7 muestran la secuencia y ritmo de los distintos planes. En general los dos primeros (69 y 78) presentan una secuencia clara, ritmo rápido y límites bien definidos, aunque en el del 69 el número de asignaturas parece acelerar aún más el ritmo.

El plan 78 también es un curriculum agregado, los contenidos están claramente definidos y agrupados. Los límites son muy claros. Sin embargo se

explicita que la integración se realiza al interior de cada asignatura “profesional” de los aportes que hagan las “contributorias”.

El diseño supera la fragmentación existente en el plan de 1969.

El mismo esquema de cumplir una función de integración por parte de las materias “profesionales” y de superar mayores niveles de integración se repite en el plan 1992, aunque la mayor flexibilidad lo hace menos efectivo.

CAPÍTULO VII

Conclusiones

"Hay quienes postulan al curriculum como una "epistemología invasora" en el sentido de que a través de este conocimiento se pueden entender todos los problemas de la educación. Si bien esto resulta reduccionista para el problema general de la educación, es posible que el estudio del curriculum se comporte como "síntoma", como eso que evidencia lo que oculta." (Díaz Barriga Á. , 1991, pág. 16)

La comparación de los planes de estudio de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario muestra:

- En cuanto al "perfil" (competencias u objetivos):
 - en el plan 69:
 - se describen siete objetivos para el primer ciclo y ocho para el segundo, luego de un enunciado general en el segundo caso.
 - De ellos se desprende una división de las acciones o tareas de cada uno: en cuanto al cuidado (se utiliza este término) se planifica de acuerdo a las "necesidades individuales", aunque en el caso del enfermero dice "realiza funciones" "en colaboración con la familia y el equipo de salud". En el caso del Licenciado este cuidado va dirigido al paciente y la familia. En cuanto a la Administración, mientras el enfermero logra una "habilidad inicial para el manejo de la sala", el Licenciado "asume funciones de Administración, Educación y Supervisión". En la dimensión Investigación, el enfermero no tiene ningún alcance, mientras el Licenciado el objetivo es que "realice investigaciones simples".

- Sólo al Licenciado se lo llama "profesional".
- En cuanto al sujeto de atención, se utiliza la denominación "*enfermo*" (bastante restrictivo), aunque claramente se incorpora "*al paciente y la familia*".
- Se especifica que el ámbito de aplicación del cuidado es tanto el "*asistencia*" (no se utiliza la palabra hospital) como el de la salud pública. Esto junto con el hecho de que "*Enfermería... (se ocupa) de la prevención de las enfermedades y la restauración y rehabilitación física, mental y social*", constituyen los aspectos más progresistas.
- También lo es el hecho de que se explicita la "*habilidad para trabajar con miembros de profesiones afines*".
- Hay también una serie de objetivos de carácter actitudinal ("*Promover su mejoramiento y crecimiento profesional; Comprender sus responsabilidades como miembro de un grupo profesional y como ciudadano, perteneciendo y participando activamente en asociaciones de su propia profesión; Mantener competencia profesional y contribuir para la superación de sus colegas; Realizar aporte positivos para elevar el nivel de la profesión y crear en el público una imagen apropiada de la misma*") que aluden a la promoción de un profesional comprometido y con presencia social, que modifique o por lo menos que imponga una "imagen pública".
- Sin embargo el aspecto que más se destaca en los objetivos es la reiteración permanente del "conocimiento de las ciencias

biológicas, físicas y humanísticas” y de “la aplicación del método científico”. La fundamentación científica aparece como legitimadora del saber enfermero que no aparece como tal.

○ En el plan 78:

- Hay una descripción del perfil del graduado y once objetivos generales del graduado de la carrera. Por otro lado hay una descripción, bajo el nombre de Objetivos (generales y específicos) para el primer (trece) y segundo ciclo (diecinueve), que podrían asemejarse a las competencias (aquello que “serán capaces de hacer”) de cada título. Se coloca el número porque es importante señalar el grado de discriminación del discurso normativo que se evidencia desde el inicio del plan preanuncia la tendencia dominante del discurso especializado.
- Se inscribe al graduado en la categoría de “*profesional*” cuyo objeto es la “*aplicación del proceso de enfermería*” para la “*satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad... respetando los principios éticos y... trabajando en equipo en acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, reparación y rehabilitación*”.
- Aparece el concepto de hombre como “*unidad bio-psico-social e histórico*” y el de salud como “*proceso dinámico de salud-enfermedad*” considerando la “*situación sanitaria nacional y local*”
- El modo de construcción de los objetivos está hecho de tal modo que contiene qué va a hacer, cómo y en qué medida lo va a lograr. Por ejemplo: “*Desarrolla una conducta ética asumiendo la responsabilidad de sus actos y respetando los principios éticos que*

rigen el ejercicio profesional mediante el cumplimiento de los indicadores explicitados para cada año". Esta gramática no deja dudas respecto de los alcances para cada nivel en cada una de las dimensiones del cuidado. Claramente el licenciado "realiza con habilidad acciones para la satisfacción de las necesidades en pacientes de alto riesgo"; "satisface la necesidad educativa en la comunidad del área programática de un hospital, participa en programas de educación sistemática de formación de personal de enfermería, así como de la orientación y/o adiestramiento y actualización del personal de enfermería en servicio"; "participa en actividades administrativas para la atención de enfermería que se brinda en el hospital y su área programática" y "aplica la metodología científica como proceso de investigación, en la descripción de problemas de salud de la comunidad del área programática de un hospital... y en la descripción de problemas de enfermería del hospital y su área programática"

- Continúan los enunciados de tipo actitudinal que dan cuenta de la preocupación por valores éticos y de compromiso profesional (educación permanente, trabajo en equipo): "*profesional crítico y reflexivo*".
- En el plan 92:
 - Como en el caso anterior se explicita un perfil del graduado y objetivos (también general y específico) para cada nivel de formación.
 - El perfil describe a un profesional capaz de *proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea... en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad,*

mediante una firme *actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos (propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y psicosocial)*. Poseerá *destreza clínica y una actitud crítica y flexible* que le permita desarrollar un proceso de *actualización permanente*, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos, así como *trabajar en equipos interdisciplinarios.*”

- No lo dice en el perfil, pero en los objetivos plantea que estos cuidados serán aplicados en *todos los niveles de atención*, lo cual permite un corrimiento de la Historia Natural de la Enfermedad (niveles de prevención) y pensar el propio Sistema de Salud. Otro elemento que aparece con mucha fuerza en este plan (en los objetivos) es el “enfoque epidemiológico” y es el fundamento de tomar el criterio de complejidad creciente para el diseño del plan.
- Quedan definidas las competencias para cada nivel de formación: el técnico se ocupará de los cuidados de las personas y de participar de la organización de los servicios en los que se inserta, mientras que para el Licenciado quedan reservadas las actividades de *“investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud”*.
- En cuanto los “Ejes integradores” (tercer variable estudiada en los planes), puede decirse que éstos se explicitan en los planes 78 y 92. En el primero éstos son *“El ser humano como unidad bio-psico-social; Proceso salud-enfermedad y Proceso de enfermería”*. En el plan 92 el tercero es reemplazado por *“Identidad Profesional”*. En ambos casos si bien no hay ninguna fundamentación pedagógica de los mismos, se explicita cierta delegación a las asignaturas profesionales (al área de Enfermería) la función

de integrar los contenidos entre sí y con otras áreas disciplinares y pareciera que estos ejes serían los elegidos para funcionar como "conceptos claves". Lo interesante de ésta formulación, más allá de la debilidad pedagógica que pueda tener como dispositivo articulador, es el desplazamiento a la identidad profesional que parece tener que ver con el desafío o demanda social respecto de qué es y qué hace un Enfermero/Licenciado. Marca una intencionalidad respecto de trabajar el "ser profesional" y quitar tanto el énfasis en el método (Proceso de Enfermería).

- En cuanto a las "Experiencias de aprendizaje" propuestas sólo están explicitadas en el plan 1969. Se enumeran distintas técnicas a ser utilizadas en las actividades teóricas las cuales se definen claramente y se diferencian de las actividades prácticas de laboratorio y de las actividades de experiencia clínica. En el plan se explicitan el número de horas asignadas a cada tipo de actividad. Se identifican también "horas de autoestudio". La presencialidad es claramente intensiva, así como la importancia que se asigna al aprendizaje "en la práctica", "al lado del paciente". Sin embargo el sistema de créditos (se denominan "puntos") con que se aprueba el plan, de manera de facilitar la circulación de estudiantes y docentes a través de equivalencias más fácilmente establecidas, puntúa con un crédito una hora teórica, dos horas prácticas de laboratorio o cuatro horas de experiencia clínica. Lo cual es absolutamente contradictorio con esas declaraciones y evidencia el lugar de privilegio de este tipo de conocimiento y la identificación de lo teórico con lo académico, con la "fundamentación científica".
 - En el plan 78 todas las se denominan "teórico prácticas" y se dividen en "dirigidas" y "no dirigidas", conceptos que no se aclaran en ningún lugar pero que se contabilizan en el total de horas de la carrera.
 - En el plan 92 sólo hay horas totales.

- En cuanto al "Modo de organización académica" :
 - En el plan 69:
 - la carrera está dividida en dos ciclos, el primero de dos años y medio (21 asignaturas) y el segundo de uno y medio (10 asignaturas y elaboración de la Tesis). Cada uno de los años está dividido en semestres de dieciocho (18) semanas cada uno.
 - El criterio de organización parece ser un primer año básico con materias contributorias de otras disciplinas, especialmente de las ciencias biológicas (hay una sola específica "Fundamentos de Enfermería). En el segundo año se concentran las Enfermerías médica, quirúrgica y psiquiátrica. En el tercero las Enfermerías Obstétrica y Pediátrica, y se comienza con las materias técnicas: "Principios de administración y enseñanza", "Didáctica" y "Salud Pública". Hay también materias contributorias del área social. En el último año hay una sola materia clínica ("Enfermería Avanzada") y el resto del área técnica y social.
 - En el plan 78:
 - También la carrera está dividida en dos ciclos de dos años y medio el primero (11 asignaturas) y un año y medio el segundo (6 asignaturas).
 - La secuencia indica que los contenidos van del hombre sano al enfermo, así los niveles de prevención parecen

ser el orden seguido aunque respetando los nombres de las especialidades médicas.

- En el documento del plan se establecen un “diagrama de flujo” o “ruta” de conocimiento que muestra además el contenido de la coordinación vertical y horizontal que debe establecerse; y de algún modo opera como justificación de las correlatividades que establece.
 - Especifica también las normas de regularización (que son las mismas de las de la Universidad), sin embargo establece que las asignaturas profesionales “no pueden rendirse en condición de libre”.
- En el plan 92:
- La carrera pasa a tener una duración de cinco años: los tres primeros corresponden al primer ciclo (13 materias) y los dos últimos al segundo (7 asignaturas).
 - El criterio para ordenarlas pasa a ser el nivel de atención, empezando por el primer nivel de atención médica en el primer año.
 - Las denominaciones ponen en primer lugar al sujeto de atención: Adulto y Anciano, Materno Infantil.
 - Las asignaturas técnicas se concentran en el segundo ciclo (sólo dos están en el primero).
 - Hay un espacio de PRÁCTICA al finalizar cada ciclo.

- En cuanto a las lógicas clasificatorias:
 - En el plan 69:
 - En cuanto a las lógicas clasificatorias, respecto de la *secuencia*, se trata de un plan de mucha movilidad (todas las materias son semestrales, incluso menos); de ritmo rápido (hay corto tiempo para la adquisición de las competencias), y los límites son muy precisos entre las asignaturas.
 - En el plan 78:
 - Se trata de una estructura agregada con secuencia fija. La selección de contenidos (específico, biológico y psicológico) denota que el criterio de selección es puramente de formación profesional o de desarrollo del núcleo específico; y su clasificación es fuerte.
 - Las asignaturas de Administración e investigación se concentran al final de la carrera.
 - El ritmo es claramente rápido.
 - En el plan 92:
 - Hay un cambio de ritmo: las materias específicas se anualizan y aumentan el número de horas asignadas (se “engrosan”).
 - Las materias de otras disciplinas y las dos técnicas son claramente “contributorias” al desarrollo de la que funciona como “troncal”.
 - Sin embargo los límites no son tan claros como en el plan 78. Hay mayor flexibilidad.

Siguiendo el análisis de las lógicas clasificatorias se presentan las conclusiones respecto del análisis del contenido (que es lo que se clasificó) según el *tipo de conocimiento* y la *jerarquía*:

- En el plan 69:
 - Hay los tres tipos de conocimiento propuestos: general (5% de las horas totales de la carrera), específico (77%) y referido a otras disciplinas (18%).
 - Es el único plan en el que hay conocimientos de “formación general”, es decir aquéllos dirigidos a la formación general o ciudadana. Estas son: Inglés, Filosofía y Ética, Cultura de Occidente y Formación estética.
 - Dentro del conocimiento de Formación específico, las materias clínicas concentran el 56% de los contenidos profesionales; las de comunidad el 16%; las técnicas el 25%. Sólo hay dos materias puramente teóricas que suman 72 hs.
 - El gráfico N°4 (pág. 87) muestra la relación en porcentajes entre el número de horas (verdadero indicador de jerarquía) y el número de materias. Por ejemplo el número de materias clínicas son seis y las técnicas son cinco, pero las primeras concentran el 56% de las horas y las segundas el 25, como se dijo en el punto anterior.
 - En cuanto a las asignaturas clasificadas como pertenecientes al área de formación técnica, presentan en su distribución interna una clara jerarquización de los contenidos de Administración (561 horas lo que equivale a casi el 68% del total de horas del área).
 - Respecto al conocimiento que hace a la formación en relación a otras disciplinas, puede verse mucha fragmentación ya que hay

siete asignaturas correspondientes a las de ciencias naturales que concentran el 12% del plan (522 hs.) y tres de ciencias sociales (en realidad son de la disciplina Psicología) que concentran el 6% de las horas (234 hs.). Claramente tanto en horas como en número de materias, los conocimientos de las ciencias naturales duplican a las de ciencias sociales.

- En este plan puede hacerse un análisis del conocimiento considerado como teórico, práctico o de experiencia clínica, porque así lo permite el documento. El 52% de las horas son de experiencia clínica, el 42% teórica y el 6% de laboratorio. Esto muestra el peso de la experiencia clínica, pero ¿puede decirse que muestra una mayor jerarquía de la práctica si se tiene en cuenta la equivalencia de los créditos comentada?
 - El número de horas destinado a la formación en disciplinas de las ciencias naturales, claramente instala al cuidado enfermero en el ámbito de estas ciencias. Por otro lado es coherente con el peso que se le da a la teoría y la definición de los objetivos de la carrera en el que este profesional debe “fundamentar científicamente”. Esta fundamentación parece ser la fisiopatología de la enfermedad.
- En el plan 78:
 - El contenido se clasifica en asignaturas para la formación específica y para la formación en relación a otras disciplinas. No hay (como no lo habrá en el plan 92) asignaturas de formación general.
 - Las primeras concentran el 83% de las horas (aumentó el 6% respecto del plan anterior) y permaneciendo casi igual las horas

destinadas al contenido relacionado con otras disciplinas (18% era en el plan de 1969).

- En cuanto a la distribución interna de las materias de formación específica, las clínicas son las de mayor jerarquía ya que concentran casi el 47% del total de horas del plan (aumentó en 3% respecto del 69), le siguen las técnicas con el 22% (también aumentaron el mismo porcentaje), luego las comunitarias que concentran el 13% de las horas (permanece igual), y las teóricas con casi un 1,5%.
 - Como en el plan anterior, respecto de las asignaturas de tipo "técnica" la formación en Administración tiene asignadas 700 horas, Educación 152 e Investigación 112. También como en el caso anterior, la realización de la Tesis no está contemplada en el plan en términos de horas.
 - En cuanto a la formación en relación a otras disciplinas, a diferencia del plan 69, éste jerarquiza la formación en Ciencias Sociales (sólo Psicología, aunque el nombre de la que corresponde al primer año es Ciencias psicosociales), a la que se le asignan 432 horas distribuidas en cuatro materias, mientras que a las de las Ciencias Naturales se le asignan 320 y concentrada en una única asignatura en primer año.
- En el plan 92:
 - Las materias de Formación específica representan el 87 % del total, 4% más que el 78 y 10% más que en el plan 69.
 - El propio plan reconoce cuatro áreas de conocimiento: "Profesional", "Biológica", "Psicosocial" e "Instrumental".

- En cuanto a la distribución interna del conocimiento específico, este plan tiene dos espacios de lo que se llaman en este estudio “Materias prácticas”, las cuales concentran el 16,4% de las horas (690). El mayor peso sigue siendo para las clínicas, pero con casi el 36% (11 puntos menos que en el plan 78), las comunitarias mantienen el mismo porcentaje (12%), lo mismo que las técnicas.
- En cuanto a este grupo (el de las materias técnicas) hay un desplazamiento de la jerarquía hacia el área de Investigación que en este plan tiene 390 horas, aunque incluye la ejecución de la Tesina. También podría decirse que este grupo se diversifica con la aparición de otra asignatura: Epidemiología.
- Las materias relacionadas con la formación en otras disciplinas también se diversifican con tres materias para las de ciencias Naturales y cuatro para las de Sociales. Ahora en términos de jerarquía las primeras aumentan apenas treinta horas del plan anterior con 340. Esto representa el 8% del total de las horas del plan, pero quedan aún muy lejos de las 522 hs (12%) del plan 78.
- En cuanto a las asignaturas de las ciencias sociales suman 190 horas (4%), lo que equivale a la mitad de las de ciencias naturales.

En cuanto a la concepción pedagógica, social y de salud, sólo el plan 78 hace explicitaciones respecto de lo que entiende por teoría educacional y concepción social (pág. 109)

Ahora bien la intención de este estudio tuvo que ver con, además de describir los marcos prescriptivos del conocimiento que se enseñaron para la formación del

Licenciado en Enfermería, comprender las lógicas que subyacen a estas “letras” y con qué hechos contextuales se relacionaban.

Las entrevistas efectuadas a actores claves echaron luz sobre las concepciones pedagógicas, sociales y de salud sobre las que se pretendió indagar. Un actor fundamental que funcionó desde los orígenes de esta institución fue la Organización Panamericana de la Salud y antes de ella la Fundación Rockefeller. Los protagonistas de esta historia se enmarcan en ese discurso.

La fundación primero y la OPS después actuaron desde los gobiernos y asociándose a capitales privados para expandir un modo de trabajo y de organización del sector salud y de los trabajadores de salud, a través de la producción de materiales, encuentros internacionales, de programas de pasantías, etc. Así lo hicieron en toda América Latina y en España.

El éxito en las actividades de salud (básicamente contra las enfermedades infecto contagiosas) llevadas a cabo en Centro América, en el norte de Sud América, así como en el sur del propio Estados Unidos, avalaban ese discurso inicial.

De allí vienen los conceptos y prácticas que resultaron tan progresistas en cada uno de los planes en relación a lo que eran los planes de estudio de los médicos, por ejemplo.

Pero es en ese mismo escenario donde aparecen movimientos contra hegemónicos (liderados por Juan César García), por ejemplo que no llegan por la misma vía. Estas corrientes que problematizan la salud y su relación con las condiciones materiales de existencia no llegan. La línea teórica es la de la sociología funcionalista, que aunque ve al hombre como un ser social no lo aborda en su complejidad y por lo tanto puede dar soluciones puntuales o sectoriales a problemas estructurales.

Hay dos hechos que marcan hasta qué punto este discurso no tuvo anclaje en la realidad nacional. En primer lugar el hecho de que siendo la Salud Pública un elemento tan fuertemente presente en el plan y en la práctica de los formadores no haya sido la carta de presentación al interior del escenario académico universitario. Por el contrario en el interior del cuerpo docente hay un reconocimiento explícito a quienes manejaban los temas que tenían que ver con la alta complejidad o riesgo.

Otro hecho es el de la "integración docente-asistencial". Esta recomendación tan reiterada por parte de la OPS se resuelve con trabajos conjuntos y mucha producción (de hecho es el único lugar del país donde se produjo tanto en este tema), pero no se logra esta pertenencia real con los servicios.

Del mismo modo ocurre en las concepciones pedagógicas. La OPS también hizo suya la preocupación por la Educación Médica (en 1966 comienza la publicación que lleva ese nombre). Las corrientes tecnocráticas de la educación (Tyler, Taba, Bloom) son tomadas y socializadas desde este lugar. El plan 78 es un ejercicio de aplicación de ese esquema. Hay que decir que a juicio de la autora, un "excelente" ejercicio de aplicación, de impecable coherencia, por lo que lo considera de los mejores.

Si se tuviera que marcar una tendencia en cuanto a los planes de estudio, puede decirse que se va en dirección a una reducción en el número de asignaturas y hacia una mayor integración, preferentemente al interior de las materias profesionales. Primero (plan 78) "ayudada" por la explicitación de modos de coordinación horizontal y vertical y luego sólo evidenciada por los "ejes integradores". Aunque la poca claridad de límites o la mayor flexibilidad en los marcos prescriptivos hacen esa integración menos efectiva.

El problema pedagógico que persiste es que para la formación de Enfermeros el objeto del que estamos hablando es uno que se inscribe en el ámbito de lo humano, no de lo biológico, por lo que la utilización de modelos mecanicistas de enseñanza, en los que subyace una racionalidad técnica, donde el aprendizaje se limita a la aplicación de normas y protocolos, donde los objetivos son la meta y alcanzarlos equivale a aprender, donde el contenido teórico se piensa separado del contenido práctico, y en el que además éste se piensa como "devaluado" o como ocasión para aprender en la medida que permite el ensayo, pero despojado de teoría; resultan no sólo insuficientes sino retardatarios de cualquier posibilidad de cambio que implique crear, pensar, intuir nuevas formas de cuidar.

Esto también está en la base (es una de las cosas) de que aún después de quince años de haber entrado en programas de incentivos para la investigación, no se hayan producido, no modelos, pero al menos indicadores de cuidado.

En este sentido la debilidad epistemológica de la propia disciplina Enfermera tiene que ver con que los cambios en todos estos años tuvieron más que ver con las corrientes teóricas internacionales que con las producciones y las realidades locales. En este sentido hay continuidad en los planes que coinciden con las líneas más conservadoras de OPS.

Por ejemplo en el plan 92, el hecho de que haya mayor jerarquía de los contenidos sociales por sobre los de las ciencias naturales y de que éstos se concentren en una sola asignatura que además se encuentra en primer año, puede estar compensado por una gestión curricular que coordina permanentemente la tarea docente en relación a los fines.

A la luz de la distribución de los contenidos relacionados con otras disciplinas, la disminución de las horas de contenidos de ciencias naturales, no necesariamente debería interpretarse como un corrimiento del paradigma biologista, ya que no hay

un correlato de aumento de horas hacia saberes que le den al estudiante una formación crítica de las ciencias sociales.

No se trata sólo de número de horas. Lo que se viene explicando en los párrafos anteriores es que si bien la influencia de OPS "importó" conceptos de lo más progresistas tales como APS, integración docencia-asistencial, prácticas de salud pública (visitas domiciliarias), pero todo esto desde una perspectiva teórica de una sociología funcionalista y una teoría pedagógica tecnocrática que no tienen intrínsecamente intenciones de "transformación". Mientras los planes de estudio no se basen en teorías críticas que permitan comprender y cuestionar el mundo dado, que interpelen la práctica y sea esta interpelación constante la usina del saber enfermero, no podremos asistir más que a una cosmética curricular.

Recomendaciones

A la luz de los resultados alcanzados se ve como necesario:

- La promoción de los intentos de docentes que han producido cambios en la línea de lo hermenéutico.
- Enriquecimiento de los marcos teóricos que permitan incorporar perspectivas críticas de análisis como contenido de enseñanza ya que es un contenido ausente (curriculum nulo).

Respecto del debate acerca del tipo de contenido que debe ser enseñado en las universidades Alicia de Alba plantea que

"...hay una diferencia entre la formación teórica y la formación crítico-social... es importante reflexionar sobre una visión crítico social que permita al egresado la comprensión del papel que juega su profesión en el contexto social amplio y, por tanto, del que juega él, como profesional, sujeto social parte constitutiva del proceso social."

- Necesidad de la incorporación de contenidos de historia y de aquéllos que den cuenta de una perspectiva crítica ya que son contenidos ausentes.

"...recorrer la historia y (re- conocer-la como propia) son dos anclas que convocan tanto a la experiencia como a la apropiación: dos operaciones necesarias para poder afirmar que se está en un lugar (de formación) colmado de significación y de sentido."(Kandel, 2010, pág. 232)

- Propender a la Formación Docente en dos sentidos:
 - Abriendo espacios de intercambio y debate sobre los temas que se enseñan o en los que se forman.
 - Fortaleciendo las capacidades pedagógicas, sobre todo en lo que tiene que ver con "reflexión sobre la práctica".
- En esta línea parece importante pensar modos de formación profesional que tengan que ver con espacios territoriales más grandes (regiones del país o del continente) bajo la forma de convenios, acuerdos, intercambios, pasantías, que permitan compartir marcos conceptuales, metodológicos y de prácticas profesionales y docentes con mayor capacidad explicativa aunque sin perder la singularidad experiencial.
- Profundizar el estudio sobre algunas cuestiones fundamentales que se abren a partir de este estudio:

- El estudio de los programas (marco instruccional) de las materias pertenecientes a los distintos planes de estudio para valorar con precisión la magnitud de los cambios efectuados.
- El pensamiento del profesor de manera de investigar el “currículum pensado por el profesor” dada la función de “transposición didáctica” que cumple en su práctica docente
- La práctica como disparador de aprendizajes, así como los desafíos éticos de la misma.´
 - Parece necesario pensar estrategias que tengan que ver con la investigación acción ya que parece el mejor abordaje para este objeto.
- Las relaciones de poder entre los profesionales del campo de la salud. Serían necesarios estudios de grupos concretos para analizar cómo se producen estas relaciones y cómo se mejoran o qué dispositivos se ponen en juego para contrarrestar y favorecer mecanismos de empoderamiento.

Bibliografía

- Abramzón, M. (2003). *Los recursos humanos en Salud la Argentina. Una mirada a los datos. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios* (Primero ed.). Buenos Aires: Observatorio de Recursos Humanos en la Argentina. Representación OPS/OMS .
- Abramzón, M. (2005). *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004* (Primera ed.). Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina.
- Abramzón, M. (2006). *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004. La distribución geográfica* (Primera ed.). Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina .
- Abramzón, M. y. (2001). *Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998* (Primera ed.). Buenos Aires: OPS/OMS.
- Alba, A. d. (1997). El currículum universitario ante los retos del siglo XXI: la paradoja entre el posmodernismo, ausencia de utopía y determinación curricular. En CESU-UNAM (Ed.), *El currículum universitario de cara al nuevo milenio* (págs. 29-45). México: Plaza y Valdés.

- Alba, A. d. (1998). *Curriculum: crisis, mito y perspectivas* (Primera ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Alba, A. d. (2007). *Curriculum-sociedad. El peso de la incertidumbre, la fuerza de la imaginación* (Primera ed.). Coyoacán, México: IISUE. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Alba, A. d. (Abril de 2008). Curriculum universitario. Tensión entre globalización y crisis estructural generalizada. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Apple, M. W. (1996). *Ideología y currículo* (Primera española ed.). Madrid: Ed. AKAL.
- Arango Pannesso, Y. (Enero- marzo de 2008). Referentes socio históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de la salud. *Rev Cubana Salud Pública [online]. [citado 2014-07-27], 34(1), <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.*
- Araujo, S. M. (22 de Noviembre de 1997). *Noticias de Antropología y Arqueología. Universidad de San Andrés*. Recuperado el 20 de Junio de 2013, de http://www.naya.org.ar/congresos/contenidos/cea_1/1/15htm
- Belmartino, S. (1991). Política de Salud en Argentina: Perspectiva histórica. *Cuadernos médicos sociales*(55), 13-33.
- Belmartino, S. (1992). El sistema de Salud en Argentina: Perspectivas de reformulación. *Cuadernos Médico Sociales*(61), 1-5.
- Belmartino, S. (1995). Estado y Obras sociales: desregulación y reconversión del sistema. *Cuadernos Médico Sociales*, 72, 5- 24.
- Belmartino, S. (2005). *La Atención Médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. *5° Foro del Bicentenario: Salud y políticas de Salud* (págs. 1-15). Buenos Aires: historiapolitica.com .
- Belmartino, S., & Bloch, C. (1980). La Política Sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos Médicos Sociales*(14), 9-27.
- Belmartino, S., & Bloch, C. (Octubre de 1982). Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales*(22), 6-22.

- Belmartino, S., & Bloch, C. (1998). Desregulación/privatización: La relación entre la financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en la Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*(73), 61-80.
- Bernabeu Mestre, J., & Gascón Pérez, E. (1995). El papel de enfermería en el desarrollo de la Salud Pública Española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamus*(15), 151-176.
- Bernal Becerril, M., & Ponce Gómez, G. (2009). Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6(6), 33-41.
- Bernstein, B. (1988). *Poder, educación y conciencia. Sociología de la transmisión cultural*. Santiago de Chile: Cristian Cox, editor. CIDE.
- Bernstein, B. (1974). *Class, codes and control. Vol. I: Towards a Theory of Educational Transmission*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Bernstein, B. (1985). Clasificación y enmarcación del conocimiento educativo. *Revista Colombiana de Educación*(15), 47-74.
- Blanco, N. (1994). Los contenidos del currículum. En J. F. Angulo, & N. Blanco (Edits.), *Teoría y desarrollo del currículum* (págs. 233-261). Buenos Aires: Ediciones ALJIB.
- Blanco, N. (1994). Las intenciones educativas. En J. F. Angulo, & N. Blanco (Edits.), *Teoría y desarrollo del currículum* (págs. 205-231). Buenos Aires: Ediciones ALJIB.
- Borrel Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de post grado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Borsotti, C. (2009). *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas* (Segunda ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Camilloni, A. (1991). Alternativas para el régimen académico. *Revista IGLU, Octubre*(1), 25-32.
- Camilloni, A. (2001). Modalidades y proyectos de cambio curricular. En U. y. OPS/OMS (Ed.), *Aportes para un cambio curricular en Argentina* (págs. 23-52). Buenos Aires: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Camilloni, A. R. (1997). El papel del Estado en la Educación Superior: Autonomía, exámenes de orden, exámenes de Estado y atribuciones profesionales. Recife, Brasil: Universidad Católica de Pernambuco.
- Castañeida Godínez, M. C., Pérez Loredó, L., Pérez Cabrera, I., & Müggenburg Rodríguez Vigil, M. C. (2010). Formación Profesional de Enfermería durante la primera mitad del siglo XX en la UNAM. *Revista de Enfermería Universitaria*, 7(Especial), 25-33.

- Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín epidemiológico*, 10(4), 1-8.
- Chervo, M. A., Arzani, E. M., & Micozzi, T. I. (2009). Nursing in Argentina. En K. Lucas Breda, *Nursing and Globalization in the Americas. A Critical Perspective* (págs. 99-136). New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (15 de Octubre de 1970). Resolución N° 320 "L" 38. *Reglamento de exámenes parciales o finales en lo referente a ausencias*. Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (4 de Mayo de 1992). Resolución N° 568/92. *Modificación régimen de aprobación de las materias Profesionales*. Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (4 de Mayo de 1992). Resolución N°570/92. *Esquema tipo de equivalencias y correlatividades*. Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (14 de Marzo de 1994). Resolución N° 3537/94. *Modificación de la Aprobación del Trabajo de Investigación Descriptiva*. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (13 de Diciembre de 1971). Ordenanza N°71/72. *Reglamento para el ingreso a la carrera de Enfermería*. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (24 de Febrero de 1972). Resolución C. S. N°32/72. *Programa Analítico de Orientación de la carrera de Enfermería*. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (22 de Mayo de 1978). Resolución 107/78. *Plan de Estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (22 de Mayo de 1978). Resolución N°107/78. *Aprobación Plan de estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería*. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (5 de Marzo de 1991). Resolución C. S. N°022/91. *Programa a distancia para el segundo ciclo de Enfermería*. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (1992). *Aprobación plan de estudios de la Carrera Licenciatura en Enfermería*. Resol. N°201/92.
- Consejo Superior UNR. (22 de Mayo de 1978). Resolución N° 107/78. *Aprobación del Plan de Estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería*. Rosario.
- Contreras Domingo, J. (1990). *Enseñanza, currículum y Profesorado*. Madrid, España: Akal.
- Davini, M. C. (1998). *El currículum de Formación del Magisterio. Planes de estudio y programas de enseñanza* (Primera ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila editores.

- de Ameida Lopes Monteiro da Cruz, D. (2011). El año de los 70 años de la EEUSP. *Revista de la Escuela de Enfermería USP*, 45(5), 00-00 <http://dx.doi.org/101590/S0080-62342011000500001>.
- Díaz Barriga, Á. (1986). *Didáctica y Currículum* (Cuarta ed.). México: Ediciones Nuevomar.
- Díaz Barriga, Á. (1991). *Currículum y evaluación escolar* (Segunda ed.). Buenos Aires: Aique Grupo Editor S. A.
- Díaz Barriga, Á. (1994). Funciones, estructuras y elaboración de los programas. En *Docente y programa. Lo institucional y lo didáctico* (págs. 45-72). Buenos Aires: Rei Argentina- Instituto de Estudios y Acción Social y Aique Grupo Editor.
- Díaz Barriga, Á. (1996). *El currículo escolar. Surgimiento y perspectivas* (Tercera ed.). Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
- Díaz Barriga, A. (2008). Currículum. Tensiones conceptuales y Prácticas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 5(2), 1-13.
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. (22 de Agosto de 2011). *Tres Escuelas. Una historia*. Recuperado el 3 de Junio de 2013, de Escuela de Enfermería Universidad Nacional de Colombia: <http://enfeps.blogspot.com.ar/2011/08/tres-escuelas-una-historia-colombia.html>
- Espino Muñoz, S., Malvárez, S., Davini, M. C., & Heredia, A. M. (1995). *Desarrollo de Enfermería en Argentina (1985-1995)* (Publicación n° 42 ed.). Washington: OPS/OMS.
- Falco Peguerolas, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica*, 7(1), 42-56.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de la cultura* (Primera ed.). México: Gedisa.
- Gimeno Sacristán, J. (1998). *El currículum: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.
- Gómez Ocampo, V. M., & Tenti Fanfani, E. (1989). *Universidad y Profesiones. Crisis y Alternativas* (Primera ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- González Fernández, N., & Lobato Fraile, C. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. *Bordon*, 60(2), 91-105.
- Gonzalez Sanmamed, M. (1995). Hacia una conceptualización del aprendizaje y de la enseñanza. En M. González Sanmamed, *Formación Docente: perspectivas desde el desarrollo del conocimiento y la socialización profesional* (págs. 43-75). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Grundy, S. (1987). *Producto o praxis del currículum* (Primera ed.). Madrid: Ed. Morata.

- Guevara , E. B., & Mendias, E. (2001). La reforma del sector salud y sus implicancias para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. En Paltex (Ed.), *Serie Desarrollo de Recursos Humanos - N°27* (pág. 133). Washington: OPS/OMS.
- Irigibel-Uriz, X. (Abril-Septiembre de 2010). La racionalidad medicalizadora. contornos del pensamiento de la enfermería policíaca. *Index de Enfermería, 19*(2-3).
- Jackson, P. W. (1991). *La vida en las aulas* (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Kandel, V. (2010). Cuando la Universidad se enseña a sí misma. *Academia. Revista sobre Enseñanza del Derecho, 8*(16), 231-239.
- Kapelusz-Poppi, A. M. (Agosto de 2007). El proyecto de Salud Pública de los profesionistas de San Nicolás. *Revista Electrónica de la Facultad de Economía Vasco de Quiroga (FEVaQ, 5.*
- Kemmis, S. (1993). *El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción* (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Kornblit, A. L. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis* (Primera ed.). Buenos Aires: Biblos.
- Koselleck, R. (2001). *Los estratos del tiempo: estudios sobre la historia*. Barcelona: Paidós.
- Lib.32, R. N. (16 de Enero de 1964). Reglamento para la Escuela Universitaria de Enfermería. Rosario.
- Litwin, E. (2010, Volumen 3, Número 1e). La evaluación de la docencia: Plataforma, nuevas agendas y caminos alternativos. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa, 51-59.*
- Londoña Manchola, J. I. (2009). *Aportes de la Fundación Rockefeller en el desarrollo del concepto de Salud Pública en el mundo y la profesionalización de Enfermería en Colombia (1901-1952)*. Bogotá: Facultad de Enfermería- Universidad Nacional de Colombia.
- Maceira Ochoa, L. (2005). Investigación del currículum oculto en la Educación Superior: Alternativa para superar el sexismo en la escuela. . *Revista La Ventana.*(21), 187-227.
- Malagón Plata, L. A. (2008). El currículo: perspectivas para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería, XXVII*(2), 136-142.
- Martinez Martinez, A., Miranda Martínez, D., & Crespo Toledo, Y. (Nov- Dic de 2013). Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástegui Dupuy: paradigmas de la educación médica panamericana. *Revista de Ciencias Médicas, 00-00.*
- Medina Moya, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina Moya, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de Enfermería* (Primera ed.). Barcelona: Publicaciones iEdiciones. Universidad de Barcelona.

- Medina Moya, J. L., & do Prado, M. L. (2009). El currículum de enfermería como prototipo de TEJNÉ: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto y contexto de Enfermería*, 18(4), 617-26.
- Minayo, M. C. (2004). *El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en Salud* (Primera ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mirabal Patterson, A. (2008). Pedagogía crítica: Algunos componentes teórico metodológicos. En M. V. Moacir Godotti (Ed.), *Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía* (págs. 107-112). Buenos Aires: Clacso. Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Moreno, M. E. (2007). *Lineamientos para la enseñanza del componente disciplinar en Enfermería*. Bogotá: Universidad de la Sabana.
- Noriega, R. (1985). Tendencias y perspectivas de la Investigación sobre personal de salud de las Américas. *Educación Médica y Salud*, 19(1).
- Ojeda, M., & Veiravé, D. (2003). *El diseño curricular, una práctica docente. Concepciones epistemológicas, pedagógicas, didácticas y de los Factores Institucionales*. Resistencia: Universidad Nacional del Noreste (UNNE).
- Palencia, E. (2006). Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. *Investigación educativa en Enfermería*, 24(2), 130-134.
- Pedraza, Z. (2012). La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* (43), 94-107.
- Pedrés, R. (1971). *Breve reseña histórica*. Rosario: Escuela de Enfermería. UNR. .
- Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A., & Albeniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica de Enfermería en la Escuela Universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesores asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 121-134.
- Pérez Gómez, Á. (1987). El pensamiento del profesor. Vínculo entre la teoría y la práctica. *Revista de Educación*(284), 199-221.
- Pérez Gómez, Á. (1991). Cultura escolar y aprendizaje relevante. *Revista Educación y Sociedad*(8), 59-72.
- Pérez Gómez, Á. (1992). Comprender la enseñanza en la escuela. Modelos metodológicos de investigación educativa. En J. Gimeno Sacristán, & Á. Pérez Gómez (Edits.), *Comprender y transformar la enseñanza* (págs. 119-136). Madrid: Ed. Morata.
- Piera Orts, A. (1998). Análisis de la formación de las enfermeras. De los usos y métodos de investigación cualitativa. *Cultura de los cuidados*, II(3), 46-51.

- Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2010). La profesionalización de Enfermería en la Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio. Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 352-374.
- Rapoport, M. (2006). *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*. Buenos Aires: Ariel.
- Resolución Consejo Superior N° 374/81. (22 de Septiembre de 1981). Creación del Programa de Educación Continua en Enfermería. Rosario.
- Resolución N°1522 "M"- Libro 35. (18 de Agosto de 1967). Plan de Educación en Enfermería Universitaria por Ciclos. Rosario.
- Resolución N°43 (11) Serie "B" Libro 2. (23 de Septiembre de 1960). Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. *Reglamento de la Escuela de Enfermería Universitaria*. Rosario.
- Rodriguez Ocaña, E. (2000). La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 00-00.
- Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la Construcción de un sistema injusto. *La esquina del Sur (electrónica)*, 1-10.
- Sacchetti, L., & Rovere, M. (2011). *Surgimiento de la Enfermería moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género* (Primera ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Agora.
- Sacristán, J. G. (1998). *El Currículum: una reflexión sobre la práctica* (Séptima ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Sadovnik, A. R. (2001). Basil Bernstein (1924-2000). *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación comparada*, 687-703.
- Salinas, D. (1997). Currículum, racionalidad y discurso didáctico. En M. Poggi (Ed.), *Apuntes y aportes para la gestión curricular* (págs. 21-59). Buenos Aires: Kapeluz.
- Sanchez Prieto, J. M. (2012). Reinhart Koselleck: La interdisciplinariedad de la historia. *Memoria y Civilización*, 475-499.
- Sanchez Puñales, S. (2003). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo: Trilce.
- Santesteban, C. (1988). *Informe de los talleres del Programa de Educación Continua en Enfermería*. Rosario: Escuela de Enfermería- UNR.
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación* (Primera ed.). Buenos Aires: Ediciones Lumiere S. A.

- Sautu, R. (2007). *Práctica de la Investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas* (Primera ed.). Buenos Aires: Ediciones Lumiere S. A.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología* (Primera ed.). Buenos Aires: Clacso Libros.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos* (Primera ed.). Buenos Aires : Paidós.
- Schubert, W. (1986). *Curriculum: Perspective, paradigm and possibility*. Nueva York: Macmillan Publi.Comp.
- Schwab, J. (1989). Un enfoque práctico como lenguaje para el currículum. En J. Gimeno Sacristán, & A. Pérez Gómez (Edits.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (págs. 197-209). Madrid: Ediciones Akal S. A.
- Segura del Pozo, J. (2009). *Un lugar para la ciencia y la tecnología. Salud Pública y algo más*. Recuperado el 12 de Julio de 2013, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/07/23/122205
- Stenhouse, L. (1998). *La investigación como base de la enseñanza* (Tercera ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Taba, H. (1974). *Elaboración del curriculum* (Primera ed.). Buenos Aires: Troquel.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Primera en castellano ed.). Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.
- Terigi, F. (1999). *Curriculum. Itinerarios para aprehender un territorio* (Primera ed.). Buenos Aires: Santillana.
- Tovar, M. C., & Villegas, L. S. (2000). Opiniones de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Valle sobre los principios orientadores del nuevo curriculum de enfermería. Preferencia de los estudiantes. *Colombia Médica*, 31(1), 3.
- Unidad de Epidemiología. Programa de Personal de Salud. PALTEX. (1980). *Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades*. Washington D. C.: OPS/OMS.
- Valcárcel Novo, M., Quevedo, E., Malavassi, A. P., & Rodas Chávez, G. (26 de Abril de 2013). *Página oficial de OPS/OMS Ecuador*. Recuperado el 20 de Junio de 2013, de <http://www.paho.org/ecu>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (Primera ed.). Barcelona: Gedisa.
- Velandia Mora, A. L. (2008). Análisis de la periodización utilizada en Historia de la Enfermería. (U. d. Antioquia, Ed.) *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII(1), 36-48.

- Velandia Mora, A. L. (s.f.). La enfermería en Colombia. Análisis sociohistórico.
- Verderese, O. (1979). Análisis de la Enfermería en América Latina. *Educación Médica y Salud*, 13(4), 215-340.
- Vessuri, H. M. (Setiembre-Diciembre de 2001). Enfermería en Salud Pública, modernización y cooperación internacional. El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela 1936-1950. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VIII(3), 507-539.
- Wainerman, C. H., & Geldstein, R. N. (1990). *Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en la Argentina*. Buenos Aires: CENEP (Centro de Estudios de Población).
- Wainerman, C., & Sautu, R. (2001). *La Trastienda de la Investigación* (Tercera ed.). Buenos Aires: Lumiere.
- Zabalza, M. A. (2009). *Diseño y desarrollo curricular* (Décimo primera ed.). Madrid: Narcea, S. A. de Ediciones .
- Zaider Triviño, A., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XI(1), 17-24.