

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

INSERCIÓN LABORAL Y FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE TAMAULIPAS

Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud

CARLOS ALBERTO CARREÓN GUTIÉRREZ
Generación 2014 – 2018

Director: Dr. Francisco Javier Garrido Latorre
Asesora: Dra. Clara Juárez Ramírez

Cuernavaca, Mor., Febrero 2019

Contenido

Resumen	5
Introducción	7
Capítulo 1	11
Marco referencial y metodológico	11
Resumen del capítulo	11
Primera parte	12
Contextualización del RHE en México y Tamaulipas	
1. El recurso humano de enfermería en México. Desde la oferta hasta el empleo	12
1.1. La oferta educativa de enfermería en México	12
1.2. Inserción al mercado laboral del profesional de enfermería dentro del SS Mexicano	14
1.3. Funciones y actividades del RHE dentro del SS	18
2. La enfermería en Tamaulipas	21
Segunda parte	26
Marco conceptual	
1. La profesión y la enfermería	26
2. Género	29
2.1. Conceptualización y componentes de género	29
2.2. La diferencia de género en enfermería en inserción laboral y actividades laborales	33
Tercera parte	36
Procedimiento metodológico	
1. Pregunta de investigación y objetivos	36
2. Diseño y fases de la investigación	38
3. Fuentes de información	38
4. Muestra y selección de participantes	39
5. Procedimiento de recolección de datos	41
6. Análisis de la información	43
Conclusiones del capítulo	50
Capítulo 2	52
Productos académicos	
Resumen del capítulo	52
Primer artículo: Oferta educativa y disponibilidad de profesionales con licenciatura en enfermería en Tamaulipas, México. 2007-2016	53
Segundo artículo: La asignación de funciones y actividades del personal de enfermería: ¿por estereotipos de género o por capacidades técnicas?	68
Capítulo 3	87
Resultados cualitativos respecto al proceso de inserción de enfermeras y enfermeros en la Secretaría de Salud de Tamaulipas	
Resumen del capítulo	87
1. La inserción laboral de enfermeras y enfermeros en hospitales de Tamaulipas	88
2. Necesidades identificadas para la contratación de nuevo personal de enfermería	91
3. Plantilla del personal de enfermería y situación del código laboral	92
4. Proceso de selección	94
5. El contrato	109
6. Recomendaciones y sugerencias para mejorar el proceso de inserción laboral	111
7. Experiencias sobre el proceso de selección	112
Conclusiones del capítulo	115
Capítulo 4	117
Conclusiones	
1. Sobre la oferta educativa de la LE en Tamaulipas	117
2. Sobre la asignación de funciones y actividades del personal de enfermería	117

3. Sobre el proceso de inserción laboral del personal de enfermería	118
Bibliografía	120
ANEXO 1	127
La normatividad de las funciones del profesional de enfermería	
ANEXO 2	134
Investigaciones sobre el tema de género y el profesional de enfermería	
ANEXO 3	136
Operacionalización de las variables del cuestionario	
ANEXO 4	139
Métricas empleadas para el análisis de la oferta educativa y el recurso humano de enfermería con licenciatura	
ANEXO 5	141
Elementos considerados para el análisis de regresión <i>Jointpoint</i>	
ANEXO 6	142
Árboles de códigos	
ANEXO 7	145
Aprobación del proyecto por parte del CEI del INSP	
ANEXO 8	146
Aprobación del proyecto por parte del CEI de la Secretaría de Salud de Tamaulipas	

Resumen

El presente documento muestra los resultados y productos de investigación relacionados con el proyecto de investigación de tesis. El primero tuvo como objetivo el describir y analizar la oferta educativa de la licenciatura en enfermería del estado de Tamaulipas. El segundo producto de investigación tuvo como objetivo el de conocer la experiencia de profesionales de enfermería de ambos sexos y de los responsables de las instituciones hospitalarias, para identificar desde su perspectiva en qué medida el proceso de asignación de funciones y actividades dentro de las instalaciones médicas, está relacionado con estereotipos de género más que con su capacidad técnica.

Para conocer la oferta educativa de la licenciatura en enfermería en Tamaulipas, se revisaron las bases de datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) relacionados con el tema de las matrículas de los estudiantes, desde su selección hasta su titulación. También se revisó información relacionada a las escuelas de enfermería, relacionadas al tema de la acreditación, donde la información proporcionada por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) y la regulación a través del Registro de Validez Oficial (RVOE). El análisis se realizó dentro del periodo 2007-2016, Los resultados indican que Tamaulipas cuenta con 25 escuelas que ofertan la licenciatura de enfermería, la mayoría del sector privado. Sólo el sector público tiene escuelas acreditadas. El mayor volumen de matrícula de postulantes, nuevo ingreso, total y egreso se observa en el sector público. Hay un incremento en la participación de varones dentro de la carrera a lo largo del periodo 2007-2016. El análisis de tendencias muestra un incremento en el comportamiento de las matrículas.

Para desarrollar el segundo producto académico, se realizaron visitas a 7 hospitales del estado de Tamaulipas, los cuales están bajo la supervisión de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Durante las visitas realizadas en estas instituciones, se realizaron observaciones de campo, se aplicaron cuestionarios para poder describir al personal de enfermería que se encuentra laborando y sobre todo, se exploraron las experiencias vividas del personal de enfermería a través de entrevistas, enfocándome en el tema de las funciones y actividades que realizan dentro de su centro de trabajo, lo anterior para diferenciar las experiencias entre hombres y mujeres. También se tomaron en cuenta las opiniones y experiencias de los directores del hospital y de los encargados de la dirección de recursos humanos de cada institución hospitalaria. Los hallazgos reportados permiten conocer la manera en que algunos *estereotipos* y *roles de género* influyen en la

designación de funciones y actividades del personal de enfermería, como el '*rol materno*' en las enfermeras o la '*fuera*' en los enfermeros, que son tomados en cuenta en la distribución de actividades dentro del hospital. El análisis del *género* a partir de los componentes propuestos por Maquieira, facilita la comprensión del tema a analizar, sobre todo aquellos que tienen que ver con aspectos relacionados con el campo laboral. Sin embargo, solo se hablará de dos de los componentes que muestran una relación estrecha entre sí: las *atribuciones/estereotipos* y la *división del trabajo por sexo*.

Finalmente, se muestran los resultados relacionados con la descripción y comparación del proceso de inserción laboral en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, desde la perspectiva de las enfermeras y los enfermeros.

Palabras clave: *Recursos Humanos en Enfermería, Oferta Educativa, Funciones y Actividades, Estereotipos de género, División Sexual del Trabajo.*

Introducción

La presente investigación tiene como propósito describir y comparar las experiencias vividas del personal de enfermería durante el proceso de inserción laboral y las funciones y actividades que realiza considerando las diferencias por sexo. Para ello, es importante conocer los aspectos relacionados con la formación, la inserción laboral (desde la selección hasta la contratación) y las actividades que realiza el profesional de enfermería dentro de su centro de trabajo. Es importante señalar que uno de los ejes de análisis de esta investigación fue conocer si en ese proceso de contratación y desarrollo de actividades había diferencias por género. Esto me permitió identificar características que muchas veces no son visibles para los usuarios e inclusive para los mismos trabajadores del sector salud. La decisión de estudiar la inserción laboral y las funciones del personal de enfermería bajo una perspectiva de género, por lo cual entiendo aproximarme a la realidad que vive cada sexo en este proceso, partió de la idea de que tanto hombres como mujeres experimentan diferencias en su vida profesional, de acuerdo a su género.

Mi interés por el tema de recursos humanos en enfermería (RHE) surgió cuando trabajé del 2009 al 2014 como docente en una institución de educación superior de enfermería. Durante esta etapa se presentaron ciertas situaciones que llamaron mi atención, lo cual va desde la formación hasta la actividad laboral que realizan los profesionales de enfermería. Lo primero fue el número de hombres que cursaban la carrera de enfermería, el cual era reducido. Sin embargo, conforme pasaban los ciclos académicos, la participación incrementaba de manera lenta y gradual. Si bien la enfermería es una profesión donde históricamente las mujeres predominan, la participación del hombre se hacía presente gradualmente. Esto me hizo interesarme en cómo ha evolucionado la dinámica de las matrículas de la licenciatura en enfermería en un periodo determinado, sobre todo si se realiza una diferenciación por sexos.

El segundo aspecto se relacionaba con la manera en la cual conseguían un trabajo los egresados de enfermería. Debido a que no formo parte del gremio de profesionales de enfermería, la única idea que tenía en mente era que ese proceso era presentar una solicitud de trabajo al hospital y esperar a que llamaran a la persona para empezar a trabajar. Sin embargo, comentarios realizados por parte de algunos egresados y titulados de enfermería indicaban que el proceso era realmente complejo y que inclusive muchas veces se desconocía la manera en la cual ocurría el proceso de selección y de contratación. En este punto, me surgieron algunas dudas con respecto al tema de la inserción laboral, tales como: ¿cómo es el proceso de inserción laboral en un hospital?, ¿es

diferente el proceso para hombres y mujeres en el área de enfermería?, ¿cuáles fueron las experiencias que tuvieron tanto las enfermeras como los enfermeros que se encuentran trabajando con respecto al proceso de inserción laboral? Es a partir de este punto en donde me surgió el interés de conocer las experiencias del profesional de enfermería bajo una perspectiva de género.

Otro aspecto importante de la enfermería tiene que ver con la actividad que realiza el profesional de enfermería en las instituciones de salud. Como usuarios de los servicios de salud, solo conocemos algunas prácticas o actividades que realiza el personal de enfermería de un hospital, sin embargo, como docente en una escuela formadora de profesionales de enfermería, reconozco que son muy diversas las actividades que realizan en prácticas profesionales y de servicio social. Es importante señalar que en ningún momento observé que la formación en esa escuela fuera diferenciada para hombres y mujeres, al contrario, la formación era “pareja” para todos los y las alumnos/as de enfermería.

Por otro lado, tanto la literatura de enfermería como las normas y reglamentos vigentes establecen qué actividades y funciones debe realizar el personal de enfermería, sin embargo, la realidad es que se desconoce lo que realmente lleva a cabo en su trabajo, incluida la influencia del sexo del profesional en la designación de sus funciones. En este punto me surgieron más dudas relacionadas con el tema de la actividad laboral del personal de enfermería: ¿cuáles son las funciones y actividades que realmente realiza el profesional de enfermería?, ¿de qué manera se organiza el personal de enfermería para el desarrollo de sus actividades dentro de la institución hospitalaria?, ¿qué semejanzas o diferencias existen en las actividades que realiza el personal de enfermería en función al género?

Estas dudas y preguntas que surgieron a lo largo del periodo que trabajé en la escuela de enfermería como docente, sirvieron como pauta para proponer la presente investigación de tesis doctoral en la Escuela de Salud Pública de México. Al principio de mis estudios de doctorado, me sugirieron que realizara el estudio en el estado de Morelos o inclusive en la Ciudad de México, sin embargo mi postura siempre fue el de realizar el proyecto en Tamaulipas^a, ya que mi interés era el de brindar este conocimiento e información en mi lugar de origen. Por otro lado, tomé en cuenta la

^a El nombre oficial de la entidad es “Estado Libre y Soberano de Tamaulipas”, pero para fines prácticos y de uso común, nos referiremos a la entidad como “Tamaulipas”.

sugerencia de realizarlo en una sola parte del sistema de salud de Tamaulipas, por lo que el proyecto se delimitó sólo en instituciones hospitalarias de la Secretaría de Salud de Tamaulipas^b.

Con lo anterior, el presente documento muestra a continuación los resultados obtenidos y el análisis realizado a lo largo de la investigación. La información está organizada de la siguiente manera:

El primer capítulo, marco referencial y metodológico, se encuentra organizado en tres secciones, las cuales hablan del contexto, los conceptos y la manera en la cual se realizó la investigación. La primera sección, la de contexto, describe de manera general el tema de los recursos humanos de enfermería en México, pero enfatiza el caso Tamaulipas. Muestra los elementos relacionados con la oferta educativa, la inserción laboral y las funciones y actividades del personal de enfermería. La segunda sección, el marco conceptual, habla del tema de la profesión, tomando como referente los trabajos de autores como Freidson y Hughes; y el tema de género, enfatizando dos de sus componentes: los estereotipos y la división sexual del trabajo. Además, muestra un acercamiento del tema de género dentro del campo de la enfermería, realizando una breve discusión sobre este aspecto. Esta sección finaliza con la propuesta de un modelo que engloba los elementos mencionados en el marco conceptual. Finalmente, en la tercera sección, el problema y la metodología, muestra la pregunta, los objetivos de la investigación y la estrategia metodológica empleada, indicando el tipo de diseño, las fuentes empleadas, una descripción de los informantes que participaron y los procedimientos empleados tanto para la parte cuantitativa como para la parte cualitativa del trabajo.

El segundo capítulo, productos académicos, muestra dos documentos en formato de artículo científico, siguiendo formatos de revistas especializadas. El primer artículo: *Oferta educativa y disponibilidad de profesionales con licenciatura en enfermería en Tamaulipas, México*, muestra los resultados cuantitativos enfocado al análisis la oferta educativa de la licenciatura en enfermería en el estado de Tamaulipas, mostrando la dinámica de las matrículas durante el periodo 2007-2016, así como una descripción general de las escuelas que ofertan la licenciatura en enfermería en el estado. Es importante señalar que el análisis diferenciado por sexo solo permite tener una aproximación al tema de género. El segundo artículo: *La asignación de funciones y actividades del personal de enfermería: ¿por estereotipos de género o por capacidades técnicas?*, muestra los

^b El nombre oficial de acuerdo a la Ley de Salud de Tamaulipas es “Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas”. Por uso común, nos referiremos a ella como “Secretaría de Salud de Tamaulipas”

resultados relacionados con la asignación de funciones y actividades en el personal de enfermería, y su relación con los estereotipos y la división del trabajo por sexo. Se tomó en cuenta la opinión de jefaturas de recursos humanos y de la dirección sobre las actividades que el personal de enfermería realiza, con la finalidad de encontrar diferencias y semejanzas entre lo que hace una enfermera y un enfermero.

Los resultados cualitativos enfocados en el proceso de inserción laboral se presentan en el tercer capítulo. Aquí se pueden leer algunas de las experiencias que enfermeras y enfermeros vivieron al momento de ingresar a trabajar en el hospital, desde la selección hasta la contratación. La información se complementa con los discursos de otros informantes como lo son los jefes de recursos humanos y la dirección del hospital, con relación al proceso de selección y contratación del personal. Los resultados identifican las diferentes rutas que toma el personal de enfermería para ingresar a trabajar en el hospital, y algunas de las tendencias de los empleadores al momento de la realización de la contratación, problemáticas o dificultades a las que se enfrentan los profesionales de enfermería durante la selección y la contratación.

Finalmente, las conclusiones del trabajo de investigación: oferta educativa, la situación, las experiencias de los profesionales en relación al proceso de inserción laboral, las funciones y actividades que realiza dentro de su centro de trabajo.

Capítulo 1

Marco referencial y metodológico

Resumen del capítulo

Los objetivos del presente capítulo son: mostrar el contexto del recurso humano de enfermería (en adelante RHE) en México, enfatizando el caso de Tamaulipas, lugar en donde se realizó el trabajo de campo; comentar el marco conceptual empleado, tomando los elementos de Freidson y Hughes sobre la profesión, el tema de género, sus componentes y aproximación al tema del RHE; y finalmente indicar el problema de investigación y la metodología empleada en la presente investigación.

En la primera sección hablo sobre el contexto del personal de enfermería en México y Tamaulipas dentro del sistema de salud (SS). Estudiar al RHE, quienes son parte de los recursos humanos para la salud (en adelante RHS), implica revisar la oferta educativa, la inserción al mercado laboral y las actividades que desempeña dentro de su trabajo. Su estudio implica grandes retos, sobre todo por la dinámica demográfica que presenta por sexos.

En la segunda sección hablo sobre el tema de la profesión, retomando los elementos mencionados por Freidson y Hughes, quienes explican sus puntos de vista sobre la enfermería como profesión. Al observarse la incursión del hombre dentro de la enfermería, es necesario hablar de una perspectiva de género, revisando los componentes que Maquieira propone, de los cuales sólo trabajé con los ‘estereotipos’ y la ‘división sexual del trabajo’. Finalizo con una propuesta que trata de explicar la influencia de los componentes de género desde la formación, la inserción y las funciones del RHE, así como uno de los tantos caminos que existen para que el titulado de enfermería ingrese al mercado laboral en instituciones de salud del sector público.

La propuesta metodológica que utilicé para realizar esta investigación conforma la última sección del presente capítulo, donde abordé la pregunta de investigación, los objetivos, el diseño, las fuentes de información, la muestra considerada, el procedimiento de recolección de información, el procedimiento analítico realizado, el marco legal y las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación.

Primera parte

Contextualización del RHE en México y Tamaulipas

1. El recurso humano de enfermería en México. Desde la oferta hasta el empleo

1.1. La oferta educativa de enfermería en México

En el SS Mexicano, el personal de enfermería se organiza por grupos de acuerdo al nivel de formación^c: auxiliar, técnico y nivel licenciatura; por lo tanto, el hablar de la oferta educativa de enfermería en México es tema obligado. Para conocer la oferta educativa, es necesario describir las características de las instituciones formadoras (tipo de institución, regularización y acreditación), así como de la dinámica de las matrículas de estudiantes (nuevo ingreso, total, egreso y titulación) (1,2).

En México, la Secretaría de Salud (SSa) reportó en 2004 la existencia de 480 escuelas de formación técnica y 64 de formación de licenciatura relacionadas con el área de enfermería (3), en el caso de la licenciatura, no especifican si son licenciatura en enfermería (en adelante LE) o licenciatura en enfermería y obstetricia (en adelante LEO). Para el 2012, la misma SSa informó que existían 588 escuelas de formación técnica y 135 escuelas de formación de licenciatura (4). El incremento de las escuelas de licenciatura fue de 2.07 veces, mientras que las de nivel técnico se incrementó en el mismo periodo 1.22 veces. Esto solamente muestra que existe un crecimiento importante de escuelas de enfermería, cuya principal explicación es la participación de las instituciones educativas del sector privado (3,5).

En el tema de regulación de escuelas de enfermería en México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la SSa (4) establecen estándares de calidad, los cuales determinan la apertura o clausura de una institución formadora. La revisión del cumplimiento de estos estándares es a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) (6) quien emite una constancia de validez técnica. Mientras que las instituciones educativas públicas reciben el aval de la SEP, las instituciones del sector privado deben tener el Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE) (7), previa aprobación del CIFRHS para desempeñar su actividad educativa.

^c En enfermería, no existe un consenso adecuado para diferenciar a una enfermera auxiliar y a una enfermera técnica. Para algunas regiones, el personal de enfermería auxiliar es aquel que posee un nivel de formación técnica, mientras que para otras regiones, como en México, los auxiliares de enfermería son aquellos que poseen una formación truncada de la carrera de enfermería técnica. El nivel de licenciatura en enfermería corresponde a una formación universitaria.

La acreditación de los programas académicos de licenciatura en enfermería es realizada por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE)^d, reconocido como organismo acreditador por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) (8). COMACE reporta que solo hay 50 programas de licenciatura acreditados, siendo solo uno de carácter privado (8). La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) solo reconoce a ocho instituciones como de alto rendimiento (9)^e y los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) acreditaron 60 programas de enfermería en el país (10)^f.

Por otra parte, la dinámica de la matrícula de licenciatura reportada indica un crecimiento constante en cuanto a volumen de estudiantes. De 1990 al 2001 se cuadruplicó su volumen (11), mientras que en el periodo de 2001 al 2013 se quintuplicó (12). Una explicación es la alta demanda de la carrera de enfermería, reflejada en los procesos de selección en cada institución educativa, donde se rebasa el número de espacios disponibles (13)^g.

Llama la atención la relación hombre/mujer en los años de 1990, 2001 y 2013. De acuerdo a los datos disponibles, la razón hombre/mujer era de 1:10 (11) en 1990, de 2:10 (11) en 2001 y 4:10 (12) en 2013, mostrando un incremento gradual de hombres en la licenciatura en enfermería. Los motivos sobre el incremento de hombres en los programas de enfermería no son del todo claros, ya que se relacionan con la vocación, el servicio y la superación profesional (14), el prestigio de la profesión, estudiar otra carrera (habitualmente medicina) (15), o para tener un trabajo bien remunerado (16).

Los datos sobre el volumen de la matrícula de estudiantes y el número de escuelas de licenciatura en enfermería hacen pensar que se tendrá RHE calificado para la atención de la sociedad dentro del SS Mexicano. Sin embargo, también demuestra que existe un crecimiento desorganizado en cuanto a formación de profesionales (5), reflejando un problema de regulación en la apertura de nuevas escuelas de enfermería. También es importante considerar que el mercado laboral en salud tiene un comportamiento anómalo y restringido, ya que no capta el volumen necesario del RHE para cubrir las necesidades de la población. Por lo tanto, la falta de regulación

^d El instrumento empleado se denomina SNAE-2013^{Fuente especificada no válida}. Esta herramienta de evaluación contempla los apartados de Plan de Estudios, Formación Integral, Vinculación-Extensión e Investigación, elementos que sirven para identificar si los programas están orientados a las necesidades de la sociedad.

^e El CPE usa los criterios del Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior A.C. (CENEVAL), reconociendo a los programas académicos en Baja California, Campeche, Chihuahua, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Yucatán.

^f Sus procesos de acreditación se basan en los criterios de programas de buena calidad de la SEP (10).

^g Por ejemplo, 2000 aspirantes para 120 lugares disponibles en la ENEO-UNAM, o 550 aspirantes para 120 lugares disponibles en la Facultad de Enfermería Victoria – Universidad Autónoma de Tamaulipas (FEV-UAT).

de escuelas de enfermería (3,4,5), el incremento gradual de la matrícula de estudiantes (11,12,13) así como el comportamiento restringido del mercado laboral de salud se refleja en un desequilibrio entre la oferta y la demanda del RHE (17), cuyo punto de interacción son procesos de inserción al mercado laboral (17,18).

1.2. Inserción al mercado laboral del profesional de enfermería dentro del SS Mexicano

Para comprender el papel del RHE dentro del SS, es necesario hablar de la inserción laboral y de los elementos que influyen en este proceso. La inserción laboral se encuentra delimitada por la oferta y empleabilidad según la oportunidad, la concurrencia y la competencia (19), así como las propias características del mercado laboral, la profesión e intermediación de las instituciones formadoras (20). En palabras de autores como Hughes (18), este es un proceso “feroz”^h que debe ser estudiado dentro de un espacio delimitado caracterizado por el contexto de la profesión a estudiar. La inserción laboral, caracterizada por la selección y contratación del recurso humano, es descrito como un proceso difícil por parte de los titulados, debido a que no se cumplen las expectativas de obtener un trabajo de forma automática y segura una vez que se ha graduado (21).

Para el caso de los SS, este proceso se encuentra ampliamente influenciado por las interacciones que tiene el bloque de los recursos humanos con los demás elementos del SS, así como del contexto bajo el cual están inmersos (22). Debido a estas interacciones, McPake y cols., proponen un modelo denominado “*dinámica del mercado de trabajo en recursos humanos para la salud*” (17). Este modelo (Figura 1) posee dos líneas importantes en el mercado de los RHS. En primer lugar están las necesidades de salud, las cuales demandan recursos humanos capacitados para la atención de dichas necesidades, mientras que la segunda línea es la de formación de profesionales, quien oferta los recursos humanos necesarios con las habilidades y competencias requeridas según su profesión (17). Si no existe un equilibrio entre la oferta del recurso humano y la demanda en salud, entonces se corre el riesgo de un excedente de profesionistas desempleados o bien, una sobrecarga laboral en los profesionistas contratados para áreas de atención específica; lo cual repercute tanto en el desempeño de los profesionales como del propio SS.

^h Hughes (18) se refiere por “feroz” a la gran competitividad que se da entre los aspirantes para obtener una plaza laboral.



Figura 1. Modelo para el análisis de la dinámica del mercado laboral de los trabajadores de la salud. Adaptado de (17)

En el campo de la enfermería, son pocas las investigaciones que hablan de este proceso, no obstante mencionan que las dificultades para emplearse se relacionan con factores individuales como la falta de experiencia, la competencia y la inseguridad con respecto a lo aprendido en su formación. También están los factores estructurales como el tipo de salario, los procedimientos administrativos y las vacantes existentes para trabajar (ya sea la falta o la ubicación geográfica) (23,24).

El proceso de inserción laboral también es influido por el tipo de institución que emplea a los profesionales de enfermería. Otro autor, Ramírez (23), sugiere que muchos de los egresados de la licenciatura en enfermería en México tienen problemas para ingresar al campo laboral, ya sea en una institución pública o privada de salud debido a la falta de experiencia laboral (23). Por tal motivo, los egresados de enfermería aceptan las ofertas laborales que están por debajo de su formación profesional, o bien se vinculan a empleos que no están relacionados con su formación (25).

Otro elemento que influye en el proceso de inserción del profesional de enfermería dentro del SS tiene que ver con los códigos laborales. Rubio (13) señaló que en 1990 iniciaron las reestructuraciones de los perfiles laborales de las instituciones de servicios de salud, incorporando el requisito de licenciatura en enfermería en el sistema jerárquico de la profesión. El retiro de la

enfermería de la lista de salarios mínimosⁱ, implicó su reconocimiento como profesión por parte de la Secretaría de Salud (26) a través de los códigos C y D, que son exclusivamente para enfermeras con licenciatura (13,26).

Sin embargo, a finales del 2014 se presentó un problema relacionado con los códigos C y D (27,28), debido a que existía la pretensión y/o aceptación de limitar la profesionalización del personal de enfermería y no reconocer los grados académicos de licenciatura y posgrado (27), repercutiendo directamente en el salario (28). Martínez y Leal (29) describen de manera simple la evolución del movimiento de enfermeras del 2014^j, donde a parte del problema de la profesionalización del personal de enfermería, se incluía la inoperatividad del sistema de escalafón, el cual consideraban que fue “saboteado” por su sindicato.

Los estudios sobre el RHE en México hablan sobre la exclusión^k del personal dentro del SS (30,11), o muestran una descripción generalizada del RHE (1,3). Un reporte del 2008 indica que existe una exclusión de 368 por cada 1000 titulados de licenciatura, mostrando valores elevados en mujeres en comparación con los hombres (3). Por otro lado, muchas veces el análisis del RHE se enfoca en la relación enfermeras/pacientes y enfermeras/médicos (31,32,33). Para su cálculo, se emplea la información de la SSa y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), la cuales

ⁱ El 6 de enero del 2005, se anunció en voz del Presidente de la República Vicente Fox y de su Secretario de Salud, Julio Frenk; que se retiraba la enfermería de la lista de oficios, repercutiendo directamente en la imagen de la enfermería como una profesión. Este hecho se logró gracias a las iniciativas del Comité Técnico de Enfermería de la Dirección General de Profesiones, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, la FEMAFEE y la Comisión Interinstitucional de Enfermería. Para mayor comprensión del proceso y los actores participantes, se puede revisar la fuente (26).

^j El movimiento de enfermeras mexicanas en 2014 no solo mostraba la inconformidad de los procesos de profesionalización y de escalafón, sino que también planteó la problemática de la falta de personal de enfermería, la escasez de material y las tareas que se le asignan dentro de los diferentes niveles de atención. También señalaron que no existe un censo confiable del personal que se encuentra trabajando y la manera en la cual se encuentra distribuido. El movimiento presentó muchas dificultades, sobre todo al querer entablar diálogo con la Secretaría de Salud presidida por Mercedes Juan. Entre los problemas a los que se tuvo que enfrentar el gremio de enfermería durante este movimiento se tiene: la negativa de la participación de la Secretaria de Salud, el re-lanzamiento de la convocatoria de profesionalización sin tomar en cuenta los elementos del pliego petitorio del gremio, amenazas al gremio de enfermería del IMSS y del ISSSTE para evitar su participación en el conflicto y el intento de sabotaje de las mesas de diálogo a través de trabas políticas y legales, así como la creación de una asociación de enfermería apócrifa *ad-hoc* a la SSa. Finalmente, el 16 de mayo del 2016, el movimiento culmina con la formación de la Asamblea Nacional de Enfermeras y Enfermeros de México (ANEM), organismo que actualmente trata de mostrar los problemas a los que se enfrenta el gremio de enfermería dentro del SS, así como la discusión sobre el posible colapso del SS en México, la defensa del sistema público de atención en salud y la defensa de la seguridad social. Para mayor información, se sugiere revisar la información del artículo de Martínez y Leal (29), así como las fuentes empleadas por estos autores en su publicación.

^k Las fuentes consultadas reportan los resultados con el término de “desperdicio laboral” (3), sin embargo considero que es mejor referirse con el término de “exclusión laboral”. Tanto el concepto de “desperdicio laboral” como el de “exclusión laboral” se refieren al hecho de que las personas que egresan de una profesión no son empleadas en aquello para lo que fueron formadas profesionalmente. Sin embargo, para poder diferenciar un término del otro, se considera “desperdicio” el no uso de todas las capacidades, habilidades y destrezas de un profesional con respecto a su formación, mientras que el término de “exclusión” hará referencia a la no elección de un profesional durante los procesos de selección y contratación, por motivos relacionados con características del propio profesional como sexo, nivel académico, habilidades, etc. El término “exclusión laboral” permite el análisis diferenciado entre sexo, nivel de educación, edad y entorno territorial, así como un acercamiento al conocimiento y/o entendimiento de las posibles desigualdades que se puedan presentar en los RHS desde un punto de vista más social (149).

son insuficientes para caracterizar al RHE, o bien, presentaban restricciones en el acceso a la información (33). Actualmente se cuenta con una plataforma en la cual se pueden revisar diversos elementos y características del RHE en México, denominado Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), el cual permite analizar la situación de este recurso de manera desagregada, inclusive a nivel estado.

En cuanto a la disponibilidad del RHE, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recomienda una tasa de 9.1 por cada mil habitantes (34), mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 5 por cada mil (35). México reporta en 2015 dos valores: de 3.9 por cada 1,000 habitantes (Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI)) (35) y de 2.7 por cada 1,000 habitantes (SSa) (36) (37). Es importante aclarar que índice reportado por INEGI considera los valores de la ENOE, mientras que la SSa emplea la información del SIARHE. En ambos casos, México no cumple con las recomendaciones de OCDE (34) ni de OPS (35), por lo que el SS debe incrementar su RHE (38).

Por otra parte, es interesante ver las características del RHE dentro del SS Mexicano. De acuerdo a la información consultada en el SIARHE, en 2017 el sector público de salud contaba con un volumen de 293,424 trabajadores, de los cuales 13.84% son varones y el 86.15% mujeres (39). En cuanto a su distribución por nivel académico (40) (Figura 2) aproximadamente una tercera parte tiene el grado de licenciatura, mientras que el resto son auxiliares y técnicos (40). Esta tendencia de distribución no es nada nuevo, ya que la Organización Panamericana de la Salud (41) reportó que en la mayor parte de América Latina existe una distribución del 70/30 entre auxiliares y profesionales. Por tal motivo, se ha hecho una sugerencia de revertir esta distribución en los próximos años, con la finalidad de lograr mejor calidad, mayor seguridad y menor riesgo en los servicios de atención para la salud (41).

Finalmente, con respecto a la distribución del RHE por nivel de atención, en 2009 aproximadamente el 77% se concentraba en el segundo y tercer niveles de atención (42), mientras que en 2017 esta cifra se redujo a 73.46% (43). Para el caso del sector privado de salud, no se tiene información en cuanto a la distribución del personal de enfermería por sexo ni por nivel académico. No obstante, se tiene el conocimiento de que mientras los profesionales con licenciatura suelen ser absorbidos por el sector público, el sector privado opta por contratar a personal de enfermería con nivel técnico, debido a que se les paga menos (44).

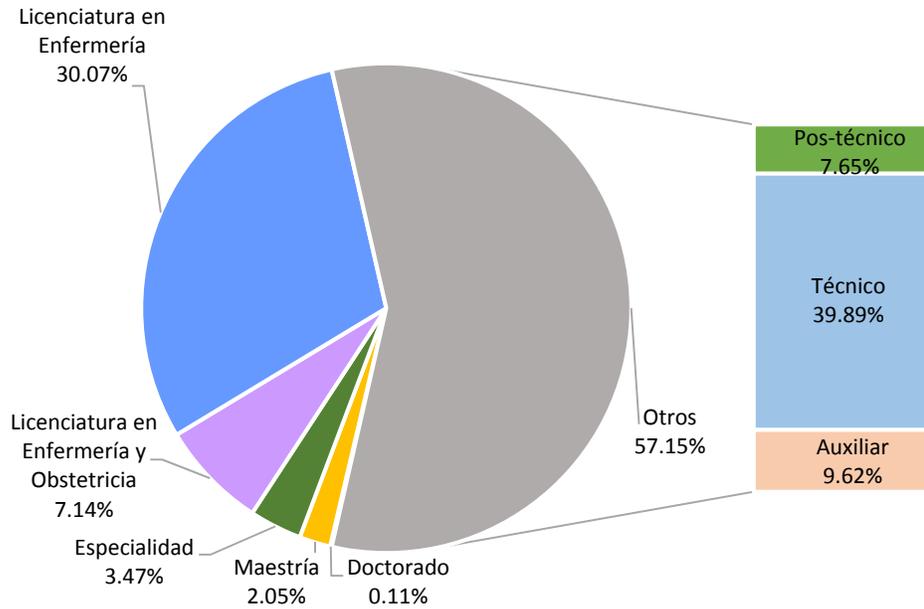


Figura 2. Distribución del profesional de enfermería que labora en instituciones hospitalarias públicas según su formación académica al 2017¹. Para este gráfico no se tomaron en cuenta a los profesionales que laboran en la SEDENA y SEMAR, ya que la información está catalogada como de seguridad nacional. Fuente: (40).

1.3. Funciones y actividades del RHE dentro del SS

En la literatura sobre enfermería, es común encontrar el término “roles de enfermería”. Sin embargo lo correcto es hablar de las funciones de la enfermería, existiendo opiniones diversas sobre cuáles son éstas. Por ejemplo, desde el punto de vista de la profesión, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) establece cuatro funciones esenciales: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y la mitigación del sufrimiento (45). Para Leddy, las funciones de la enfermería están relacionadas con las actividades asistenciales, administrativa, educativa y de investigación (46), mientras que Zabalegui establece que las funciones del profesional de enfermería recaen en el cuidado, la competencia, servicios de información y asistencia jurídica; y de conexión (45). Por otra parte, Kozier y Erb, basándose en lo establecido en la Asociación Americana de Enfermería (ANA, por sus siglas en inglés) establecen que las funciones de la enfermería son las de cuidador(a), comunicador(a), profesor(a), defensor(a) del paciente, asesor(a), líder, agente de cambio, gestor(a), gestor(a) de casos, consumidor(a) de investigación y de especialización (47).

¹ Cabe señalar que los datos empleados para este gráfico, están actualizados al 28 de Enero del 2018.

En México, las actividades que realiza el personal de enfermería se han incrementado y con ello la responsabilidad de su trabajo se relaciona con el tiempo de intervención y el nivel de formación (48). Las funciones del profesional de enfermería en México están determinadas de manera general en los *Perfiles de Enfermería* y en la *Norma Oficial Mexicana para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud* (NOM-019-SSA3-2013).

Para ejercer profesionalmente la enfermería, se debe de cubrir características y cualidades basadas en conocimientos, habilidades, aptitudes y valores para asumir dicha responsabilidad, los cuales son denominados perfiles (49). Para enfermería, el perfil académico-profesional es la “*conjunción del nivel de dominio disciplinar, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería*” (49). Con ello, se establecen cinco niveles de perfiles académicos–profesionales de enfermería, donde los tres primeros (auxiliar, técnica y técnica especializada) son para una formación técnica, y los últimos niveles (general y especialista) se asocian a una formación de licenciatura o superior (cuadro I).

Cuadro I. Relación del nivel académico y la ubicación laboral del personal de enfermería en México.

Nivel	Denominación	Descripción	Nivel académico	Ubicación laboral
I	<i>Enfermera no profesional</i>	Formación académica incompleta	Mínimo 2 semestres de la carrera	<i>Auxiliar de Enfermería</i>
II	<i>Enfermera Técnica</i>	Realiza intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario.	Tres años de estudios en Enfermería a nivel técnico.	<i>Enfermera Técnica</i>
III	<i>Enfermera Técnica Especializada</i>	Posee una formación en una especialidad médica – quirúrgica	Valor del nivel anterior más un año de estudios pos-técnicos en un área de especialidad.	<i>Enfermera Técnica Especializada</i>
IV	<i>Enfermera General</i>	Aplica el pensamiento crítico y los conocimiento técnico-científicos y humanísticos.	Cuatro años de formación académica como Licenciado en Enfermería	<i>Enfermera General</i>
V	<i>Enfermera Especialista</i>	Licenciado en Enfermería con estudios de especialidad	Licenciatura en Enfermería y de uno a dos años de especialidad.	<i>Enfermera Especialista</i>

Adaptado de Secretaría de Salud. *Perfiles de enfermería*. 2005: (49).

Por otro lado, la NOM-019-SSA3-2013 establece *las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica* (50). En la sección 5 de la norma se establecen los criterios que se toman en cuenta para que el profesional de enfermería ejerza laboralmente, dentro de los cuales destacan el nivel académico (50). Llama la atención lo mencionado en la sección 5.7.3, que indica que no debe emplearse al profesional de enfermería fuera de sus competencias y capacidades, salvo en circunstancias que lo ameriten como urgencias médicas (50).

Tomando en cuenta el nivel académico, se delimitan las actividades que realiza el profesional de enfermería en la sección 6 (50). Las actividades del licenciado en enfermería son independientes, producto de la aplicación del proceso de atención en enfermería tanto en el ambiente hospitalario como en el comunitario (sección 6.4) (50). Puede desarrollar actividades derivadas de las acciones terapéuticas así como brindar cuidados de mediana complejidad^m. Además colabora en la formación de RHS y puede realizar investigaciones de carácter operativo, considerando que su función sustantiva es asistencial y las adjetivasⁿ son la docente, de administración y de colaboración en proyectos de investigación (50).

En este punto es importante resaltar que las normas y reglamentos no establecen una diferenciación para el desarrollo de las actividades de manera diferenciada para enfermeras y enfermeros, pero sí por código laboral. El profesiograma (51) es un documento que existe dentro de las instituciones del sector salud en donde determinan las actividades y funciones que debe desempeñar el personal de salud, incluyendo al personal de enfermería. Existen otras normas que hablan sobre la actividad del profesional de enfermería, las cuales no son explicadas en esta parte del trabajo, sin embargo, en el Anexo 1 se muestra una revisión más amplia de normas propuestas por el CPE, así como de otros documentos del marco legal mexicano que hablan de las funciones del profesional de enfermería.

^m De acuerdo a la NOM-019-SSA3-2013, se define como cuidados de mediana complejidad a los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad (50).

ⁿ El término es empleado para indicar que, si bien las actividades mencionadas son importantes, pasan a un segundo plano. Es decir, son secundarias a la función básica de la enfermería.

2. *La enfermería en Tamaulipas*

Tamaulipas es uno de los estados que conforman la frontera norte de la República Mexicana, el cual en los últimos años presenta una dinámica interesante en cuanto a la formación de profesionales de enfermería con nivel licenciatura. Es una entidad que se caracteriza por tener un número importante de escuelas de enfermería y por el volumen de matrícula que maneja año con año. Sin embargo, no encontré reportes o investigaciones que hablen al respecto, mucho menos de la dinámica de la matrícula diferenciada por sexos.

En el estado solo hay información sobre el volumen de la matrícula total durante el periodo de 1996–2012 (52). No hay información sobre los programas e instituciones educativas que ofertan la licenciatura en enfermería en el estado. Para poder contextualizar el aspecto de la oferta educativa en Tamaulipas revisé las siguientes fuentes: base de datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), la Dirección General de Profesiones (DGP) y la Secretaría de Educación Media Superior y Superior de Tamaulipas (SEMSyST).

De acuerdo a la información consultada, en los últimos años Tamaulipas ha mantenido una importante participación en la formación RHE con licenciatura. Durante el periodo 2001–2010, y con base a la información estadística de la ANUIES, se encontraba dentro de los primeros 10 estados de la República Mexicana en cuanto a matrículas se refiere, siendo un estado atractivo para estudiar esta carrera. Por ejemplo, en 2010 ocupó el 7° en matrícula de nuevo ingreso, 3° lugar en matrícula total, 6° en matrícula de egreso y el 3° en titulación (53).

De manera histórica, la Facultad de Enfermería Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) fue la primera escuela en ofertarla en el estado, mientras que la Universidad del Noreste de México A.C. es la última IES que ha ofertado la licenciatura (Cuadro II). Las escuelas de enfermería se encuentran principalmente en los municipios de Nuevo Laredo, Matamoros, Mante, Reynosa, Tampico y Victoria. Solo una institución es de carácter público mientras que el resto son instituciones privadas.

Cuadro II. Instituciones de Educación Superior que ofertan la Licenciatura en Enfermería en Tamaulipas al 2016.

Institución de Educación Superior	Tipo	Campus	Fundación	Año de inicio de oferta	RVOE
Escuela de Enfermería “Dr. José Ángel Cadena y Cadena”	Privada	Reynosa	1976	2014	NS/16/04/2014 (Estatal)
Universidad Autónoma de Tamaulipas	Pública	Mante	1964	2007	<i>No aplica</i>
		Matamoros	1961	1985	
		Nuevo Laredo	1964	1992	
		Tampico	1929 (incorporación 1956)	1971	
		Victoria	1956 (incorporación 1958)	1991	
Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas	Privada	Tampico (2) Madero Altamira Mante Victoria Matamoros (2) Reynosa Nuevo Laredo	1979	N.D.	NS55/12/2010 (Estatal)
Universidad del Golfo	Privada	Tampico	1971	1997	NS970104 (Estatal)
Instituto Tecnológico para el Trabajo, Educación y Capacitación Superior	Privada	Valle Hermoso	2009	2012	NS22/08/2016 (Estatal)
Universidad Tamaulipeca, A.C.	Privada	Reynosa	1996 (formalización 2010)	2014	NS36/11/2014 (Estatal)
Universidad del Noreste, A. C.	Privada	Tampico	1970	2007	NS019/05/2007 (Estatal)
Universidad México Americana del Norte A.C.	Privada	Reynosa	1983	2012	No identificado
Universidad del Noreste de México, A.C.	Privada	Matamoros	1996	2016	NS012/05/2016 (Estatal)
Universidad de Matamoros A.C.	Privada	Matamoros	1982	2010	NS15/04/2010 (Estatal)
Universidad Regional Miguel Hidalgo	Privada	Tampico	1945	1982	NS/26/07/2015 (Estatal)
Instituto Internacional de Enfermería Reynosa	Privada	Reynosa	2010	2010	NS/09/02/2010 (Estatal)

Fuente: Información recabada de cada institución. Fuente: COMACE, SEMSyST y DGP

El comportamiento de la matrícula de estudiantes de la licenciatura en enfermería ha cambiado de manera paulatina y constante, no sólo en cuanto a volumen, sino también en cuanto a lugar de origen y, principalmente, por sexo. Los datos que se encontraron de 2011 y 2016, indican que el principal volumen de estudiantes es tamaulipeco, el resto de los estudiantes son de diferentes estados como Aguascalientes, Veracruz, Nuevo León e inclusive de los EE.UU. (Figura 3).

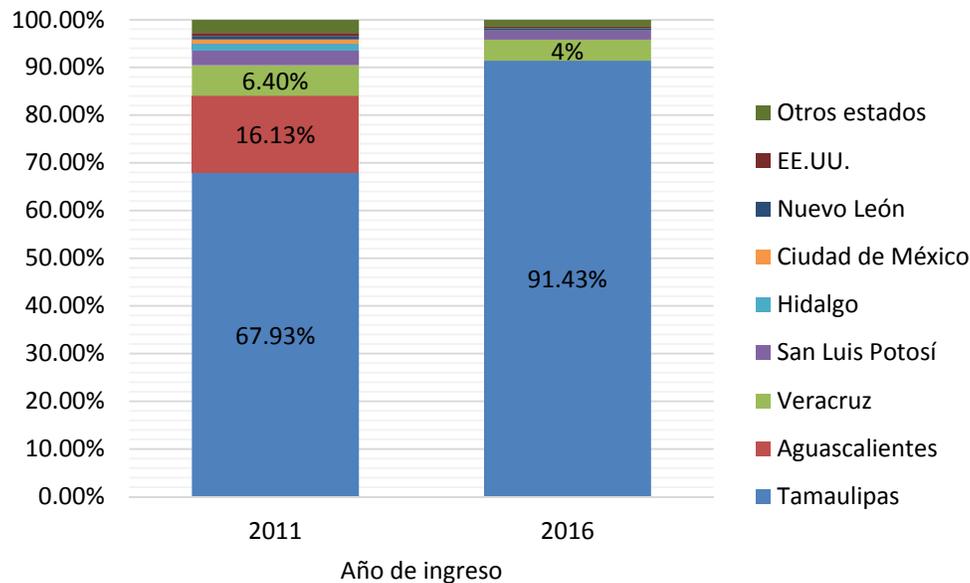


Figura 3. Lugar de origen de los estudiantes de primer ingreso que estudian la licenciatura en enfermería en Tamaulipas. Comparación entre 2011 y 2016. Fuente: Anuarios de la ANUIES.

En cuanto a la dinámica de la matrícula, entre 2001 y 2013 muestra un incremento gradual, pasando de 1,018 a 5,525 alumnos registrados, es decir, aumentó aproximadamente cinco veces su volumen (12). Este comportamiento de la matrícula se puede explicar, en cierta medida, por el número de IES que ofertan la licenciatura en enfermería en el estado. Por sexo, la proporción de hombres aumentó de un 8.15% a 26.26%; mientras que la proporción de mujeres disminuyó de 91.85% a 73.74% (12). Es decir, la relación hombre/mujer en 2001 era 1:10, para 2013 fue 4:10.

La evolución de egresos de la licenciatura en enfermería durante el periodo 2001–2013, muestra un incremento gradual hasta 2009, y un decremento notorio hasta 2012. Este comportamiento coincide con la agudización de actos de inseguridad y violencia que vive el estado

desde 2009, afectando tanto a profesionales como a estudiantes del área de la salud (54,55,56,57)^o. No se puede establecer que el fenómeno de la violencia sea el único detonante la disminución de la matrícula de egreso entre 2009 y 2012, sin embargo no podemos tampoco negar su influencia. En cuanto a profesionales de enfermería titulados, en el periodo 2001–2013 se tienen registrados un total de 5,038 títulos, de los cuales el 9.59% son hombres y el 90.41% son mujeres.

En el tema de la inserción al mercado laboral y las características del RHE que se encuentra laborando en el estado, solo existen datos comentados en los informes anuales del gobierno en curso, mencionando valores de algunos indicadores sin profundizar en otras características de interés. La información de las características del RHE se encuentra disponible en el SIARHE, sin embargo no ha sido aprovechada para trabajos y/o proyectos de investigación.

Para Tamaulipas, INEGI reporta una tasa de RHE de 6.1 por cada mil habitantes (35), mientras que la SSa indica una tasa de 2.9 (36). En ambos casos, las tasas reportadas superan a la media nacional, y tomando el valor del INEGI, se logró cumplir el indicador de la OPS (35), más no el de la OCDE^p (34) Estos resultados solamente reflejan el interés que tiene el Gobierno de Tamaulipas por incrementar su planilla de RHE, tal como lo mencionan en sus estrategias de desarrollo estatal.

El Plan Estatal de Desarrollo (en adelante PED) 2011–2016 de Tamaulipas contemplaba como estrategia la consolidación de los recursos que permitan la cobertura universal del primer nivel de atención en salud^q, empleando como métrica al número de enfermeras en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes. Los resultados al 2015 posicionan a Tamaulipas en el cuarto lugar a nivel nacional, con 3.8 profesionales de enfermería por cada 1,000 habitantes para la atención primaria (58). En el PED 2016-2022 no menciona estrategia alguna enfocada a los RHS ni al RHE, sin embargo, el indicador se sigue empleando. Debido a ello, no es posible determinar si solo consideran a profesionales titulados o incluyen a estudiantes y pasantes. El indicador no permite conocer la distribución del RHE ni por sexo ni por nivel académico. Un solo indicador no describe la situación del RHE en el estado, dificultando la administración y la adecuada toma de decisiones sobre el mismo. Esta situación se aprecia en los constantes reportes de falta de personal

^o En Tamaulipas, información sobre secuestro, extorsión y/o asesinatos de médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y de enfermería no fueron difundidos por los medios de comunicación masiva, debido a las instrucciones del Gobierno Estatal. Esta observación se hace en función del conocimiento general de la ciudadanía tamaulipeca sobre la inseguridad que se vivió y vive en la actualidad. Se pueden consultar las fuentes (54,55,56,57) para conocer mejor la situación.

^p La OCDE recomienda una tasa de 9.1 profesionales de enfermería por cada mil habitantes y OPS 5 por cada mil.

^q Eje II: El Tamaulipas Humano, Tema. Salud Humanista. Estrategia 1.1. Este elemento se encuentra alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, con el Eje México Incluyente, Estrategia 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

de enfermería, la sobrecarga de trabajo y la mala atención percibida por los usuarios de los servicios de salud (59).

Anteriormente se comentó que se tiene a disposición información del RHE a través de la plataforma del SIARHE, sin embargo no se ha empleado en reportes o investigaciones sobre el personal de enfermería en Tamaulipas. Al revisar esta base de datos, encontré que al 2017 habían 9,673 profesionales de enfermería en el sector público de salud de Tamaulipas, 88.23% mujeres y 11.76% hombres (60). Aproximadamente el 51% del total del RHE registrado en el sistema posee el grado de licenciatura, mientras que el 35.72% son auxiliares y técnicos en enfermería (figura 3) (61). Tomando en cuenta al RHE con especialidad, maestría y doctorado, aproximadamente el 64% del RHE en Tamaulipas cuenta con el nivel académico de licenciatura. Esta situación es opuesta al del nivel nacional, posiblemente debido al número de escuelas formadoras como a las normas sobre el RHE (49,50).

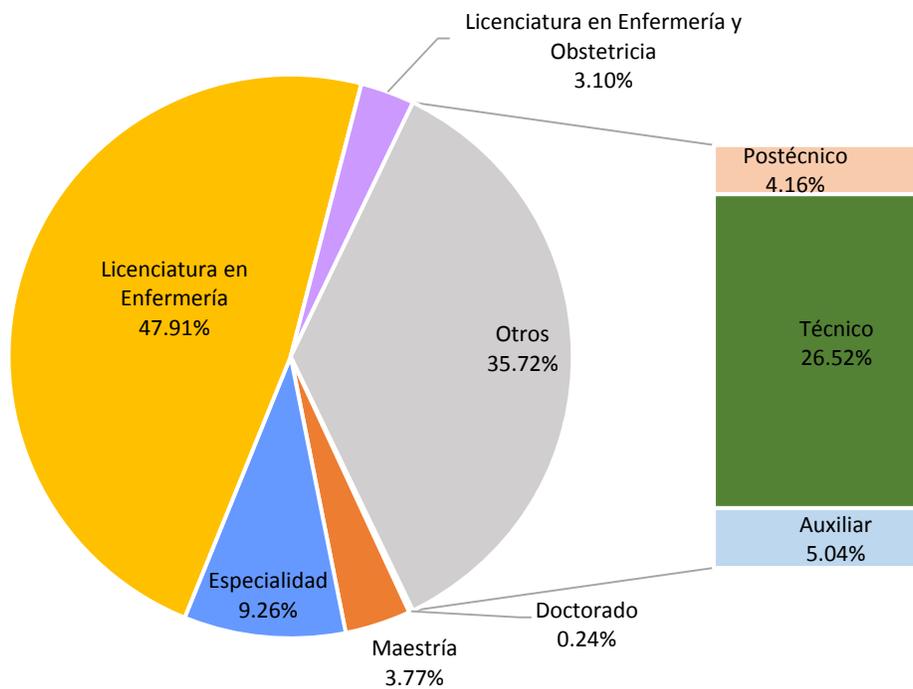


Figura 4. Distribución del profesional de enfermería que labora en sistema público de salud en Tamaulipas, según su formación académica al 2017. Fuente: (61) †.

† Cabe señalar que los datos empleados para este gráfico, están actualizados al 28 de Enero del 2018.

Segunda parte

Marco conceptual

1. La profesión y la enfermería

Para hablar de lo que es una profesión, es necesario remitirnos a los trabajos de Freidson (62) y Hughes (18), quienes realizan un acercamiento fenomenológico sobre lo que es una profesión desde dos perspectivas distintas: la evolución y desarrollo como actividad dentro de la sociedad (62), y la manera en la cual se inserta y se desarrolla dentro del campo laboral (18,63). Sin embargo, no es posible empezar a discutir estos elementos sin antes determinar lo que es una profesión.

Freidson (62) indica que para definir una profesión, se necesita considerar el momento histórico y la percepción de la sociedad sobre la actividad que se desarrolla. De la percepción depende si la actividad se considera como un oficio, y según el nivel de reconocimiento de la sociedad, el oficio puede pasar a ser una vocación, para luego ser una ocupación y finalmente una profesión. Si bien, esta evolución de actividad a profesión se observa en la medicina, Freidson considera que la enfermería solo llega a ser una ocupación, argumento con el cual estoy en desacuerdo.

Primero, Freidson indica que ha existido un yugo histórico de la medicina sobre la enfermería, considerando el trabajo de las enfermeras como “*una parte subordinada de la división técnica del trabajo que rodea a la medicina*” debido a que su actividad se realiza dentro del área hospitalaria (62). Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas se ha reconocido el estatus profesional de la enfermería al delimitar las habilidades, destrezas y competencias exclusivas de su área y el desarrollo del trabajo multidisciplinario dentro del sistema de salud. Segundo, Freidson argumenta que existe un serio problema en el reconocimiento del diploma y licencia de enfermería, debido a que no era posible evaluar el valor de dichos documentos (62). Actualmente existe un mejor control en la generación de títulos y cédulas profesionales, gracias a las normas, lineamientos y reglamentos que se han generado tanto en el sector educativo como en el sector salud.

Finalmente, Freidson describe a la enfermería como una “*ocupación agresiva*”, al abrir sus propias escuelas de formación, el tener autorregulación, y su propio servicio dentro del área hospitalaria, logrando una aparente autonomía (62). Pero en opinión de Freidson, la enfermería seguirá siendo un oficio paramédico, independientemente de qué tan organizada o delimitada se encuentre (62). Es decir, para que la enfermería sea aceptada como profesión, debe de demostrar

que la persona que va a ejercer dicha actividad posee los conocimientos, habilidades y destrezas para realizarla, convirtiendo a la profesión en un símbolo social (62). Esta observación realizada por Freidson ha sido resuelta a través de la expedición de los títulos universitarios, las cédulas profesionales y la certificación de la práctica de enfermería de sus agremiados.

La discusión sobre si la enfermería es o no una profesión ha sido muy amplia y extensa^s, parte de este debate se originó por el establecimiento de las características de una profesión a partir de la literatura sociológica (64). De hecho, el mismo Freidson reconoce el esfuerzo del gremio de enfermería en su lucha por el reconocimiento como profesión (62,64), sin embargo, menciona que al no lograr la autorregulación y la independencia de su práctica, no les será posible declararse como tal. Independientemente de la postura de Freidson sobre la enfermería, retomo para este trabajo los elementos relacionados con la formación en instituciones de educación superior, la reglamentación, legislación y regulación de la práctica profesional, la delimitación de su área del conocimiento y el reconocimiento social de su labor profesional.

Otro investigador que trabajó con el tema de la profesión fue Hughes, sin embargo, no se enfocó en el dilema de la diferencia entre una profesión y un oficio, más bien consideraba que ambos son un sistema de actividades en constante evolución (18). De hecho, indica que *“la profesión no es más que la etiqueta simbólica de un status deseado”* (18,63). El interés de Hughes se enfocó al cómo los profesionistas vinculan su formación académica con el campo laboral, en el cómo ingresan al mercado laboral y la manera en la que se desenvuelven dentro del entorno laboral, describiendo la organización, la jerarquía y la división sexual del trabajo (18,63).

En el caso de la enfermería, Hughes consideró que es una carrera que se encuentra en una etapa de transición profesional, ya que conforme pasa el tiempo, la sociedad va reconociendo el trabajo realizado por este grupo de trabajadores de la salud (18). El reconocimiento que realiza la sociedad sobre los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias del profesional de enfermería es por medio de los títulos, cédulas y certificaciones que respaldan su formación académica y de la práctica realizada dentro de la sociedad (18,63).

^s Un ejemplo de estas discusiones lo podemos ver en el trabajo de Bixler y Bixler **Fuente especificada no válida.**, quienes determinan las fortalezas y debilidades de la enfermería como una profesión. Las características empleadas por estos autores son: tener un conjunto de conocimientos especializados, el uso del método científico dentro de su campo de conocimientos, la formación en instituciones de alto nivel educativo, la existencia de una reglamentación de la profesión, actividad profesional y autonomía de su praxis, tener un código de ética, considerar el servicio a la sociedad por encima del beneficio personal y la compensación de los practicantes de la profesión brindando autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica. Estas características han sido retomadas por la *American Association of Colleges of Nursing* para describir a la enfermería como una profesión (64).

Hughes usa como ejemplo a la enfermería para hablar de la organización jerarquizada del trabajo dentro del sistema hospitalario (18). Identifica que el personal de enfermería delega determinadas actividades a otros compañeros, basándose en el nivel de formación y experiencia dentro del campo de los cuidados. De esta manera, no es de extrañar que en el tiempo del trabajo de Hughes, las actividades más básicas como el aseo, el baño y la limpieza lo fueran realizadas por sirvientas (18). Esta observación sobre el delegar actividades sigue presente en la distribución de funciones y actividades en el RHE, la cual se regula a través de normas y reglamentos.

No obstante, Hughes indica que esta división del trabajo va más allá que un mero aspecto técnico-académico (18). Por ejemplo, muchas veces la asignación de una actividad o la realización de algún procedimiento son influenciadas por otras características o estereotipos sociales, los cuales en muchas ocasiones, tienen mayor peso que la misma formación académica (18,63). Un ejemplo de ello tiene que ver con los estereotipos de género, los cuales, de acuerdo a Hughes, influyen desde la etapa formativa del profesional, el proceso de selección-contratación laboral y en la propia actividad laboral, en esta última durante la asignación de actividades o en la colocación de determinados puestos o áreas de trabajo (18).

Si bien, la idea de la división sexual del trabajo no es nueva (Engels fue el primero en hablar de ello), Hughes describe el cómo desde la formación dentro del área de la salud influye en la asignación del rol de médico al hombre y el rol de enfermera a la mujer (18). No obstante, esta tendencia fue cambiando con el paso del tiempo, observándose con la feminización de la medicina y la incursión del hombre dentro de la enfermería, por lo que los estereotipos de género y la división sexual del trabajo ahora se reflejan en las actividades que realizan dentro del campo laboral.

En cuanto al proceso de inserción al mercado laboral, Hughes indica que es un proceso “feroz” (18,63), debido a las dificultades que los nuevos profesionistas se enfrentan durante este proceso. Debido a la complejidad del proceso de inserción como fenómeno, Hughes recomienda que debe ser estudiado con mayor profundidad, tomando en cuenta la profesión estudiada, y de esta manera se pueden identificar los códigos, características, condiciones y reglamentos que se consideran a lo largo de este proceso (18). Tomando esta observación de Hughes, uno de los objetivos planteados en esta investigación tiene que ver con la identificación del proceso de inserción del personal de enfermería dentro de una institución hospitalaria, ya que es un aspecto que no se ha revisado, o al menos no se identificaron estudios que hablen de este proceso.

2. Género

2.1. Conceptualización y componentes de género

El término género es un constructo conceptual que muestra dificultades para su comprensión debido a la amplia gama de interpretaciones que posee en diferentes áreas del conocimiento. Uno de los principales problemas en proyectos de investigación es su uso indiscriminado y erróneo para referirse a otros conceptos o procesos. Sobre esta situación, Blázquez indica que la palabra género la utilizan erróneamente como sinónimo de mujeres y sexo, de feminismo, para sustituir la jerarquía de género o como un indicativo de desigualdad (65).

Para las ciencias sociales y humanidades, diversos autores se han dado a la tarea de reflexionar sobre el género, con la finalidad de construir un concepto aplicable dentro del campo de las investigaciones sociales. Dentro del tema laboral y de las profesiones, el género es un elemento importante, ya que permite el análisis de las interacciones que se muestran dentro del campo laboral, sobre todo las limitaciones y/o privilegios según el género del trabajador.

Es importante mencionar que quienes más han trabajado con el tema de género han sido investigadores y pensadores de la corriente feminista. Revisando diversas publicaciones, Hernández indica que es una categoría que explica la construcción social y simbólica histórico-cultural de la diferencia sexual (66), mientras Benería, citada por Blázquez, señala que el género es un conjunto de creencias, rasgos, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres en un proceso de construcción social (65). De una manera más simple, Lamas determina que el género es una construcción social y cultural de la identidad de una persona como hombre o como mujer, la cual puede o no tener relación con su sexo biológico (67).

Tanto Benería, como Hernández y Lamas coinciden con el hecho de que el género es una construcción social (66,65,67). No obstante, Lamas retoma las investigaciones de Mead y Murdok sobre los roles sexuales y su influencia en la determinación de la división del trabajo entre hombres y mujeres¹, estableciendo que estos “papeles” dependen tanto de la cultura como de la sociedad en donde se vive (67). Por lo tanto, mientras que el sexo es vinculado con las características físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, el género se enfoca a las ideas, representaciones, prácticas, y funciones sociales que se espera desarrolle cada persona en relación al aprendizaje cultural que dicta la forma en que debe comportarse cada uno (68).

¹ Friedrich Engels es el primero que habla sobre la división laboral entre hombres y mujeres dentro del contexto del hogar y la familia. Sin embargo, si bien las observaciones antropológicas de Mead y Murdok respaldan lo que Engels menciona, la principal aportación de estos trabajos es la influencia del aspecto social, cultural y contextual en esta asignación de actividades.

Para trabajar con la categoría de género, es necesario tener claro los elementos que se analizarán en la investigación, sobre todo en el campo del RHE. En este caso, es importante recordar que la perspectiva de género considera la construcción histórica de la división sexual del trabajo, los estereotipos, ideologías, símbolos y metáforas que ha predominado hasta nuestros días sobre lo que es una mujer o un hombre, los cuales son denominados componentes del género (65,69). Maquieira propone que para comprender lo que es el género de manera operativa, es necesario analizarlo a través de nueve componentes (65,69), los cuales se muestran en el cuadro III.

Cuadro III. Componentes de género de Maquieira (65,69)

Componente	Descripción
<i>División sexual del trabajo</i>	Asignación de roles y tareas según el sexo, influido por el contexto.
<i>Identidad</i>	Proceso complejo de definiciones sociales tanto recibidas como auto-percibidas. Es una construcción social en donde entran en juego tanto los sentimientos, actitudes, modelos de identificación o rechazo los cuales se incorporan a lo largo de la vida.
<i>Atribuciones^u</i>	Son las características sociales, materiales y/o biológicas con las cuales una persona va construyendo su identidad como hombre o mujer. Estas son adquiridas a lo largo del crecimiento y desarrollo de la persona, tomando los modelos existentes en su contexto sobre lo que es ser hombre o mujer.
<i>Ideología</i>	Significados que se dan sobre lo que es hombre/mujer en una cultura determinada, los cuales se determinan los derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas de manera diferencial.
<i>Símbolos y Metáforas</i>	Representaciones socioculturales que refuerzan las atribuciones, las ideologías y la identidad de género en las personas.
<i>Normas</i>	Expectativas ampliamente compartidas referentes a la conducta adecuada de las personas que ocupan determinados roles y posiciones sociales. Pueden ser vistos como leyes, costumbres o tradiciones.
<i>Prestigio</i>	Elemento que se inserta dentro de las dinámicas de reconocimiento social, satisfacción y estima social.
<i>Instituciones y Organizaciones</i>	Estructuras en donde se construyen relaciones de género como la familia, el mercado de trabajo, la educación y la política.
<i>Poder</i>	Elemento transversal. Pasa por cada uno de los componentes de género, y es el que permite su establecimiento, mantenimiento y reproducción. Este se encuentra restringido por la comunicación, el acceso a los niveles de poder y la devaluación de ideas y soluciones aportadas.

Los componentes de género de Maquieira permiten visualizar este concepto como un elemento multidimensional, favoreciendo el análisis de elementos subjetivos así como de las relaciones interpersonales y sociales (69). De hecho, es Blázquez quien propone y recomienda el modelo conceptual de Maquieira para estudiar el género dentro del contexto de la enfermería, sobre todo para explicar aquellas relaciones que producen desigualdades existentes entre hombres y mujeres dentro del área de la salud (65).

^u Las atribuciones serían todos aquellos códigos que definen a la persona según sus características biológicas, elementos que Berger y Luckmann consideran en la socialización primaria (141).

Hablar de todos los componentes de género en el contexto de la inserción laboral y las funciones del RHE implicaría un trabajo extenso y complejo. Para definir los componentes de género con los cuales realicé esta investigación, revisé una variedad de fuentes bibliográficas relacionadas con el RHE y el tema de género. A partir de esta revisión, decidí solo trabajar con dos aspectos relacionados al tema del género: la división sexual del trabajo y los estereotipos^v.

La división sexual del trabajo es uno de los componentes de género que normaliza lo que es socialmente aceptado como actividad femenina y masculina (70,71), condicionando una posición específica y jerárquica dentro de un centro laboral (71). Asigna los roles a las personas los cuales no dependen de las capacidades profesionales, sino de las ideas y estereotipos de lo que se considera actividad femenina o masculina (71). Un criterio empleado para hacer la división es la fuerza física de las personas, donde las actividades “rudas” y de mayor esfuerzo se asignan a los hombres, y las actividades “delicadas” y de mayor sensibilidad a las mujeres (70).

La división del trabajo en base al género no es natural, más bien es un constructo sociocultural que naturaliza las divisiones por sexo, es decir, las hace aparecer como basadas en la naturaleza (67). De hecho, existe una predisposición de los empleadores para asignar actividades según el sexo del trabajador, basándose en estereotipos sobre las capacidades y habilidades que tiene cada persona (71). Al sexualizar las actividades y técnicas laborales, genera una inserción laboral diferencia entre hombres y mujeres (70), propiciando la segregación de las actividades laborales dentro de las instituciones públicas (65). En cierta manera, la división sexual del trabajo refleja una desigualdad de género (68). El análisis de la división sexual del trabajo en el RHE permite identificar las similitudes y diferencias en las funciones y actividades que desempeñan dentro su área de trabajo (69,71), y de esta manera, encontrar elementos que faciliten la disminución de actos de segregación laboral.

Por otro lado, los estereotipos son un elemento que Maquieira menciona pero no lo contempla como componente de género, definiéndolos como un conjunto de características representativas de una persona o comunidad que son asignadas por otras personas (69). No se debe de confundir con el componente de ideología, ya que este se enfoca a los significados que se generan sobre lo que es ser hombre y mujer (69). Los estereotipos son una imagen o idea aceptada por la sociedad (72) o bien como “verdades” socialmente compartidas y en la mayor parte de los

^v Si bien, Maquieira no lo contempla como un componente de género, en su trabajo “Género, diferencia y desigualdad” hace mención de este elemento. De hecho, hace énfasis en no confundirlo con el componente de atribuciones de género (69).

casos, políticamente incorrectas (73). Cambian según las normas y valores que impongan los grupos en el poder, siendo susceptibles de ser modificados (74).

En este punto, los estereotipos de género son creencias, rasgos, cualidades y expectativas sobre lo que poseen y deben poseer hombres y mujeres dentro del contexto social (73,75). Incluyen rasgos de personalidad, roles, mandatos y exigencias sociales (73), así como profesiones y trabajos que son considerados como apropiados para cada sexo (73,48). Para el RHE, los estereotipos de género influyen mucho al momento de la asignación de actividades en la distribución del personal dentro del área hospitalaria, debido a las creencias que existen en torno a lo que es ser un enfermero o ser una enfermera. Por ejemplo, en el ideario general se considera que el enfermero es “fuerte” y “tosco” solo por ser hombre, o en el caso de las enfermeras, ser “maternal” y “mandona”.

Los estereotipos de género son transmitidos de generación en generación, los procesos de formación tienen mucho que ver en este proceso de reproducción de ideas. Tanto Freidson (62) como Hughes (18,63) hablan de la reproducción de comportamientos y roles profesionales influenciados por los estereotipos de lo que debe ser un profesional. No es de extrañar que los estereotipos de género se reproduzcan a través de la formación del futuro profesional de enfermería, sin embargo, debido a la incursión del hombre dentro de esta profesión, entran en conflicto las ideas pre-concebidas de lo que debe de ser una enfermera, ya que habitualmente se emplean características femeninas para describirla.

Estas ideas sobre los comportamientos y los sentimientos que deben tener las personas en relación a su sexo son transmitidas de generación en generación (75), teniendo un impacto importante del campo laboral. Los estereotipos de género (como fuerza, mente fría o ser distraído en el enfermero; o la delicadeza, la calidez en el trato y el rol maternal en la enfermera) propician una participación desigual del RHE dentro del campo laboral ya que, independientemente de la formación e instrucción recibida, las actividades asignadas y la distribución del RHE suelen ser delimitadas por estas características (70). Así mismo, existen reportes de que por los estereotipos de género en el RHE influye en las relaciones laborales, sobre todo en las llamadas ‘cadenas de mando’ (76). Por lo tanto, los estereotipos serán considerados como uno de los componentes de género más relevantes para la presente investigación.

2.2. La diferencia de género en enfermería en inserción laboral y actividades laborales

El género es una construcción social y cultural de la identidad de una persona como hombre o como mujer (67) y es un concepto incorporado como elemento de análisis en las disciplinas sociales y de salud; que permite estudiar las diferencias e inequidades generadas en la construcción social de lo femenino y lo masculino (77). Implica analizar los estereotipos en las profesiones de la salud, debido a las creencias relacionadas con actitudes y actividades propias para cada profesión o sexo, sin base científica que lo sustente (78). En enfermería, las investigaciones orientadas por el enfoque de género se centran en la atención al usuario y a la comunidad debido al interés que se tiene por mejorar la calidad de la atención, siendo pocas las relacionadas con el personal de enfermería.

En el anexo 2 se muestra el resultado de la búsqueda que realicé sobre los temas de enfermería y género, destacando históricamente la idea de Nightingale quien aseguraba que el género innato de la profesión de enfermería era el femenino (79,80,81), sustentando la idea de que cada género tiene su profesión (79). La enfermería es vista como una labor emocional (82), dominada por mujeres (79), por lo que se habla de una feminización (74,83). Sin embargo, en las últimas décadas se han incorporado hombres en la profesión (84), siendo un proceso lento en comparación con el de la incursión de las mujeres en medicina y farmacia (85). Las motivaciones personales para que los hombres estudien enfermería no son del todo claras, sin embargo, resultados de investigaciones muestran el ingreso económico, la seguridad laboral (16), el deseo de ayudar a las personas, crecimiento, estabilidad profesional y la posibilidad de trabajar en diferentes regiones (85).

Algunos estudios sobre el profesional de enfermería indican que la incursión del género masculino en la profesión ha impactado positivamente en su “avance” (79), reflejado en la mejora de la comunicación efectiva con el paciente (85), el reconocimiento como profesión, en las condiciones de trabajo, el aumento del personal y el desarrollo académico (16). Otros estudios en cambio, indican que esta forma de ver la participación del hombre en la enfermería es errónea, ya que lo único que se hace es reproducir los estereotipos socioculturales que se le asignan al varón, asociados con el progreso técnico, la fuerza física y el liderazgo (86,87).

Aún y cuando se muestra este reconocimiento social de la profesión de enfermería, existen y persisten los problemas de discriminación reflejados históricamente con la subordinación (control del médico en las actividades del profesional de enfermería) (77,78,83,88), sub-calificación

profesional (“techo de cristal”^w de la hegemonía médica) (77,83,88,89,90) , salarios bajos en comparación a la medicina (77,83,88,89,90), e inclusive la invisibilización en la participación del cuidado (91,92,82), lo cual se agudiza cuando se toma en cuenta si el profesional es hombre o mujer^x (77,88,90,93,94,95).

Se puede hablar de una desigualdad o inequidad de género dentro de la cultura organizacional de las instituciones (88) que se expresa a través de la segregación y subordinación (77,83,88,89,90) y se refleja en las relaciones de poder (jerárquica o de autoridad), que se pueden presentar dentro o en su interacción con otras profesiones (63,70,77,90,96). En el caso de los SS, la segregación y subordinación ocupacional se encuentran muy bien representadas con la relación entre medicina y enfermería, en donde la hegemonía médica limita las funciones y actividades de la enfermería; enfermeras y enfermeros realizan actividades diferentes que son valoradas de distinta manera.

Diversos autores indican el género influye en las actividades de enfermería (48,70,93,97,98,99,100,101,102) lo que se observa en la inserción laboral, en la tendencia de los empleadores por valorar, ocupar o remunerar de forma diferenciada a mujeres y hombres, y en la reproducción de roles de género dentro de las instituciones (70,71,103). La división sexual del trabajo influye en las ofertas laborales en enfermería a través de estereotipos de género según los cuales la enfermería es considerada como una profesión de “mujeres” (70,78). Esta desigualdad tejida con la división sexual del trabajo, implica que la ocupación y desarrollo en el mercado laboral no dependen de las capacidades y atribuciones del o la profesional, sino por estereotipos sobre las capacidades “innatas” de mujeres y hombres para desarrollar una determinada profesión (71).

Nowicki menciona que el personal de enfermería llevaba a cabo actividades relacionadas con el mantenimiento del orden, el cumplimiento de las normas, el manejo de los datos y la información generada, lo cual es paradójico debido a que estas actividades pasan inadvertidas debido a su posición como profesión subordinada dentro del SS (104). Estas actividades no son afectadas por el género del personal de enfermería (97), sin embargo, el género influye en las interacciones con los pacientes el equipo de salud. Rotenberg y cols. señalan que en donde se ve reflejada la influencia del género en enfermería es a través de las funciones que realiza (99). Si bien la formación de profesionales de enfermería es igual para mujeres y hombres, diversos autores

^w Es una expresión que se utiliza para indicar una limitación en el ascenso laboral dentro de una organización.

^x Por ejemplo, Perkins (95) publicó una nota en donde se beneficia al enfermero en sueldo y a la enfermera en oportunidades de trabajo.

apuntan que laboralmente existen diferencias en la práctica profesional y en las funciones que desempeñan.

Sobre el efecto del género en las actividades de enfermería, Hart y Warren señalan que existen diversos estudios, pero orientados hacia la salud y las condiciones de trabajo del personal, sin tomar en cuenta las funciones que hombres y mujeres ejercen dentro de su centro laboral como profesionistas (105). Por ejemplo Cheng estudió las relaciones de género entre los profesionales de enfermería, considerando los elementos de poder, división del trabajo, relaciones emocionales, simbolismo, la cultura y su discurso (106)^y, mientras que Zelek y Phillips estudiaron el efecto del género y del poder entre profesionales de enfermería y de medicina en Canadá, en donde los estereotipos son influenciados por el género, relacionándolo con la subordinación (93). Lartigue y Fernández (107) hablan de los roles de género en el personal de enfermería y su relación con el estrés laboral, sin embargo esta caracterización la realizan con base al tipo de actividades que lleva a cabo en su trabajo.

El concepto de género en investigaciones de enfermería es muy importante (108), tanto para los temas relacionados con la atención al paciente como para el estudio del RHE (65,109). No obstante, las investigaciones que se orientan al RHE con perspectiva de género, solo se enfocan a la mujer (48,74,98), cuando en realidad debe ser en ambos sexos (65). Lo anterior es debido a que se parte del supuesto de que la enfermería es una profesión femenina, y por tanto varias características de lo femenino se le adjudican a la profesión. También se ha identificado que el componente de género influye tanto en la formación como en el mercado de trabajo del profesional de enfermería, lo que genera un sesgo (94) o segregación (110) en cuanto a la forma en la cual se relaciona el personal de enfermería con el paciente, en el cómo se distribuye dentro del trabajo (97) y en las actividades que realiza como profesional (93,99,70).

^y Se desconocen sus hallazgos debido a que no existe una traducción formal de su idioma original (chino).

Tercera parte

Procedimiento metodológico

1. Pregunta de investigación y objetivos

La información que identifiqué hasta este momento sobre el contexto del RHE en México, sobre todo en Tamaulipas, indica un incremento de la participación del hombre en la enfermería. No solo en la etapa de formación (12), sino también dentro del propio SS (40,60,80). Actualmente, tanto enfermeros como enfermeras participan en la atención de la población en cuanto a cuidados y promoción de la salud, así como en la prevención de enfermedades y problemas de salud.

Ahora bien, lo anterior hace que me pregunte sobre la manera en la cual ingresan al mercado laboral los estudiantes egresados de las escuelas de enfermería en Tamaulipas. Al momento, y de acuerdo a lo revisado hasta este punto, no hay suficiente información para hablar sobre ello. Solamente se tiene el conocimiento muy generalizado sobre que este proceso: es “feroz” (18), complejo (21), y para el caso de la enfermería en México, depende si la institución de salud es pública o privada (23), y los códigos laborales disponibles (13,26).

También, identifiqué que existen componentes de género que influyen en las experiencias y en las actividades del RHE, de los cuales destacan los estereotipos y la división sexual del trabajo. En muchas ocasiones, el trabajo asignado al personal de enfermería es influenciado por los estereotipos (71), diferenciando las actividades a realizar (65,76,79,88,102). Se ha documentado que al enfermero se le percibe como un *mini-médico* o un sub-alterno al médico (48), mientras que a las enfermeras se les mira como asistente del médico (38).

La situación de enfermería es complicada en el SS de México debido a que el RHE se identifica con un rol subordinado, a pesar de estar en mayor contacto con las personas (38). También son considerados como un grupo vulnerable debido a las condiciones laborales a las que se enfrentan actualmente (sobrecarga de trabajo, malos sueldos...) (89). Persiste la idea de que enfermería es una profesión “de mujeres” y medicina “de hombres”, reflejando desigualdades y diferencias en el poder jerárquico entre profesiones (88).

Considerando lo anteriormente expuesto es importante conocer adecuadamente las características de la oferta educativa y del RHE en Tamaulipas, considerando la diferenciación por sexos. Así mismo, se deben tomar en cuenta las experiencias del personal de enfermería sobre el proceso de inserción laboral, las funciones y actividades que realiza en su centro de trabajo, ya que considero que son influenciadas por el género. En este sentido, la finalidad de analizar estos temas

con perspectiva de género es identificar las diferencias o semejanzas que se presentan en las experiencias de enfermeras y enfermeros y ver de qué manera repercute en su vida laboral y en el SS. Con todo esto, la pregunta de investigación planteada es la siguiente:

¿Cómo son los procesos de inserción laboral y la distribución de funciones del profesional de enfermería con licenciatura en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas?

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente hipótesis para la investigación:

Los procesos de inserción laboral y las funciones que realiza el personal de enfermería en las instituciones hospitalarias son influenciados por componentes de género tales como la división sexual del trabajo y los estereotipos; así como elementos organizacionales como la administración de recursos humanos, las preferencias de los empleadores y las redes institucionales (sindicales, educativas, gubernamentales) generando diferencias en las experiencias vividas por enfermeras y enfermeros.

Para realizar esta investigación, se planteó como objetivo general: *describir y comparar, entre enfermeras y enfermeros con licenciatura, la oferta educativa, el proceso de inserción laboral y las funciones que realizan en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas^z, para identificar diferencias y semejanzas en las experiencias vividas por el personal de enfermería a partir de su condición de género.* Para cumplir con este objetivo, se establecieron tres objetivos específicos:

- Describir y analizar la oferta educativa de la licenciatura en enfermería y la distribución del recurso humano en enfermería en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.
- Describir y comparar, entre enfermeras y enfermeros con licenciatura, el proceso de inserción laboral en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.
- Identificar y comparar, entre enfermeras y enfermeros con licenciatura, las funciones que desempeñan en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

^z De manera oficial, el nombre completo es “Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas”. De manera común se le refiere como “Secretaría de Salud de Tamaulipas” o “Secretaría de Salud del estado de Tamaulipas”, siendo más práctica la primera forma.

2. Diseño y fases de la investigación

El diseño empleado para estudiar la oferta educativa, el proceso de inserción laboral, así como las funciones y actividades del RHE que labora en hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas es una aproximación de métodos mixtos (111,112,113). De manera general, los métodos mixtos consisten en el uso de elementos tanto de metodologías cualitativas como cuantitativas, considerando la recolección y análisis de los datos, así como el proceso de la interpretación de los resultados obtenidos (111,112,113). El mayor peso de la investigación recae en la parte cualitativa, debido a la importancia de las experiencias que el RHE vivió durante el proceso de inserción laboral y las actividades que actualmente realiza. En el caso de la parte cuantitativa, solo se contempla la descripción de los elementos de la oferta educativa y las características laborales del RHE en la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Por lo tanto, el diseño mixto empleado es el denominado CUALI-cuanti (112).

La investigación consta de dos fases, las cuales se basan en los objetivos específicos propuestos para la investigación. La primera fase corresponde al cumplimiento del primer objetivo específico, el cual consiste en la revisión de la evolución del RHE que se encuentra en formación y laborando en instituciones hospitalarias en Tamaulipas en un periodo de diez años (2007 al 2016). En esta fase se emplearon los métodos cuantitativos, siendo un estudio descriptivo, longitudinal y de análisis de tendencias (111), con énfasis en la diferenciación por sexo. La segunda fase (cualitativa), corresponde al cumplimiento del segundo y tercer objetivo específico, el cual consistió en un análisis del proceso de inserción laboral y funciones que realiza el personal de enfermería. (114), ya que el interés fue conocer las experiencias vividas por el RHE en el proceso de inserción laboral y en las actividades que realiza.

3. Fuentes de información

Para cumplir con el primer objetivo específico, se utilizaron bases de datos para obtener información referente a la formación y situación del RHE de Tamaulipas. A través de datos de la ANUIES, la Dirección General de Profesiones (DGP) y COMACE se revisó lo referente a la oferta académica de las licenciaturas en enfermería. Para estudiar el comportamiento del RHE en Tamaulipas, se emplearon las bases de datos del SIARHE, las cuales se encuentran disponibles en línea. La información consultada correspondió al periodo 2006-2016, trabajando solo con la

información disponible en las bases de datos consultadas. Así mismo, se tomaron en cuenta los datos de los cuestionarios aplicados al RHE durante el desarrollo de la investigación.

Para analizar el proceso de inserción laboral, las funciones y actividades que realiza el RHE, se contó con la participación de informantes que están relacionados con estos procesos. Las fuentes primarias de información que se consideraron fueron el personal de enfermería, las jefaturas de enfermería, las jefaturas de recursos humanos y las direcciones de cada institución hospitalaria. Cada uno de ellos participó brindando sus puntos de vista y experiencias sobre los temas tratados en la investigación.

4. Muestra y selección de participantes

La sede del estudio fue el estado de Tamaulipas, enfocándome en las instituciones hospitalarias de 2° nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado. Las instituciones seleccionadas corresponden a los municipios con mayor población en el estado^{aa}, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, distribuidas en las tres zonas geográficas (norte, centro y sur). Solamente se consideraron aquellos hospitales cuya denominación fuera ‘civil’ o ‘general’, siendo ocho instituciones las seleccionadas para el estudio.

En la segunda fase, se aplicó un cuestionario^{bb} para conocer las características generales del RHE. Sólo se consideró la participación del personal de enfermería que labora en cada uno de los hospitales seleccionados para el estudio. La muestra para aplicar el cuestionario fue por cuota^{cc} (111), considerando como mínimo el 10% de la plantilla del RHE de cada hospital seleccionado. Los cuestionarios fueron aplicados en los diferentes turnos laborales: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, y en las diferentes áreas hospitalarias, las cuales fueron visitadas con previa autorización para ingresar a las unidades, centrales y módulos de enfermería^{dd}.

^{aa} Los municipios visitados fueron Madero, Matamoros, Nuevo Laredo, Tampico y Victoria. Se había contemplado el municipio de Reynosa, sin embargo fue descartado durante el trabajo de campo debido a problemas agudos de inseguridad.

^{bb} Es un conjunto de preguntas que contempla diversas variables a estudiar y organizado por áreas temáticas para su análisis (111). La aplicación de este instrumento es para 1) obtener información sobre la formación, inserción, contratación, condiciones laborales y funciones que realiza el personal de enfermería, cuya información será comparada con lo mencionado en las entrevistas; y 2) para poder realizar la selección del profesional de enfermería para las entrevistas (113), tomando en cuenta las variables para la máxima variación. El manejo de las variables se muestran en el Anexos 3. El instrumento es de auto-aplicación y está dirigido al personal de enfermería que laboran en las instituciones seleccionadas. El cuestionario está diseñado para que se resuelva en un tiempo aproximado de 30 minutos.

^{cc} Es un muestreo no probabilístico que se caracteriza en la asignación de un porcentaje o número a cubrir.

^{dd} Dependiendo del lugar visitado, los lugares en donde se pueden localizar al personal de enfermería de cada área o servicio pueden ser denominadas como unidades de enfermería, centrales de enfermería o módulos de enfermería. Para fines prácticos, nos referiremos a estos lugares como ‘módulos de enfermería’.

Para la parte cualitativa, la selección de los participantes de enfermería fue bajo el criterio de máxima variación^{ee} (111,115). Este tipo de selección de participantes tiene la finalidad de identificar diferencias y semejanzas en los temas de interés de análisis (111). Los criterios contemplados para establecer la máxima variabilidad del RHE seleccionado para las entrevistas^{ff} son: sexo, código laboral, servicio en donde labora, tipo de contrato, tipo de hospital y lugar de trabajo, logrando obtener una muestra de informantes con características muy heterogéneas. La selección de directivos del hospital: director general, jefatura de enfermería y jefatura de recursos humanos, fue de manera intencionada, con la finalidad de contar con otro punto de vista sobre el proceso de inserción laboral, desde la selección, contratación y administración del RHE, así como de las actividades y funciones que realiza el personal de enfermería. Los criterios de inclusión considerados para cada informante se observan en el cuadro IV.

Cuadro IV. Criterios de selección de los informantes de la investigación.

Informante	Criterios de selección		Participantes en el estudio
	Inclusión	Exclusión	
<i>Profesional de enfermería</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tener la Licenciatura en Enfermería^{gg} Tener una antigüedad laboral mayor a 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Que desempeñe el cargo de jefe(a) de enfermería o jefe(a) de servicios. Haber obtenido la licenciatura a través de los cursos de nivelación profesional. 	17
<i>Director del hospital</i>	<ul style="list-style-type: none"> Estar en el cargo al menos un año. 	<ul style="list-style-type: none"> Haber obtenido el cargo durante el periodo que se está llevando a cabo la investigación. 	6
<i>Jefe de Recursos Humanos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Estar en el cargo al menos un año. 	<ul style="list-style-type: none"> Haber estado de comisión un mes antes de la entrevista. 	7
<i>Jefe(a) de Enfermería</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ser profesional en Enfermería. Estar en el cargo al menos un año. 	<ul style="list-style-type: none"> Haber obtenido el cargo durante el periodo que se está llevando a cabo la investigación. 	7
<i>Representante del Sindicato^{hh}</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tener al menos 6 meses en el cargo 	<ul style="list-style-type: none"> Haber obtenido el cargo durante el periodo que se está llevando a cabo la investigación. 	0

^{ee} Este tipo de estrategia de selección permite describir el fenómeno de interés bajo una gran diversidad de puntos de vista, considerando las características de los participantes (115)

^{ff} Con esta técnica se pretende obtener las percepciones, experiencias y opiniones de los diferentes actores que participan en los procesos de inserción laboral y la administración del RHE, como del propio profesional de enfermería. Cada guía se orienta a un grupo de informantes considerados para la investigación: profesionales de enfermería (Anexo 5), jefe(a) de enfermería (Anexo 6), jefes de recursos humanos y directores de hospital (anexo 7). Las entrevistas fueron audio-grabadas, previa autorización por parte del informante, para luego ser transcritas en documentos de archivo de texto

^{gg} También se consideran a los profesionales que posean Especialidad, Maestría y/o Doctorado.

^{hh} Al inicio de la investigación, se consideró la participación del representante sindical, sin embargo, se presentaron dificultades, las cuales serán explicadas más adelante en las limitaciones del estudio.

5. Procedimiento de recolección de datos

Primera fase.

Para la revisión del tema: oferta educativa, se emplearon los anuarios de la ANUIES correspondientes al periodo 2007–2016, que proveen información sobre los diferentes tipos de matrícula por sexo y tipo de programa, así como información relacionada al número de títulos registrados ante la DGP. También se solicitó un listado de los programas acreditados en Tamaulipas a COMACE, quien evalúa y acredita los programas de enfermería. De igual forma, se solicitó vía oficio a la SEMSyST, el listado de instituciones y escuelas de enfermería que poseen RVOE vigente al 2016.

La información sobre el RHE público en Tamaulipas fue obtenida de las bases del SIARHE, la cual permite obtener de manera general información de manera desagregada según la variable de interés. Así mismo, se solicitó mediante oficio a la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud información de diversas variables por sexo, lo anterior debido a que el sistema disponible no permitía realizar dicho cruce de información.

Segunda fase.

La recolección de información fue realizada en dos etapas. La primera consistió en la aplicación de un cuestionario al RHE, diseñado para explorar siete elementos: características sociodemográficas, formación profesional, características laborales, inserción al campo laboral, funciones de enfermería y finalmente condiciones laborales. Se utilizó una prueba piloto para validar el instrumento, ajustar términos y rediseñar los ítems (Anexo 3), quedando como resultado un instrumento con 39 reactivos. La información recabada por el cuestionario permitió la selección del profesional de enfermería, el cual se invitó a participar en la fase de entrevistas (113).

Con los permisos correspondientes, se realizaron visitas a diferentes turnos y áreas del hospital, contando con el apoyo y guía de la enfermera supervisora en turno para la movilización dentro de la institución. Al llegar realizaba una breve presentación e invitaba al personal de enfermería que se encontraba reunido en los módulos de enfermería de las diferentes áreas del hospital, a participar en el llenado del cuestionario, enfatizando que era una actividad voluntaria y el manejo confidencial de la información proporcionada. A quienes accedieron a participar se le entregaba el cuestionario junto con una carta de asentimiento al iniciar el turno de trabajo y el instrumento era recolectado al finalizar el mismo. Se realizó de esta manera para evitar entorpecer

sus actividades laborales y evitar generar presión innecesaria en los mismos profesionales de enfermería. De esta manera se recolectaron un total de 470 cuestionarios, de los cuales solamente fueron validados 424ⁱⁱ.

La segunda etapa consistió en la realización de entrevistas semi-estructuradas dirigidas al personal de enfermería así como a directivos del hospital (director general, jefatura de enfermería, jefatura de recursos humanos). Las entrevistas fueron realizadas a partir de guías construídas para cada tipo de informante:

- a. para el personal de enfermería, contempla los temas de formación, proceso de selección, contratación, funciones y situaciones laborales,
- b. para la jefatura de enfermería, los temas contemplados fueron formación del entrevistado, formación del RHE, administración del RHE, funciones y situaciones laborales del RHE,
- c. para las jefaturas de recursos humanos y la dirección del hospital, los temas fueron características del hospital, formación del RHE, plantillas del RHE, oferta de plazas, proceso de inserción, administración del RHE, funciones y situaciones laborales del RHE.

De los 424 profesionales de enfermería que participaron en el cuestionario, 225 mostraron interés en colaborar en las entrevistas. De ellos y considerando los criterios de elegibilidad y de máxima variación, se invitaron a 28 profesionales de enfermería (14 enfermeras y 14 enfermeros) de los cuales solo 17 (10 enfermeras y 7 enfermeros) accedieron a participar en la actividad. Las entrevistas fueron programadas y se realizaron en espacios neutrales en donde enfermeras y enfermeros se sentían más cómodos (casas, plazas, cafeterías, oficinas escolares o la mismas institución hospitalaria).

En el caso de los directivos del hospital y las jefaturas de área, la invitación se realizó de manera directa, dando a conocer la intención del proyecto de investigación. Se agendó fecha y hora para realizar las entrevistas correspondientes, tomando en cuenta la disponibilidad de cada uno de ellos. Se contó con la participación de seis directores generales, siete jefes de enfermería y siete jefes de recursos humanos. Las entrevistas se realizaron en las oficinas correspondientes a cada informante.

ⁱⁱ Los 46 instrumentos invalidados se debió a que no contestaron todo el instrumento, o bien, no marcaron la casilla de que deseaban participar en el estudio. Coincidentemente, aquellos instrumentos que no fueron contestados en su totalidad correspondieron a áreas como urgencias, UCIA y quirófano, áreas en las que habitualmente de un minuto a otro cambia el ritmo de trabajo de una aparente calma a una total movilización del personal.

Al inicio de cada entrevista, se dio a conocer la carta de consentimiento informado, dando el tiempo necesario para su lectura. Una vez leída la carta y que aceptaron los términos de las mismas, se les pidió que firmaran el documento y se les explicó cómo sería la dinámica de la actividad, reforzando los aspectos de anonimato y confidencialidad. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 45 minutos, las cuales fueron audio-grabadas. Para complementar la información, se tomaron notas rápidas durante las entrevistas, así como notas de campo, donde se observó la actividad que realiza el RHE, el contexto del hospital y la administración/organización del personal de enfermería de las instituciones visitadas.

6. *Análisis de la información*

6.1. Análisis de la información obtenida de las bases de datos

Para el análisis de la oferta educativa y del RHE, se emplearon los indicadores propuestos por la Comunidad Colaborativa sobre Recursos Humanos para la Salud (COCORHS) (33), las cuales fueron adaptadas, según el caso, para el análisis por sexo (Anexo 4). También se determinó la razón hombre/mujer, así como el uso de métricas propuestas para la descripción y análisis de las matrículas según el tipo de institución y acreditación por sexo (Anexo 4).

Para revisar las tendencias de las series relacionadas con los datos de la matrícula por sexo (nuevo ingreso, total, egreso y titulación), el número de vacantes, postulantes, programas de enfermería, así como para revisar las tendencias en la contratación, institución empleadora, sexo, institución de egreso, máximo grado de estudio y personal certificado, se utilizó el programa de regresión *Joinpoint* ver. 4.4.0.0^{jj}. Este programa permite determinar si las tendencias observadas y sus cambios son significativos a través de un modelo de cambio porcentual anual (CPA) (116). El CPA es una forma de caracterizar las tendencias de una muestra a través del tiempo (116,117). Se asume que el cambio de la variable es a un porcentaje constante con respecto al año anterior, reflejando una linealidad en una escala logarítmica (117). Una ventaja de la caracterización de las tendencias bajo este modelo es que las mediciones pueden ser comparables en diferentes escalas así como la presencia o no de cambios de pendiente en algún punto de la serie (116,117). En el anexo 5 se muestran los elementos considerados y el procedimiento realizado para el cálculo de la regresión *Joinpoint*. Las figuras 5 y 6 resumen el proceso de análisis estadístico realizado, desde el origen de la información hasta la obtención de las métricas.

^{jj} El programa es de acceso libre. *Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute*. Calverton, MD

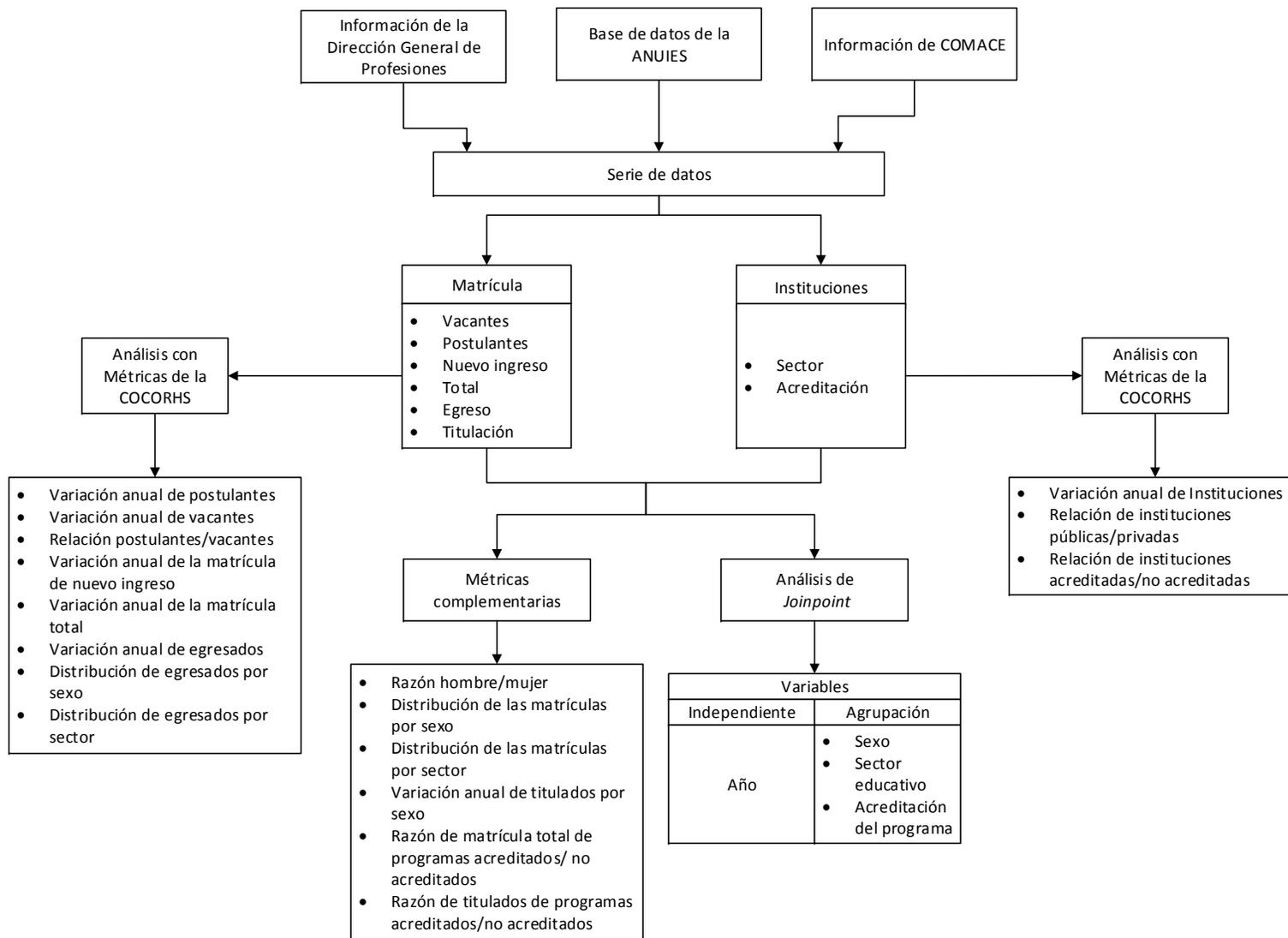


Figura 5. Diagrama del proceso de análisis realizado para la oferta educativa de licenciatura en enfermería.

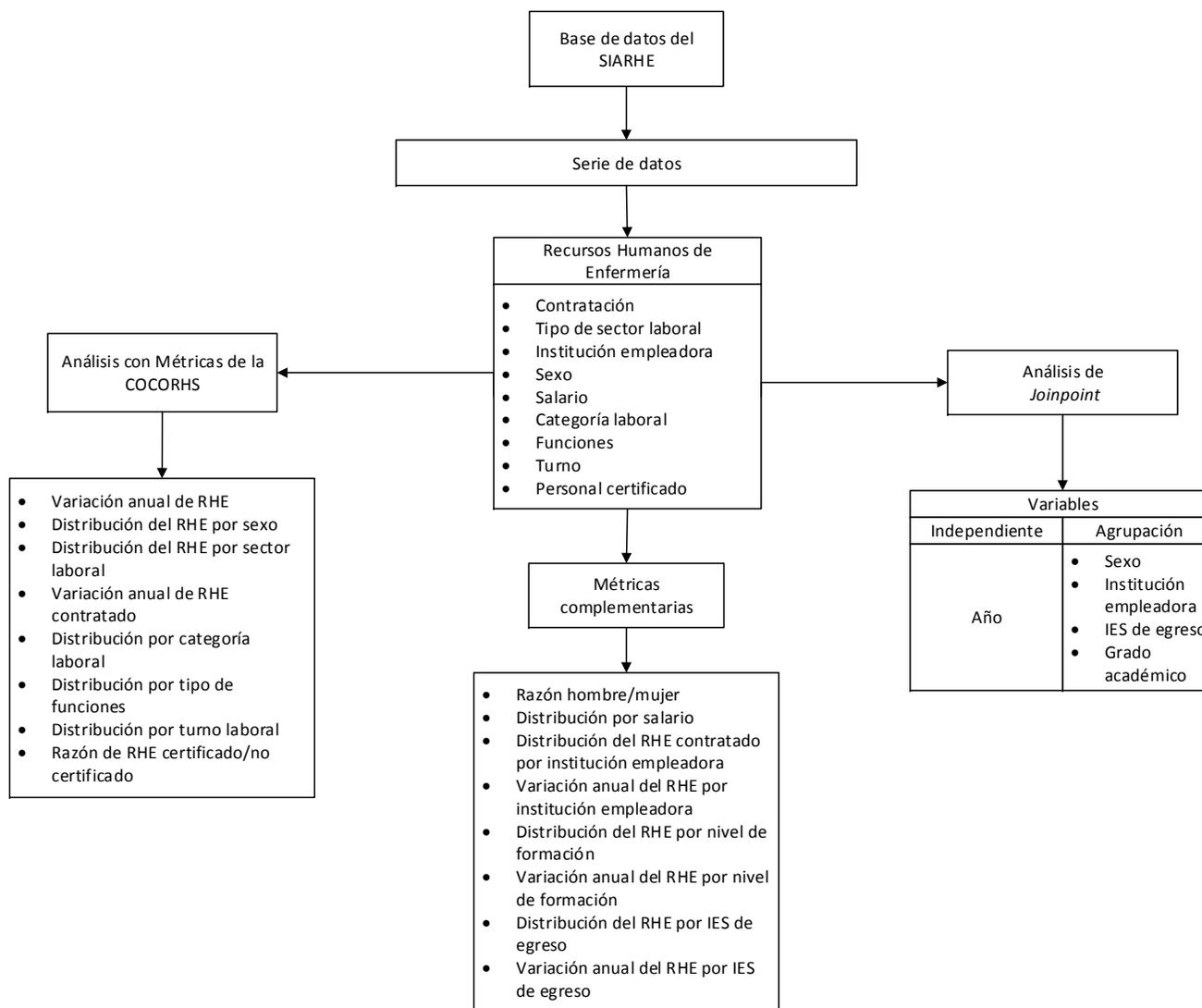


Figura 6. Diagrama del proceso de análisis realizado para la información sobre el RHE en Tamaulipas

6.2. Análisis de la información obtenida del cuestionario aplicado al RHE

La información recolectada a partir de los cuestionarios aplicados fue analizada de manera descriptiva empleando los programas SPSS ver. 20 y STATA ver. 12. Las variables a reportar están relacionadas con la caracterización del personal de enfermería: sociodemográficas, formación profesional y laboral; el proceso de inserción laboral; las funciones y actividades que realiza el RHE y las condiciones laborales.

Los ítems sobre inserción laboral contemplan la manera en la cual se enteraron de la existencia de una plaza vacante de enfermería en el hospital, opinión de los criterios de selección empleados, conocimiento de documentos normativos o regulatorios del proceso de selección, factores que facilitaron o dificultaron su proceso, la influencia del sexo del participante, condiciones en la contratación, y el primer servicio o área en la cual empezaron a trabajar. También se exploró la asociación entre el nivel de formación y el código laboral del profesional de enfermería, empleando la prueba estadística de Ji cuadrada, mientras que las tablas de contingencia fueron empleadas para describir la distribución porcentual de esta asociación.

Los ítems relacionados con las funciones y actividades se enfocan al conocimiento de las normas que regulan su práctica y una descripción breve de las funciones que realiza. En cuanto a los ítems sobre las condiciones laborales, se enfocan a aspectos de igualdad laboral e identificación de problemas de desigualdad diferenciada por el sexo del profesional.

6.3. Análisis de la información obtenida de las entrevistas

La parte cualitativa se analizó bajo el marco teórico de la fenomenología descriptiva de los autores Husserl y Schütz. La fenomenología descriptiva tiene como interés el estudiar el fenómeno tal como se manifiesta a través de la conciencia de las personas, las cuales se pueden estudiar a través de las experiencias de las mismas (118). Un componente esencial para la fenomenología descriptiva es la anulación de las ideas personales y del conocimiento previo que se puede tener del tema de interés, el cual es denominado “*bracketing*” (118,119,120). De la propuesta de Schütz se toma la idea sobre las experiencias que los informantes experimentan y consideran que no son problemas en su vida cotidiana (121).

Este marco permite una aproximación a los puntos de vista y experiencias de enfermeras y enfermeros al momento de ingresar a trabajar en el hospital, así como de las funciones y actividades que realizan en su jornada laboral diaria (119,122), identificando semejanzas y diferencias por

género (119,122). Para el análisis sobre el tema de género (74,109), se emplearon los conceptos del ‘modelo de componentes de género de Maquieira’ (65,69), del que sólo se trabajó con ‘división sexual del trabajo’ y ‘estereotipos de género’, permitiendo la identificación de las diferencias y semejanzas en las experiencias entre enfermeras y enfermeros al momento de ingresar a trabajar en el hospital, así como de su actividad diaria en las instituciones hospitalarias.

Las entrevistas fueron audio-grabadas y posteriormente transcritas en procesador de textos Word. Cada entrevista fue analizada mediante la técnica de microanálisis (123,124). El proceso analítico se realizó de manera manual mediante el llenado de matrices para cada tipo de informante según categoría de la guía de entrevista. Conforme se avanzaba en el microanálisis de los discursos, las sub-categorías se fueron colapsando, condensando y agrupando. Los árboles de códigos obtenidos se muestran en el Anexo 6.

6.4.Consideraciones éticas

El protocolo de investigación, los instrumentos y las cartas de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CI: 826) (anexo 7) y por la Secretaría de Salud de Tamaulipas (*No. de Registro 100/2017/CEI*) (anexo 8). Los participantes del llenado del cuestionario recibieron una carta de asentimiento, mientras que a los participantes en las entrevistas se les presentó la carta de consentimiento informado y se les entregó una ficha con datos de contacto en caso de tener dudas.

La investigación se desarrolló adaptándose a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, considerando la posible contribución a la solución de problemas (Art. 100, frac. I de la Ley General de Salud) (125). De la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (126), se tomó el criterio del respeto a la dignidad, protección de los derechos y del bienestar de las personas a investigar (artículo 13°) (126). La investigación en las personas se realizó con base a los principios científicos y éticos (Artículo 14, fracción I), informándolo a través del consentimiento informado (Artículo 14, fracción V) (126).

La investigación es sin riesgo, ya que se emplearon entrevistas y cuestionarios para la recolección de los datos necesarios del proceso de inserción al mercado de trabajo y de las funciones que desempeña las y los profesionales de enfermería (Artículo 17, fracción I) (126). Cuando las personas entrevistadas no quieran participar o bien que se retire de la actividad, la actividad se suspendía (Artículo 18) (126). El consentimiento informado se presentó al entrevistado

(Artículo 21), el cual será de oral (Artículo 23), con explicación clara y completa (Artículo 22, fracciones I, II, VI, VII, VIII y IX) (126). Por último, la participación o rechazo a participar en el estudio no afectó su situación laboral, al mismo tiempo de que los resultados obtenidos en la misma no son usados en perjuicio de los participantes (artículo 58°, fracciones I y II) (126).

6.5.Limitaciones encontradas

No fue posible realizar un análisis de un periodo de 10 años para algunas métricas, como por ejemplo, las relacionadas con postulantes y vacantes. Lo anterior es debido a que las fuentes correspondientes a los anuarios estadísticos de 2007 al 2011 no contemplan estas variables. Otras métricas como eficiencia terminal, la cual también propone la COCORHS, no pueden ser determinadas debido a que la información disponible no permite realizar los cálculos, ya que para ello se requiere que la información esté organizada por corte generacional. No obstante, se realizó un ejemplo con los datos de una generación perteneciente a una institución pública y a una institución privada.

Algunos datos obtenidos del SIARHE no permitieron el análisis diferenciado por sexo, tal fue el caso de personal contratado, nivel académico y personal certificado. Para las variables turno laboral, categoría laboral, funciones y tipo de contratación, la información proporcionada fue de manera bianual, imposibilitando el análisis de tendencias.

De los ocho hospitales considerados en el estudio, uno fue descartado por razones de seguridad, ya que la ciudad en donde se encuentra el hospital presentó problemas serios y severos de violencia. En el resto de los hospitales no se presentaron situaciones de riesgo al momento de visitar las instituciones hospitalarias. En la etapa de la aplicación del cuestionario, a pesar de no tener negativa en la participación del llenado de cuestionario por parte del personal de enfermería, en un hospital no se logró cubrir la cuota establecida. Esto fue debido a situaciones de emergencias de salud y la gran carga laboral observada, teniendo como resultado cuestionarios incompletos (cuadro V).

Cuadro V. Distribución de cuestionarios validados y no validados.

Tipo de hospital	Localización	Plantilla total §	Instrumentos aplicados N (%)	Instrumentos válidos n (%)†	Instrumentos invalidados n (%)†
<i>Civil</i>	<i>Victoria</i>	225	92 (40.88)	87 (94.56)	5 (5.43)
<i>General</i>	<i>Victoria</i>	416	56 (13.46)	52 (92.85)	4 (7.14)
<i>General</i>	<i>Tampico</i>	456	96 (21.05)	87 (90.62)	9 (9.37)
<i>Civil</i>	<i>Madero</i>	265	26 (9.81)	20 (76.92)	6 (23.07)
<i>General</i>	<i>Matamoros</i>	244	89 (36.47)	80 (89.88)	9 (10.11)
<i>Civil</i>	<i>Nuevo Laredo</i>	108	37 (47.74)	31 (83.78)	6 (16.21)
<i>General</i>	<i>Nuevo Laredo</i>	155	74 (25.14)	67 (90.54)	7 (9.45)
Total		1,869	470 (25.14)	424 (90.21)	46 (9.78)

Notas:

Elaboración propia

§ Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de recursos de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2016.*

†Participación calculada con el número de cuestionarios aplicados.

Durante la etapa de invitación al personal de enfermería para las entrevistas se presentaron tres tipos de situaciones no favorables: a) algunos accedían a participar en la entrevista siempre y cuando recibieran algún tipo de estímulo económico y/o político, b) otros accedían a participar en la entrevista, sin embargo acercándose a la fecha agendada, se comunicaban para notificar que por alguna situación de inseguridad pública, ya no les era posible participar, y c) aquellos que expresaron la intención de participar pero al momento de invitarlos no se obtuvo respuesta. Para el caso de uno de los directores, a pesar de haber agendado cita para la entrevista, cambió en varias ocasiones la fecha y la hora, siendo imposible la realización de la misma, por lo que se optó por descartar al participante.

Finalmente, para el caso de la representación sindical, se realizaron las visitas correspondientes a las oficinas de los sindicatos que tienen participación en las diferentes instituciones hospitalarias en Tamaulipas. No obstante, se presentaron dificultades que no permitieron realizar la invitación correspondiente a los representantes sindicales. La primera de ellas se relaciona con la carga de trabajo, ya que realizaban diversas actividades a lo largo del estado, la segunda de ellas tiene que ver con problemáticas que se han presentado en el gremio, por lo que existía una constante tensión política interna, lo cual no favorecía la realización de las entrevistas.

6.6. Declaración de No Conflicto de Interés

El estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud, que desarrolló el presente trabajo de investigación, declara que no tiene ninguna situación de conflicto de interés

real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero. Así mismo, declara que:

- No se tiene relación laboral con los participantes potenciales.
- No tiene relación laboral alguna con los centros hospitalarios contemplados en el estudio, por lo que no existe efecto alguno sobre lo que los informantes reporten para el estudio.
- Puesto que el estudiante no tiene relación laboral alguna con los centros hospitalarios del proyecto, ni mucho menos con la Secretaría de Salud del estado de Tamaulipas, declara no tener subordinado alguno.

Conclusiones del capítulo

En este capítulo, mostré los aspectos relacionados al contexto, el marco conceptual y el marco metodológico relacionado con el tema de investigación. Sobre la formación del RHE en México y Tamaulipas, llama la atención el incremento de escuelas que ofertan la licenciatura, donde la mayor parte de ellas son de IES privadas. También se identificó un crecimiento gradual en el volumen de estudiantes de la licenciatura en enfermería, sin embargo, los únicos reportes existentes no hacen una diferenciación entre el tipo de licenciatura (LE vs LEO) ni por sexo. Así mismo, los datos disponibles de las matrículas indican un incremento de la participación masculina dentro de la licenciatura en enfermería.

El tema de la inserción del profesional de enfermería al mercado de trabajo es algo que no se ha trabajado en Tamaulipas, o por lo menos no encontré reporte alguno de ello. La inserción está influenciada por el tipo de institución de salud (pública o privada) y la disponibilidad de los códigos laborales. Los indicadores empleados para el estudio del RHE están calculados por ‘razón’ entre pacientes y médicos, lo cual no permite diferenciar por sexo, ni establecer una diferencia del RHE por nivel académico. Es decir, para realizar su cálculo se consideran hasta los estudiantes de enfermería que se encuentran realizando prácticas o servicio social. Si bien, no fue posible encontrar documentos o informes sobre la actividad que realiza el personal de enfermería en México, las normas vigentes permiten aproximarnos a lo que el RHE lleva a cabo dentro de sus centros de trabajo.

Independientemente de las posturas de Freidson y de Hughes en torno a la enfermería, las propuestas sobre la formación profesional, la licencia (cédula) profesional, la inserción al mercado laboral, y las organizaciones que se dan dentro del campo laboral, brindan elementos que permiten

acercarnos a los puntos del tema de investigación. De hecho, Hughes enfatiza la necesidad de estudiar los procesos de inserción laboral según la profesión que se va estudiar. Un elemento que influye en la profesión, desde la formación hasta el campo laboral es el género. Al ser una construcción social y cultural de la identidad de una persona como hombre o la mujer, implica que su estudio es una actividad compleja. De aquí la importancia de que tomar en cuenta a los componentes de género, delimitando el estudio a dos elementos: los estereotipos y la división sexual del trabajo.

Finalmente, se muestra la metodología empleada, en donde se declara que es un trabajo con diseño mixto, en donde la parte cuantitativa se enfoca a explorar las características de la oferta educativa y del RHE, y la parte cualitativa se orienta en las experiencias vividas por el personal de enfermería en cuanto al proceso de inserción a su trabajo actual y en las actividades laborales que actualmente realiza, lo anterior con un enfoque de género. En el capítulo siguiente se muestran los resultados cuantitativos que describen la evolución en un periodo de diez años (2007-2016) de la oferta educativa, enfocándose en los datos de las matrículas, así como de las características del RHE que se encuentra laborando dentro del SS de Tamaulipas.

Capítulo 2

Productos académicos

Resumen del capítulo

El objetivo del presente capítulo es el mostrar dos productos que surgen del proyecto de investigación. El primero de ellos, muestra el panorama de la oferta educativa de la licenciatura en enfermería en Tamaulipas, durante el periodo 2007-2016. El segundo producto se enfoca a conocer y comparar las funciones y actividades que realiza el personal de enfermería, revisando los aspectos de los estereotipos de género y la división del trabajo por sexos.

Primer artículo: Oferta educativa y disponibilidad de profesionales con licenciatura en enfermería en Tamaulipas, México. 2007-2016

Resumen

Objetivo. Describir y analizar la oferta educativa de la licenciatura en enfermería del estado de Tamaulipas, México. *Material y método.* Estudio cuantitativo de datos secundarios con diseño descriptivo, longitudinal y de análisis de tendencias. Se analizaron las características de las instituciones de educación superior y el comportamiento de las matrículas de la licenciatura en enfermería en el estado de Tamaulipas, México durante el periodo 2007-2016. *Resultados.* Tamaulipas cuenta con 25 escuelas que ofertan la licenciatura de enfermería, la mayoría del sector privado. Sólo el sector público tiene escuelas acreditadas. El mayor volumen de matrícula de postulantes, nuevo ingreso, total y egreso se observa en el sector público. Hay un incremento en la participación de varones dentro de la carrera a lo largo del periodo 2007-2016. El análisis de tendencias muestra un incremento en el comportamiento de las matrículas. *Conclusión.* La dinámica del volumen de la matrícula y el número de escuelas de LE plantean la posibilidad de que se tendrá RHE calificado para la atención de la sociedad tamaulipeca en los servicios de salud.

Palabras clave: *Escuelas de Enfermería, Estudiantes de Enfermería, Tendencias.*

Introducción

Uno de los elementos clave de los sistemas de salud (SS) son los recursos humanos (RHS) (127,128), ya que a través de ellos se contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones (3) pero sobre todo, la operación del propio sistema (129,17). El recurso humano de enfermería (RHE) es la fuerza laboral más importante del SS, tanto por su volumen (23) y las funciones que desempeña dentro del SS (129,23,130).

Al reconocer la importancia del RHE dentro del SS, se necesita contar con la descripción de tendencias y características de la oferta educativa de la licenciatura en enfermería (LE). De esta manera, el SS puede conocer y asegurar la disponibilidad del RHE para cubrir las necesidades de atención en salud identificadas, aun teniendo limitaciones con el recurso financiero (17,131). El desconocimiento de la oferta educativa puede implicar una mala coordinación entre el sector educativo y el sector salud en cuanto a oferta y demanda de RHE se refiere (17).

Los reportes sobre la oferta educativa de la LE pocas veces compara la matrícula por sexo, aspecto a considerar por la incursión del varón dentro de una carrera feminizada (84). La regulación y acreditación de escuelas de enfermería rara vez se menciona en investigaciones. Para entidades federativas como Tamaulipas, sólo un reporte describe la matrícula de LE durante el periodo 1996–

2012 (52), sin ampliar el panorama de la oferta educativa. Por ello, el objetivo del presente artículo es describir y analizar las tendencias de la oferta educativa de la LE del estado de Tamaulipas.

Para conocer la oferta educativa del RHE, es necesario describir las características de las instituciones formadoras (tipo de institución, regularización y acreditación), y la dinámica de las matrículas de estudiantes (nuevo ingreso, total, egreso y titulación) (1,2). En México, la Secretaría de Salud (SSA) reportó en 2012 la existencia de 135 escuelas de formación de licenciatura en enfermería (4), sin especificar si esta formación es LE o en enfermería y obstetricia (LEO). Para 2018, la Asociación Nacional de Escuelas e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) tenía identificadas a 250 escuelas de enfermería de nivel licenciatura en todo el país (132), de las cuales 82.40% son de LE y 14.80% son LEO.

En cuanto a las modalidades de los programas académicos, se realiza una aclaración respecto a aquellas modalidades diferentes al sistema escolarizado. Los cursos complementarios se enfocan en complementar la formación académica del técnico de enfermería para obtener el nivel académico de licenciatura (23). Estos cursos también son conocidos como “*nivelación de licenciatura*” o “*profesionalización*” por parte de la SSA, los cuales surgen por una recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para “profesionalizar” enfermeras y enfermeros a nivel superior (13,133), siendo la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México la primera en ofertarlo (133).

La modalidad ejecutiva es un sistema semi-escolarizado, que consiste en cursar la carrera en horarios flexibles, habitualmente por módulos y en fines de semana, combinándolos con enseñanza y formación virtual. Esta modalidad surge ante la necesidad de personas que no poseen tiempo suficiente para cursar la carrera en un sistema escolarizado, teniendo como beneficio la titulación automática. El problema de esta modalidad radica en que no se tiene claro si se realiza el servicio social o las prácticas profesionales, actividades necesarias en la formación del RHS.

En el tema de la regulación de escuelas de enfermería en México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la SSA (4) establecen estándares de calidad, los cuales determinan la apertura o clausura de una institución formadora. La revisión del cumplimiento de estos estándares se da a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) (6) quien emite una constancia de validez técnica. Mientras que las instituciones educativas públicas reciben el aval de la SEP, las instituciones del sector privado deben tener el

Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE) (7), previa aprobación del CIFRHS para desempeñar su actividad educativa.

Sin embargo, Jiménez (4) y Arredondo (134) indican que existen problemas en la normatividad de la regulación de la enseñanza de la enfermería. Los principales se deben a que las escuelas de enfermería no cuentan con una acreditación o la opinión técnica favorable de sus programas de estudios, lo que repercute en la calidad de la enseñanza (4,134,41).

La acreditación de los programas académicos de licenciatura en enfermería es realizada por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) y por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) (8). COMACE reporta 50 programas de licenciatura acreditados, siendo sólo uno de carácter privado (8), lo cual representa 20% del total de escuelas de enfermería en México (132).

En cuanto a la dinámica de la matrícula de la LE, los reportes indican un crecimiento constante en el volumen de estudiantes (3,1,11,30). De 1990 a 2001 se cuadruplicó su volumen (11), mientras que en el período de 2001 a 2013 se quintuplicó (12). Llama la atención la relación hombre/mujer de 1:10 (11) en 1990, de 2:10 (11) en 2001 y de 4:10 (12) en 2013, lo que muestra un incremento gradual de hombres en la LE.

A nivel estatal, Tamaulipas es una de las entidades que conforman la frontera norte de la República Mexicana, presentando en los últimos años una dinámica específica en la formación del RHE en el nivel de licenciatura. Según datos de la ANUIES, durante el periodo 2001–2010, la entidad se encontraba dentro de los primeros 10 estados de la República Mexicana en cuanto a matrículas se refiere, ocupando en 2010 el 7° en matrícula de nuevo ingreso, 3° lugar en matrícula total, 6° en matrícula de egreso y el 3° en titulación (53).

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo de datos secundarios con diseño descriptivo, longitudinal y de análisis de tendencias usando el modelo de regresión *Joinpoint*. Para la revisión de la oferta educativa se emplearon los anuarios de la ANUIES correspondientes al periodo 2007–2016, que proveen información sobre los diferentes tipos de matrícula por sexo y tipo de programa. La información sobre titulados fue a partir del registro de la Dirección General de Profesiones (DGP). También se solicitó un listado de los programas acreditados en Tamaulipas a COMACE. De igual

forma, se solicitó a la Subsecretaría de Educación Media Superior y Superior de Tamaulipas (SEMSyST), el listado de escuelas de enfermería con RVOE vigente al 2016.

Para el análisis de la oferta educativa se emplearon los indicadores propuestos por la Comunidad Colaborativa sobre Recursos Humanos para la Salud (COCORHS) (33), las cuales fueron adaptadas, según el caso, para una comparación por sexo. Se determinó la razón hombre/mujer, así como el uso de métricas propuestas para la descripción y análisis de las matrículas según el tipo de institución y acreditación.

Para revisar las tendencias de las series relacionadas con los datos de la matrícula por sexo (nuevo ingreso, total, egreso y titulación), el número de postulantes^{kk} y vacantes^{ll} en la LE, se utilizó el programa de regresión *Joinpoint* ver. 4.4.0.0^{mmm}. Este programa permite determinar si las tendencias observadas y sus cambios son significativos a través de un modelo de cambio porcentual anual (CPA) (116). El CPA es una medida de resumen que caracteriza las tendencias de una serie de datos (116,117). El modelo de regresión *Joinpoint* toma en cuenta los cambios de las transiciones de tendencias, considerando que el CPA es constante dentro del segmento de la tendencia observada, mostrando una linealidad en una escala logarítmica (117). Una ventaja de la caracterización de las tendencias bajo este modelo es que las mediciones pueden ser comparables en diferentes escalas así como la presencia o no de cambios de pendiente en algún punto de la serie (116,117)

Para el análisis se emplearon los valores de cada serie, considerando como variable independiente al año y como variables de agrupación al sexo, tipo de sector y acreditación. Se estableció como caracteres perdidos al “*Space*” y la variable dependiente como “*Provided*”. El número de estudiantes o de instituciones fue establecida como “*Count*”, así como el valor del error estándar. Las variables de agrupación (sexo, tipo de sector y acreditación) fueron especificadas en el apartado “*By Variables*”. A pesar de que la literatura recomienda establecer un rango de puntos de unión entre “0” y “3” (135), se estableció un rango entre “0” y “1”, por tener menos de 12 datos en cada serie (136). La transformación logarítmica fue empleada para el análisis de *Joinpoint*. En el apartado elementos avanzados se seleccionó como método “*Grid Search*” y la prueba de

^{kk} Postulante es la persona que realiza un trámite de solicitud de nuevo ingreso al programa. Esta persona puede ser o no aceptada en la carrera, lo cual depende del proceso de selección. Este valor puede ser igual o menor a la matrícula de nuevo ingreso.

^{ll} Vacante es el número de espacios ofertados por las instituciones formadoras para una carrera. Este número varía cada año.

^{mmm} El programa es de acceso libre. *Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute*. Calverton, MD

permutación para determinar el mejor número de puntos de cambio en la segmentación de la línea de regresión.

Resultados

Regulación, modalidad de estudio y acreditación de escuelas de LE en Tamaulipas

De acuerdo a la ANUIES, la DGP y SEMSyST, al 2016 Tamaulipas contaba con 12 IES que ofertan la LE en 5 escuelas del sector público y 20 del sector privado. De las 11 IES privadas, una no cuenta con RVOE para la LE. Sólo 4 escuelas están acreditadas ante COMACE, todas del sector público (cuadro I). En cuanto a la modalidad del programa ofertado, todas las IES manejan la modalidad escolarizada, mientras que las modalidades ejecutivas y complementarias son manejadas por el sector privado. La duración de la carrera varía desde los cuatro años de formación y uno de servicio social, hasta dos años sin servicio social (cuadro I). Por tipo de modalidad, el sistema escolarizado cuenta con la mayor duración y contemplan el servicio social.

Cuadro I. Descripción general de las IES que ofertaran la LE en Tamaulipas al 2016.

Característica	Tipo de institución		Total
	Pública	Privada	
IES que ofertan la Lic. en Enfermería	1	11	12
IES con RVOE	N.A.	10	10
Campus/Escuelas	5	20	25
Escuelas con programas acreditados	4	0	4
Modalidad del programa de estudios			
<i>Escolarizada</i>	5	10	15
<i>Complementaria</i>	0	11	11
<i>Ejecutiva</i>	0	1	1
Duración del programa de estudios			
<i>4 años y 1 año de servicio social</i>	5	5	10
<i>3 años y 1 año de servicio social</i>	0	2	2
<i>2 años, 8 meses y 1 año de servicio social</i>	0	1	1
<i>2 años, 8 meses y seis meses de servicio social</i>	0	1	1
<i>3 años, cuatro meses</i>	0	1	1
<i>2 años, 8 meses</i>	0	10	10
<i>2 años</i>	0	2	2

Fuente: Base de datos de la ANUIES, Programas acreditados ante COMACE y Escuelas con RVOE de la SEMSyST

La razón de instituciones público/privadas durante el periodo 2007-2016 muestra variaciones a lo largo de 10 años, influenciado principalmente por el número de escuelas privadas. Durante los primeros años muestran una relación constante, y en los últimos años, este comportamiento tiende a decrecer. Cabe señalar que el número de escuelas del sector público se ha

mantenido constante a lo largo de este periodo (figura 1). De igual manera, el comportamiento de las escuelas acreditadas/no acreditadas también se ha mantenido constante.

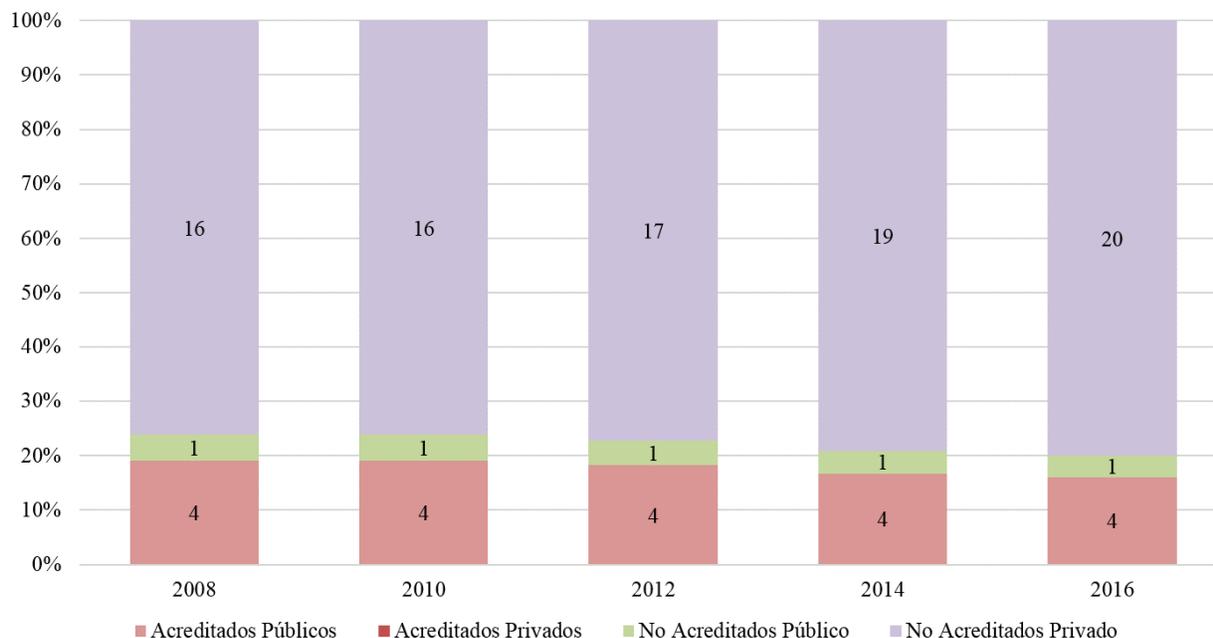
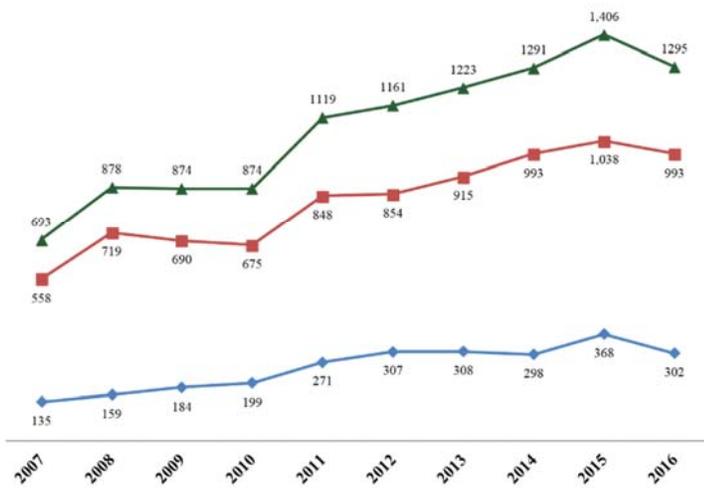


Figura 1. Distribución de escuelas de enfermería por tipo y situación de acreditación. Fuente: información de la ANUIES.

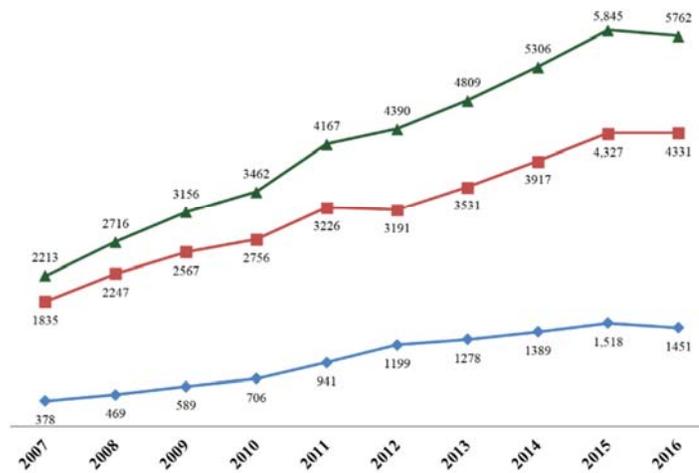
Dinámica de las matrículas diferenciadas por sexo de la LE en Tamaulipas

Durante el periodo 2012-2016, en promedio hay 14 postulantes por cada vacante disponible y por sexo, por cada tres postulantes hombres o 10 postulantes mujeres, existe una vacante disponible. Cuando se revisa la evolución por sexo de los postulantes, la mayoría son mujeres, pero se observa una participación constante de hombres durante el periodo 2012-2016.

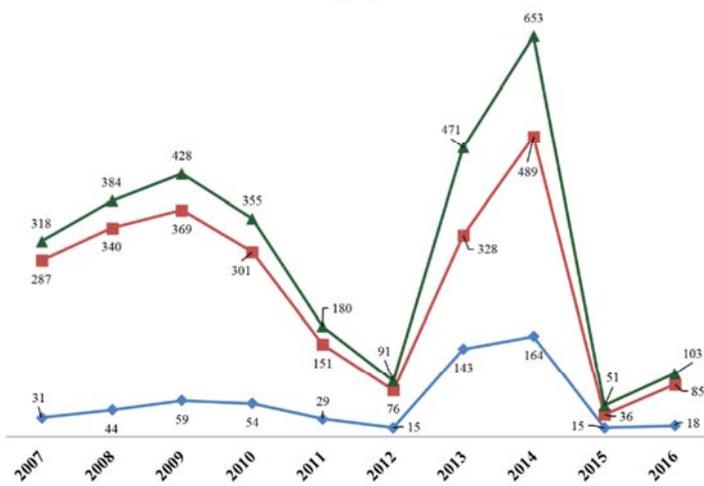
En la revisión de las matrículas durante el periodo 2006-2017, los datos muestran un crecimiento constante y acelerado de la matrícula de nuevo ingreso y total (figuras 2a y 2b), reforzando lo mostrado en los trabajos que se realizaron con los datos a nivel nacional en diferentes momentos (3,1,11,30). En las matrículas de egresos y titulaciones, a pesar de mostrar fluctuaciones, en general muestran una tendencia de incremento (figura 2c y 2d). Al revisar el comportamiento de las matrículas diferenciada por sexos, se distingue un incremento gradual en la distribución de hombres en todos los casos.



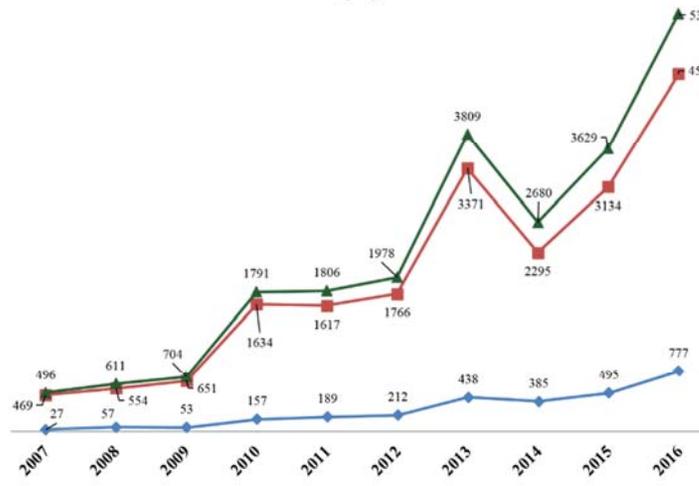
(A)



(B)



(C)



(D)

—●— Hombres —■— Mujeres —▲— Total

Figura 2. Distribución de las matrículas por sexo de la LE en Tamaulipas, 2012-2016: a. Nuevo ingreso; b. Matrícula Total; c. Egresos, d. Titulación. Fuente: Boletines de la ANUIES y DGP.

La razón hombre/mujer por tipo de matrícula muestra una tendencia al incremento con sus respectivas fluctuaciones (cuadro II). La razón hombre/mujer de nuevo ingreso y de matrícula total es mayor en comparación con la correspondiente a los de la matrícula de egresos y titulación.

Cuadro II. Razón hombre/mujer de estudiantes de LE en Tamaulipas, 2007-2016.

Tipo de matrícula	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio
<i>Nuevo Ingreso</i>	0.242	0.221	0.267	0.295	0.320	0.359	0.337	0.300	0.355	0.304	0.300
<i>Total</i>	0.206	0.209	0.229	0.256	0.292	0.376	0.362	3.55	0.351	0.335	0.617
<i>Egresados</i>	0.108	0.129	0.160	0.179	0.192	0.197	0.436	0.335	0.417	0.212	0.237
<i>Titulados (ANUIES)</i>	0.054	0.045	0.101	0.092	0.121	0.156	0.144	0.191	0.232	0.256	0.139
<i>Titulados (DGP)</i>	0.058	0.103	0.081	0.096	0.117	0.120	0.130	0.168	0.158	0.169	0.120

Fuente: Cálculos propios, empleando la información de la ANUIES y la DGP.

La distribución de las matrículas en instituciones acreditadas se observa en el cuadro III. De manera general, durante el periodo 2007-2016, el 77.80% de los hombres y el 80.26% de las mujeres estaban estudiando en una escuela acreditada ante COMACE. Para el caso de la titulación, más del 80% de hombres y mujeres fueron titulados en IES acreditadas. Es decir, que al menos en los últimos 10 años, se ha estado formando y titulado RHE en instituciones acreditadas, lo cual respalda la calidad de sus profesionales.

Cuadro III. Distribución de matrícula por situación de acreditación de la IES y sexo de estudiantes de LE en Tamaulipas, 2007 - 2016.

Tipo de matrícula	Sexo	Acreditación	Año										Promedio Anual
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Matrícula Total	Hombre	<i>Acreditado</i>	95.77%	87.21%	76.23%	73.09%	69.79%	73.48%	76.60%	77.68%	73.98%	74.16%	77.80%
		<i>No Acreditado</i>	4.23%	12.79%	23.77%	26.91%	30.21%	26.52%	23.40%	22.32%	26.02%	25.84%	22.20%
	Mujer	<i>Acreditado</i>	94.66%	88.96%	82.78%	80.08%	72.85%	74.27%	76.89%	78.91%	75.94%	77.24%	80.26%
		<i>No Acreditado</i>	5.34%	11.04%	17.22%	19.92%	27.15%	25.73%	23.11%	21.09%	24.06%	22.76%	19.74%
Titulados	Hombre	<i>Acreditado</i>	88.89%	92.31%	96.77%	84.00%	79.17%	84.93%	82.35%	75.69%	90.20%	73.94%	84.83%
		<i>No Acreditado</i>	11.11%	7.69%	3.23%	16.00%	20.83%	15.07%	17.65%	24.31%	9.80%	26.06%	15.17%
	Mujer	<i>Acreditado</i>	82.88%	72.13%	92.18%	92.98%	89.67%	88.65%	85.47%	79.87%	90.74%	70.58%	84.52%
		<i>No Acreditado</i>	17.12%	27.87%	7.82%	7.02%	10.33%	11.35%	14.53%	20.13%	9.26%	29.42%	15.48%

Fuente: Cálculos propios, empleando la información de la ANUIES y COMACE

Evaluación de tendencias de las matrículas por tipo de IES y sexo de la LE en Tamaulipas

La evaluación de las tendencias de los datos relacionados con la oferta educativa de enfermería en Tamaulipas se muestra en el cuadro IV. El valor del cambio porcentual anual (CPA) de los datos de postulantes a la LE del sector público muestran valores negativos, es decir, el número de aspirantes va disminuyendo año con año. Para el sector privado, el CPA obtenido es

positivo, indicando un crecimiento acelerado de aspirantes a la LE. Sin embargo, para ambos casos es necesario analizar más años debido a que el resultado no es significativo.

La mayor parte de las tendencias de las matrículas reportadas en el análisis de *Joinpoint* muestran que los resultados son significativos (cuadro IV). En todos los casos, las matrículas tienden a incrementarse al paso del tiempo, donde el CPA de las series de los hombres es mayor al de las mujeres. Algunas series de datos muestran cambios en su pendiente, pero el comportamiento es de incremento, tal es el caso de los datos de la matrícula de nuevo ingreso, total y egresos en hombres. En el caso de las matrículas de las mujeres, sólo se muestra una pendiente que representa el crecimiento de la matrícula.

Cuadro IV. Análisis *Joinpoint* de las tendencias de los programas y matrículas de la LE en Tamaulipas, 2007-2016.

Serie evaluada		Tendencia 1		Tendencia 2	
		Periodo	CPA (sig)	Periodo	CPA (sig)
Postulantes a instituciones públicas	General	2012-2016	-2.20 (0.70)	---	---
	Hombre	2012-2016	-3.64 (0.60)	---	---
	Mujer	2012-2016	-1.23 (0.80)	---	---
Postulantes a instituciones privadas	General	2012-2016	36.14 (0.20)	---	---
	Hombre	2012-2016	19.64 (0.50)	---	---
	Mujer	2012-2016	19.57 (0.50)	---	---
Vacantes ofertadas	Público	2012-2016	4.14 (1.10)	---	---
	Privado	2012-2016	33.5 (0.00)	---	---
Nuevo ingreso	Hombre	2007-2012	18.53 (0.00)	2012-2016	1.87 (0.70)
	Mujer	2007-2016	5.89 (0.00)	---	---
Nuevo ingreso Público	Hombre	2007-2013	18.00 (0.00)	2013-2016	-5.9 (0.20)
	Mujer	2007-2016	4.37 (0.00)	---	---
Nuevo ingreso Privado	Hombre	2007-2016	13.25 (0.10)	---	---
	Mujer	2007-2016	12.91 (0.00)	---	---
Total	Hombre	2007-2012	27.96 (0.00)	2012-2016	5.68 (0.00)
	Mujer	2007-2016	8.51 (0.00)	---	---
Total Público	Hombre	2007-2013	23.08 (0.00)	2013-2016	2.87 (0.10)
	Mujer	2007-2013	15.30 (0.00)	2013-2016	-2.68 (0.60)
Total Privado	Hombre	2007-2016	7.92 (0.10)	---	---
	Mujer	2007-2016	5.65 (0.20)	---	---
Egreso	Hombre	2007-2016	25.49 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	5.92 (0.10)	---	---
Egreso Público	Hombre	2007-2016	23.09 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	2.37 (0.40)	---	---
Egreso Privado	Hombre	2007-2013	64.69 (0.00)	2013-2016	-16.08 (0.50)
	Mujer	2007-2016	20.80 (0.00)	---	---
Titulados (ANUIES)	Hombre	2007-2014	36.19 (0.00)	2014-2016	2.89 (0.70)
	Mujer	2007-2016	7.30 (0.00)	---	---
Titulados/Público (ANUIES)	Hombre	2007-2016	19.86 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	7.79 (0.00)	---	---
Titulados/Privado (ANUIES)	Hombre	2007-2016	3.34 (0.80)	---	---
	Mujer	2007-2016	7.99 (0.30)	---	---
Titulados (DGP)	Hombre	2007-2016	28.37 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	18.10 (0.00)	---	---
Titulados/Público (DGP)	Hombre	2007-2016	28.22 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	11.38 (0.00)	---	---
Titulados/Privado (DGP)	Hombre	2007-2016	27.75 (0.00)	---	---
	Mujer	2007-2016	19.01 (0.00)	---	---

El valor del CPA es significativo si es menor a 0.05 Fuente. Base de datos de la ANUIES y DGP.

Discusión

Diversidad en la oferta académica de la LE y el problema de la acreditación en Tamaulipas

Llama la atención el número de escuelas del sector privado que oferta la LE en el estado y su impacto relativamente alto en el incremento de la matrícula de enfermería. Si bien, la IES pública muestra una amplia participación en la formación del RHE, el sector privado se abre camino al ofertar otras formas de estudiar la carrera, logrando de esta manera atraer a más estudiantes o postulantes. En este sentido, las IES privadas han optado por la oferta de los cursos de nivelación a licenciatura, la modalidad ejecutiva y la reducción del tiempo de la carrera en la modalidad escolarizada.

En el caso de los cursos de nivelación, actualmente son ofertados por las 11 IES privadas de manera libre, mientras que la IES pública dejó de ofertarlos en los últimos años. Esta decisión deriva de que ya no oferta la carrera técnica de enfermería (conocida como *Enfermería General*). En el caso de la modalidad ejecutiva, al 2016, sólo una IES privada la ofertaba, aunque en los últimos años ya no ha realizado esta oferta.

La duración de la carrera de LE es muy variada en el estado, aún en el sistema escolarizado. De manera general, la duración es de cuatro años y uno de servicio social, tiempo que ha sido reconocido por la misma OPS como el más común (137). La diversidad en la duración del programa académico se observa en las IES privadas, quienes ofertan la carrera en un tiempo menor a lo habitual, con la finalidad de tener una mayor matrícula de estudiantes dentro de sus aulas, siendo más demandadas aquellas escuelas que ofertan la LE en un tiempo menor a tres años.

Con respecto al RVOE, 1 de las 11 IES privadas no pudo demostrar dicho registro. Una posibilidad de no tener RVOE es el amparo de la incorporación, es decir, que una IES con RVOE o pública valida el programa de estudios (138), pudiendo trabajar sin este registro. Otro motivo común es el hecho que la carrera sea de reciente formación en la IES, por lo que su registro se encuentre en trámite. De no ser así, la Ley de Educación de Tamaulipas impone sanciones. Además, sin la aprobación del CIFRHS, la IES no tiene autorización para que sus alumnos realicen prácticas o servicio social dentro de las instituciones del sector salud (139).

La variación observada en la razón de escuelas acreditadas/no acreditadas a lo largo de 10 años en Tamaulipas se debe a que las escuelas no acreditadas son principalmente del sector privado. Solo la IES pública cumple con este criterio, al tener cuatro de sus cinco escuelas acreditadas. Tamaulipas es, junto con la Ciudad de México, uno de los estados con el mayor número de escuelas

acreditadas vigentes en comparación con el resto del país (140). Sin embargo, el 84% de las escuelas de enfermería en Tamaulipas no están acreditadas, lo que representa un problema en la calidad de los programas de LE (1,5,4,134).

Algunos reportes a nivel nacional mencionan que el gran número de escuelas no acreditadas es un problema (1,5,4,134). De acuerdo con comentarios realizados por un representante de COMACE (140), parte del problema es que las IES privadas se mantienen al margen del proceso por no cumplir con elementos relacionados con la infraestructura, los cuerpos académicos y la distribución de docentes. Algunas escuelas participan en el proceso de acreditación, sin embargo, no cumplen con el puntaje mínimo para ello (140). Finalmente, se tiene la situación de la incorporación^{nm} de escuelas de enfermería en IES que tienen registro y/o acreditación, por lo que no realizan este proceso.

Comportamiento y dinámica de las matrículas diferenciadas por sexo

Generalmente, el número de vacantes es insuficiente para el volumen de postulantes. En Tamaulipas es difícil obtener una vacante. Los cálculos obtenidos de la razón postulante/vacante diferenciada por sexo muestran que los hombres tienen mayor probabilidad de ocupar una vacante en comparación con las mujeres, independientemente de que estas representan la mayor demanda para estudiar la LE.

En las matrículas de nuevo ingreso, total, egresos y titulaciones, se refleja el crecimiento desregulado de las escuelas de enfermería (5), debido a que en Tamaulipas existe un número importante de escuelas que ofertan la LE. Este crecimiento constante y acelerado de la matrícula de nuevo ingreso y total, refuerza la tendencia al aumento, observada a nivel nacional (3,1,11,30). Las variaciones observadas en las matrículas de egresos, pueden explicarse por el contexto y el proceso de formación de RHE, relacionado con el rezago académico, la deserción escolar (11) o la reinserción académica.

En el caso particular de las titulaciones, tanto la ANUIES como la DGP muestran diferencias en sus valores, debido a las metodologías empleadas para la recopilación de información. Los datos de la ANUIES se obtienen al momento de llenar la información en los

^{nm} La 'incorporación' es la autorización que brinda una institución educativa a otra, para que ésta última pueda emplear sus planes y programas académicos. Habitualmente, las IES incorporadas son del sector privado al sector público.

formatos proporcionados a las IES (53), mientras que la DGP considera el total de cédulas expedidas en un año civil. Considerando esta situación, se aprecia que el total de titulados de la DGP es mayor al que reporta el informe de la ANUIES.

En todas las series analizadas por sexo, se observa el incremento del volumen de hombres a lo largo de 10 años. Si bien la enfermería ha sido tradicionalmente identificada como profesión de mujeres (84), el incremento de la participación de varones concuerda con lo observado en México durante las últimas décadas (84), siendo un proceso lento en comparación con el de la incursión de las mujeres en medicina y en farmacia (85). Las motivaciones personales para que los hombres estudien enfermería no son del todo claras, sin embargo, resultados de otras investigaciones muestran como motivaciones la búsqueda del ingreso económico, de la seguridad laboral (16), el deseo de ayudar a las personas, el deseo de crecimiento y de estabilidad profesional y la posibilidad de trabajar en diferentes regiones (85).

De manera general, al comparar la proporción de hombres al inicio de la carrera (matrícula de nuevo ingreso y total) y al final de la misma (matrícula de egreso y titulación), es notoria la disminución de esta proporción. Según Verderese y García (15), es posible que la disminución en la proporción de la matrícula de varones en enfermería se deba a que una vez egresados^{oo}, opten por cursar otra carrera que les sea de mayor interés, siendo medicina una de ellas, por lo que decidan no titularse.

Evaluación de las tendencias de la oferta educativa de la LE en Tamaulipas

Al analizar la tendencia del número los postulantes tanto por sexo como por tipo de institución, el sector público muestra una tendencia negativa, es decir, que conforme pasa el tiempo, el número de postulantes tiende a disminuir. Por otro lado, si bien existe un crecimiento de la matrícula en las IES privadas, el volumen de matrícula no supera a la IES pública. En ambos casos, a pesar de que las tendencias no son significativas debido al número de datos de cada serie, es un hecho el incremento de matrícula en las IES privadas, sobre todo cuando la IES pública ya no tiene vacantes, o bien, cuando los estudiantes son dados de baja de la institución por bajo rendimiento académico.

^{oo} El egresado es aquel estudiante que termina y acredita todas las asignaturas de la carrera, pudiendo o no haber realizado el servicio social. El estudiante titulado es aquel que tramita el título y la cédula profesional, una vez que ha cumplido tanto los requisitos académicos (defensa de grado) y de servicio social.

Para el caso del incremento de las matrículas, la mayor parte de las tendencias muestran que los resultados son significativos. El CPA de las matrículas incrementa al paso del tiempo, indicando que el volumen de hombres incrementa aceleradamente en comparación con el de mujeres. Sin embargo, el mayor volumen en las matrículas sigue siendo de mujeres. Se observa cambio de la pendiente en las matrículas de nuevo ingreso, total y egresos en hombres, reflejando una desaceleración en incremento de la matrícula en los últimos años. En el caso de las mujeres, sólo se muestra una tendencia al crecimiento de la matrícula.

Llama la atención el comportamiento de las tendencias observadas en las matrículas cuando se compara entre IES públicas y privadas. Las tendencias observadas en las matrículas muestran un crecimiento acelerado en los últimos 10 años en las IES privadas, aunque la IES pública muestra un CPA mayor. Sin embargo, existe una discrepancia en el comportamiento de las tendencias de las titulaciones entre la información de la ANUIES y la de la DGP, ya que esta última reporta un crecimiento similar entre IES públicas y privadas.

Tomando en cuenta la información proporcionada por la ANUIES, se observa que la mayor parte de los estudiantes son absorbidos por las instituciones del sector público. En el caso particular de las titulaciones, los datos de la DGP muestran un comportamiento inverso, es decir, en los últimos siete años la mayor parte de los titulados son de instituciones privadas. No se tiene explicación y/o argumento sólido que permita comprender esta situación en el estado de Tamaulipas.

Conclusiones

El presente documento describe el comportamiento de la oferta educativa de la LE en Tamaulipas, México. No solo muestra la dinámica de las matrículas a lo largo del periodo 2007-2016, sino que también refleja las características de las IES formadoras de RHE. Los resultados obtenidos sobre la formación de RHE hacen pensar que se tendrá disponibilidad de personal calificado para la atención de la sociedad tamaulipeca en los servicios de salud.

La carrera de enfermería se ha caracterizado por ser una profesión altamente feminizada, por lo que la incursión del hombre dentro de esta carrera debe de analizarse bajo otras perspectivas. Es necesario indagar los motivos por el cual el hombre decide estudiar esta carrera, ya que se demuestra su creciente participación dentro de LE en Tamaulipas. Por otro lado, se debe explorar el tema de la titulación, sobre todo los incentivos y/o barreras percibidas durante este proceso.

Se debe tomar en cuenta las características de las instituciones formadoras de RHE, destacando a la acreditación y la variedad de la oferta educativa. Es preocupante ver que el mayor número de escuelas de enfermería no poseen una acreditación de sus programas de estudio, lo cual puede repercutir en la imagen de la calidad en la formación de LE. No obstante, el efecto que tiene la '*mercadotecnia educativa*' enfocada a la duración de la carrera y modalidades *innovadoras*, dejan de lado la importancia de la calidad de los programas, siendo este un tema que se debe analizar con mayor detalle.

Segundo artículo: La asignación de funciones y actividades del personal de enfermería: ¿por estereotipos de género o por capacidades técnicas?

Resumen

Objetivo. Conocer la experiencia de profesionales de enfermería de ambos sexos y de los responsables de las instituciones hospitalarias, para identificar desde su perspectiva en qué medida el proceso de asignación de funciones y actividades dentro de las instalaciones médicas, está relacionado con estereotipos de género más que con su capacidad técnica. *Material y método.* Investigación con un diseño de métodos mixtos, en donde se reportan los resultados cualitativos. La muestra del personal de enfermería fue obtenida de 7 instituciones hospitalarias de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, también contando con la participación de miembros de la dirección del hospital, recursos humanos y de enfermería. *Resultados.* Los hallazgos reportados en el presente documento permiten conocer la manera en que algunos *estereotipos* y *roles de género* influyen en la designación de funciones y actividades del personal de enfermería, como el ‘*rol materno*’ en las enfermeras o la ‘*fuera*’ en los enfermeros, que son tomados en cuenta en la distribución de actividades dentro del hospital. *Conclusión.* Si bien, el nivel técnico-académico fue considerado para la distribución de funciones y actividades dentro de los hospitales, en la práctica esta distribución también se realizaba en función de los estereotipos de género.

Palabras clave: *Personal de Enfermería, Estereotipos de Género, División sexual de Trabajo.*

Introducción

El presente documento tiene como objetivo conocer la experiencia de profesionales de enfermería de ambos sexos y de los responsables de las instituciones hospitalarias, para identificar desde su perspectiva en qué medida el proceso de asignación de funciones y actividades dentro de las instalaciones médicas, está relacionado con estereotipos de género más que con su capacidad técnica.

Las funciones y actividades del personal de enfermería en México son descritas en los *Perfiles de Enfermería* (49), en la *Norma Oficial Mexicana para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud* (NOM-019-SSA3-2013) (50) y el *profesiograma* del recurso humano para la salud (51). Estos documentos muestran una relación entre el nivel de formación académico-profesional y las actividades laborales dentro del sistema de salud, sin establecer una diferenciación por sexo.

La capacidad y competencia técnica-académica es importante para la asignación de las funciones de enfermería, sin embargo en la práctica no se lleva a cabo de esta manera (18). Esta situación tiene que ver con la perspectiva inculcada desde los inicios de la enfermería moderna, cuando Nightingale declaró que esa profesión es “innata a la mujer” (80), debido a que es una labor

“emocional” (82). No obstante, en las últimas décadas los hombres se han incorporado lentamente a la profesión de enfermería (108,48,74). Hughes propone que el *género* influye en la asignación de funciones del personal de enfermería dentro de una institución hospitalaria (18).

De acuerdo con Lamas, el *género* se define como “una construcción social y cultural de la identidad de una persona como hombre o como mujer, la cual puede o no tener relación con su sexo biológico” (67). Según Berger y Luckmann, la construcción social como hombre o como mujer se percibe a partir de los *roles* de género, entendidos como “modos de conducta y formas de acción tipificadas, que están construidas y designadas dentro del contexto social” (141). A partir de estos *roles*, históricamente se han creado *estereotipos* sociales, los cuales son entendidos como un conjunto de creencias, rasgos, cualidades y expectativas que de acuerdo a la percepción social tienen hombres y mujeres y deben actuarlos dentro de un contexto social (73,75).

Autores como Mosqueda, Paravic y Valenzuela (70); Fajardo y Germán (97) entre otros (99,103), comentan que los *estereotipos* relacionados con los *roles de género*, como “las mujeres son más emocionales y débiles” o “los hombres son más fuertes”, son usados por los empleadores en la asignación de las actividades del personal. En la profesión de enfermería, se han estudiado los *estereotipos de género* para ver cómo influyen dentro del ambiente laboral (74,99,77). En este sentido, Games indica que dentro del ambiente laboral del personal de enfermería, los *estereotipos* se pueden agrupar como características deseables (positivas) o indeseables (negativas) (142). Castañeda agrega que cuando los estereotipos dependen de características biológicas, deben ser consideradas como “neutrales” (143).

Los hallazgos anteriores muestran una tendencia clara en los empleadores a diferenciar las actividades por *género* en el personal de enfermería, presentándose una *división del trabajo por sexo* dentro de las instalaciones médicas (70). En un estudio clásico, Engels utilizó el término *división del trabajo por sexo* para referirse a las actividades específicas para hombres (provisión de recursos) y mujeres (tareas domésticas). Posteriormente, los trabajos de Mead y Murdok establecieron la influencia del aspecto social, cultural y contextual en esta asignación de actividades (67). Así, nos referimos a la *división del trabajo por sexo* como la asignación de funciones y actividades específicas para hombres y mujeres (65,69), los cuales dependen de ‘*normas*’ en contextos culturales específicos (141,75).

En la profesión de enfermería, la *división del trabajo por sexo* implica que la asignación no depende solamente de la competencia técnico-académica del profesional, sino de *estereotipos* de

los empleadores o sus superiores sobre las capacidades de cada género para desarrollar una determinada profesión (71). Para abordar y comprender los *roles* de género en la práctica, Maquieira sugiere analizarlos a través de nueve componentes (69): *división sexual del trabajo, identidad, atribuciones, ideología, símbolos y metáforas, normas, prestigio, instituciones, organizaciones y poder*. Estos *componentes* permiten visualizar el concepto como un elemento multidimensional, favoreciendo el análisis de elementos subjetivos, relaciones interpersonales y sociales (69).

Material y métodos

Diseño de estudio la investigación

El diseño original del proyecto de investigación se hizo desde una aproximación de métodos mixtos (112,113). Sin embargo, en este documento sólo se reportan los resultados cualitativos. Desde esta perspectiva se realiza una exploración de las *experiencias* del personal de enfermería durante el desarrollo de sus actividades profesionales.

La '*experiencia*' es entendida como un conjunto de vivencias que surgen a partir de una serie de eventos que suceden a lo largo de la vida de una persona. De acuerdo con Schultz, cada persona interpreta sus propias experiencias a partir de su contexto cultural (121). Para la presente investigación, se exploró la experiencia laboral que tiene el personal de enfermería en el desarrollo de su actividad, así como de directivos y encargados de los departamentos de recursos humanos y encargados de la dirección de enfermería.

Muestra y selección de participantes

La sede del estudio fue el estado de Tamaulipas. Se seleccionaron de manera intencionada ocho instituciones hospitalarias de 2° nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado. Estas se encuentran en municipios con mayor población distribuidos en tres zonas geográficas: norte, centro y sur.

Selección de participantes:

- a) Personal de enfermería: previa aplicación de un cuestionario se identificó a los profesionales interesados en ser entrevistados, considerando las siguientes características: sexo, código laboral (auxiliar de enfermería, enfermera general, enfermera especialista, jefa de servicios, por mencionar algunos), servicio que atiende dentro del hospital, tipo de

contrato (eventual, base, homologado o formalizado), tipo de hospital y lugar de trabajo. En total participaron diez enfermeras y siete enfermeros (ver proceso seguido en figura 1).

b) Directivos del hospital: fueron elegidos encargados de direcciones generales del hospital, de la dirección de recursos humanos y de la dirección de enfermería (*jefatura de enfermería*). En total participaron seis directores generales, siete encargados de la dirección de enfermería y siete encargados de la dirección de recursos humanos.

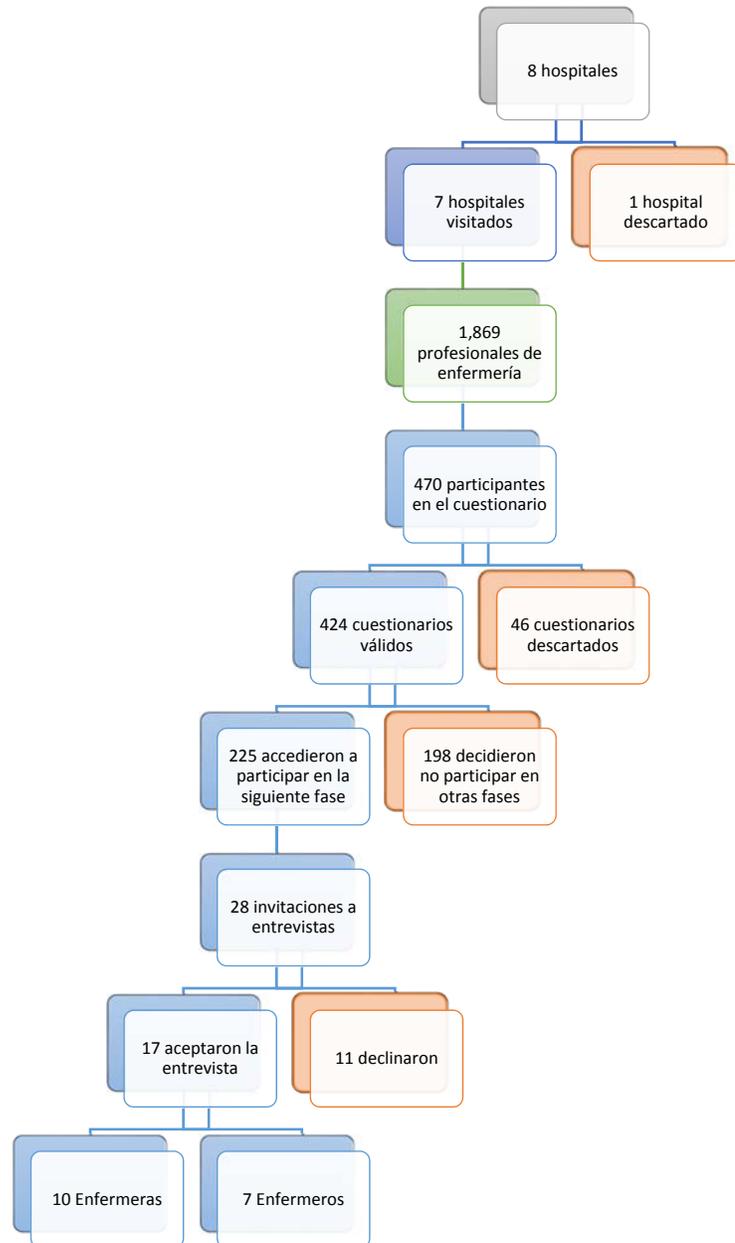


Figura 1. Diagrama del proceso de selección del personal de enfermería para el estudio. Elaboración propia.

Procedimiento de recolección de datos

La información fue recolectada en el periodo Junio 2017 – Febrero 2018. La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada previo diseño de una guía, la cual buscaba indagar las experiencias relacionadas a la formación, el proceso de inserción laboral, la administración, actividades y situaciones laborales del personal de enfermería. También se realizó observación no participante para dar cuenta del contexto donde los profesionales de enfermería realizaban sus actividades. De la observación no participante se reportan brevemente las características generales de los hospitales y situaciones relacionadas con la distribución de funciones y actividades en el personal de enfermería.

Análisis de la información

Cada entrevista tuvo una duración promedio de 45 minutos. Las entrevistas fueron audio-grabadas y posteriormente transcritas de manera literal (*Verbatim*). Se analizaron mediante la técnica de microanálisis (123). Posteriormente se elaboraron matrices de información por cada tipo de informante. El resultado del análisis se condensó en siete categorías: *formación del personal de enfermería, proceso de inserción laboral, organización y administración del personal de enfermería, funciones y actividades del personal de enfermería, experiencias laborales, estereotipos de género y división del trabajo por sexo*. Para fines del presente documento nos enfocamos en: *‘división del trabajo por sexo’* y *‘estereotipos de género’*.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación, los instrumentos y las cartas de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CI: 826) y por la Secretaría de Salud de Tamaulipas (*No. de Registro 100/2017/CEI*).

Resultados

El contexto hospitalario

Seis de los 7 hospitales tenía el reconocimiento “*Hospital Amigo del Niño y de la Madre*”. En cada hospital se visitaron entre 12 y 18 áreas/servicios de salud, observando una participación activa del personal de enfermería. Un área/servicio de salud hospitalaria es un espacio físico acondicionado según la especialidad médica, para brindar atención en salud a la población, como:

tococirugía, quirófano, pediatría, hospitalización, centro de equipo y esterilización (conocido como *CEyE*), unidad de cuidados intensivos adultos (*UCIA*) y neonatales (*UCIN*) (ver descripción completa en material complementario 1).

En las visitas realizadas a los hospitales, se identificaron situaciones que afectaban de manera directa o indirecta la vida laboral del personal de enfermería. Un problema común fue la falta de espacio para la atención de los usuarios, así como un mal acomodo y/o almacenamiento de equipos o mobiliario debido a obras de mantenimiento. En algunos hospitales había movilización sindical asociada con inconformidades relacionadas con la falta de plazas laborales, escasez de material y medicamentos, limitando el desarrollo de sus actividades. En algunos casos, el personal de enfermería gastaba de su bolsillo para conseguir material de curación. Algunos usuarios donaban el material o los medicamentos que les sobraban para apoyar en esa situación. En todos los hospitales visitados hubo sobredemanda de servicios, sobre todo en áreas críticas como ginecología, *UCIA*, *UCIN* y urgencias (obstétricas, generales, infantiles) (ver descripción completa en material complementario 2).

Características de los entrevistados

El cuadro I muestra las características generales del personal de enfermería que fue entrevistado: 41.17% eran hombres y 58.83% mujeres. El 70.59% tenía estudios de licenciatura, y 29.41% de posgrado. El 70.29% era egresado de instituciones educativas del sector público y el resto de instituciones privadas. En cuanto al tipo de contratación, 70.58% tenía base mientras que el 17.64% tenía contrato eventual. Las características de los encargados de la dirección del hospital, de recursos humanos y de enfermería se muestran en el cuadro II, destacando que los directores eran médicos con alguna especialidad clínica, los encargados de la dirección de enfermería (un enfermero y 6 enfermeras) tenían estudios de maestría o especialidad, y los encargados de recursos humanos (28.57% hombres y 71.43% mujeres), tenían en su mayoría licenciatura en administración o en contabilidad.

Cuadro I. Características del personal de enfermería entrevistado.

No	Sexo	Tiempo trabajando	Tipo de escuela de formación	Área de trabajo	Máximo grado académico	Código laboral	Tipo de contratación	Zona laboral	Tipo de hospital
1	Hombre	26 años	Privada	Enseñanza	Maestría	Jefe de servicios	Base	Centro	Civil
2	Hombre	5 años	Pública	Hospitalización Mujeres	Licenciatura	Auxiliar	Base	Centro	General
3	Hombre	15 años	Pública	Medicina interna	Especialidad	Enfermero General	Formalizado	Norte	General
4	Hombre	23 años	Privada	Consulta externa	Especialidad	Enfermero General	Base	Sur	Civil
5	Hombre	5 años	Pública	Cirugía	Licenciatura	Enfermero General	Base	Sur	General
6	Hombre	3 años	Pública	Hospitalización Hombres	Licenciatura	Auxiliar	Base	Centro	Civil
7	Hombre	4 años	Pública	Urgencias	Licenciatura	Auxiliar	Eventual	Norte	General
8	Mujer	25 años	Privada	Urgencias	Doctorado	Jefa de servicios	Base	Centro	Civil
9	Mujer	5 años	Pública	Quirófano	Licenciatura	Auxiliar	Eventual	Centro	General
10	Mujer	25 años	Pública	Pediatría	Maestría	Jefa de servicios	Base	Centro	General
11	Mujer	35 años	Privada	Ginecología	Maestría	Jefa de servicios	Base	Sur	General
12	Mujer	14 años	Pública	Enseñanza	Especialidad	Auxiliar	Base	Norte	Civil
13	Mujer	12 años	Pública	UCIA	Licenciatura	Enfermera General	Base	Centro	Civil
14	Mujer	35 años	Pública	CEyE	Especialidad	Enfermera Especialista	Base	Sur	General
15	Mujer	19 años	Pública	Hemodiálisis	Licenciatura	Enfermera Especialista	Base	Centro	General
16	Mujer	2 años	Privada	Pediatría	Especialidad	Enfermera General	Eventual	Sur	Civil
17	Mujer	7 años	Privada	Medicina interna	Licenciatura	Auxiliar	Homologado	Sur	General

Elaboración propia. Fuente: Base de datos cualitativa.

Cuadro II. Características de directivos y encargados de las jefaturas de área entrevistados.

No	Sexo	Tiempo trabajando	Tipo de escuela de formación	Formación	Área de trabajo	Máximo grado académico	Código laboral	Zona laboral	Tipo de hospital
1	Hombre	9 años	Privada	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Centro	Civil
2	Hombre	6 meses	Pública	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Sur	Civil
3	Hombre	12 años	Pública	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Sur	General
4	Hombre	27 años	Pública	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Norte	General
5	Hombre	7 años	Pública	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Norte	General
6	Hombre	9 años	Pública	Medicina	Dirección General	Especialidad	Dirección	Norte	Civil
7	Mujer	26 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefa de área	Centro	Civil
8	Mujer	26 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Maestría	Jefa de área	Centro	Civil
9	Mujer	26 años	Pública	Psicología /Enfermería	Enfermería	Maestría	Jefa de área	Centro	General
10	Mujer	27 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefa de área	Norte	General
11	Mujer	15 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefa de área	Sur	Civil
12	Mujer	25 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefa de área	Sur	General
13	Hombre	21 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefe de área	Norte	Civil
14	Mujer	25 años	Pública	Enfermería	Enfermería	Especialidad	Jefa de área	Norte	General
15	Mujer	10 años	Pública	Contaduría	Recursos Humanos	Maestría	Jefa de área	Centro	Civil
16	Mujer	26 años	Pública	Computación Administrativa	Recursos Humanos	Licenciatura	Jefa de área	Centro	General
17	Hombre	19 años	Privada	Administración de Empresas	Recursos Humanos	Licenciatura	Jefe de área	Norte	General
18	Hombre	6 años	Pública	Derecho	Recursos Humanos	Licenciatura	Jefe de área	Sur	General
19	Mujer	3 meses	Pública	Contador Público	Recursos Humanos	Especialidad	Jefa de área	Sur	Civil
20	Mujer	33 años + 9 años	Pública	Administración (trunco)	Recursos Humanos	No menciona	Jefa de área	Norte	General
21	Mujer	11 años	Pública	Trabajo social (en posgrado)	Recursos Humanos	Licenciatura	Jefa de área	Norte	Civil

Elaboración propia. Fuente: Base de datos cualitativa.

Estereotipos de género en el personal de enfermería

a) Estereotipos identificados por los directivos del hospital

Cuando los directores de los hospitales se refirieron a las actividades que realizaban las enfermeras, resaltaron su *rol maternal*, el cual asociaron con los cuidados de pacientes pediátricos. Destacaron sus habilidades de organización y mando, considerando que eran ellas quienes administraban el material de curación dentro del hospital. Asimismo, indicaron que muchas veces su trabajo se veía limitado por sus *roles familiares*, ya que el hecho de ser hijas, madres y/o esposas afectaba el desempeño de su trabajo, lo cual se materializaba en el ausentismo laboral y les implicaba doble carga de trabajo, debido a que debían también estar pendientes de sus hogares. Como dijo uno de los entrevistados:

Quizás por las actividades propias de la mujer como ama de casa, o quizás por andar haciendo una función doble, como madre y padre al mismo tiempo, a lo mejor es madre soltera, etc., pudiera ser esto la causa de sus faltas.

(Dirección de Hospital - Hombre [página 7: líneas 279-282])

Los encargados de la dirección de recursos humanos indicaron que la principal característica laboral del personal femenino de enfermería era la de *'mando'*, sobre todo en los puestos directivos como las *'jefaturas de servicios'*. Reconocieron que el *'rol materno'* era una cualidad importante al momento de confortar a los pacientes. Se refirieron a que percibían un *'efecto hormonal'* en las enfermeras, al que describieron como *'cambios emocionales y de humor'* que afectan su desempeño laboral.

Los encargados del departamento de recursos humanos y los directores de hospital resaltaron en los enfermeros, su *'fuerza para el movimiento y traslado de pacientes'*. Debido a esta *fuerza*, consideraron que en ocasiones sus movimientos *'suelen ser algo rudos al momento de atender a los pacientes'*. Reconocieron que en áreas críticas, como urgencias y UCIA, el enfermero tenía una reacción rápida para atender las necesidades de los pacientes, en comparación con el personal femenino. Llama la atención que los encargados de la dirección de recursos humanos emplearon el calificativo *'mente fría'*, para describir la capacidad de los enfermeros para atender emergencias y urgencias clínicas sin sufrir alteraciones emocionales en el desarrollo del cuidado del enfermo. Las encargadas de la dirección de recursos humanos de sexo femenino consideraron que los enfermeros eran menos *'conflictivos'*, ya que sus opiniones solían ser neutrales, equitativas y directas, en comparación con las de las enfermeras.

Los encargados de la dirección de enfermería fueron quienes mencionaron más características relacionadas con la actividad del personal de enfermería. Cuando se refirieron a las enfermeras, las calificaron como *‘más competitivas que los hombres’* para actividades relacionadas con la *profesionalización* o superación académica. Usaron también el calificativo *‘celo profesional’*, al señalar que las enfermeras percibían a los enfermeros como *‘competencia’*, por lo que su actitud hacia ellos era *‘no compartir su conocimiento’* para proteger sus intereses. Estos entrevistados también se refirieron a conflictos frecuentes entre las enfermeras y el personal de medicina, lo que implicaba problemas para organizar equipos de trabajo multidisciplinarios. Destacaron la *‘meticulosidad’* con que las enfermeras realizaban sus actividades de atención al paciente, en especial en aspectos relacionados con el *‘orden y la limpieza’*. De hecho, relacionaron estas características con las actividades domésticas. Estos entrevistados coincidieron con los informantes en direcciones generales del hospital y en direcciones de recursos humanos, al considerar el *‘rol materno’* como una característica importante de las enfermeras.

Los entrevistados con encargo de direcciones de enfermería mencionaron características relacionadas con los enfermeros, como la de ser *‘resistentes, fuertes y rudos’*, coincidiendo con los testimonios de los informantes con encargo de dirección del hospital y dirección de recursos humanos. Cuando se requiere de alguna actividad en la cual no se necesita ser cuidadoso, por ejemplo mover equipos o material en el área de CEyE, se llama a los enfermeros, aunque la *rudeza* en ocasiones implica no tener cuidado al atender al paciente. Como características que son favorables para el trabajo, los informantes con encargo de dirección de enfermería consideraron que los enfermeros poseen iniciativa para realizar las actividades, así como la atención rápida a los usuarios de los servicios.

Los encargados de la dirección de enfermería consideraron que los enfermeros eran muy responsables en el desarrollo de su trabajo dentro del área; mostraban iniciativa en el desarrollo de las actividades y estaban disponibles ante cualquier situación que se presentara. Dentro del hospital propiciaban que el ambiente laboral y la comunicación fueran favorables, sobre todo con el personal médico. Las características que consideraban negativas en los enfermeros se enfocaban a situaciones de distracción dentro de su trabajo.

b) Estereotipos identificados por el personal de enfermería

Cuando el personal de enfermería describió sus propias actividades, indicó características ya mencionadas por los directivos del hospital, recursos humanos y de enfermería, aunque llama la atención la manera en la cual ellos mismos se auto percibían al momento de realizar su trabajo profesional. Por ejemplo, las enfermeras se identificaron como '*emocionales*', sobre todo cuando interactuaban durante un tiempo prolongado con los pacientes, donde la recuperación o fallecimiento del paciente les generaba un impacto en su estado de ánimo. También se describieron como personas '*malhumoradas*', situación que relacionaron con el estrés laboral y la sobrecarga de trabajo. Como enfermeras reconocieron que muchas veces tenían que faltar a su trabajo, debido a complicaciones relacionadas con su contexto familiar, lo cual coincidió con las apreciaciones de los otros informantes. Al igual que los encargados de la dirección de enfermería, las enfermeras afirmaron ser '*celosas de su profesión*', siendo esta característica la causante de problemas, rivalidades con compañeros y discusiones con el personal médico.

Cuando las enfermeras valoraron a los enfermeros, indicaron aspectos como '*la insensibilidad, la distracción, el desorden y la desorganización*' en la realización de sus actividades, así como ser '*rudo y tosco*' en el trato al paciente. A pesar de estas características, consideraron que los enfermeros brindaban al paciente una sensación de seguridad, relacionada con su buena actitud hacia el trabajo. Debido a la postura neutral de los enfermeros ante situaciones de conflicto, las relaciones de trabajo con ellos eran buenas. Como dijo una de los informantes:

Pues en la experiencia que yo tengo de trabajar con los chicos... si son distraídos, en ese aspecto sí, realmente si son desordenados, pero lo que yo le veo ahí de diferencia positiva es que ellos ponen más atención en los cuidados, o sea, son más... como que detectan más fácil la necesidad [del paciente].

(Personal de enfermería – Mujer [página 16: líneas 667-675])

Las enfermeras reconocían su objetividad en las tomas de decisión, coincidiendo con los testimonios de los otros informantes. No obstante, algunas enfermeras consideraron que los enfermeros no mostraban interés en buscar una mejor posición dentro del hospital, ni en superarse académicamente.

Para los hombres enfermeros, las enfermeras son profesionales ordenadas y meticulosas, ya que todas las acciones y actividades que realizan, las revisan detenidamente y cuidan los aspectos de la atención, desde los más simples hasta los más complejos. Para ellos, las enfermeras muestran mejores habilidades de mando y sobre todo, estar mejor capacitadas en cuanto a técnicas y cuidados. Al igual que los directores de hospital, los encargados de las direcciones de recursos

humanos y de enfermería, los enfermeros destacaron que muchas actividades que realizaban las enfermeras reflejaban las actitudes de un *rol materno* en la atención de los pacientes pediátricos y geriátricos y opinaron que sus cambios de humor y de actitud son influenciados por condiciones hormonales.

Cuando los enfermeros se describieron, reconocieron que eran pocos los que decidían seguir estudiando para obtener una especialidad. Ante algún conflicto, mantenían una postura neutral, hasta obtener la información suficiente para tomar una opinión más adecuada y objetiva. Percibían tener mejores habilidades de comunicación y relación laboral que se reflejaban en la buena interacción con otros grupos profesionales, en especial con el personal médico. Su opinión coincidía con los demás informantes en relación con su fuerza y la necesidad de este atributo en la realización de algunas actividades hospitalarias. Opinaron que desempeñaban su trabajo de manera '*desordenada*' y que solían ser '*distraídos y tercos*', especialmente cuando se le cuestionaba su manera de trabajar, coincidiendo con los testimonios de las enfermeras y los encargados de la dirección de enfermería (Ver síntesis de percepción sobre estereotipos en cuadros III y IV).

Cuadro III. Percepción de los entrevistados respecto a las características de enfermeras y enfermeros, tomando en cuenta la clasificación de Games (142) y Castañeda (143).

Profesional	Describe a...	Características		
		Positivas	“Neutrales”	Negativas
Dirección de hospital	Enfermera	Habilidades de mando	Influencia familiar, Rol Materno	Inasistencias debidas a su rol materno +
	Enfermero	Atención rápida a pacientes, Iniciativa en el trabajo	Fuerza física	---
Encargados de la dirección de Recursos Humanos	Enfermera	Declaraciones directas, Habilidades de mando	Influencia familiar, Rol materno, Influencia hormonal, Emocional, Sensibilidad	Inasistencias debidas a su rol materno*
	Enfermero	Mejores relaciones laborales, Opinión Neutral, Habilidad de mando, Declaraciones directas, Equitativos, Objetivos	Fuerza física, Mente “fría”, Movimientos rudos	---
Encargados del Departamento de enfermería	Enfermera	Competitiva, Habilidosas, Meticulosas, Organizadas, Sensibles, Entrega por su profesión, Liderazgo, Limpieza, Mejor capacitadas, Habilidad de mando	Experiencia en actividades del hogar, Influencia hormonal, Influencia del rol materno, Influencia de la familia, Emocional	Volubles, Ausentismo, Celo profesional, Poco interés en superarse académicamente, Rivalidad, , Problemas con personal médico
	Enfermero	Resistentes (físicamente), Responsables, Disponibilidad, Iniciativa, Limpieza, Mejor nivel de relaciones laborales, Equitativos, Fuerza, Buscan superarse académicamente*	---	Ausentismo*, Distraídos, Rudos, Inasistencias*, Poco interés por superarse académicamente y profesionalmente
Enfermera	Enfermera	Organizadas, Mayor liderazgo, Mayor limpieza, Mayor respeto, Atentas, Mejor desempeño laboral, Mejor trato al paciente, Habilidad de mando, Mejores habilidades laborales, Buscan superación académica	Emocional (sentimental)	Estricta, Malhumorada, Ausentismo, Celo profesional, Rivalidad, Diferencias con médicos
	Enfermero	Brinda sensación de seguridad, Buena actitud laboral y personal, Directos en sus opiniones, Objetivos en sus comentarios, Limpieza adecuada, Postura neutral ante problemas, Mejor nivel de relaciones laborales	---	Sin interés en ascender, Insensibles, Corajudos, Desordenados, Desorganizados, Distraídos, Poco interés académico, Rudos, Favorecen a ciertos grupos
Enfermero	Enfermera	Detallistas, Meticulosas, Organizadas, Entrega por su profesión, Liderazgo, Mejor capacitadas, Habilidad de mando, Realización de multitareas, Superación académica-profesional	Influencia hormonal, Influencia del rol materno	Volubles, Ausentismo
	Enfermero	Fácil de localizar / identificar, Mejor habilidad de comunicación, Mejor nivel de relaciones laborales, Neutrales, Fuerza.	Dudas sobre su elección profesional, Realización de actividades una por una	Desordenados, Distraídos, Rudos, Tercos, Toscos, Poco interés por superarse académicamente y profesionalmente

* Asociado con el volumen del personal de enfermería.

Fuente: Base de datos cualitativa.

Cuadro IV. Estereotipos de género según tipo de informante.

<i>Categoría</i>	<i>Entrevistados</i>				
	<i>Personal de Enfermería (Mujer)</i>	<i>Personal de Enfermería (Hombre)</i>	<i>Encargado de la Dirección de Enfermería</i>	<i>Encargado de la Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Directores de hospital</i>
<i>Estereotipos de género</i>	<ul style="list-style-type: none"> Habitualmente realizan actividades consideradas “delicadas”, “finas” o bien, cuando se requiere precisión. Se identifican como personas estrictas en su trabajo, así como el tener cualidades de liderazgo y el de tener un control adecuado de la limpieza. Son muy emocionales. Se identifican como personas malhumoradas, lo cual se puede relacionar al estrés laboral y a la sobrecarga de trabajo. Son organizadas, se declaran tener mejores habilidades de mando, un mejor desempeño laboral. Reconocen que un grupo importante son “faltistas”. 	<ul style="list-style-type: none"> Habitualmente realizan actividades donde no se requiere mucha precisión o mucha fuerza. Las enfermeras identifican al enfermero como insensible, distraído, desordenado y desorganizado. Cuando realizan comentarios y/u observaciones, suelen ser directos. Al auto-valorarse los enfermeros, consideran que no están a la altura de sus compañeras enfermeras, 	<ul style="list-style-type: none"> Este grupo de informantes es el que más estereotipos menciona sobre la enfermera y el enfermero. Identifican a la enfermera con varias cualidades relacionadas con la organización y su desempeño en la atención del paciente. Hacen mención de los roles familiares como el materno, esposa o hija, pero sobre todo las habilidades domésticas para el caso de las enfermeras. Consideran que muchas veces la enfermera no muestra interés de superación académica, presentan problemas por rivalidades, confrontación con otro personal de salud. Para el caso de los enfermeros, la resistencia y la fuerza son cualidades que más mencionan. Existe ambigüedad con la característica de “interés de superación académica”, ya que algunos consideran que el enfermero busca superarse, pero otros indican que no tienen el interés. El ser distraídos y rudos en el trabajo son consideradas como aspectos negativos del profesional. Llama la atención la situación del celo profesional. Consideran que la enfermera presenta este estereotipo, ya que considera al hombre como un “rival” dentro de su campo laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifican en la enfermera aspectos como el rol maternal, el rol de hija o el de esposa. Debido a aspectos hormonales, muchas veces las enfermeras son “volubles”. Indican que la enfermera es muy emocional, y lo asocian a la sensibilidad que tienen al momento de la atención de pacientes. Ubican a la enfermera como un personaje líder y con buenas capacidades de mando. Para el caso de los enfermeros, la fuerza física, la mente “fría” y las maniobras o movimientos “rudos” son las características más mencionadas. Reconocen que el hombre, muestra mejores relaciones laborales, son neutrales en su actuar y sobre todo consideran que sus puntos de vista son más objetivos y concretos en comparación con el de las enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> Consideran que las enfermeras tienen buenas habilidades de mando, pero lo que más las caracteriza es su rol materno y sus roles familiares. En el caso de los enfermeros, la principal característica que refieren es su fuerza física, su habilidad de atención rápida y reconocen la iniciativa que muestran para realizar diversas actividades. Identifican que el personal que muestra mayor número de inasistencias son las enfermeras, pero enfatizan que esto se debe tanto por el volumen como por sus roles familiares (esposa, madre, hija).

Fuente: Base de datos cualitativa.

División del trabajo en el personal de enfermería según su sexo

En los testimonios donde se habló de las funciones y actividades profesionales del personal de enfermería, se identificaron algunos casos en donde se hizo presente la asignación de actividades o tareas diferenciadas por sexo (cuadro V). Sobre la distribución del personal de enfermería en los servicios hospitalarios, las direcciones de enfermería y de recursos humanos indicaron que era común encontrar a los enfermeros en áreas como urgencias, terapia y quirófano, mientras que a las enfermeras se podían localizar en cualquier lugar del hospital. Otra observación realizada por la dirección del hospital y los encargados del departamento de recursos humanos fue que los supervisores de enfermería habitualmente optaban por mandar a enfermeros a movilizar a pacientes, debido a que tenían mayor *fuera* que las enfermeras.

En la mayor parte de los testimonios de los entrevistados, se hizo especial mención del caso de las actividades en áreas ginecológicas y pediátricas. Para brindar un buen servicio de salud en estas áreas, la dirección de enfermería y las supervisoras de turno de enfermería indicaron que optaban por enviar enfermeras en lugar de enfermeros, aun cuando estos últimos tuvieran formación académica-profesional relacionada con estas áreas. Sólo en circunstancias específicas o extraordinarias, enviaban enfermeros a estas áreas, aunque por lo general realizaban un reacomodo de personal. Por ejemplo, cuando no se tenía personal suficiente para atender un área del hospital, se hacía uso de todo el personal de enfermería disponible, incluyendo a los enfermeros varones. En estos casos, se aplicaba el sistema de “*parejas hombre-mujer*” para la atención de los pacientes. Esta estrategia es una medida para proteger a los enfermeros de malos entendidos, ya que en ocasiones suelen ser acusados de tratar de “*seducir*” a las pacientes (87). Como dijo uno de los entrevistados

Preferiría rotarlos por el área en la que se está presentando la necesidad, porque estamos hablando de pacientes mujeres, de pronto existe pudor en la paciente con el enfermero, pero no debe de ser por parte del área de enfermería, es más que nada por la paciente.

(Encargado de la Dirección de Enfermería - Mujer [página 17: líneas 719-724])

Algunos testimonios del personal de enfermería y de los encargados de la dirección de enfermería, pusieron en duda esta *división del trabajo*, en especial en las áreas de ginecología y pediatría. Opinaron que el ser hombre o mujer no era impedimento para atender a las usuarias de estas áreas. De hecho, el personal de enfermería realizó una comparación entre el ambiente del área médica y el de enfermería, resaltando que mientras los médicos varones pueden atender a pacientes

mujeres, los enfermeros no lo podían hacer, al menos que estuvieran acompañados de una enfermera.

También es importante reconocer que muchas veces son los mismos usuarios quienes deciden u optan por la atención de una enfermera o un enfermero. En estos casos es justificable la asignación del personal de enfermería según su sexo. Sin embargo no en todas las áreas se presentan estos casos.

Los encargados de la dirección de enfermería comentaron que parte de la distribución del personal de enfermería dependía mucho de las necesidades y creencias de los pacientes, por ejemplo, lo que ve al enfermero como más apto para movilizar a un paciente y a la enfermera como más adecuada para atender a las mujeres. Este mismo comentario lo realizaron los entrevistados con encargo de direcciones de hospitales. Dijeron preferir que el personal de enfermería atendiera a pacientes del mismo sexo para evitar problemas y malos entendidos con los usuarios del servicio hospitalario.

En los últimos años los varones han incrementado su participación en las diferentes esferas del campo de la enfermería, llegando a colocarse en puestos de decisiones como el encargado de la dirección de enfermería. Sin embargo, algunas declaraciones del personal femenino de enfermería indican que no es habitual que los enfermeros tengan este tipo de puestos. No obstante, esto está cambiando de manera gradual.

Cuadro V. Síntesis de las respuestas de los entrevistados enfocadas a la división del trabajo por sexo.

<i>Categoría</i>	<i>Entrevistados</i>				
	<i>Personal de Enfermería (Mujer)</i>	<i>Personal de Enfermería (Hombre)</i>	<i>Encargado de la Jefatura de Enfermería</i>	<i>Encargado de la Jefatura de Recursos Humanos</i>	<i>Directores de hospital</i>
<i>División del trabajo por sexo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden localizar en cualquier área o servicio del hospital. • Al área de pediatría y de ginecología son enviadas las enfermeras. • Las enfermeras habitualmente ocupan puestos administrativos (sub-jefaturas, jefaturas y supervisiones) • Indican que durante un tiempo estaba muy marcada la distribución del RHE a determinadas áreas según el sexo de las personas. • Indican que para que el enfermero pueda trabajar sin problemas en las áreas pediátricas y ginecológicas, debe de ir en binas con una compañera enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican generalmente en las áreas de urgencias, CEyE, terapia y quirófano. • Habitualmente no son enviados al área de ginecología o tococirugía. • Una actividad que habitualmente realizan es la movilización de pacientes. • No es frecuente ver a enfermeros en puestos administrativos. • Indican que el ser hombre o mujer no es impedimento para atender a los pacientes en áreas específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La distribución del RHE depende más de la necesidad del paciente o por el pudor del mismo, por tal motivo procuran enviar al personal de enfermería con el mismo sexo del paciente. • Solo en caso de necesidad, se mandaría a un enfermero a áreas de la mujer, aunque para evitarlo, se opta por la redistribución del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo del sexo del paciente, es el RHE asignado. • Al enfermero lo ubican en áreas o en trabajos relacionados con la movilidad del paciente o bien cuando se requiere aplicar fuerza en algún procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se toma en cuenta el sexo como la necesidad del paciente para asignar al personal de enfermería que lo atenderá. • El enfermero es habitualmente ubicado en áreas como medicina interna, quirófano, quemados, CEyE y ala de hombres. En cambio a las enfermeras se mandan a todas las áreas, en especial pediatría y ginecología. • Al hombre habitualmente lo llaman para realizar actividades que se enfocan en esfuerzos físicos mayores o en la aplicación de fuerza.

Fuente: Base de datos cualitativa

Discusión

Los hallazgos reportados en el presente documento permiten conocer la manera en que algunos *estereotipos* y *roles de género* influyen en la designación de funciones y actividades del personal de enfermería, como el '*rol materno*' en las enfermeras o la '*fuera*' en los enfermeros, que son tomados en cuenta en la distribución de actividades dentro del hospital. El análisis del *género* a partir de los componentes propuestos por Maquieira (69), facilita la comprensión del tema a analizar, sobre todo aquellos que tienen que ver con aspectos relacionados con el campo laboral. Sin embargo, solo se hablará de dos de los componentes que muestran una relación estrecha entre sí: las *atribuciones/estereotipos* y la *división del trabajo por sexo*.

Estereotipos del personal de enfermería

En los testimonios de los entrevistados se identificó una gran variedad de atribuciones y características relacionadas con la actividad laboral del personal de enfermería, tanto en enfermeras como en enfermeros, que Maquieira establece como una parte de las atribuciones de género (22).

Los *estereotipos* sobre las enfermeras son más fáciles de identificar en comparación con los de los enfermeros. De hecho, la mayor parte de los *estereotipos* sobre las enfermeras son resultado de la propia construcción social sobre el género femenino tal como lo comentan Arroyo y cols (108), Cano (48) y Chamizo (74). Existe una fuerte relación histórica entre la profesión de enfermería y el hecho de *ser* mujer. Por otra parte, trabajos como los de Evans (144,87), Simões y Amácio (145), Osses y cols (16), y Hesselbart (146) refieren algunas características asociadas con los enfermeros, tales como la *fuera* o el ser *distraídos*. Cardoso (98) considera que la incursión de los hombres en la enfermería ha propiciado que los *estereotipos clásicos* de la profesión se vayan rompiendo, por lo que es importante identificarlos tanto para las enfermeras como para los enfermeros.

Los hallazgos sobre los *estereotipos* identificados para las enfermeras en la investigación que aquí reportamos coinciden con los de Mosqueda y cols. (70), y con los de Blázquez (65), quienes declaran que las actividades que realizan las enfermeras son comparables con los *roles reproductivos y domésticos*, los cuales se han expandido hasta el ambiente hospitalario (70,65). De acuerdo con Siles (147), la identidad de la mujer como *cuidadoras y domésticas*, es una imagen que se mantiene con la *división del trabajo por sexo*, y es reforzada por los *estereotipos* que se han generado hacia esa profesión.

Empleando la clasificación de los *estereotipos* que proponen Games (142) y Castañeda (143), identificamos cualidades positivas, negativas y neutras del personal de enfermería en los testimonios de los informantes. Las cualidades '*positivas*' de las enfermeras se relacionan con las características de la limpieza, la paciencia, la emocionalidad, el ser detallistas, habilidosas, afectivas, dedicadas, responsables y eficientes, lo que coincide con lo reportado por los estudios de Games (142), Zelek y Phillips (93), Cano (48), Fajardo y Germán (97), por mencionar algunos. El *rol materno* es considerado en algunos testimonios como una cualidad *positiva* de las enfermeras.

Por otro lado, el personal de enfermería reconoce que los cambios de humor y de actitud en las enfermeras han estado relacionado por el aspecto hormonal. Este aspecto resulta algo contradictorio, ya que mientras el cambio hormonal se considera como un estereotipo *neutral*, los cambios de humor y de actitud que derivan de esta situación repercuten de forma *negativa* en el ambiente laboral dentro del hospital. Sobre esta situación, Wysong y Diver indican que muchos de estos cambios de humor son identificados como aspectos negativos por parte de los pacientes, sobre todo cuando son atendidos dentro de la institución hospitalaria (148).

De acuerdo a los testimonios, el "*celo profesional*" consiste en proteger a la profesión de enfermería, lo cual desencadena en actitudes como la protección de intereses, el no compartir el conocimiento, generando rivalidades, y problemas con otros profesionales derivadas de una mala comunicación. Esta característica fue considerada como una cualidad *negativa* del personal femenino de enfermería, ya que se lo relaciona con problemas de comunicación que afectan el clima laboral. Esto coincide con los hallazgos de Zelek y Phillips (93), mientras que Cano lo relaciona con comportamientos agresivos y hostiles (48).

Los estudios que tratan de describir al personal masculino de enfermería sólo se han enfocado en aspectos como el '*control y el dominio*' (97,16), y han encontrado prejuicios hacia ellos como el considerarlos '*afeminados*', '*homosexuales*' (146,92,90,110) o '*lujuriosos*' (87). Otros estereotipos como el de ser "*distraídos*" o "*tener mejores relaciones laborales*" también fueron descritos por Hesselbart (146) al momento de comparar estas cualidades en relación con las de las enfermeras.

Chamizo (74) señala que muchas veces, tanto la sociedad como el propio personal de enfermería, no se da cuenta de las mismas diferencias de género, por lo que las características y roles asignados a las enfermeras se extrapolan a los enfermeros. En este sentido, Simões y Amâncio (145) indican que, independientemente del sexo del profesional, existen estereotipos que son

generales para la enfermería como profesión. Aspectos como la responsabilidad, la solidaridad, el humanismo, la disponibilidad, la empatía, la paciencia, la competencia, la capacidad de brindar apoyo y una buena actitud para escuchar, son características identificadas en todo el personal de enfermería.

Es interesante ver que en este estudio los enfermeros valoraron mejor a las enfermeras, reconociendo que tenían que trabajar más para ser reconocidos dentro del gremio. Los encargados de la dirección de enfermería valoraron mejor a las enfermeras que a los enfermeros, caso contrario al de los encargados de la dirección de recursos humanos, quienes identificaron más cualidades positivas en los enfermeros.

División del trabajo diferenciado por sexo

Acorde con la propuesta de Maquieira (69) sobre los estereotipos y/o atribuciones de hombres y mujeres, es posible identificar una distribución del trabajo por sexo en los hospitales observados. Para el personal femenino de enfermería, la designación de las áreas de trabajo fue muy diversa, ya que eran ubicadas en todas las áreas hospitalarias. No obstante, las entrevistadas encargadas de la dirección o supervisión de enfermería preferían que ellas cubrieran las áreas ginecológicas y de pediatría, debido al '*rol materno*' que consideran 'necesario' para la atención de los pacientes de esas áreas. Basados en ese estereotipo, difícilmente enviarían a un enfermero a cubrirlas. Al respecto, Mosqueda y cols. (70) al referirse al *rol materno*, consideraron que era una característica socialmente muy arraigada en relación con el desempeño de las enfermeras, debido a que este *rol* siempre ha estado relacionado con las actividades del 'cuidado'.

En el caso de los enfermeros de este estudio, su ubicación en las áreas del hospital está influenciadas por estereotipos como la *fuerza*, lo que coincide con los hallazgos de Fajardo y Germán (97), Osses y cols. (16), Hart y Warren (105), quienes encontraron que para áreas críticas, era necesario tener personal capaz de movilizar a los pacientes. Usualmente, los enfermeros están ubicados en las áreas de urgencias, terapia intensiva, *CEyE* o traumatología, lugares en donde la *fuerza* o *destreza* son necesarias para la atención de los pacientes.

Un aspecto importante es la distribución por sexos en la ocupación de puestos de toma de decisiones dentro de la estructura organizacional hospitalaria. Trabajos como el de Williams (86) y Evans (144,87) señalan que los enfermeros tienen mejores oportunidades de estar en puestos altos dentro de la jerarquía del personal de enfermería en comparación con las enfermeras. Sin embargo,

esta situación es muy distante de la realidad observada en los hospitales donde se realizó el estudio que aquí se reporta, ya que quienes ocupaban habitualmente esos puestos eran enfermeras, siendo raro encontrar enfermeros en esos puestos. Esta situación haría pensar de la existencia del *techo de cristal* en los enfermeros, sin embargo es una situación que se debe de estudiar con mayor detenimiento, debido a que en la actualidad el enfermero se ha ido abriendo camino dentro de la enfermería como profesión.

Conclusión

Retomando la pregunta inicial, si bien el nivel académico del personal de enfermería fue considerado importante para la distribución de funciones y actividades dentro de los hospitales donde se realizó el estudio, en la práctica esa distribución se realizaba en función de los estereotipos de género. Los estereotipos aquí identificados tanto para enfermeras como para enfermeros, reflejan cualidades que se consideran como favorables o no para el ámbito laboral. Las autovaloraciones y las características asignadas al personal de enfermería por parte del personal directivo, impactan directamente en la percepción que se tiene sobre el desempeño laboral del personal de enfermería, por lo que es importante no perder de vista las normatividades sobre la contratación de estos profesionales para evitar la saturación de actividades en las enfermeras y no minimizar las capacidades técnicas de los enfermeros.

Limitaciones del estudio

Si bien el diseño cualitativo empleado permitió conocer diversas características y situaciones laborales del personal de enfermería, todavía existe un sesgo marcado en las descripciones realizadas sobre el personal, ya que muchas veces se enfocaban a lo femenino, omitiendo en ocasiones las situaciones de los enfermeros. El estudio no busca generalizar la situación de la asignación de las funciones y actividades del personal de enfermería, sino más bien el observar y visibilizar una parte de esta realidad que muchas veces no se ha visto con detenimiento. Finalmente, el estudio no tomó en cuenta la opinión de los usuarios de los servicios de enfermería, sin embargo, es un aspecto importante a considerar, el cual debe ser abordado para ampliar el panorama de los estereotipos de género y las funciones del personal de enfermería.

Capítulo 3

Resultados cualitativos respecto al proceso de inserción de enfermeras y enfermeros en la Secretaría de Salud de Tamaulipas

Resumen del capítulo

En este capítulo abordo los resultados cualitativos que responden al objetivo específico de describir y comparar, entre enfermeras y enfermeros con licenciatura, el proceso de inserción laboral en los hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Debido a que la guía de entrevista permitía obtener información para desarrollar varios temas, en este capítulo solo me enfocaré a los resultados relacionados con la categoría de inserción del RHE. En el primer apartado se muestra la manera en la cual se organizó la información, mostrando un diagrama de árbol que integra todas las sub-categorías y elementos que conforman a la gran categoría de inserción, así como el cuadro de análisis general de la categoría. A partir del segundo apartado en adelante, se muestran los resultados generales de cada una de las sub-categorías. Si bien, parte del objetivo era el de encontrar diferencias en las experiencias de enfermeras y enfermeros durante el proceso de inserción laboral en el hospital, los discursos no muestran elementos que permitan marcar dicha comparación, no obstante se encontraron semejanzas. Por otro lado, en cuanto al proceso de inserción, cada uno de los informantes menciona una serie de pasos y elementos que son considerados a lo largo de la selección hasta la contratación, mostrando cada uno de ellos una parte de la realidad del proceso. Finalmente se comentan algunas recomendaciones y sugerencias que se realizan para mejorar el proceso de selección y contratación del RHE, el cual resultó como categoría emergente durante el análisis.

1. La inserción laboral de enfermeras y enfermeros en hospitales de Tamaulipas

Hablar sobre el proceso de inserción no es un tema sencillo, ya que para ello se debe tomar en cuenta diferentes elementos y perspectivas. Si bien, la intención es conocer este proceso a través de las experiencias del personal de enfermería, es necesario tomar en cuenta la opinión de otros actores que intervienen en este proceso desde el entorno hospitalario. La información recolectada de los informantes del estudio, que son el propio RHE, las jefaturas de enfermería, recursos humanos y la dirección general del hospital fueron tomadas en cuenta.

Como se puede ver en el anexo 6, los árboles de códigos muestran algunas diferencias entre informantes, sin embargo son complementarias entre sí. Para evitar confusión en el desarrollo del presente capítulo, integro los códigos que pertenecen a la categoría de ‘Proceso de inserción’ en un pequeño árbol, el cual se muestra en la figura 1. Por ejemplo, la contratación no es mencionada por la jefatura de enfermería, mientras que las experiencias vividas en el proceso no son mencionados por los directivos ni por la jefatura de recursos humanos. Así mismo, surge una categoría emergente, el cual se enfoca en realizar recomendaciones para mejorar el proceso de inserción, en específico el de la selección. Por otro lado, en el cuadro I se muestran los principales hallazgos relacionados con el análisis de la categoría ‘Proceso de inserción’.

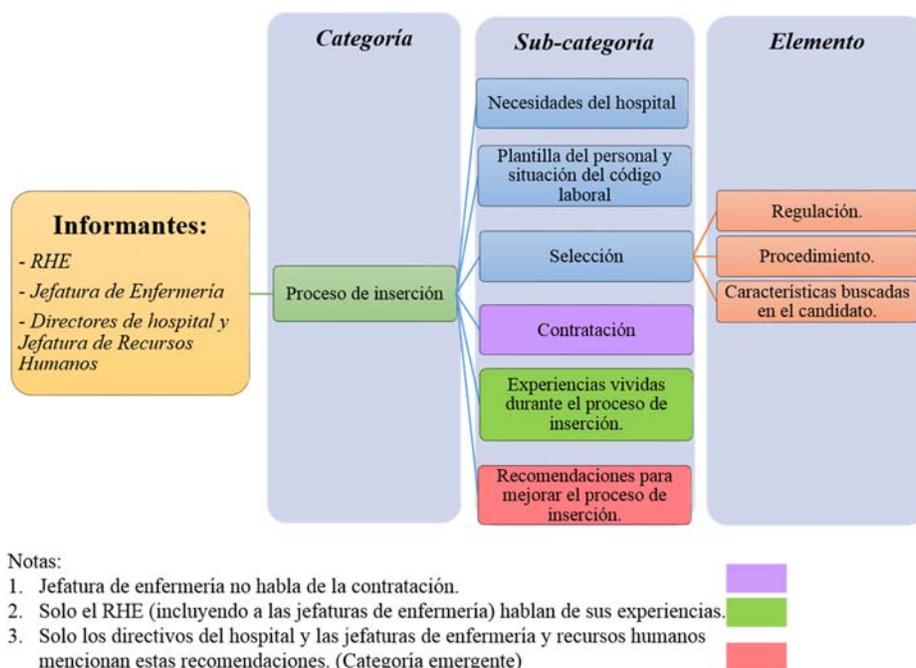


Figura 1. Categoría ‘Proceso de inserción’ integrada por la información de los informantes del estudio. Fuente: base de datos cualitativa.

Cuadro I. Análisis de la categoría ‘Proceso de inserción’.

<i>Sub-categoría</i>	<i>Informante</i>			
	<i>Personal de Enfermería</i>	<i>Jefatura de Enfermería</i>	<i>Jefatura de Recursos Humanos</i>	<i>Directores de hospital</i>
<i>Necesidades identificadas en el hospital</i>	La principal necesidad que tienen los hospitales es de personal, ya que muchas veces por ausentismo, no se cubren todas las áreas del hospital	La necesidad se presenta por sobredemanda de los servicios y carencia de personal. En ambos casos, esto impide la adecuada distribución del RHE.	El personal que se requiere tiene que estar calificado, de preferencia con nivel de especialidad y enfocados al área quirúrgica y enfermedades crónicas.	Se necesita personal de enfermería que cubran las bajas por jubilación o por renuncia.
<i>Plantilla del personal y situación del código laboral.</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Si bien, la mayor parte de la plantilla de enfermería posee el nivel de licenciatura, el problema es el código laboral, ya que en muchos casos no concuerda con su nivel académico. • Indican que el código laboral inicial es de ‘auxiliar de enfermería’, independientemente del nivel académico que posea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifican el incremento gradual de enfermeros. También explican que el código laboral inicial es el de pie de rama (‘auxiliar de enfermería’), con el cual tanto basificados como homologados y formalizados inician a trabajar. • Reconocen que hay un problema con la recodificación o escalafón, el cual no se ha realizado de forma frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen las generalidades de la plantilla, pero aspectos muy específicos los desconocen. • Reconocen que hay un problema en los códigos laborales del RHE, al no coincidir con su nivel académico.
<i>Proceso de selección</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Llama la atención el desconocimiento que se tiene del proceso de selección, ya que lo confunden con el proceso de escalafón. • Indican que hay tres vías para iniciar el proceso de inserción laboral: vía sindicato, vía invitación del hospital, o por búsqueda de oportunidad. • El servicio social, el voluntariado y el nivel académico son considerados importantes durante el proceso de selección. • Si bien el sexo no influye en el proceso de selección, consideran que en algunos casos las mujeres son más beneficiadas que los hombres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saben el procedimiento, pero desconocen el documento que regula la selección. • Su función durante esta etapa es la de la valoración técnica del candidato al puesto, en donde a parte del nivel académico, el servicio social y/o la actividad de voluntariado son altamente valoradas. • Comentan que quienes realmente realizan el proceso de selección y contratación son dirección del hospital, el sindicato y la jefatura de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El manual del procedimiento de selección es proporcionado por la Secretaría de Salud de Tamaulipas. • Indican que su función es la de dar seguimiento al procedimiento administrativo ya que la selección y emisión de los contratos es realizada por la Secretaría de Salud. • Indican que en los últimos años se han realizado pocas contrataciones de personal de enfermería y de otros profesionales de la salud. • Explican el procedimiento de selección hasta la contratación de manera más amplia. • Para la aparición de plazas vacantes, primero se realiza la recodificación o el escalafón, sin embargo estos procesos no han sido recurrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explican que ellos, en consenso con la jefatura de recursos humanos y la jefatura de enfermería, realizan un listado de candidatos a la plaza vacante de enfermería ante la Secretaría de Salud de Tamaulipas. También se toma muy en cuenta la opinión de las organizaciones sindicales.. • Muchas veces se piensa que ellos son los que toman la decisión de quien se queda o no a trabajar en el hospital, sin embargo, indican que la a decisión final es de la misma Secretaría de Salud de Tamaulipas. • El sexo no es elemento que se tome en cuenta durante la selección de personal. Solo importa que sea capaz de cumplir con sus obligaciones y deberes.

<i>Sub-categoría</i>	<i>Informante</i>			
	<i>Personal de Enfermería</i>	<i>Jefatura de Enfermería</i>	<i>Jefatura de Recursos Humanos</i>	<i>Directores de hospital</i>
<i>Contratación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existen muchas dudas sobre el contenido formal del contrato, por lo que tienen nociones generales del mismo. • Muchos comentan que no les fue posible leer el contrato completo, o en su defecto no les permitieron obtener copia o foto del mismo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Indican que el contrato viene desde Secretaría de Salud del Estado. Ellos solo se remiten a la recolección de la firma y al seguimiento administrativo. • Explican que el personal que se contrata como eventual tienen que firmar contrato cada seis meses. Este con el tiempo puede lograr obtener su base, o bien ser homologado o formalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comentan tener nociones básicas del procedimiento de contratación, sin embargo el área en cargada es recursos humanos. • Indican que en otros periodos administrativos se reportaban situaciones ilegales como la venta de plazas, lo cual generaba mucha inconformidad dentro de las personas que concursaban a un puesto.
<i>Recomendaciones para mejorar el proceso de inserción laboral</i>		Comentan que es necesaria la evaluación psicométrica, ya que de esta manera se evitan problemas laborales causados por el comportamiento del personal contratado.	La selección y la definición del RHE a contratar sea por parte de la misma institución hospitalaria y no de la Secretaría de Salud, ya que no conoce las necesidades de la institución.	Remarcan la necesidad de normalizar la evaluación psicométrica para poder seleccionar adecuadamente al personal a contratar.
<i>Experiencias sobre el proceso de inserción laboral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo transcurrido desde la entrega de documentación a la firma del contrato fue rápida. • Consideran la influencia de personas ajenas al área durante el proceso de selección. • Antes de participar en el proceso de selección, desconocen los pasos y/o procedimiento que se seguía. • Si bien es un proceso motivante para el postulante, también lo era estresante. • Cuando es eventual, muchas veces les cargan la mano en el trabajo, sobre todo cuando escasea el RHE. • Inconformidad al momento de firmar el contrato al no poder leerlo o bien obtener una copia del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejan con cautela la decisión de la Secretaría de Salud en algunos de los contratos realizados, debido a que consideran que la misma Secretaría desconoce las necesidades propias del hospital. • Muestran inconformidad de que en el proceso de selección muchas veces influyen los comentarios de terceros ajenos al área de enfermería. • Cuando es eventual, muchas veces les cargan la mano en el trabajo, sobre todo cuando escasea el RHE y cuando hay sobredemanda de servicios. 		

Fuente: Base de datos cualitativa.

2. Necesidades identificadas para la contratación de nuevo personal de enfermería

La principal necesidad identificada para la contratación del nuevo personal de enfermería tiene que ver con la falta del mismo dentro del hospital. La carencia de personal se debe, de acuerdo al personal de enfermería, al gran problema de ausentismo en el trabajo, el cual puede o no estar justificado. Otro motivo identificado por el personal de enfermería y la jefatura de enfermería, se relaciona con la sobredemanda de los servicios hospitalarios, saturando las actividades del personal de enfermería, sobre todo en casos de urgencias o emergencias.

El personal que se necesita en el hospital debe de tener mínimo el nivel de licenciatura. Si bien el personal técnico puede solventar algunas actividades básicas, no poseen el conocimiento práctico y teórico necesario para la atención directa e integral de los pacientes. Para las áreas críticas o específicas, las jefaturas de enfermería y recursos humanos indican que es necesario tener a personal con especialidad, enfatizando las áreas de cirugía, medicina interna y enfermedades crónicas. La necesidad del RHE en cada hospital se relaciona también a la apertura de nuevas áreas o servicios dentro de los hospitales.

Para la dirección del hospital, parte del problema de la falta de personal de enfermería se debe a los procesos de bajas por renuncia o jubilaciones, por lo que no se cuenta con personal que pueda cubrir estas vacantes y mantener en equilibrio a la plantilla. La dirección de recursos humanos identifica a la falta de personal a través de la limitación del mismo en los diferentes turnos, siendo el nocturno el más afectado. Así mismo, la carencia de personal de enfermería afecta los resultados de las autoevaluaciones de calidad de los servicios hospitalarios, asociando a las puntuaciones bajas con la falta de personal suficiente para atender los servicios de salud. Solo existe un comentario en donde aclaran que no se necesita de más personal de enfermería, que lo que realmente se necesita es que el personal trabaje y cumpla con sus actividades^{PP}:

Yo creo que no se requiere de más [enfermeras], se requiere que las personas sean cumplidos en sus labores y se presenten físicamente a trabajar (...) Porque de esas, hay personas que faltan, no vienen y eso genera falta de personal. Pero si vinieran todos considero que, nunca es suficiente, pero considero que es adecuado el número.

(Dirección de Recursos Humanos, Mujer [página 3: líneas 127-132])

^{PP}Nota de observación: cuando se realizó esta declaración, el informante mostraba cierto grado de molestia debido a incidentes y roces que había tenido recientemente con el personal de enfermería de su institución.

3. *Plantilla del personal de enfermería y situación del código laboral*

Durante las visitas a los hospitales, las direcciones de enfermería y recursos humanos mostraron datos estadísticos actualizados al momento, ya que habían realizado un diagnóstico situacional de cada hospital. La plantilla descrita por las jefaturas de enfermería muestra similitudes con los datos del SIARHE. Debido a eso, la información proporcionada era precisos al momento de la realización de las entrevistas. Algunos directores de hospitales se apoyaron de la información proporcionada por la dirección de recursos humanos, sin embargo, la mayoría desconoce, en cierto grado, la demografía general de la plantilla de enfermería. Por último, algunas observaciones que realicé sobre a la plantilla de enfermería es que en un hospital civil hay un elevado porcentaje de RHE eventuales y mientras que en tres hospitales hay profesionales de enfermería con nivel académico de doctorado. Las características más importantes de la plantilla se muestran en el cuadro II.

Cuadro II. Características de las plantillas de enfermería declaradas por los informantes.

Característica	Jefatura de Enfermería	Jefatura de Recursos Humanos	Dirección del hospital
Mayor población de enfermeras que de enfermeros	✓	✓	✓
Mayor parte son licenciados, seguidos de especialistas, técnicos y finalmente con posgrado	✓	✓	✓
Poco personal con formación técnica		✓	
La mayoría es de base, seguidos de homologados/formalizados y finalmente de eventuales	✓	✓	✓
En hospitales generales, se identifican a personal con plaza regularizada, homologada o formalizada	✓		
Por código laboral, la mayoría son auxiliares, seguidos por las generales, especialistas y finalmente jefaturas	✓	✓	
Todo el personal de base se encuentra sindicalizado	✓		
Poca relación entre nivel académico y el código laboral	✓	✓	

Fuente: Base de datos cualitativa.

Llama la atención que el número de personal eventual en diferentes hospitales es bajo, al grado que cuando no cuentan con este personal, las direcciones de enfermería tienen problemas en la administración y distribución del personal de enfermería. En hospitales civiles es común que se mencione que el personal de enfermería está basificado o que es eventual, mientras que en los hospitales generales mencionan que el personal está regularizado, homologado y/o formalizado. Esta situación se debe a la participación del sector federal, situación diferente a los hospitales civiles, los cuales son de carácter estatal.

Debido a que se habla de personal homologado y formalizado, las jefaturas de recursos humanos explica un poco sobre este tipo de contratación, que habitualmente son conocidos como homologado. De forma general, el personal homologado no posee los mismos derechos que el basificado, solo el sueldo que perciben es “nivelado” a lo que debe de ganar según los tabuladores de salario. A mayor nivel de regularización, el número de derechos van incrementando. De igual manera, se aclara que el personal formalizado, regularizado u homologado, no participa en el proceso de escalafón. Solo pueden participar si una plaza está disponible dentro del mismo grupo de formalizados.

El código laboral inicial de todo trabajador en enfermería es de ‘auxiliar de enfermería’, independientemente del nivel académico que posea. Para obtener el código que le corresponde, tiene que participar en procesos de recodificación. Esta es una situación problemática para el gremio, ya que para cambiar al código correspondiente, pueden pasar años para lograrlo, o bien, tener el apoyo de grupos u organizaciones internas (políticas o sindicales). En otras ocasiones, para poder ubicar al personal, se le asigna un código diferente al de enfermería, el cual puede ser administrativo o bien de otra área de la salud, siempre y cuando compruebe dicho conocimiento. Tal como lo comenta una informante:

O sea, aquí para que puedan ascender, tienen que pasar unos 10 o 15 años para que por ejemplo de auxiliar apenas te puedan dar un código de enfermera general.
(Dirección de Enfermería - Mujer [página 4: líneas 152-154])

Los directores de los hospitales comentan que el código laboral del personal de enfermería debería coincidir con el nivel académico, sin embargo reconocen que existen casos en donde esto no sucede. Por otra parte, las direcciones de recursos humanos indican que esta situación es uno de los problemas a los que se enfrentan. Reconocen y aceptan el hecho de que muchos de los profesionales de enfermería poseen los estudios académicos y la experiencia necesaria para poder cambiar de código laboral, no obstante no se han presentado los procedimientos que permitan el cambio de código en el personal. Ya sea la recodificación o el escalafón, coinciden las diferentes jefaturas de recursos humanos que este proceso es urgente u necesario.

4. *Proceso de selección*

a) Regulación del proceso de inserción laboral

Existe una confusión entre el procedimiento de selección con el de escalafón por parte del personal de enfermería. Comprenden que existe un procedimiento para la selección del personal que trabajará en el hospital, y asumen que debe de existir un documento regulatorio, sin embargo lo desconocen. Otros lo relacionan con el reglamento laboral como la portación de uniforme, derechos y obligaciones de los trabajadores; en otros casos, con criterios de selección como lo son la titulación y conocimientos de enfermería. En pocas palabras, el reglamento de selección del personal de enfermería es algo que existe, mas no se conoce.

Las direcciones de enfermería en cierto grado desconocen el documento que regula el proceso de selección y contratación de personal. Mencionan que ese procedimiento lo maneja la dirección de recursos humanos y que son ellos quienes les proporcionan la información a solicitar o los procedimientos a seguir. Por su parte, las direcciones de los hospitales comentan que existe, más no saben el nombre del mismo. Argumentan que el manual de procedimiento lo debe de manejar el área de recursos humanos, ya que son ellos los que se encargan de la mayor parte del proceso administrativo.

Las direcciones de recursos humanos mencionan un manual denominado '*Manual de Operaciones de Recursos Humanos*', el cual si sufre alguna modificación o ajuste, las actualizaciones son enviados a todos los centros hospitalarios por parte de la Secretaría de Salud. Otro documento, menos mencionado, es el de '*Condiciones Generales de Trabajo del Sector Salud*', sin embargo, entre líneas lo dan a entender.

b) Procedimiento

Cuando se habla del proceso de selección, es importante identificar los actores que participan en la toma de decisiones de dicho proceso. En los discursos realizados por todos los informantes, mencionan al director del hospital, a la jefa de enfermería, a la jefatura de recursos humanos y la representación sindical. A dicho comité es el que llaman ‘*Comisión Mixta*’, quien no solo se encarga del proceso de selección, sino que también de otros procedimientos como el escalafón o la recodificación. También interviene la Secretaría de Salud del estado, aunque se desconoce el nivel de participación en este proceso.

En cuanto a las funciones de cada miembro de la comisión mixta, la dirección de enfermería se encarga de la evaluación técnica del candidato al puesto, mientras que el tema administrativo lo realiza la dirección de recursos humanos. Las gestiones y puntos de acuerdo para determinar la propuesta de solicitud de plazas de enfermería las realizan tanto la dirección del hospital como la representación del sindicato. De hecho, las direcciones de los hospitales indican que ellos revisan de los expedientes de los candidatos al puesto, donde una revisados y considerando las observaciones de la dirección de enfermería, proponen quienes pueden ser contratados, reconociendo el hecho que la decisión final no es por parte de ellos, si no, más bien esta decisión es de oficina central de la Secretaría de Salud, tal como se observa en el siguiente testimonio:

La dirección solamente propone, no decide ¿sí? Las decisiones son centrales.

(Dirección de hospital - Hombre [página 5: líneas 227-228])

La participación de la dirección de recursos humanos es más amplia ya que vigilan la aplicación de los exámenes, recolectan los expedientes de los postulantes, canalizan la información, evalúan los resultados de los postulantes al puesto y coordinan las actividades y reuniones entre la dirección del hospital y de enfermería. Ellos se encargan de todo el proceso administrativo, desde el armado del expediente final, la conexión directa con la Secretaría de Salud, el recibir el dictamen final para su aplicación y sobre todo el de iniciar el proceso de contratación. Aclaran que el proceso de selección no se lleva a cabo en el hospital, sino que el proceso es realizado en oficina central (Secretaría de Salud), desconociendo que es lo que se hace.

Diversas y variadas son las experiencias que los profesionales de enfermería comentan sobre la forma en la cual ingresaron a trabajar en la institución hospitalaria. El camino de la inserción comienza con la manera en la cual conocen y se enteran de la existencia de una plaza vacante en el hospital. En los discursos de enfermeras y enfermeros, mencionan que el informante principal siempre han sido empleados del mismo hospital, habitualmente la supervisoras o la jefa de enfermería.

Otros informantes han sido los propios familiares de los profesionales, habitualmente padres o parejas que laboran en los hospitales. Mencionan también que han escuchado casos de otras instituciones hospitalarias del estado publican convocatorias o boletines en donde se oferta las plazas vacantes, no obstante no es algo común. El boletín que observan es la publicación del movimiento escalafonario. Un hecho importante al momento de que se enteraron de la posibilidad de trabajar en el hospital, es que la mayoría se encontraba realizando su servicio social de enfermería, aspecto que facilitaba el conocer la situación del hospital en cuanto a la necesidad de personal de enfermería se refiere.

Una vez que se conoce la existencia de plazas vacantes y que pronto se iniciará este proceso de selección de personal, los profesionales de enfermería interesados recolectan la documentación necesaria para participar en este proceso. Algunos comentaban que el listado para el armado del expediente era brindado por la supervisora o la jefa de enfermería. Por otra parte, la dirección de enfermería, de recursos humanos y la dirección de los hospitales mencionan los documentos que se revisan de cada expediente, los cuales se muestran en el cuadro III. Una diferencia de documentación entre hombres y mujeres tiene que ver con la cartilla militar liberada (enfermeros) y la constancia de no embarazo (enfermeras), este último ha sido eliminado desde hace más de 20 años. En el caso de la dirección, solo hace mención de aquellos documentos que les pone más atención al momento de la revisión de los expedientes.

Cuadro III. Documentación solicitada al RHE para el proceso de selección, según cada grupo de informantes.

Documentación solicitada	Enfermera	Enfermero	Jefatura de Enfermería	Jefatura de Recursos Humanos	Dirección del Hospital
Personales					
<i>Acta de nacimiento</i>	✓	✓	✓		
<i>Credencial de elector</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Cédula Única de Registro de Población</i>			✓	✓	
<i>Registro Federal de Contribuyentes</i>			✓	✓	
<i>Comprobante de domicilio</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Fotografías</i>	✓	✓			
Académicos					
<i>Título y cédula profesional</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Constancia de examen profesional[†]</i>	✓				
<i>Constancia de conclusión de carrera[†]</i>	✓				
<i>Constancia de práctica profesional[†]</i>	✓	✓			
<i>Carta de pasante[†]</i>	✓	✓			
Salud					
<i>Constancia de no embarazo*</i>	✓		✓		
<i>Carta de no invalidez motriz/psicológica</i>	✓	✓			
<i>Certificado de salud</i>	✓	✓	✓	✓	
Legal					
<i>Carta de antecedentes no penales</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Constancia de no inhabilitado</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Cartilla militar liberada**</i>		✓		✓	✓
Otros documentos					
<i>Curriculum vitae</i>	✓	✓		✓	✓
<i>Solicitud de empleo</i>	✓	✓	✓	✓	
<i>Cartas de recomendación</i>	✓	✓	✓		✓

Fuente: Base de datos cualitativa

Notas[†] Documentos solicitados en caso de que el título y la cédula estuvieran en trámite.

* Documento que actualmente ya no se solicita

**Documento solamente solicitado a los enfermeros

De acuerdo a los discursos de las enfermeras y los enfermeros, se identifican tres formas en las cuales vivieron el proceso de inserción, tomando en cuenta el punto de partida para participar en el mismo. Las tres vías de inicio son por invitación del hospital (figura 2), por visita al sindicato (figura 3) y por iniciativa propia (figura 4). Habitualmente, cuando es por invitación del hospital o por el sindicato, es porque han realizado previamente el servicio social o voluntariado dentro del hospital. Estas dos actividades son consideradas fundamentales ya que de esta manera se dan a conocer dentro de la institución, mostrando sus habilidades, destrezas y capacidades profesionales.

Al concluir el servicio social o bien, durante el periodo en donde realiza actividades de voluntariado, es cuando se realiza la invitación vía jefatura de enfermería o bien vía representante sindical, donde se les pide que junten la documentación necesaria para armar sus expedientes.

Específicamente en el caso de los que realizaron el servicio social, si no han tramitado el título y la cédula, les aceptan un documento en donde se indique que están en trámite. En el caso de aquellos que fueron a buscar la información, esta es proporcionada por la dirección de enfermería de enfermería que les entrega un listado de documentos que tienen que juntar para armar su expediente. Armados los expedientes, estos son entregados al organismo que se los solicitó (sea el hospital o el sindicato).

Una vez que entregan el expediente y que el proceso inicia (aclarando que este no es de manera inmediata ya que existen fechas establecidas según los cronogramas de cada institución o de la misma Secretaría de Salud), se les notifica que deben de presentar dos exámenes: uno orientado a conocimientos técnicos-asistenciales del campo de enfermería, mientras que el otro es una evaluación psicométrica. Después de los exámenes, pasan a una fase de entrevistas, las cuales realizan la dirección de enfermería y de recursos humanos. En dado caso de que el proceso fue iniciado vía invitación del hospital o del sindicato, se omite una fase denominada adiestramiento, debido a que ya se conocen las habilidades y destrezas por el servicio social o voluntariado realizado. En el caso de haber buscado la oportunidad visitando directamente el hospital, esta fase es importante, la cual es evaluada por los encargados de área.

Los procesos internos que llevan para la selección son desconocidos tanto por enfermeras como por los enfermeros. Solo saben si fueron aceptados o no por la institución cuando son llamados para notificarles que serán contratados o bien que estarán en un periodo de prueba antes de iniciar a trabajar de manera formal en el hospital. Cuando se les confirma que serán contratados, todos inician con la plaza de eventual y con el código de auxiliar de enfermería, independientemente del grado académico que posean.

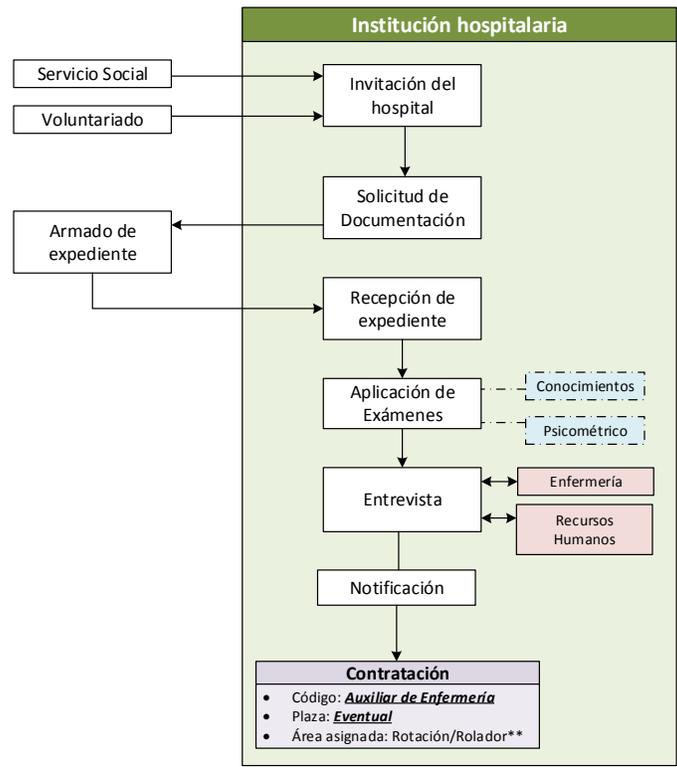


Figura 2. Inserción del profesional de enfermería vía invitación por parte del hospital. Fuente: base de datos cualitativa.

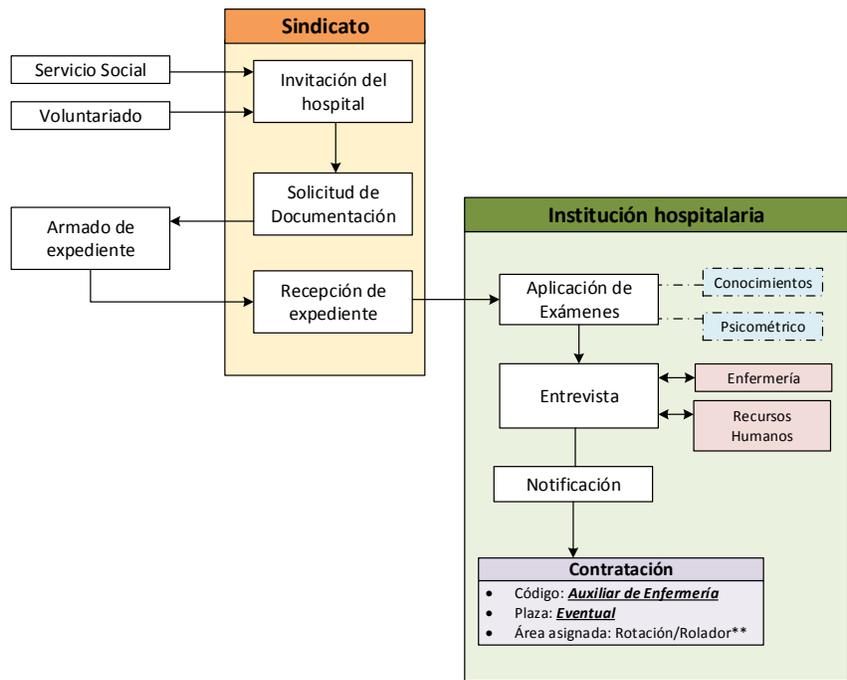


Figura 3. Inserción del profesional de enfermería vía visita al sindicato. Fuente: base de datos cualitativa.

Por otro lado, en ocasiones llegan personas externas a solicitar información sobre el proceso de selección o simplemente dejan el curriculum para que sean considerados en cuenta en futuros procesos de contratación. Tanto voluntarios, estudiantes de servicio social (cuando acaban su año de servicio) y los externos, se les solicita que armen su expediente, tomando en cuenta los documentos mencionados en el cuadro III.

Al armar el expediente, los postulantes al puesto entregan la documentación en el hospital. Cuando se autoriza la contratación de nuevo personal, los expedientes recibidos así como lo que se encontraban en bolsa de trabajo son revisados para verificar si esta con toda la documentación requerida. En este punto, si la persona es externa, pasa por un proceso de entrevistas realizadas tanto por la jefatura de enfermería como por la de recursos humanos, para posteriormente pasar por un periodo de prueba denominado capacitación. Si realizó el servicio social o el voluntariado, las entrevistas y la capacitación son omitidas.

Durante la etapa de la capacitación, se evalúan las capacidades técnicas, las habilidades y las destrezas en el trabajo, así como la interacción y la empatía con el resto del personal. En el caso de los que habían realizado el servicio social o actividades de voluntariado en el hospital, la pre-evaluación sustituye estas observaciones. En cualquiera de los casos, la evaluación del apartado práctico posee una valoración mayor durante el proceso de selección, ya que el haber sido prestatario de servicio social o voluntarios implica tener mayor experiencia en el campo.

El paso siguiente es la aplicación de dos exámenes para evaluar el conocimiento del área de enfermería y los aspectos psicométricos de los postulantes. Con los resultados de los exámenes, la evaluación realizada en la capacitación o las valoraciones de los postulantes al puesto durante el servicio social o el voluntariado, se realiza una valoración y surge la propuesta de los candidatos al puesto. Participan en la propuesta la representación sindical y el consejo técnico del hospital, integrado por la dirección de enfermería, de recursos humanos y del hospital. Por reglamento, las organizaciones sindicales tienen el derecho de proponer al 50%.

La propuesta final de candidatos se envía a la Secretaría de Salud para su revisión, tomando en cuenta los exámenes y el expediente completo de cada persona. Una vez seleccionados, se emite un dictamen para la contratación del nuevo personal, quién es notificado para la firma del contrato. El contrato inicial es de eventual con código laboral de auxiliar de enfermería. Como no tienen un área o servicio asignado en un principio, pasan a cubrir las incidencias o necesidades que se requieren en el momento, por lo que habitualmente son roladores o rotadores de áreas.

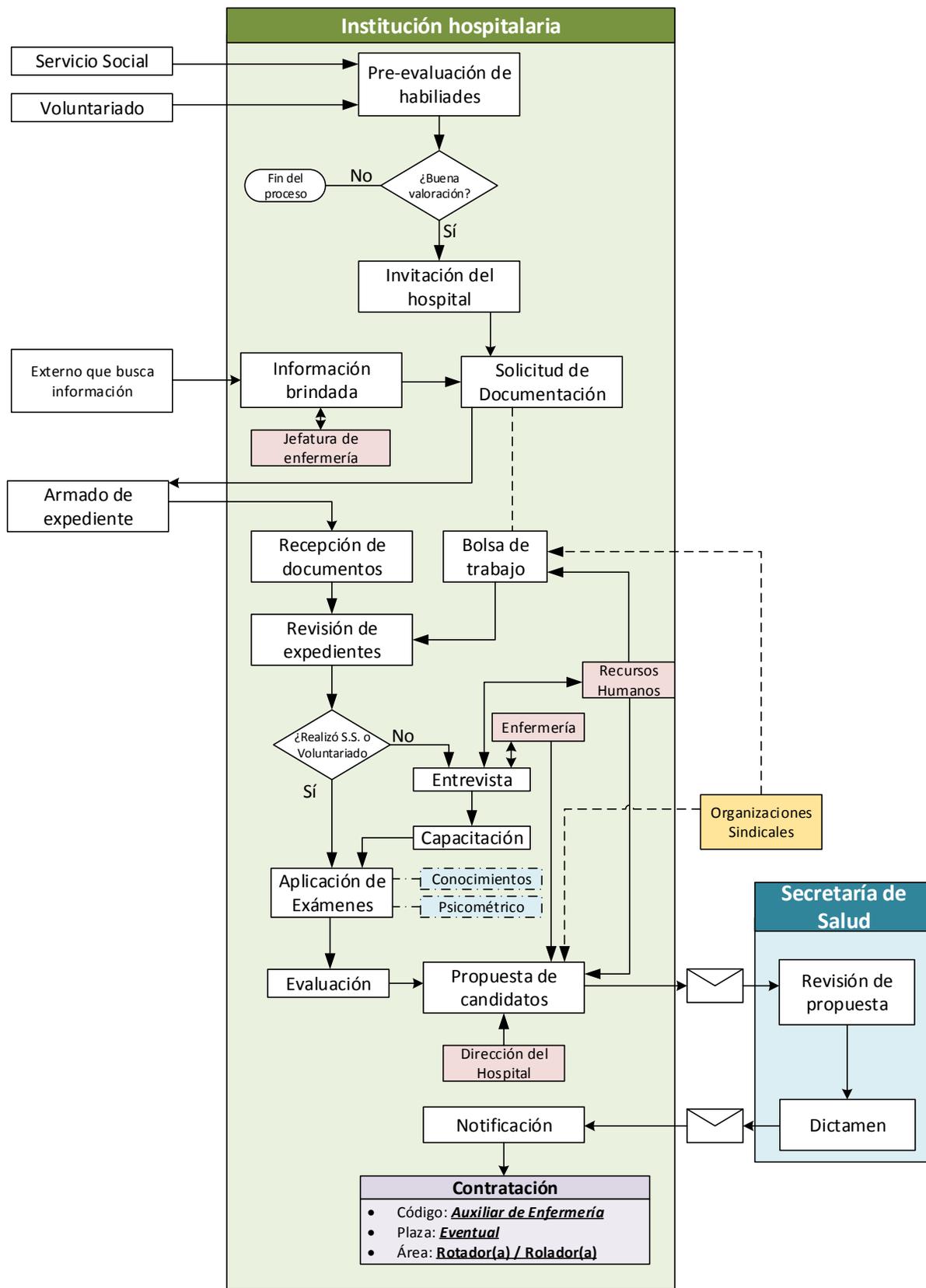


Figura 5. Inserción del profesional de enfermería, según la jefatura de enfermería. Fuente: base de datos cualitativa.

Para las direcciones de recursos humanos, el proceso de inserción laboral (figura 6) inicia con la presencia de una plaza vacante, generada por una renuncia, la jubilación o el fallecimiento de un profesional de enfermería. Cuando se presenta esta situación, se notifica a la Secretaría de Salud, quien genera un boletín para dar inicio al proceso de escalafón. El escalafón consiste en el movimiento de la plantilla del personal a un código mayor, dejando disponible al código de pie de rama. Cuando termina el proceso del escalafón, se vuelve a notificar a la Secretaría para generar un segundo boletín enfocado a cubrir las plazas vacantes de pie de rama.

Durante el desarrollo del segundo boletín (para plaza vacante), se revisa la bolsa de trabajo que tiene dentro de cada institución, priorizando a aquellos que han realizado actividades de voluntariado o bien, quienes demostraron tener las habilidades necesarias durante el servicio social. Se revisan los expedientes y se llama a cada uno de los postulantes a la plaza para que presenten el examen de conocimientos en enfermería y un examen psicométrico. Posterior a los exámenes, la dirección de recursos humanos entrevista a los postulantes, con la finalidad de tener más elementos para considerar si se selecciona o no a la persona.

Con la información recabada de las entrevistas, así como de los expedientes y de los resultados de las evaluaciones, se lleva a cabo la generación de la propuesta de los candidatos del hospital. Es importante mencionar que es un trabajo de gestión y colaboración entre el órgano de gobierno del hospital (director general, dirección de enfermería, dirección de recursos humanos y dirección de administración) y la representación sindical, proponiendo cada parte el 50% correspondiente. Una vez que se tiene el listado, este se envía a la Secretaría de Salud, quien vuelve a revisar los expedientes de cada candidato a la plaza propuesto y determinan quienes serán contratados.

La Secretaría de Salud emite el dictamen para la notificación, y se procede con un proceso de inducción al puesto, capacitación o adiestramiento, según sea el caso para que finalmente se emita el contrato, el cual es inicialmente por seis meses como personal eventual y con código laboral de auxiliar de enfermería. El área y el turno son definidos por la jefatura de enfermería.

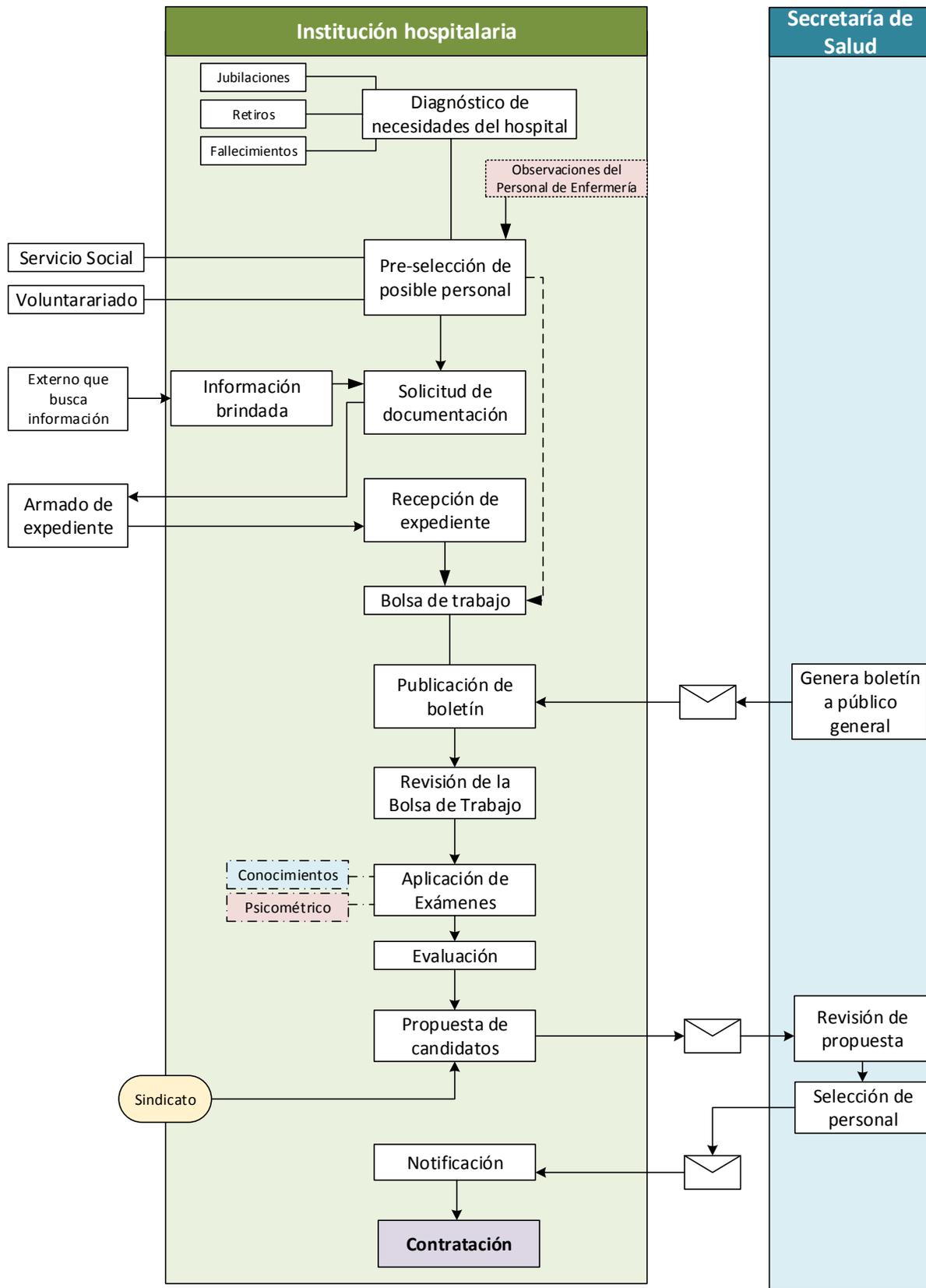


Figura 6. Inserción del profesional de enfermería según direcciones de hospital, según la jefatura de recursos humanos. Fuente: base de datos cualitativa.

Desde el punto de vista de la dirección del hospital, el proceso de selección deriva después del diagnóstico del hospital, con la finalidad de identificar las necesidades para cubrir al personal jubilado, retirado o fallecido. Durante este proceso (figura 7), se empieza a identificar a posibles elementos a partir de los estudiantes pasantes de servicio social o de aquellos que son voluntarios, los cuales más adelante son invitados para integrarse en la plantilla del hospital. Para ello se les solicita que vayan integrando su expediente. En otras ocasiones, se presenta la situación de la visita de profesionales de enfermería que solicitan información y dejan su documentación para poder participar en futuros procesos de contratación.

El proceso inicia con un boletín emitido por la Secretaría, dando pie a la revisión de la bolsa de trabajo existente en el hospital. En esta revisión se consideran tanto las observaciones realizadas previamente de aquellos que fueron pasantes de servicio social o que son o fueron voluntarios en la institución. Se considera el nivel académico, los estudios y sobre todo que cumpla con toda la documentación. Durante esta revisión para la propuesta, se prioriza los casos de aquellos que ya conocen su forma de trabajar, es decir, de los que realizaron servicio social o actividad de voluntariado. Identificadas las candidatas y los candidatos al puesto, son llamados para que presenten los exámenes de conocimientos y el psicométrico. No todos los hospitales realizan estos ejercicios, aunque en algunos casos, las evaluaciones vienen de Secretaría de Salud para ser aplicadas en cada institución hospitalaria.

Con los resultados, empieza la evaluación de cada candidato, en donde se toma en cuenta la opinión tanto de la dirección de recursos humanos y sobre todo la de enfermería. Durante esta revisión, también forma parte de este procedimiento los representantes de las organizaciones sindicales, donde en común acuerdo, se propone la lista de postulados al puesto en una proporción de 50% - 50%. Es importante considerar que los representantes sindicales ya traen una lista de candidatos, por lo que las reuniones con el órgano de gobierno del hospital son para establecer acuerdos de quién o quienes serán colocados en la propuesta. Armada la propuesta de candidatos, esta es enviada a Secretaría de Salud, la cual vuelve revisar y a valorar los expedientes de cada candidato. Ahí se realiza la selección definitiva y se notifica al hospital cuantos fueron autorizados para la contratación. Una vez recibida la notificación, se inicia el proceso de contratación del personal. Sobre el tipo de contrato y de código laboral no realizan comentario alguno. Finalmente, reconocen que quienes llevan a cabo todo este proceso es el área de recursos humanos.

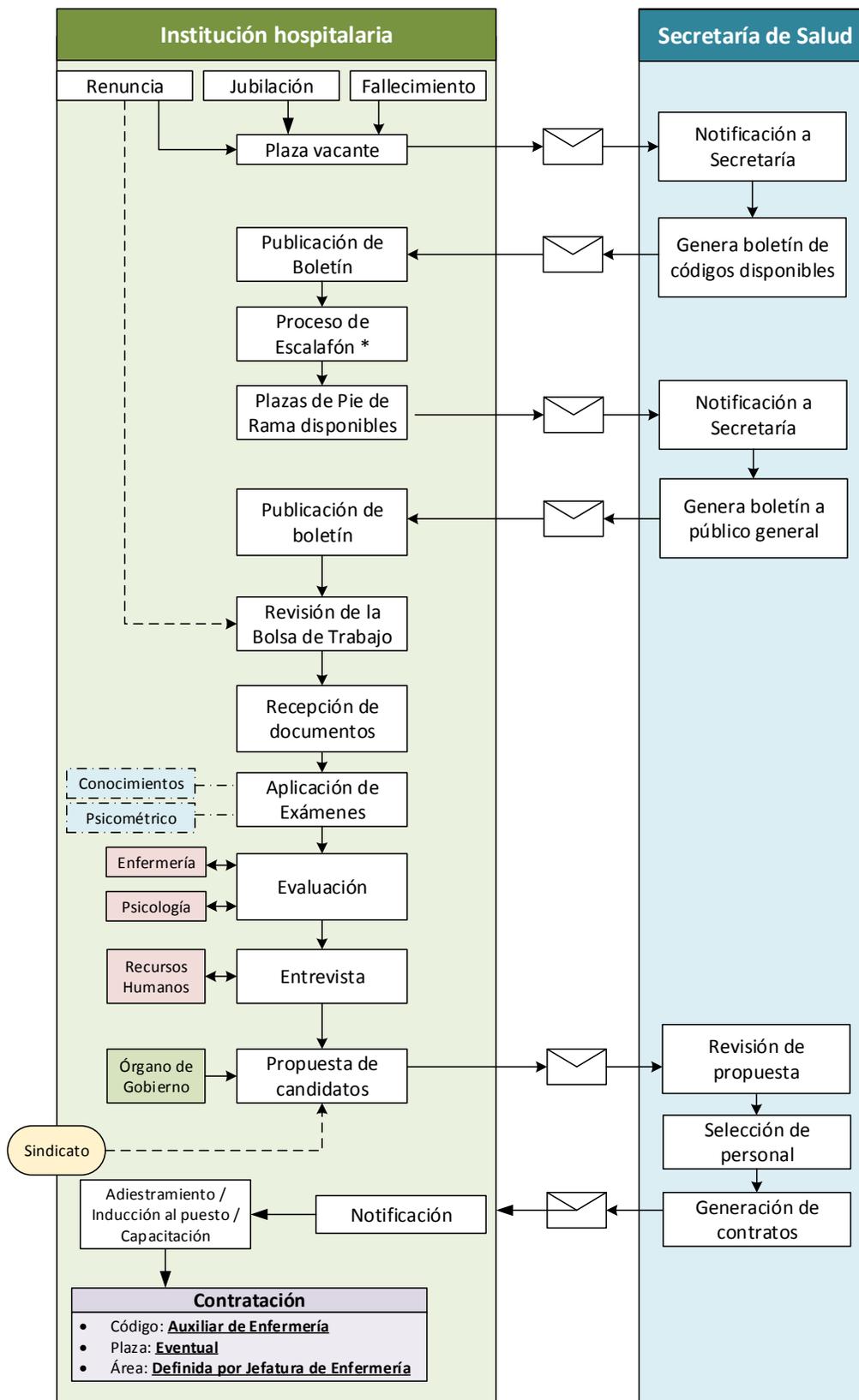


Figura 7. Inserción del profesional de enfermería según las direcciones de los hospitales. Fuente: base de datos cualitativa.

c) Características consideradas en el proceso de selección

El caso del sexo como criterio de selección, existe discrepancia en las declaraciones de enfermeras y enfermeros. Las primeras consideran que, en cierta medida, el sexo influye al momento de seleccionar al nuevo personal de enfermería, considerando el hecho histórico de la enfermería como una profesión de mujeres es una postura muy arraigada en los tomadores de decisiones. Al mismo tiempo, comprenden que en los últimos años la incursión del hombre ha sido de manera gradual, por lo que esta visión está cambiando de manera lenta. Por otro lado, los enfermeros consideran que el sexo no influye en el proceso de selección, que lo que pasa es que hay poca participación masculina debido al volumen que hay de egresados.

Para la dirección, el sexo del trabajador no es determinante durante este proceso. Declaran que no existe procedimiento específico para hombres o mujeres. Lo más importante es que cumpla con sus deberes y obligaciones. Las direcciones de recursos humanos reconocen que la incursión del hombre en enfermería es reciente, lo cual ha sido un proceso gradual. El sexo del profesional no influye en el proceso de selección, lo que pasa es que históricamente la mayor parte de los profesionales de enfermería son mujeres. Consideran que la participación del hombre es buena, y como en todo, lo más importante es el grado de responsabilidad en vez del sexo del trabajador.

Considerar la condición de salud de los profesionales como un criterio de selección es algo que no está claro en las declaraciones del personal de enfermería. Primero, el considerar el estado de salud de los postulantes puede ser revisado a través del certificado de salud solicitado. Esto permitiría identificar a aquellos profesionales que poseen alguna enfermedad o patología especial. Segundo, la posibilidad de que no pueda realizar alguna actividad física debido a alguna incapacidad, lo cual se revisaría con la carta de no invalidez. La información que se tiene al momento no permite establecer alguna postura al respecto.

Ni la dirección de recursos humanos ni las direcciones de los hospitales emiten comentario alguno con respecto a la condición física y de salud del postulante a la plaza. No obstante, realizan una aproximación cuando hablan de aspectos como neurolingüística o la evaluación psicométrica, orientándose en el aspecto mental-emocional.

Algo interesante sucede con el nivel académico profesional. Tanto enfermeras como enfermeros dan a conocer la gran importancia de esta característica. A lo largo de las entrevistas, aluden que el tener el conocimiento y las habilidades necesarias, les permitieron conseguir el trabajo que actualmente poseen, e inclusive, si uno se esfuerza en seguir preparándose para la

obtención de un grado académico mayor al que poseen, les permite en un futuro participar en procesos de escalafón o de recodificación, mejorando su estatus profesional.

Las direcciones del hospital coinciden que el demostrar el nivel académico que posee el profesional de enfermería es muy importante, ya que eso refleja tanto los conocimientos como las habilidades que poseen. En este caso, las jefaturas e recursos humanos coinciden en que el tener el título y la cédula profesional que avale la formación académica es un elemento de gran importancia. Actualmente, si no se muestran estos documentos, los postulantes no serán considerados en el proceso de selección, por más que tengan la experiencia necesaria demostrada. No solo es importante para el proceso de selección, sino que también es contemplado para otros procesos, como lo son el movimiento escalafonario o la recodificación.

Los profesionales de enfermería consideran que un elemento clave en el proceso de selección tiene que ver con la experiencia laboral previa. Destacan que las actividades realizadas durante el servicio social o bien las actividades que realizan durante un periodo como voluntarios dentro del hospital son tomadas en consideración al momento de la selección por parte del comité. De acuerdo a los comentarios realizados a través de la entrevista así como de manera informal por otros profesionales de enfermería, las actividades realizadas durante el periodo de servicio social o de voluntariado permiten mostrar las habilidades, destrezas y competencias que poseen al momento de brindar un servicio de salud.

Exactamente, gracias al servicio social, como uno vaya laborando en el servicio social, es como te van... bueno te abrió la carrera, me abrió la puerta del trabajo.
(Personal de Enfermería-Hombre [página 2: líneas 60-62])

Tanto el servicio social como el voluntariado son considerados por las direcciones de recursos humanos y las direcciones de los hospitales como importantes, ya que reflejan las capacidades que posee el candidato en cuanto al aspecto práctico. De otro modo, es necesario tener recomendaciones de terceros (cartas de recomendación) para determinar esta cualidad. Si estas actividades fueron realizadas en el mismo hospital, son consideradas de gran valor evaluativo.

El elemento que consideran como el de mayor peso en el proceso de selección son las influencias que tienen determinados personajes u organizaciones (sea sindicato o secretaria). Tanto enfermeras como enfermeros comentaron que la intervención de dichos personajes afectaba el curso adecuado del proceso de selección, ya que en muchas ocasiones el RHE contratado no mostraba las capacidades y/o habilidades necesarias para el trabajo dentro del hospital. Fueron en

diversas ocasiones, sobre todo en las generaciones jóvenes de profesionales de enfermería, que manifestaban su molestia e inconformidad ante este aspecto, ya que dentro de sus observaciones y comentarios, estas acciones no permitían seleccionar adecuadamente al RHE.

En este mismo sentido, las direcciones de recursos humanos indican que muchas veces influye algún familiar que está dentro de alguna organización. Expresiones tales como “*si está mamá/papá es trabajador en el hospital, le puedo dejar la plaza a mis hijos...*” o bien “*las plazas son hereditarias*” siguen siendo comunes. No obstante, se reconoce que si bien es un derecho del trabajador, este tiene que pasar por todos los pasos del proceso para que sea justo. Por su parte, las direcciones de los hospitales consideran que anteriormente existía o era común el efecto del compadrazgo, las amistades o la familia quienes ejercían algún tipo de presión, apoyándose habitualmente de alguna organización para lograr tal fin. Consideran que en los últimos años este tipo de situaciones se han ido controlando o disminuyendo.

5. *El contrato*

Sobre el contenido del contrato existen algunas dudas del mismo pero hay algunos elementos que identifican. Por ejemplo, las enfermeras recuerdan que en su contrato venía el periodo de trabajo, el tipo de contratación y algunas mencionan que se mencionaba un horario. Por su parte, los enfermeros mencionaban el área de trabajo, los derechos y las obligaciones. Todos mencionaron que se decía algo del sueldo, o bien se daba a entender algo de esto. Algo que no recuerdan haber visto en el contrato es el turno en el cual trabajarían. Este desconocimiento del contenido del contrato es el reflejo de algunas acciones realizadas por el área administrativa, al no permitir la lectura del mismo o bien, por no otorgar una copia del mismo.

No nos dejaron leer el contrato (...) porque los que fueron para contratarnos nos dijeron que tenían prisa, que por favor lo firmáramos y que se los entregáramos porque tenían prisa y porque nosotros, de hecho, estábamos trabajando en nuestro horario laboral y nosotros no podíamos descuidar el área en la que estábamos. Por ejemplo, yo estaba en terapia y no podía dejar a mis pacientes solos. Yo fui, firmé y no nos dejaron leerlo, incluso una compañera quiso tomarle una fotografía y le dijeron que la borraría. No nos dejaron ni siquiera sacarle copia, nada. Solo firmar y ya.

(Personal de Enfermería – Mujer [página 4: líneas 152, 154-161])

Resalta el hecho de que la dirección de recursos humanos es la que más elementos menciona en relación al contenido del mismo. Se hace la aclaración de que el horario no se estipula debido a

que el personal de enfermería se encuentra a disponibilidad, pero si se establece la jornada (días) que trabajará. Sobre el sueldo, indican que depende o del recurso asignado del Seguro Popular o bien por recursos estatales. Solo en el caso de los hospitales generales aclaran que también el origen del presupuesto para el salario del trabajador puede ser de origen federal.

En teoría todos son iguales. En cuestión financiera, la Secretaría de Salud si decide quién se paga por recursos del seguro popular, que apoya en un porcentaje y otros por recursos estatales, pero eso es cuestiones financieras. Para todos es lo mismo. El contenido del contrato es lo mismo, la única variación es el origen del salario.
 (Dirección de Recursos Humanos- Mujer [página 9: líneas 363-367])

Algo que se está presentando es cambio de contrato de eventual a homologados. La homologación de código (llamado en otros lados como formalizaciones) es un proceso similar a la basificación, de cambiar de un código a otro mayor, sin embargo tiene ciertas limitaciones. A diferencia de la base, la homologación no cubre ciertas situaciones, pero sobre todo, si a alguien le asignan un código, la persona no puede participar en un proceso de escalafón. En algunas situaciones, el cambio de código solo puede ser con el proceso de recodificación, el cual se desconoce el procedimiento del mismo. Lo único similar que se encuentra con una basificación o escalafón es la documentación que se solicita para poder iniciar el proceso de homologación. La figura 8 representaría las posibles rutas para la obtención del código laboral acorde al nivel de formación.

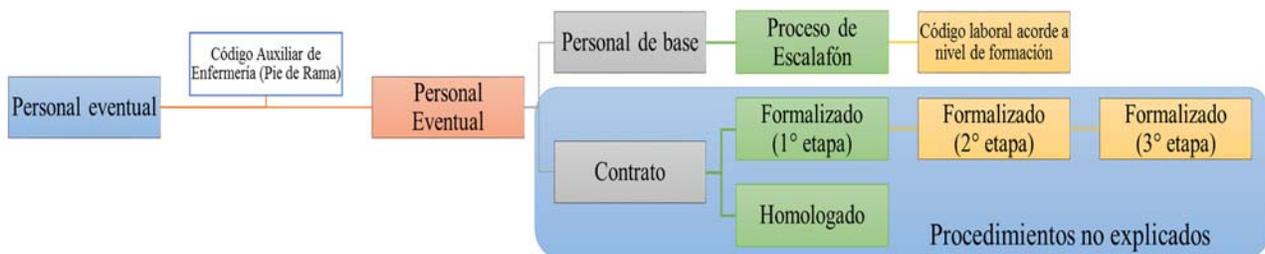


Figura 8. Ruta que sigue el RHE para pasar de auxiliar al código correspondiente. Fuente: base de datos cualitativa.

6. Recomendaciones y sugerencias para mejorar el proceso de inserción laboral

Uno de los elementos que se toma en cuenta en el proceso de evaluación es el conocimiento y las habilidades que tienen en la parte técnico-asistencial, se sugiere también se tome en cuenta los conocimientos sobre enseñanza, administración y gestión. Las direcciones de enfermería remarcan la importancia de los exámenes de conocimientos y la evaluación psicométrica, sugiriendo que en aquellos hospitales en donde no se realizan estas evaluaciones, sean empleadas para seleccionar mejor al recurso humano de enfermería. Esta sugerencia deriva a que han tenido problemas con personal que ha sido contratado y han resultado no adecuados para el puesto, o en el menor de los casos, tienen el conocimiento pero no poseen las cualidades y/o actitudes adecuadas.

Si bien, el proceso de inserción del nuevo recurso humano de enfermería en las instituciones hospitalarias es similar, no todas llevan todos los pasos o procedimientos. Una observación realizada por parte de las direcciones de hospital tiene que ver con la evaluación psicométrica, la cual consideran que es muy importante y necesaria para poder determinar y seleccionar adecuadamente al RHE que se requiere en el hospital.

Desde el punto de vista de las direcciones de enfermería, el hecho de que la Secretaría de Salud sea la que decida quién se contrata, es un arma de doble filo. Lo positivo está el hecho de que existe una segunda evaluación sobre el personal propuesto tanto por el hospital como por los sindicatos, pero lo negativo es que ahora se sienten “*maniatados*” durante este proceso, donde muchas veces la Secretaría no toma en cuenta las necesidades que se tiene dentro de cada uno de los hospitales. Las direcciones de recursos humanos consideran que si bien el procedimiento actual permite ser más objetivos y “justos” para los postulantes a la plaza vacante, la Secretaría de Salud no conoce las propias necesidades de los centros hospitalarios. El procedimiento que se tenía anteriormente facilitaba la inserción laboral del RHE, ya que es personal que se conoce por sus antecedentes en el hospital. Actualmente, suele pasar que de la lista propuesta solo se aceptan a algunos y para complementar el número de profesionales requeridos, se envían otras personas procedentes de otros lugares, generando problemas, sobre todo dentro de la misma planilla de enfermería.

7. Experiencias sobre el proceso de selección

Las experiencias vividas por el personal de enfermería son muy diversas, sin embargo, existen algunos elementos similares durante la selección y la contratación. Ambos consideran que es un proceso rápido, ya que los tiempos entre la entrega de documentación, la presentación de exámenes, el adiestramiento y la llamada para la firma del contrato se realizan en aproximadamente de mes a mes y medio. Si se compara entre generaciones, hace más de 20 años el proceso podía llevar al menos una semana. Se destaca que durante el proceso de selección existe influencia de terceros, en donde la opinión que realizaban afectaba la decisión de aceptar o no a las personas. También comentan que si algún documento se encontraba en trámite, se les daba la oportunidad de entregarlo más adelante, sin afectar el procedimiento. Finalmente, desde el punto de vista de las enfermeras, el proceso de selección es un proceso muy hermético, es decir, en el momento en el que se encontraban participando en la selección, no se tiene conocimiento de cómo se realiza o que elementos tienen mayor peso al momento de que se realiza este proceso. Una vez que están dentro de la institución, empiezan a tener idea del cómo se llevó a cabo.

El proceso de selección es algo que describen como motivante, ya que en ese momento se encontraban participando en un concurso para obtener un trabajo, permitiéndoles poner en práctica sus conocimientos para el beneficio de la salud de las personas. La selección es una oportunidad de encontrar trabajo, generándoles sensaciones encontradas como el estar emocionado y preocupado a la vez, o bien, temor y alegría al mismo tiempo. El participar como candidatos a la plaza es visto como una posibilidad para tener un trabajo estable y que en un futuro les permitirá seguir preparándose en algún área de especialidad clínica.

Un elemento común encontrar en los discursos de las enfermeras y de los enfermeros era la molestia e inconformidad por la intervención de terceros, quienes ejercían cierto grado de presión a través de su influencia. Consideran que existen grupos de poder muy fuertes dentro del hospital, lo cual beneficia o perjudica a los participantes del proceso de selección, llegando a surgir comentarios de que algunos compañeros o compañeras fueron seleccionados por el simple hecho de tener amistades con determinadas figuras de poder.

Solos los enfermeros reportan en sus discursos elementos como sentirse afortunado, el reconocer el tener miedo por conocer si fueron seleccionados y el considerar este proceso como un reto. Estas expresiones pueden denotar el hecho de que al ser la enfermería una profesión

feminizada, la incursión del hombre dentro de la profesión puede ser algo complicada, dado al mismo contexto histórico de la enfermería.

Al momento de haber sido notificados para firmar el contrato, algunos profesionales de enfermería mencionaron que se les pidieron cumplir con ciertas condiciones tales como no faltar, cubrir turnos y la disponibilidad de tiempo. Las condiciones dadas al momento de la contratación solo era en el tiempo en el cual estaban eran eventuales. Cuando cambiaban a una base o a una homologación/formalización, estas condiciones ya no eran tomadas en cuenta.

A pesar de que era una condición el quedarse más turnos para poder ser contratada para el siguiente periodo (recordando que inician como eventuales), este discurso refleja que se abusaba de la confianza del profesional de enfermería. Si bien, la inasistencia del personal es un problema, mayor es el problema de no tener el número suficiente de recursos humanos que pueda cubrir adecuadamente estas incidencias.

Al momento de la firma del contrato, las emociones y sensaciones que tenían el personal de enfermería fueron descripciones positivas. Tanto enfermas como enfermeros manifestaron su felicidad, emoción y alegría ya que de esta manera estaban asegurando un trabajo con sueldo estable. Reportaron sentirse tranquilos, aliviados y satisfechos, ya que es un logro personal, logrando trabajar en un lugar en el donde siempre han querido estar. También, el simple hecho de haber logrado firmar el contrato implicaba una oportunidad de superación y mejora, ya que de esta manera y conforme pasara el tiempo, era posible buscar la basificación, así como el identificar el área en la cual muestran mayor afinidad.

A pesar de identificar estos aspectos positivos, también se identificaron elementos de inconformidad. Uno de ellos tiene que ver con el momento de la falta de tiempo para leer el contrato, el cual ya fue comentado anteriormente. El otro tiene que ver con la sobrecarga de trabajo que les asignan, lo cual va muy de la mano con los elementos de las condiciones mencionadas al momento de la firma del contrato.

Al iniciar su trabajo en el hospital, ya con el contrato firmado, empiezan con el código laboral de auxiliar, con un contrato de eventual. Además, enfermeras como enfermeros indican que existe un proceso para la asignación del lugar a trabajar, el cual se identificó en la mayor parte de los hospitales visitados: la *banca*. Esta es definida como como un espacio donde el personal nuevo y eventual tienen que esperar con la finalidad de saber a qué área o servicio son ubicados, según la necesidad del hospital o bien por las incidencias presentadas ya sea por inasistencias,

justificaciones, vacaciones u onomásticos. Es de esta manera en la cual la mayor parte del personal de enfermería empiezan las actividades laborales dentro del hospital, es decir, la condición de personal eventual está estrechamente asociado con la *banca*.

Al mismo tiempo, la condición de eventual y la banca le brindan una etiqueta particular a este tipo de profesional, identificado como “*rotador(a)*” o “*rolador(a)*”. Esta etiqueta implica que el profesional de enfermería no está ubicado en un área o servicio específico, pasando por todos los turnos y áreas hospitalarias en periodos cortos de tiempo. Por ejemplo, en un día, una enfermera puede estar en el turno vespertino atendiendo el área de urgencias, pero al día siguiente la llaman a cubrir el turno matutino en el área de pediatría. Las rotaciones de turno y área se irán limitando hasta llegar a tener un turno fijo y un área asignada, o bien cuando logre cambiar de código de eventual a base/homologado/formalizado, y de esta manera ascender a un código acorde a su nivel de formación, esto a través del proceso de escalafón (personal basificado) o de recodificación (personal homologado/formalizado).

A los profesionales que tenían más de 15 años trabajando en el hospital se les pregunto sobre el proceso de selección que ellos vivieron y el proceso que actualmente se lleva a cabo. Algunas enfermeras comentaban que el procedimiento era el mismo, o bien, no encontraban diferencia alguna. Sin embargo, la mayor parte del personal de enfermería indicaba que los procesos han cambiado, describiendo que el proceso actual de selección es más “*requisitosos*” (es decir, se solicita más documentos o elementos para armar el expediente), por lo mismo que es más exigente. Consideran que el procedimiento actual es mucho más complejo que en el tiempo que ellos ingresaron a trabajar.

Conclusiones del capítulo

En el presente capítulo muestro los resultados cualitativos relacionados con el proceso de inserción al mercado de trabajo, tomando en cuenta la opinión del personal de enfermería así como de otros informantes que participan en este procedimiento. Se destaca que la inserción laboral es un proceso muy amplio y complejo, por lo que es imposible que un solo actor describa el proceso en su totalidad, lo cual se puede ver en la figura 9. Las experiencias de enfermeras y enfermeros son diversas, las cuales dependen más por el cómo iniciaron el proceso que por cuestiones de género.

Características como la experiencia laboral, el servicio social, el voluntariado y el nivel académico poseen mayor impacto en el proceso de selección. El efecto de la influencia de terceros en los procesos de selección y contratación siempre será un tema latente para el personal de nuevo ingreso. En cuanto a la contratación, queda claro que todos inician como ‘auxiliar de enfermería’, pero el problema se presenta cuando buscan obtener el código laboral que corresponde a su nivel de formación. La recodificación o el movimiento escalafonario dependen de múltiples factores que no están al alcance tanto de los órganos administrativos de los hospitales e inclusive de la propia Secretaría de Salud a nivel estatal.

El tema del género en el proceso de inserción laboral solo arroja semejanzas en los procesos y experiencias vividas tanto por hombres como mujeres. El único acercamiento que se hace es la relación que se hace de la enfermería como una profesión de mujeres, a pesar de que existe una inclusión gradual del hombre en esta profesión. Sin bien, las diferencias no son observadas en la inserción laboral, si son identificables en las actividades que el personal de enfermería realiza dentro de los hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

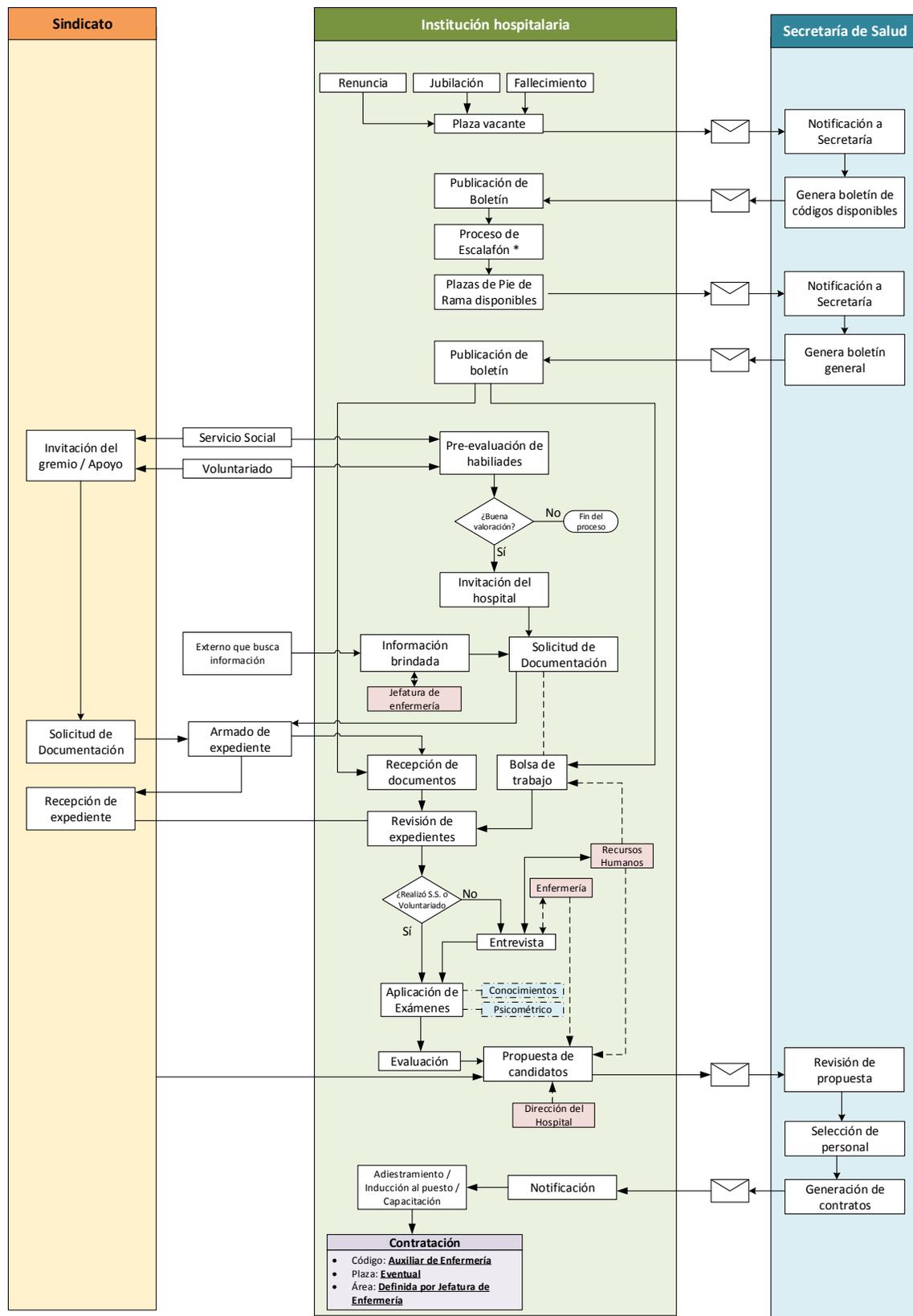


Figura 9. Diagrama general del proceso de inserción laboral, basado en los discursos de profesionales de enfermería, jefatura de enfermería, jefatura de recursos humanos y dirección de los hospitales.

Capítulo 4

Conclusiones

El presente proyecto permitió generar evidencia en los siguientes puntos:

1. *Sobre la oferta educativa de la LE en Tamaulipas*

- Los resultados obtenidos sobre la formación de profesionales de enfermería con licenciatura hacen pensar que se tendrá disponibilidad de personal calificado para la atención de la sociedad tamaulipeca en los servicios de salud.
- La carrera de enfermería se ha caracterizado por ser una profesión altamente feminizada, por lo que la incursión del hombre dentro de esta carrera debe de analizarse bajo otras perspectivas. Es necesario indagar los motivos por el cual el hombre decide estudiar esta carrera, ya que se demuestra su creciente participación dentro de LE en Tamaulipas.
- Se debe explorar el tema de la titulación, sobre todo los incentivos y/o barreras percibidas durante este proceso.
- Se debe tomar en cuenta las características de las instituciones formadoras de profesionales de enfermería, destacando a la acreditación y la variedad de la oferta educativa. Es preocupante ver que el mayor número de escuelas de enfermería no poseen una acreditación de sus programas de estudio, lo cual puede repercutir en la imagen de la calidad en la formación de LE. No obstante, el efecto que tiene la '*mercadotecnia educativa*' enfocada a la duración de la carrera y modalidades *innovadoras*, dejan de lado la importancia de la calidad de los programas, siendo este un tema que se debe analizar con mayor detalle.

2. *Sobre la asignación de funciones y actividades del personal de enfermería*

- La enfermería como profesión ha sido identificada con estereotipos relacionados con lo femenino y lo doméstico. Estos estereotipos habitualmente son las descripciones que se hacen de las enfermeras en su contexto laboral.

- Los estereotipos identificados se relacionan a cualidades que se consideran como favorables o no favorables para el ámbito laboral, mientras otras características se consideraron como neutrales.
- Llama la atención el caso de los enfermeros, quienes valoran mejor a las enfermeras, mientras que ellos mismos muestran una autovaloración baja.
- Cuando se realiza la distribución del personal de enfermería, se observa una preferencia o tendencia de enviar al profesional según su sexo.
- La segregación por sexo más notoria se da en las áreas de atención a pacientes pediátricos o mujeres, donde habitualmente se procura no enviar a los enfermeros a dichas áreas. Solo cuando es necesario, el enfermero puede trabajar en dichas áreas, solo si es acompañado en pareja por una compañera enfermera.
- A pesar de que existan declaraciones donde indican que no se realiza una distribución del personal de enfermería por sexo, en la práctica si se lleva a cabo. No obstante, también es importante considerar la opinión de los usuarios y los familiares de los servicios, lo cual también afecta en el proceso de la distribución del personal.

3. *Sobre el proceso de inserción laboral del personal de enfermería*

- Existe un desconocimiento por parte del personal de enfermería sobre el proceso formal de selección en las instituciones hospitalarias.
- Se identificaron tres formas de inicio para la inserción laboral del personal de enfermería: la invitación del hospital, organizaciones sindicales o bien “*tocando las puertas*” para tener una oportunidad de trabajo.
- Si bien, la intervención de la Secretaría de Salud en el proceso de inserción laboral brinda cierto grado de objetividad, deben considerar las necesidades de la institución hospitalaria.
- Se recomienda dar claridad a los criterios y elementos de selección de personal. Las experiencias y comentarios realizados por los participantes reflejan que existe confusión, sobre todo en el proceso de la evaluación para la generación de la lista de personal propuesto a las plazas vacantes y un total desconocimiento de las actividades y acciones que realiza la propia Secretaría de Salud en cuanto al proceso de selección y contratación del personal.

- El proceso de inserción laboral actual prioriza las características del puesto en vez de considerar las competencias necesarias. Se debe mejorar y adaptar el proceso actual a un modelo donde evalúen las competencias necesarias para el puesto..
- En cuanto a los criterios de la selección de personal, el sexo del candidato al puesto no juega un papel importante en el desarrollo de este proceso. Solo el nivel académico y la experiencia previa a través del servicio social y actividades de voluntariado, son las que se consideran tener una mayor valoración al momento de la selección.
- En la cuestión del código laboral del personal de enfermería, es un tema pendiente reconocido por todos los participantes en el estudio.
- Finalmente, el tema del género en el proceso de inserción laboral solo arroja semejanzas en los procesos y experiencias vividas tanto por hombres como mujeres. Los elementos del género de Maquieira no son identificables en los discursos que hablan del proceso de inserción laboral.

Bibliografía

1. Comunidad Colaborativa de Recursos Humanos para la Salud. Construcción de métricas para la estimación de recursos humanos para la salud en América Latina y el Caribe: informe regional. Primera ed. Colombia: Ecoe Ediciones; 2012.
2. Nigenda G, Machado MH, Ruiz FF, Carrasco VV, Moliné PP, Girardi SS. Towards the construction of health workforce metrics for Latin America and the Caribbean. *Human Resources for Health*. 2011; 9(24).
3. Nigenda G, Ruíz JA, González-Robledo LM, Wirtz V, González-Robledo MC, Aguilar ME, et al. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Primera ed. Cuernavaca: INSP - Cendex; 2010.
4. Jiménez Sánchez J. Formación de recursos humanos en enfermería. In *Salud Sd. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2012. p. 191- 198.
5. Secretaría de Salud. Seminario. Futuro y tendencias en la formación de recursos humanos en México para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria. In *Panorama General de la Formación de Recursos Humanos en Enfermería*; 2014; México: Secretaría de Salud México - OPS/OMS - PALTEX. p. 28 - 33.
6. Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 1983 Octubre 19.
7. Subsecretaría de Educación Superior. Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Superiores Federales y Estatales. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 03. Available from: <http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/>.
8. Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. COMACE. [Online].; 2012 [cited 2014 Octubre 10. Available from: <http://comace.mx/Antecedentes.aspx>.
9. Comisión Permanente de Enfermería. CPE. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 30. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?Id_URL=notas&Id_Nota=170&anio=2013.
10. Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior. Padrón de Programas Reconocidos por los CIEES. [Online]. [cited 2016 Enero 30. Available from: <http://www.ciees.edu.mx/index.php/programas/programas>.
11. Nigenda G, Ruíz JA, Rosales Y, Bejarano R. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. *Salud Pública de México*. 2006; 48(1): p. 22 - 29.
12. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Anuarios Estadísticos de Educación Superior. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 25. Available from: <http://www.anuies.mx/iinformacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>.
13. Rubio Domínguez S. Profesionalización de Enfermería en México. Parte II. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; 18(3): p. 52 - 54.
14. Buitrago-Echeverri MT. Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión. *Las voces de los/as estudiantes. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2008; 10(1): p. 21 - 38.
15. Verderese O, García JC. La decisión de estudiar enfermería. 1974; 8(4): p. 390 - 407.
16. Osses-Paredes C, Valenzuela Suazo S, Sanhueza Alvarado O. Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*. 2010;(18).
17. McPake B, Correia Araújo E, Lemiere C, Maghraby AE, Cometto G. Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ*. 2013; 91: p. 841 - 846.
18. Hughes EC. *Men and their work* London: Collier-Macmillan Limited; 1964.
19. Porras Velásquez NR. Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis Psicológica*. 2013; 8(2): p. 98 - 117.
20. Balseiro Almario CL, Zárate Grajales RA, Matus Miranda R, Balan Gleaves C, Sacristán Ruíz F, García Cardona M, et al. Inserción laboral, desarrollo profesional y desempeño institucional de las (os) egresadas (os) del Plan Único de Especialización en Enfermería de la ENEO-UNAM: una experiencia de doce años. *Enfermería Universitaria*. 2012; 9(1): p. 16 - 26.

21. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Búsqueda de empleo: estrategias y factores de inserción laboral. In ANECA , editor. Los procesos de inserción laboral de los titulados universitarios en España. Factores de facilitación y de obstaculización. Madrid: ANECA; 2009. p. 79 - 106.
22. de Savigny D, Adam T, editors. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS; 2009.
23. Ramírez Villegas R. Enfermería. Retos para este nuevo siglo. GU. 2007; 5: p. 40 - 41.
24. Colenci R, Wey Berti H. Formación profesional e inserción en el mercado de trabajo: percepciones de egresados de graduación en enfermería. Revista da Escola do Enfermagem da USP. 2012 Febrero; 46(1): p. 153 - 161.
25. Paz-Rodríguez F, Betanzos-Díaz N, Uribe-Barrera N. Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. Aquichan. 2014; 14(1): p. 67 - 78.
26. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Editorial. Acontecer Académico. 2005; 3(7): p. 1 - 2.
27. Cruz Martínez Á. Se gesta movimiento de enfermeras, trabajadores sociales y terapistas. La Jornada. 2014 Diciembre 8: p. 46.
28. Leal F G. Salud. Enfermería y reforma. La Jornada. 2014 Noviembre 22.
29. Martínez Valero JA, Leal FG. Movilizaciones recientes de los profesionales de la salud en México: 2014-2017. El Cotidiano. 2018; 207: p. 93-105.
30. Aguilar AM, Nigenda G, Méndez O, Knaul FM. Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México. In Knaul FM, Nigenda G, editors. Caleidoscopio de la Salud. D.F.: FUNSALUD; 2003. p. 125-134.
31. Malvárez S. Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud; 2011.
32. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martín F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013.
33. Nigenda G. Marco de referencia para la definición de metas en recursos humanos para la salud. In COCORHS. Construcción de métricas para la estimación de recursos humanos para la salud en América Latina y el Caribe: informe regional. Primera ed. Colombia: Ecoe Ediciones; 2012. p. 21 - 35.
34. OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places Paris: OECD Publishing; 2016.
35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito de. Día Internacional de la Enfermera y el Enfermero (6 de Enero). Informe de prensa. Aguascalientes: INEGI; 2015.
36. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 2014 - 2015. Boletín estadístico. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud; s.f.
37. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios sobre los Sistemas de Salud. México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones 2016. Resumen Ejecutivo. ; 2016.
38. Secretaría de Gobernación. Programa Sectorial de Salud 2013 2018. Diario Oficial de la Federación. 2013 Diciembre 12: p. Tercera Sección. 59 - 128.
39. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Registro Nacional de Datos por Género - Nacional. [Online]. [cited 2018 Enero 28. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia& Tipo=recursos& Id=3.
40. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Registro Nacional de Datos por Nivel Académico. [Online]. [cited 2018 Enero 26. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia& Tipo=recursos& Id=3.
41. Castrillón Agudelo MC. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. Investigación y Educación en Enfermería. 2008 Septiembre; 26(2 (suppl. 1)): p. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000300010.
42. Alarcón-Cerón M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la atención primaria a la salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21(1): p. 35 - 40.

43. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Datos Nacionales de La distribución del RHE por Clasificación de Centro Laboral. [Online]. [cited 2018 Enero 28. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia& Tipo=recursos& Id=3.
44. Ortiz L. Enfermeras mexicanas encuentran su futuro en Estados Unidos y Canadá. [Online].; 2009 [cited 2015 Abril 07. Available from: <http://www.udg.mx/es/noticia/enfermeras-mexicanas-encuentran-su-futuro-en-estados-unidos-y-canada>.
45. Zabalegui Yámoz A. El rol del profesional de enfermería. Aquicháh. 2003 Octubre; 3(3): p. 16 - 20.
46. Leddy S. Bases conceptuales de la enfermería profesional: Paltex; 2008.
47. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería. Kozier & Erb. Novena ed.: Pearson; 2013.
48. Cano-Caballero Gálvez MD. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. Index de Enfermería. 2004; 13(46): p. 34 - 39.
49. Secretaría de Salud. Perfiles de Enfermería México: SSA; 2005.
50. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2013 Septiembre 02.
51. Departamento de Perfiles, Puestos y Salarios. Catálogo sectorial de puestos de rama médica, paramédica y afín. Catalogo. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Recursos Humanos; 2006.
52. Secretaría de Salud. Tamaulipas. Comportamiento del ingreso, matrícula, egreso y titulación de la carrera de enfermería. Serie histórica 196-2012. Reporte. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
53. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A- C. Anuario de Educación Superior Licenciatura 2009 - 2010. 2010..
54. González Antonio H. Médicos en Tamaulipas cambian horario por violencia. Excelsior. 2012 Febrero 14.
55. Proceso.com.mx. Sicarios 'levantan' y asesinan a doctora por atender a herido de cártel rival. Proceso. 2013.
56. Domínguez L, Fernández Díaz M. Médicos y enfermeras de 4 municipios de Tamaulipas dejan por miedo sus centros de trabajo. Sentido Común. 2014 Febrero 26.
57. Sin Embargo. En el Tamaulipas hundido en la guerra sin cuartel, médicos y enfermeras hacen de héroes. Sin Embargo. 2015 Febrero 3.
58. Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social. Dirección de Planeación y Evaluación. Médicos y enfermeras por cada 1 mil habitantes. Reporte. Gobierno del Estado de Tamaulipas, Sistema de Indicadores del Gobierno del Estado de Tamaulipas; 2015.
59. González V, Álvarez E, Hernández R. Sobrecarga de trabajo lesiona a enfermeras en Tamaulipas. Milenio.com. 2015 Octubre 7.
60. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Recursos. Registro Nacional de Datos por Género - Tamaulipas. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero 29. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/>.
61. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Recursos. Registro Nacional de Datos por Nivel Académico - Tamaulipas. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero 29. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/>.
62. Freidson E. La profesión médica. Primera ed. Barcelona: Ediciones Península; 1978.
63. Hughes EC. Professions. Daedalus. 1963; 92(4): p. 655 - 668.
64. Ellis JR, Hartley CL. Nursing in thodays world. Trends, issues and management. 10th ed. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins ; 2012.
65. Blázquez-Rodríguez MI. Los componentes de género y su relación con la enfermería. Index de Enfermería. 2005 Marzo; 14(51): p. 50 - 54.
66. Hernández García Y. Acerca del género como categoría analítica. Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. 2006; 13.
67. Lamas M. La antropología feminista y la categoría "género". Nueva Antropología. 1986; VIII(30): p. 173 - 198.

68. García Calvente MdM, del Río Lozano M, Maroto Navarro G, Mateo Rodríguez I. Desigualdades de género en salud. In Daponte Codina A, Bolívar Muñoz J, García Calvente MdM, editors. Las desigualdades sociales en salud.: Escuela Andaluza de Salud Pública p. 51 - 76.
69. Maquieira D'Angelo V. Género, diferencia y desigualdad. In Beltrán E, Maquieira D'Angelo V, editors. Feminismos. Debates teóricos contemporáneos. Primera ed. España: Alianza Editorial; 2001. p. 127 - 189.
70. Mosqueda-Díaz A, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. División sexual del trabajo y enfermería. *Índex de Enfermeria*. 2013; 22(1-2).
71. García Roa EM, Tapias Torrado L. Equidad de género en el empleo del sector salud, Colombia 2008 - 2010. 2010. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/871/1/pol151.pdf>.
72. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid; 2014.
73. Pla Julián I, Adam Donat A, Bernabeu Díaz I. Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en salud mental. *Norte de Salud Mental*. 2013; XI(46): p. 20 - 28.
74. Chamizo Vega C. La perspectiva de género en enfermería. *Comentarios y reflexiones*. *Index de Enfermeria*. 2004; 13(46): p. 40 - 44.
75. Amurrio Vélez M, Larrinaga Rentería A, Usategui Basozabal E, Del Valle Loroño AI. Los estereotipos de género en los/las jóvenes y adolescentes. XVII Congreso de Estudios Vascos: Gizarte aurrapen iraunkorrerako berrikuntza = Innovación para el progreso social sostenible. 2012;; p. 227 - 248.
76. Hernández Rodríguez A. Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. *La ventana*. 2011; 4(33): p. 210 - 241.
77. Ramírez Elizondo N, Alfonso Posso M. Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en el desarrollo de enfermería. *Enfermería en Costa Rica*. 2012; 33(1): p. 26 - 31.
78. Alonso Peña N. Equidad de género: nuevas perspectivas sobre la salud. *Nuberos Científica*. 2012; 1(6).
79. Andrews ME, Stewrt NJ, Morgan DG, D'Arcy C. More alike than different: a comparison of male and female RNs in rural an remote Canada. *Journal of Nursing Management*. 2012; 20: p. 561 - 570.
80. Pffetscher SA. Florence Nightingale. La enfermería moderna. In Alligood MR, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. p. 71 - 90.
81. León Román CA. Enfermería ciencia y arte de cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2006; 22(4).
82. Fisher MJ. 'Being a Chameleon': labour processes of male nurses performing bodywork. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(12): p. 2668 - 2677.
83. Quintana Zavala MO, Valenzuela Suazo S, Paravic Klijn T. Enfermería desde la perspectiva del trabajo decente. *Enfermería Global*. 2014; 33.
84. Calvo-Salguero A, Aguilar Luzón MdC, Salinas Martínez de Lecea JM. Valores laborales individualistas y colectivistas de enfermeras y enfermeros en un entorno multicultural. *Index de Enfermería*. 2008 Octubre - Diciembre; 17(4).
85. Sherrod B, Sherrod D, Rasch R. Men at work. *Nursing Management*. 2005; 36(10): p. 148 - 152.
86. Williams CL. Hidden advantages for men in nursing. *Nursing Administration Quaterly*. 1995; 19(2): p. 63-70.
87. Evans J. Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26: p. 226-231.
88. Barragán Hernández O, Hernández Villa EA, Peralta Peña SL. Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *EPISTEMUS*. 2013; 15(7): p. 34 - 37.
89. Quintana Zavala MO, Paravic Klijn TM. Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(2): p. 302 - 305.
90. Tracey C, Nicholl H. The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. 2007; 15: p. 677 - 682.
91. Evans J, Frank B. Contradictions and tensions: exploring relations of masculinities in the numerically female-dominated nursing profession. *The Journal of Men's Studies*. 2003; 11(3): p. 277-292.
92. Evans J. Men nurses: a historical and feminist perspective. *Nursing and Health care Management and Policy*. 2004; 47(3): p. 321-328.

93. Zelek B, Phillips SP. Gender and power: nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*. 2003; 2(1).
94. Ratcliffe P. Gender differences in career progress in nursing: towards a non-essentialist structural theory. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(2): p. 389 - 395.
95. Perkins S. Gender equality issues in nursing careers. [Online]. Houston; 2015 [cited 2015 Noviembre 27]. Available from: <http://work.chron.com/gender-equality-issues-nursing-careers-11250.html>.
96. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18(Suplemento 1): p. 189 - 194.
97. Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Índex de Enfermeria*. 2004; 13(46): p. 9 - 12.
98. Cardoso Coelho EdA. Género, saúde e enfermagem. 2005; 58(3): p. 345 - 348.
99. Rotenberg L, Fernandes Portela L, Banks , Bahby , Harter Griep R, Fischer FM, et al. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. *Appl Ergon*. 2008; 39(5): p. 646 - 652.
100. Zúñiga Careaga Y, Paravic Kljij T. El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009; 25(1-2).
101. Godoy Serpa da Fonseca RM, Nunes Guedes R, Ribeiro Zalaf MR, Pereira Venancio KCM. The gender research in nursing production: contributions of gender, health and nursing research group from the University of Sao Paulo School of Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(Esp. 2): p. 1690 - 1695.
102. Gallego García J. Discriminación de género en la profesión de enfermería. 2009 Agosto 30. Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev133ART1.pdf>.
103. Uribe-Echevarría B. V. Inequidades de género en el mercado laboral: el rol de la división sexual del trabajo. 2008 Noviembre..
104. Nowicki RI. La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *ALADEFE*. 2015 Enero;(1).
105. Hart SM, Warren AM. Understanding nurses' work: exploring the links between changing work, labour relation, workload, stress, retention and recruitment. *Economic and Industrial Democracy*. 2015; 36(2): p. 305 - 329.
106. Cheng LF. Gender relations in the nursing workplace. *Hu Li Za Zhi*. 2011 Diciembre; 58(6): p. 11 - 15.
107. Lartigue Becerra T, Fernández García V. *Enfermería: una profesión de alto riesgo México: Universidad Iberoamericana - Plaza y Valdez Editores; 1998.*
108. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La enfermería como rol de género. *Índex de Enfermeria*. 2011; 20(4): p. 248 - 251.
109. Germán Bés C. Género y Enfermería. *Índex de Enfermeria*. 2004; 13(46).
110. Herdman E, Badir A. Gender equality or patriarchal dividend: structural change in Turkish nursing. *Nursing and Health Sciences*. 2008; 10(2): p. 159 - 163.
111. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Cuarta ed. México: Mc Graw Hill; 2008.
112. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*. 2007; 1(2): p. 112-133.
113. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-Principles and practices. *Health Services Research*. 2013; 48(6): p. 2134-2156.
114. Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Segunda ed. Lincoln: Sage Publicaions; 2007.
115. Patton M. *Designing qualitative studies*. In Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage; 1990. p. 169-186.
116. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation test for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*. 2000; 19: p. 335-351.

117. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual per cent change in trend analysis. *Statistics in Medicine*. 2009; 28: p. 3670-3682.
118. Castro R. La mirada de la fenomenología sociológica en salud. In Castro R. *Teoría social y salud*. Cuernavaca: El Lugar Editorial; 2010. p. 109-128.
119. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21(2): p. 68 - 73.
120. Rubio Acuña M, Arias Burgos M. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013; 29(3): p. 191-198.
121. Núñez M. Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. *Sociológica*. 2012; 27(75): p. 49-57.
122. Streubert HJ, Carpenter DR. Phenomenological research approach. In *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative.*: J.B. Lippincott Company.
123. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2002.
124. de la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure investigación*. 2006;(25).
125. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. 2015. Última modificación publicada en el DOF el 14 de Octubre del 2015.
126. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2015. Disponible en: <http://www.conacyt.gob.mx/cibiogem/images/cibiogem/normatividad/vigente/SALUD/071006RLSMIS.pdf>.
127. Appiagyei AA, Kiriinya RN, Gross JM, Wambua DN, Oywer EO, Kamenju AK, et al. Informing the scale-up of Kenya's nursing workforce: a mixed methods study of factors affecting pre-service training capacity and production. *Human Resources for Health*. 2014; 12(47).
128. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS; 2006.
129. Córdova Jaimes E, Modest M. La profesionalización del recurso humano de enfermería y calidad del servicio público de salud. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*. 2009; 2(4): p. 25 - 47.
130. Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional Nueva York: OPS; 1989.
131. Jiménez MM, Mantilla E, Huayanay-Espinoza CA, Gil K, García H, Miranda J. Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015; 32(1): p. 41-50.
132. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. Anuario estadístico de educación superior. Licenciatura 2017-2018 [Base de datos].; 2018.
133. Rubio Domínguez S. Profesionalización de enfermería en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; 18(1-2): p. 4-6.
134. Arredondo-Pérez MA. Fortalecimiento en la formación de recursos humanos en enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seg Soc*. 2013; 21(1): p. 47-53.
135. Hung BT, Long NP, Hung LP, Luan NT, Anh NH, Nghi TD, et al. Research Trends in Evidence-Based Medicine: A Joinpoint Regression analysis of more than 50 years of publication data. *PloS ONE*. 2015; 10(4): p. e0121054.
136. National Cancer Institute. Division of Cancer Control & Population Science. Number of Joinpoints. [Online].; s.f. [cited 2016 Noviembre 02. Available from: <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/advanced-tab/number-of-joinpoints>.
137. Organización dPanamericana de la Salud. La OPS/OMS insta a transformar la educación en enfermería en las Américas. [Online].; 2016 [cited 2017 Junio 30. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12003%3Aapahowho-urges-transformation-of-nursing-education-in-the-americas&Itemid=135&lang=es.
138. H. Congreso del Estado de Tamaulipas. Ley de Educación para el Estado de Tamaulipas. 1999 Octubre 15. Última reforma aplicada en el Periódico Oficial del 30 de agosto del 2012.

139. CIFRHS - Tamaulipas. Proceso de validación de estudios para la formación de recursos humanos para la salud. 2016 Abril. Entrevista sobre el proceso para la obtención de la recomendación técnica favorable.
140. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, A.C. Acreditación de programas por COMACE. 2016. Base de datos. Para búsqueda de la información solo seleccionar como organismo acreditador a COMACE.
141. Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003.
142. Games MI. Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. Enfermería Global. 2011; 10(22).
143. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Revista Cubana de Salud Pública. 2007; 33(2).
144. Evans JA. Cautious caregivers: gender stereotypes and sexualization of men nurses' touch. Journal of Advanced Nursing. 2002; 40(4): p. 441-448.
145. Simões J, Amâncio L. Género e enfermagem. Um estudo sobre a minoria masculina. Sociologia, Problemas e Practicas. 2004; 44: p. 71 - 81.
146. Hesselbart S. Women doctors win and male nurses lose: a study of sex role and occupational stereotypes. Work and Occupations. 1977; 4(49): p. 49-62.
147. Siles González J. La eterna guerra de identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index de Enfermería. 2005; 14(50).
148. Wysong PR, Driver E. Patients' perceptions of nurses' skill. Critical Care Nurse. 2009; 29(4): p. 24-38.
149. Weller J. Procesos de exclusión e inclusión laboral: la expansión del empleo en el sector terciario Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001.

ANEXO 1

La normatividad de las funciones del profesional de enfermería⁴⁴

Introducción

En 1977, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó el convenio 149 (C149), sobre el empleo, condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería (OIT, 1977a), reconociendo la importancia de enfermeras y enfermeros en la protección y mejoramiento de la salud (OIT, 1977a). En él se mencionan los compromisos para legislar y regular la formación de profesionales de enfermería (Artículos 2º y 3º), las condiciones para el ejercicio profesional (Artículo 4º) y las condiciones laborales (Artículos 5º y 6º). Al mismo tiempo, se emitió la recomendación 157 (R157) sobre el personal de enfermería, mencionando, en diferentes apartados, las funciones que realiza en su campo laboral, considerando su nivel de formación (Apartado II, 5(2), 6(1), 6(3)); su adquisición desde la formación (Apartado III, 7(4)), y su enfoque hacia la investigación, enseñanza, administración y la prestación de los servicios (Apartado IV, 21) (OIT, 1977b). En México, el Gobierno no ha firmado el C149 (OIT, s.f.), rechazando firmarlo en 1989 y postergándola en 2015, bajo el argumento de una revisión para la adecuación del marco legislativo mexicano (Soto, 2015).

A pesar de este “desliz” del Gobierno Mexicano con el C149, reconoce que la enfermería contribuye en las mejoras del desempeño y las metas de salud a través de los programas específicos de atención, formación, investigación, liderazgo y organización de los sistemas de salud (OPS, 2011). Un hecho importante se dio durante la administración del Presidente Vicente Fox. Él, junto con el entonces Secretario de Salud Julio Frenk, dio a conocer el retiro de la enfermería de la lista de oficios, reconociéndola como una profesión (ENEO, 2005). Esto se logró gracias a las iniciativas del Comité Técnico de Enfermería de la Dirección General de Profesiones, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, la Federación Mexicana de Acreditación de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) y la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) (ENEO, 2005). Esto facilitó la incorporación de la licenciatura en enfermería en el sistema jerárquico de la profesión a través de los códigos C y D, que son exclusivamente para profesionales con licenciatura (Rubio, 2010; ENEO, 2005) y su reconocimiento como profesión en la Secretaría de Salud (ENEO, 2005).

Es por ello que la participación del personal de enfermería está relacionado con las funciones que desempeña a través de su práctica profesional dentro de su contexto laboral, puesto que a partir de ellas se establecen los criterios para su organización y jerarquización (OIT, 1977b) (Vargas, 1998). No obstante, existen diversas las opiniones sobre las funciones en enfermería. Habitualmente en la literatura de enfermería, es común encontrar el término de “roles de enfermería”, sin embargo lo adecuado es referirse a estos roles como funciones de enfermería. Por ejemplo, el Consejo Internacional de Enfermería (ICN) establece que son cuatro las funciones esenciales en relacionadas con la profesión: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y la mitigación del sufrimiento (Zabalegui, 2003), mientras que Zabalegui (2003) establece que recaen en el cuidado, la competencia, servicios de información y asistencia jurídica; y de conexión. Kozier y Erb, basándose en la Asociación Americana de Enfermería (ANA), establecen que las funciones son de cuidador(a), comunicador(a), profesor(a), defensor(a) del paciente, asesor(a), líder, agente de cambio, gestor(a), gestor(a) de casos, consumidor(a) de investigación y de especialización (Berman y Snyder, 2013). Todas las funciones pueden agruparse en la propuesta de Leddy y Pepper (1989), quien las organiza en actividades asistenciales, administrativa, educativa y de investigación (Leddy y Pepper, 1989). Con esto,

⁴⁴ Este trabajo está en el libro “Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud Volumen 1”, publicado en Septiembre de 2016.

surgen diversas normas que regulan las funciones y la práctica de enfermería en México, siendo objetivo del presente documento el analizar la normatividad mexicana sobre el tema de las funciones en enfermería.

Metodología

Fuentes consultadas

Las fuentes empleadas para la realización del presente documento consistieron en documentos publicados por el Diario Oficial de la Federación (DOF), de donde se obtuvo la información relacionada con las Normas Oficiales Mexicanas (NOM). También se revisaron aquellos documentos que permitan una mejor comprensión de la organización de las funciones y actividades del personal de enfermería como lo son los códigos de ética. Los documentos seleccionados son en base a lo expresado ante la OPS (2011) y se verificó su vigencia a través de los Suplementos del Programa de Normalización de la Secretaría de Gobernación (SeGob, 2009; 2014; 2015).

Procedimiento

Cada uno de los documentos empleado fue revisado con la finalidad de identificar las funciones de la práctica profesional de la enfermería en México. Para ello, se usó de la propuesta de Leddy y Pepper (1989), la cual agrupa de manera más simple las diversas actividades que desempeña el personal de enfermería. Identificadas las funciones, se realiza un breve análisis de los hallazgos realizados.

Resultados

La *Regulación de la Enfermería en América Latina* (OPS, 2011) muestra normas y reglamentos relacionados con la regulación de la enfermería en México y otros países de América Latina. De los documentos mostrados, solo se revisaron aquellos que se relacionan con las funciones de enfermería, tomando en cuenta a la instancia formuladora de políticas, el ejercicio de la enfermería (NOM y perfiles de enfermería) y código de ética.

Instancia formuladora de políticas de enfermería en México

Ante la importancia del profesional de enfermería en el sistema de salud, se creó la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) (SS, 2007), publicando su acuerdo en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 25 de enero de 2007. Los motivos que sustentan la creación del CPE se basan en (SS, 2007):

- La participación del profesional de enfermería en los procesos de salud-enfermedad (promoción, conservación, prevención, tratamiento y rehabilitación).
- Diseñar y determinar las directrices y políticas para el desarrollo del profesional de enfermería.
- Buscar las causas y diseñar propuestas para combatir el déficit de profesionales de enfermería.
- Establecer directrices sobre la profesionalización del personal de enfermería.
- Promocionar la participación del profesional de enfermería en procesos de planeación y organización de programas de salud.
- Diseñar de políticas incluyentes en la prestación de servicios.
- Mejorar de la calidad de los servicios de enfermería a través de un sistema de evaluación y diseño de proyectos de mejora continua.
- Buscar la congruencia entre el nivel o avance académico profesional de enfermería y la asignación de los roles dentro del Sistema de Salud.

Tabla 1. Revisión de las NOM relacionadas con las actividades del personal de enfermería

Proyecto de NOM	NOM / Decreto de Ley / Situación	Nombre	Objetivo	Observaciones (Apartado)
PROY-NOM-019-SSA3-2007 PROY-NOM-019-SSA3-2012	NOM-019-SSA3-2013	Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud	"Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica" (SeGob, 2013).	Establece que es necesario cumplir con un nivel académico mínimo para su desarrollo (5.2). Solamente se reconocerán como profesionales de enfermería aquellos que se formaron o capacitaron ante instituciones avaladas por el Sistema Educativo Nacional (5.3), o bien que sus estudios sean revalidados en caso de que su formación haya sido en el extranjero (5.4). Establece que no se debe emplear al profesional de enfermería fuera de sus competencias y capacidades, salvo en circunstancias que se ameriten como urgencias (5.7.3). Se indican las obligaciones del profesional de enfermería (5.8) y se delimita la actividad del profesional de enfermería según su nivel de formación (6.1 al 6.7).
PROY-NOM-022-SSA3-2007 PROY-NOM-022-SSA3-2012	NOM-022-SSA3-2012	Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos	"Establecer los criterios para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso periférico y central, así como, los requisitos que deberá cumplir el personal de salud que participa en la administración de la terapia de infusión intravenosa con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, para disminuir las complicaciones y costos asociados a esta práctica" (SeGob, 2012).	A pesar que la OPS (2011) ha determinado como un documento base para el profesional de enfermería, esta norma solo menciona el término de profesionales de la salud, por lo que tanto enfermeros como médicos de cualquier nivel académico pueden llevar a cabo dicha actividad, siempre y cuando cumplan con lo establecido en la norma (5). Se puede observar una concordancia con la NOM-019-SSA3-2013.
PROY-NOM-023-SSA3-2007	Decreto de adición de Artículo 28 Bis a la Ley General de Salud	Prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud.	Como proyecto, este era el de "Definir los lineamientos y procedimientos de operación, así como los criterios para la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud" (OPS, 2011).	En el apartado 5° se estipula que los "Licenciados en Enfermería, quienes únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud" (SeGob, 2012).
PROY-NOM-020-SSA3-2007	No generado.	Práctica de la enfermera obstetra en el Sistema Nacional de Salud	Como proyecto, este era el de "Regular la práctica de la enfermera obstetra a fin de asegurar que ésta responda a las necesidades y demanda de atención de las embarazadas en la atención del parto y del recién nacido, para proteger a la población de prácticas riesgosas al recibir atención de personal de enfermería que no está calificado ni académica ni profesionalmente" (SeGob, 2015).	De acuerdo a lo publicado en el Diario Oficial de la Federación, se debió retomar el Proyecto de Norma en 2015 (SeGob, 2015).
PROY-NOM-021-SSA3-2007 PROY-NOM-021-SSA3-2009	No generado.	Atención ambulatoria de enfermería a pacientes con padecimientos crónicos-degenerativos y de tratamiento prolongado	"Regular la práctica de la atención ambulatoria de enfermería tanto institucional como de la práctica independiente. Definir protocolos de atención, para la atención de padecimientos crónico-degenerativos como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad o sobrepeso, diálisis peritoneal, hemodiálisis entre otros, así como padecimientos prolongados y proteger a la población de prácticas riesgosas al poner su salud en manos de personas que no están calificadas ni académica ni profesionalmente" (SeGob, 2014).	De acuerdo a lo publicado en el DOF, se debió retomar el Proyecto de Norma en 2015 (SeGob, 2015).
PROY-NOM-018-SSA3-2007 PROY-NOM-018-SSA3-2009	No generado.	Organización y funcionamiento de agencias que contratan y ofrecen servicios profesionales de enfermería a la población en las diferentes etapas de la vida	"Evitar riesgos a los usuarios de los servicios de enfermería a través de regular la actividad de los establecimientos que contratan y ofrecen personal de enfermería para dar atención a particulares. Regular la actividad laboral de las enfermeras contratadas por estos establecimientos" (SeGob, 2009).	De acuerdo a lo publicado en el DOF, se debió retomar el Proyecto de Norma en 2015 (SeGob, 2015).
PROY-NOM-010-SSA3-2007 PROY-NOM-010-SSA3-2012	Proyecto cancelado	Utilización de campos para las prácticas clínicas y para el servicio social de enfermería.	"[...] regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención de la salud como campos clínicos, para las prácticas clínicas y para la presentación del servicio social, para coadyuvar en la formación de estudiantes de enfermería de los tipos educativos medio superior y como una NOM (SeGob, 2014).	De acuerdo a lo establecido en el DOF, el motivo de la cancelación deriva a que se requiere una adecuación de los contenidos para una mejor precisión, debido a que tanto las prácticas clínicas como el servicio social de enfermería poseen alcances y campos de aplicación diferentes. Se determina la generación de un instrumento regulatorio y no superior" (SeGob, 2012).

Ejercicio de la enfermería en México

Normas Oficiales Mexicanas. Las NOM se muestran de manera resumida y a grandes rasgos en el cuadro 1. De las siete NOM que la OPS menciona (OPS, 2011), dos se encuentran vigentes, una se convirtió en decreto de Ley, tres no han sido generadas pero se encuentran en proceso de revisión y una fue cancelada (SeGob, 2014). En la tabla 1 se muestra la información correspondiente a cada NOM revisada, su situación y observaciones generales realizadas a cada una de ellas, mientras que en la tabla 2 se muestra la interacción entre aquellas NOM vigentes y su relación con las funciones de enfermería.

Tabla 2. Relación del NOM vigentes con las funciones de enfermería

NOM / Ley	Secciones o apartados	Funciones de enfermería identificadas
	6.1. Personal no profesional	Solo asistencial
	6.2. Personal técnico	Principal la asistencial y complementaria la administrativa y educativa
NOM-019-SSA3-2013 El apartado 6 habla de la prestación de servicios del personal de enfermería en relación al nivel de formación académica.	6.3. Personal técnica-especializado.	Principal la asistencial en el campo de la especialidad complementaria la docente, administrativa e investigación.
	6.4. Personal con licenciatura.	Principal la asistencial y como complementarias las docentes, administrativas y de investigación.
	6.5. Personal con licenciatura y especialidad.	Principal la asistencial en el campo de la especialidad y como complementarias las docentes, administrativas y de investigación
	6.6. Personal con maestría	Docencia, investigación y administración.
	6.7. Personal con doctorado	Solo investigación
NOM-022-SSA3-2012 Este documento se enfoca un procedimiento en particular.	La sección 5 menciona las características que debe cumplir el personal que va a realizar el procedimiento.	Se enfoca a función asistencial.
Decreto de adición de Artículo 28 Bis a la Ley General de Salud	En el apartado 5 del artículo 28 Bis indica que el profesional de enfermería podrá prescribir medicamentos del cuadro básico	Se enfoca a función asistencial

Tabla 3. Niveles académicos profesionales de enfermería en México

Nivel	Denominación	Descripción	Nivel académico	Ubicación laboral	Función-Actividad
I	Enfermera no profesional	Formación académica incompleta	Mínimo 2 semestres de la carrera	Auxiliar de Enfermería	Asistencial-Dependiente
II	Enfermera Técnica	Realiza intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario.	Tres años de estudios en Enfermería a nivel técnico.	Enfermera Técnica	Asistencial, Administrativa y Docente- Interdependiente /Dependiente
III	Enfermera Técnica Especializada	Posee una formación en una de especialidad médica-quirúrgica	Valor del nivel anterior más un año de estudios pos-técnicos en un área de especialidad.	Enfermera Técnica Especializada	Subordinada asistencial, administrativa y docencia- Interdependiente /Dependiente
IV	Enfermera General	Aplica el pensamiento crítico y los conocimientos técnico-científicos y humanísticos.	Cuatro años de formación académica como Licenciado en Enfermería	Enfermera General	Asistencial, Administrativa, Docente o de Investigación- Interdependiente /Dependiente
V	Enfermera Especialista	Licenciado en Enfermería con estudios de especialidad	Licenciatura en Enfermería y de uno a dos años de especialidad.	Enfermera Especialista	En función de su especialización- Interdependiente /Dependiente

Fuente (SS, 2005).

Perfil del profesional de enfermería

De acuerdo a este documento, para que una persona pueda ejercer el ejercicio profesional, debe de cubrir con ciertas características y cualidades con base a los conocimientos, habilidades aptitudes y

valores para asumir dicha responsabilidad (SS, 2005). México establece cinco niveles de perfiles académicos-profesionales de enfermería, sintetizados en la tabla 3.

Regulación ética de la práctica de enfermería

La práctica del profesional de enfermería en el ambiente laboral y académico está regulada mediante el documento denominado *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México* (SS, 2001). Consta de 28 artículos que da a conocer cuáles son los deberes como profesionistas, para con sus colegas, su profesión, con las personas y con la sociedad (SS, 2001) (Tabla 4). También consta de un decálogo en donde se expresa de forma sintetizada los elementos marcados en el código de una forma simple y coherente con la práctica del profesional.

Tabla 4. Relación del código de ética con las funciones de enfermería

Capítulo	Temática del capítulo	Artículos que lo integran	Artículos que aluden a las funciones de enfermería
I	Disposiciones generales	Artículo 1°	Ninguno
II	Deberes de enfermería con las personas	Artículos 2° al 9°	2° y 4° (defensor del paciente) 5° y 6° (información / comunicador) 7° (promoción de la salud) 8° (restauración de la salud / asistencial)
III	Deberes de enfermería como profesionistas	Artículos 10° al 17°	10° (investigación) 11°, 14°, 15° y 16° (competencia / asistencial) 13° (agente de cambio)
IV	Deberes de enfermería para con sus colegas	Artículos 18° al 22°	18° (investigación / educativa)
V	Deberes de enfermería para con su profesión	Artículos 23° al 25°	23° (competencia) 24° (investigación)
VI	Deberes de enfermería para con la sociedad	Artículos 26° al 28°	27° (promoción, prevención, restauración / asistencial)

Fuente: (SS, 2001).

Discusión/Conclusiones

En cuanto a la instancia formadora de políticas de enfermería en México, en los motivos que dan origen al CPE, aluden las funciones de promoción, conservación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas en cuanto a salud se refiere. También consideran las actividades relacionadas con la administración, investigación y la gestión de los servicios de enfermería. Las funciones que mencionan se orientan en lo asistencial, la administración y la investigación (Zabalegui, 2003; Leddy y Pepper, 1989).

Por otro lado, en cuanto al ejercicio y funciones de la enfermería en México, la OPS (2011) alude que las NOM mencionadas están vigentes, pero la mayor parte se encuentran en proyecto o no fueron aprobadas. La NOM-019-SSA-2013 menciona que las funciones son administrativa, asistencial, investigación y docencia; mientras que en su sexto apartado habla de las funciones del profesional de enfermería por nivel de formación (SS, 2013). La NOM-022-SSA3-2012 se enfoca a una buena práctica de la terapia de infusión, orientándose a lo asistencial. Las normas no aprobadas se orientan en aspectos asistenciales de la práctica profesional de enfermería. El proyecto rechazado, PROY-NOM-010-SSA3-2012, hablaba sobre los campos clínicos para las prácticas y servicio social de enfermería, mostraba orientación en las cuatro funciones. La adición del artículo 28 Bis de la Ley General de Salud se orienta a las funciones asistenciales y educativas. En el caso de los perfiles de enfermería, enfatizan la función asistencial en todos los niveles, mientras que las funciones administrativa, educativa y de investigación se asignan según nivel de formación académico (Secretaría de Salud, 2005). Se observa que indican en algunos niveles la subordinación como una función, así como el hecho de que todos los niveles lo hacen con especificando género femenino, cuando deben de expresarlo tanto para mujeres como para hombres.

Por último, en cuanto a la regulación ética de la práctica de enfermería. En el código de ética y el decálogo de la enfermería en México, se observa que se alude a diversas funciones que debe de desempeñar, las cuales se encuentran de forma implícita en el texto. Las funciones que más sobresalen

son asistencial, investigación y administración. En México, las funciones de enfermería son la asistencial, de investigación, de administración y de educación, concordando con la propuesta de Leddy y Pepper (1989), no obstante, enfatizan lo asistencial y administración. Las funciones de educación solo se orientan a la formación, cuando también debe contemplar la educación en la población, mientras que la investigación ha sido poco abordada. Las normativas mexicanas de enfermería deben hablar equitativamente de las cuatro funciones, por lo que el CPE tiene un gran reto en la generación de nuevos proyectos, en impulsar aquellos que están detenidos y en recuperar aquellas propuestas rechazadas. También es importante mencionar que la redacción de las normas presenta un problema de género, puesto que se sigue redactando en femenino cuando en realidad lo ejercen mujeres y hombres por igual. Finalmente, y retomando parte del C149 de la OIT, al parecer México está cumpliendo con lo mencionado en los Artículos 2º, 3º, 4º, 5º y 6º, por lo que es momento de impulsar la firma de este convenio para el beneficio de los profesionales de enfermería en México.

Referencias

- Berman, A., y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería*. Kozler & Erb (Novena ed.). Madrid: Pearson.
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) (2005). Editorial. *Acontecer Académico*, 3(7), 1-2.
- Leddy, S., y Pepper, J.M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Nueva York: OPS.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1977a). *C149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977* (núm. 149). (OIT, Ed.) Recuperado el 18 de Enero de 2015, de www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312294:NO
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1977b). *R157 - Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977* (núm. 157). (OIT, Ed.) Recuperado el 22 de Abril de 2016, de www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_ILO_CODE:R157
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (s.f.). *C149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977* (núm. 149). Recuperado el 18 de Enero de 2015, de Países que no han ratificado este convenio: www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11310:0:NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312294:NO
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Regulación de la Enfermería en América Latina*. (OPS, Ed.). Washington, D. C., Estados Unidos de Norteamérica: OPS.
- Rubio, S. (2010). Profesionalización de Enfermería en México. Parte II. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(3), 52-54.
- Decreto por el que se adiciona un artículo 28 Bis a la Ley General de Salud (Marzo 05, 2012) del *Diario Oficial de la Federación*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5236399&fecha=05/03/2012
- Secretaría de Gobernación (SeGob) (2014). *Programa Nacional de Normalización 2014*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340497&fecha=11/04/2014
- Secretaría de Gobernación (SeGob) (2009). *Programa Nacional de Normalización 2009*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5088321&fecha=24/04/2009
- Secretaría de Gobernación (SeGob) (2015). *Programa Nacional de Normalización 2015*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2015, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5390099&fecha=24/04/2015
- Secretaría de Salud (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. (S. d. Gobernación, Ed.) Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Secretaría de Salud (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. (S. d. Gobernación, Ed.) *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Secretaría de Salud (2012). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA3-2012, Educación en Salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, de *Diario Oficial de la Federación*: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5262831&fecha=08/08/2012

Secretaría de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos*. (S. de Gobernación, Ed.) Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de Diario Oficial de la Federación:

Secretaría de Salud (SS) (2001). *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México, México: SSA.

Secretaría de Salud (SS) (2005). *Perfiles de Enfermería*. México: SSA.

Secretaría de Salud (SS). (2007). Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. (SeGob, Ed.) *Diario Oficial de la Federación*, 40-43.

Soto, A.J. (2015). "Congelado", otro convenio de OIT a favor de las trabajadoras. *CimaNoticias*. Recuperado el 18 de Enero de 2016, de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/68847>

Vargas, C. (1998) Organización de los servicios de enfermería y sus niveles jerárquicos. En Pan American Health Organization, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (Eds.). *Administración de los servicios de salud en enfermería* (pp. 23 – 33). México: PAHO.

Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional de enfermería. *Aquichán*, 3(3), 16-20.

ANEXO 2

Investigaciones sobre el tema de género y el profesional de enfermería

<i>Autor (año)</i>	<i>Artículo</i>	<i>Descripción</i>	<i>Observación</i>
Ratcliffe (1996) (94)	Gender differences in career progress in nursing: towards a non-essentialist structural theory	Menciona la existencia de un sesgo de género en la enfermería profesional	Investigación documental que considera la influencia del género tanto en la formación como en el mercado de trabajo.
Latirgue y Fernández (1999) (107)	Enfermería: una profesión de alto riesgo.	Hablan de la profesión de enfermería y de las actividades que realiza. Dedicar un capítulo para hablar del tema de roles de género en el profesional de enfermería	El capítulo que dedican al tema de género, habla sobre los aspectos de feminidad y masculinidad en las actividades que realizan el personal de enfermería en un área hospitalaria. Solo se enfocan en el personal femenino. Así mismo, se reconoce que este trabajo muestra muchos aspectos relacionados con las experiencias laborales desde el punto de vista de las enfermeras.
Zelek y Phillips (2003) (93)	Gender and power: nurses and doctors in Canada	Estudiaron el efecto del género y del poder entre profesionales de enfermería y de medicina en Canadá, en donde los estereotipos son influenciados por el género, relacionándolo con la subordinación.	A pesar de tener información sobre enfermeros y enfermeras, su estudio se orientó más a las enfermeras.
Cano-Caballero Gálvez (2004) (48)	Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio	Reflexiona la actividad de la enfermería desde el punto de vista del género	Hace un breve acercamiento a la perspectiva del hombre, sin embargo se orienta más a la mujer.
Chamizo Vega (2004) (74)	La perspectiva de género en enfermería. Comentario y reflexiones	Habla de la "feminización" de la enfermería.	Reflexiona que no se trata de "feminizar" o "masculinizar" a la enfermería, sino más bien de considerar una nueva mirada para estudiar la profesión.
Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004) (97)	Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles	Concluyen que el género no influye directamente en la actividad del profesional de enfermería, sin embargo si existen diferencias en la relación con el paciente y demás equipo de salud.	A pesar de que el género no influye en la actividad, si muestran diferencias en la actividad profesional.
Germán Bés (2004) (109)	Género y enfermería	Reflexiona la importancia de incluir el tema de género en el estudio de la profesión de enfermería	A pesar de contemplar la importancia de la perspectiva de género, la mayor parte de su contenido se orienta a mujeres.
Simoes y Amancio (2004) (145)	Género e enfermagem. Um estudo sobre a minoria masculina	Estudio que habla sobre la situación del enfermero como un grupo profesional.	A pesar de que el estudio se orienta a hombre en el título, la mayor parte de su contenido se orienta a mujeres.
Blázquez-Rodríguez (2004) (65)	Los componentes de género y su relación con la enfermería	Propone el uso de los componentes de género de Maquieira para estudiar a la enfermería.	Es una propuesta para revisar la actividad de la enfermería con un enfoque de género.
Cardoso Coelho (2005) (98)	Gênero, saúde e enfermagem	Ensayo que hace mención de que la enfermería de forma tradicional, está relacionado con actividades que realiza la mujer, a pesar de que en la actualidad hay hombres que se forman como profesionales dentro de esta área.	Este fue un tema que se desarrolló en la 65° Semana Brasileña de Enfermería

<i>Autor (año)</i>	<i>Artículo</i>	<i>Descripción</i>	<i>Observación</i>
Tracey y Nicholl (2007) (90)	The multifaceted influence of gender in career progress in nursing	Habla de cómo el ser enfermero o enfermera influye en la evolución de la carrera. Aunque los autores desconocen el motivo de esta situación.	Contempla una visión de perspectiva de género, ya que habla tanto de enfermeras como de enfermeros.
Henderman y Badir (2008) (110)	Gender equality or patriarchal dividend: Structural change in Turkish nursing	Habla de cómo se modificó la ley en Turquía para que el hombre pudiera trabajar como profesional de enfermería, ya que en dicho país persiste la segregación por sexo en las profesiones.	Muestra un ejemplo de cómo el contexto influye en el desarrollo de la práctica de la enfermería.
Rotenberg, Portela, Banks, Griep, Fischer y Landsbergis (2008) (99)	A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel	Menciona los múltiples roles que poseen los profesionales de enfermería y del cómo el género influye en ello.	A pesar de que se tenía información de los enfermeros, no fue empleado y se orientó solamente en mujeres.
Zúñiga Careaga y Paravic Kljin (2009) (100)	El género en el desarrollo de la enfermería	Revisa literatura sobre la vinculación de las características de la mujer con la profesión de enfermería.	Solo se orienta más a la enfermera.
Arroyo Rodríguez, Lancharro Taverro, Romero Serrano y Morillo Martín (2011) (108)	La enfermería como rol de género	Parten del supuesto de que la enfermería es una profesión femenina, y por ende varias características de lo femenino se le adjudican a la profesión. No obstante, esto ha ido cambiando, por lo que se debe de buscar la equidad de género debido a la incorporación de hombre dentro de la profesión.	El documento es una reflexión del cómo la variable "género" debe de irse incorporando en los estudios sobre el profesional de enfermería, No obstante, se menciona el termino de equidad de género, el texto se orienta más a la perspectiva de género.
Godoy Serpa da Fonseca, Nunes Guedes, Ribeiro Zalaf y Pereira Venâncio (2011) (101)	The gender research in nursing production: contributions of the gender, health and nursing research group from the University of Sao Paulo School of Nursing	Se rescata el trabajo sobre género y enfermería, en donde hablan sobre la predisposición de la enfermería como un trabajo orientado hacia las mujeres, mostrando las problemáticas que existen entre el médico y la enfermera así como la discrepancia del género dentro de la misma profesión.	El texto, a pesar de hablar de profesionales de enfermería, la mayor parte del mismo se orienta a enfermeras.
Mosqueda-Díaz, Paravic-Kljin y Valenzuela-Suazo (2013) (70)	División sexual del trabajo y enfermería	Habla del cómo el sexo del personal de enfermería influye en las actividades y funciones que desempeña como profesional.	El documento se orienta más al trabajo de la enfermera que del enfermero.

ANEXO 3

Operacionalización de las variables del cuestionario

Sección	Variable	Definición conceptual	Operacionalización	Tipo
<i>Características sociodemográficas.</i>	Sexo	Condición biológica que distingue a hombres y mujeres.	Mujer Hombre	Nominal
	Edad	Años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la investigación	Edad en años al momento de la aplicación del cuestionario	Discreta
	Estado civil	Situación de la persona determinada por las relaciones de familia: soltera(o), casada(o), unión libre, divorciada(o) o viuda(o)	Soltera(o) Casada(o) Divorciada(o) Viuda(o) Unión Libre	Nominal
<i>Formación profesional</i>	Grado máximo de formación	Máximo nivel académico que posee la persona encuestada	Técnico Técnico especialista Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Ordinal
	Institución formadora	Institución en donde recibió la formación en Enfermería	Nombre de la escuela en donde se formó como profesional de enfermería	Nominal
	Tipo de institución formadora	Condición de la institución formadora según su relación con el gobierno	Pública Privada	Nominal
	Localización de la institución formadora	Lugar en donde se encuentra la escuela en donde se formó como profesional de enfermería.	Se considera a la entidad federativa en donde se localiza la institución. Puede ser: Tamaulipas Otro estado	Nominal
	<i>Características laborales</i>	Hospital	Lugar en donde trabaja actualmente el profesional de enfermería	Hospital Civil Hospital General
Municipio		Localidad en donde se encuentra el hospital en donde labora	Madero Matamoros Nuevo Laredo Reynosa Tampico Victoria	Nominal
Experiencia laboral		Años que lleva trabajando en la institución hospitalaria	Tiempo en años al momento de la aplicación del cuestionario	Discreta
Tipo de contratación		Forma en la cual se encuentra contratado el personal de enfermería	Base Eventual Provisional Interino Tiempo fijo Otro	Nominal
Tipo de código laboral		Código asignado por la institución hospitalaria, según los lineamientos de la Secretaría de Salud	Auxiliar Enfermera General Enfermera Especialista Jefa de Enfermeras Subjefa de Enfermeras Enfermera Jefa de Servicios Otro	Nominal
Puesto		Cargo que desempeña dentro de su institución laboral.	Puesto que desempeña al momento de la aplicación del cuestionario	Nominal
Servicio		Lugar del hospital en donde labora el profesional de enfermería	Lugar en donde labora el profesional de enfermería al momento de la aplicación de cuestionario	Nominal
Turno		Horario en donde el recurso humano desempeña su actividad laboral	Matutino Vespertino Nocturno Jornada Acumulada	Nominal
Problema en funciones por género		Percepción de la presencia de problemas en profesionales de enfermería por género en el aspecto del desarrollo de sus actividades y funciones.	No Sí	Nominal

Sección	Variable	Definición conceptual	Operacionalización	Tipo
<i>Inserción al campo laboral</i>	Problema en prestaciones por género	Percepción de la presencia de problemas en el profesional de enfermería por género en relación a la obtención de prestaciones laborales.	No Sí	Nominal
	Conocimiento de la oferta de plaza laboral	Forma en la cual el profesional de enfermería se enteró sobre la existencia de una plaza laboral en la institución hospitalaria en donde actualmente labora	Convocatoria Comentarios de amigos/familiares Sindicato Comentarios en sus prácticas profesionales Invitación de la institución hospitalaria Otra	Nominal
	Criterios de selección	Perspectiva del profesional sobre el conocimiento de los criterios de selección de personal de enfermería	No deseo comentar Muy en desacuerdo Algo en desacuerdo Neutral Algo de acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal
	Regulación del proceso de selección	Conocimiento de la existencia de algún reglamento que regule el proceso de selección	Sí No No sabe	Nominal
	Problemas en la selección	Percepción del profesional de enfermería sobre la existencia de problemas en el proceso de selección	Documentación Proceso administrativo Condición de salud Género Tiempo Experiencia Otro Ninguno	Nominal
	Facilidades en la selección	Percepción del profesional de enfermería sobre elementos que facilitaron el proceso de selección.	Formación Empatía Género Experiencia Otro Ninguno	Nominal
	Género en la selección	Percepción de la influencia del género en el proceso de selección	No Sí	Nominal
	Condición de contratación	Si el profesional de enfermería le fue dada alguna condición para contratarlo en el centro hospitalario	No Sí	Nominal
	Primer servicio	Primer servicio o área a donde fue enviado el profesional de enfermería	Nombre del servicio o área en donde trabajó el profesional de enfermería por primera vez	Nominal
	Relación sexo – área/servicio	Opinión sobre la posible relación entre el sexo del profesional de enfermería y el área o servicio en donde labora	No Sí	Nominal
<i>Funciones del profesional de enfermería</i>	Existencia de normas sobre funciones	Conocimiento de la existencia de normas que regulan la actividad del profesional de enfermería	No No sabe Sí	Nominal
	Funciones	Descripción de las funciones que el profesional de enfermería desempeña dentro de su centro de trabajo	Listado de actividades que el profesional de enfermería lleva a cabo de manera habitual en el trabajo	Nominal
	Relación sexo - funciones	Opinión del profesional de enfermería sobre si las funciones son iguales o diferentes entre enfermeras y enfermeros	No Sí	Nominal
<i>Condiciones y situaciones laborales</i>	Igualdad de sueldo	Opinión sobre si el sueldo del profesional de enfermería es igual entre mujeres y hombres	Igual Mayor en enfermeros que en enfermeras Mayor en enfermeras que en enfermeros	Nominal
	Igualdad de condiciones	Opinión sobre la igualdad de en las condiciones laborales del profesional de enfermería según su sexo.	Igual Mejor en enfermeros que en enfermeras Mejor en enfermeras que en enfermeros	Nominal
	Desigualdad por sexo	Opinión sobre la presencia de desigualdades laborales entre enfermeras y enfermeros	No Sí	Nominal
	Discriminación por sexo	Percepción del profesional sobre la discriminación a partir de su sexo	No Sí	Nominal
	Relación sexo – puesto administrativo	Percepción del profesional de enfermería sobre la relación entre el sexo del personal con el puesto o cargo que poseen.	No deseo comentar Muy en desacuerdo Algo en desacuerdo Neutral	Ordinal

Sección	Variable	Definición conceptual	Operacionalización	Tipo
			Algo de acuerdo Muy de acuerdo	
	Relación sexo – promoción laboral	Percepción del profesional de enfermería sobre la relación entre el sexo del personal la posibilidad de obtener un ascenso o promoción en el trabajo	No deseo comentar Muy en desacuerdo Algo en desacuerdo Neutral Algo de acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal
	Igualdad de condiciones por sexo	Percepción del profesional de enfermería sobre la relación entre el sexo del personal con la igualdad de condición laboral.	No deseo comentar Muy en desacuerdo Algo en desacuerdo Neutral Algo de acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal
	Maltrato al profesional de enfermería	Percepción del profesional de enfermería sobre la relación entre el sexo del personal con el maltrato que reciben por parte de las autoridades del centro hospitalario.	No deseo comentar Muy en desacuerdo Algo en desacuerdo Neutral Algo de acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal

ANEXO 4

Métricas empleadas para el análisis de la oferta educativa y el recurso humano de enfermería con licenciatura

Métricas de la COCORHS (33)

Métricas	¿Se ajusta para un análisis por sexo?	Periodo analizado	Formula
Programa académico			
Variación anual ⁴⁵ de programas de estudios	No	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{No. Programas del año reciente}}{\text{No. Programas del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Relación de programas de estudio públicos / privados	No	2007 – 2016	$\frac{\text{No. Programas públicos}}{\text{No. Programas privados}}$
Relación de programas de estudios acreditados / no acreditados	Sí	2007 – 2016	$\frac{\text{No. Programas Acreditados}}{\text{No. Programas No Acreditados}}$
Matrícula			
Variación anual ⁴⁵ de postulantes	Sí	2012 – 2016 §	$\left(\frac{\text{No. Postulantes del año reciente}}{\text{No. Postulantes del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Variación anual ⁴⁵ de vacantes	No	2012 – 2016 §	$\left(\frac{\text{No. Vacantes del año reciente}}{\text{No. Vacantes del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Relación de postulantes y vacantes	Sí	2012 – 2016 §	$\frac{\text{No. Postulantes}}{\text{No. Vacantes}}$
Variación anual ⁴⁵ de la matrícula de primer ingreso	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{Nuevo ingreso del año reciente}}{\text{Nuevo ingreso del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Variación anual ⁴⁵ de matrícula total	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{Matrícula total del año reciente}}{\text{Matrícula total del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Variación anual ⁴⁵ de egresados	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{Egresados del año reciente}}{\text{Egresados del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Distribución de egresados por sexo	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{Egresados hombres o mujeres}}{\text{Total de egresados}} \right) \times 100$
Distribución de egresados por sector	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{Egresados de programas públicos o privados}}{\text{Total de egresados}} \right) \times 100$
Recursos humanos			
Variación anual de RHE	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{RHE del año reciente}}{\text{RHE del año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Distribución del RHE por sexo	Sí	2007 – 2016	$\frac{\text{No. de hombres o mujeres}}{\text{Total del RHE}} \times 100$
Distribución del RHE por sector laboral	Sí	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{RHE en instituciones público o privada}}{\text{Total del RHE}} \right) \times 100$
Variación anual del RHE contratados	No	2007 – 2016	$\left(\frac{\text{RHE contratado en el año reciente}}{\text{RHE contratado en el año anterior}} - 1 \right) \times 100$
Distribución por categoría laboral	Sí	2006 – 2016 [†]	$\left(\frac{\text{RHE en "x" categoría}}{\text{Total del RHE}} \right) \times 100$
Distribución por tipo de funciones	Sí	2006 – 2016 [†]	$\left(\frac{\text{RHE en "x" función}}{\text{Total del RHE}} \right) \times 100$
Distribución por turno laboral	Sí	2006 – 2016 [†]	$\left(\frac{\text{RHE en "x" turno}}{\text{Total del RHE}} \right) \times 100$

⁴⁵ En la fuente consultada (33), el nombre empleado es “Incremento anual”, sin embargo se sustituye el término por “Variación anual”, debido a que la métrica puede reflejar tanto incrementos como decrementos.

Métricas	¿Se ajusta para un análisis por sexo?	Periodo analizado	Formula
Razón de RHE certificados/no certificados	No	2007 – 2016	$\frac{RHE\ certificado\ ante\ colegios\ de\ enfermería}{RHE\ no\ certificados\ ante\ colegios\ de\ enfermería}$
Salario mensual promedio	Sí	2006 – 2016 [‡]	Promedio

Notas: § Las variables empleadas para el cálculo de estas métricas solo mostraban valores a partir del 2012.

‡ Las variables empleadas para el cálculo de estas métricas solo están disponibles de manera bianual.

Métricas propuestas para complementar análisis.

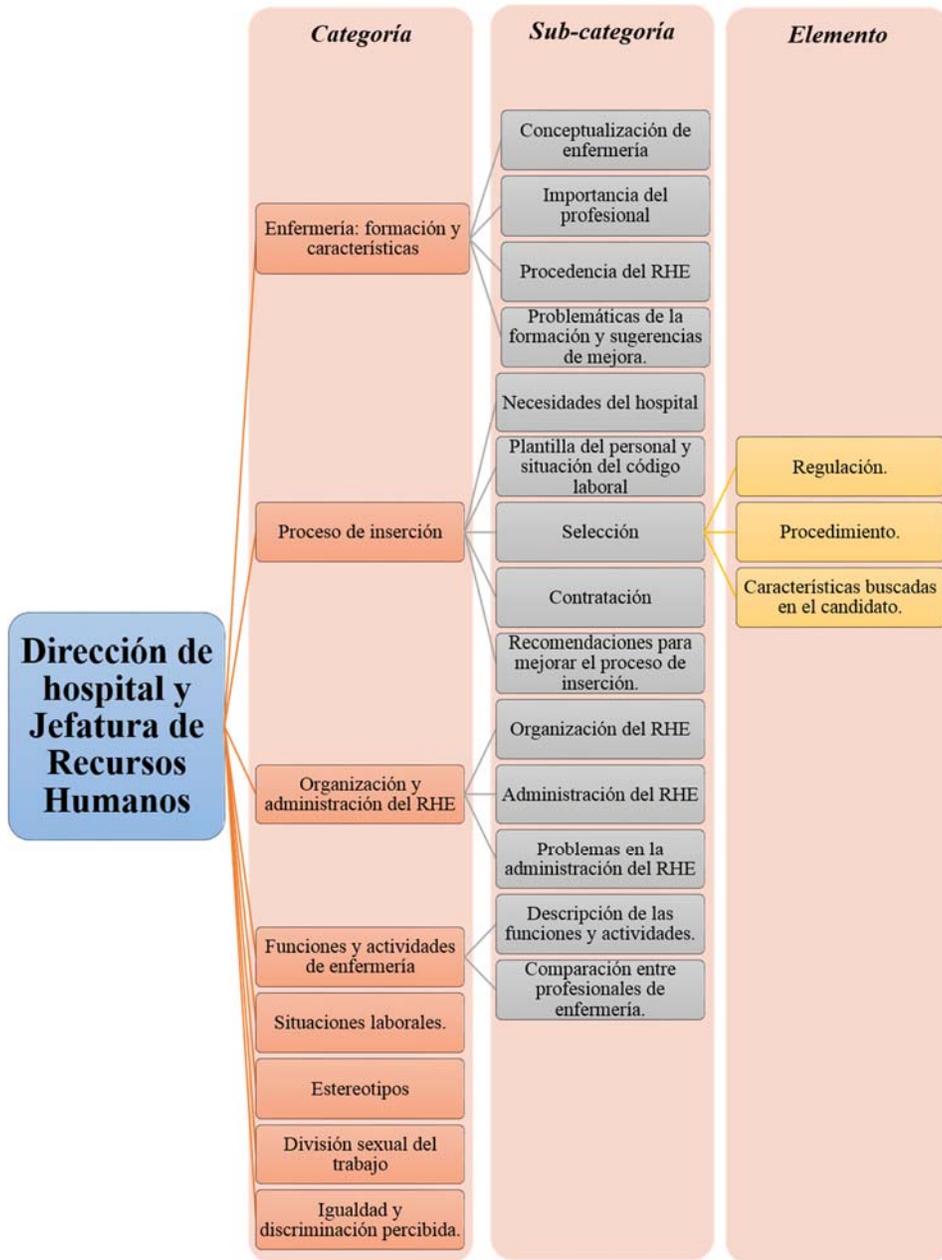
Métricas	Periodo analizado	Formula
Matrícula		
Razón Hombre-Mujer por tipo de matrícula	2012 – 2016	$\frac{No.\ de\ hombres}{No.\ de\ Mujeres}$
Distribución de nuevo ingreso, total y titulación por sexo	2012 – 2016	$\frac{No.\ de\ hombres\ o\ mujeres\ de\ la\ matrícula}{Total\ de\ la\ matrícula} \times 100$
Distribución de nuevo ingreso, total y titulación por sector	2012 – 2016	$\frac{Matrícula\ en\ programas\ públicos\ o\ privados}{Total\ de\ la\ matrícula} \times 100$
Variación anual de titulados por sexo	2012 – 2016	$\left(\frac{Titulados\ del\ año\ reciente}{Titulados\ del\ año\ anterior} - 1 \right) \times 100$
Razón de matrícula total de programas acreditados/programas no acreditados	2012 – 2016	$\frac{Matrícula\ de\ programas\ acreditados}{Matrícula\ de\ programas\ no\ acreditados}$
Razón de titulados de programas acreditados/programas no acreditados	2012 – 2016	$\frac{Titulados\ de\ programas\ acreditados}{Titulados\ de\ programas\ no\ acreditados}$
Recursos Humanos		
Razón Hombre-Mujer	2007 – 2016	$\frac{No.\ de\ hombres}{No.\ de\ Mujeres}$
Distribución por salario	2006 – 2016 [§]	$\frac{RHE\ con\ "x"\ salario}{Total\ del\ RHE} \times 100$
Distribución del RHE contratado por institución de salud	2007-2016	$\frac{RHE\ contratado\ en\ institución\ "x"}{Total\ del\ RHE\ contratado} \times 100$
Variación anual del RHE por institución empleadora.	2007 – 2016	$\left(\frac{RHE\ de\ institución\ del\ año\ reciente}{RHE\ de\ institución\ del\ año\ anterior} - 1 \right) \times 100$
Distribución del RHE por nivel de formación	2007 – 2016	$\frac{RHE\ con\ nivel\ académico\ "x"}{Total\ del\ RHE} \times 100$
Variación anual del RHE por nivel de formación	2007 – 2016	$\left(\frac{RHE\ con\ x\ nivel\ académico\ actual}{RHE\ con\ x\ nivel\ académico\ del\ año\ anterior} - 1 \right) \times 100$
Distribución del RHE por tipo de institución de egreso	2007 – 2016	$\frac{RHE\ egresado\ de\ IES\ pública\ o\ privada}{Total\ del\ RHE} \times 100$
Variación anual del RHE por institución de egreso	2007 – 2016	$\left(\frac{RHE\ egresado\ de\ IES\ pública\ o\ privada\ actual}{RHE\ egresado\ de\ IES\ pública\ o\ privada\ año\ anterior} - 1 \right) \times 100$

Nota: § Las variables empleadas para el cálculo de estas métricas solo están disponibles de manera bianual.

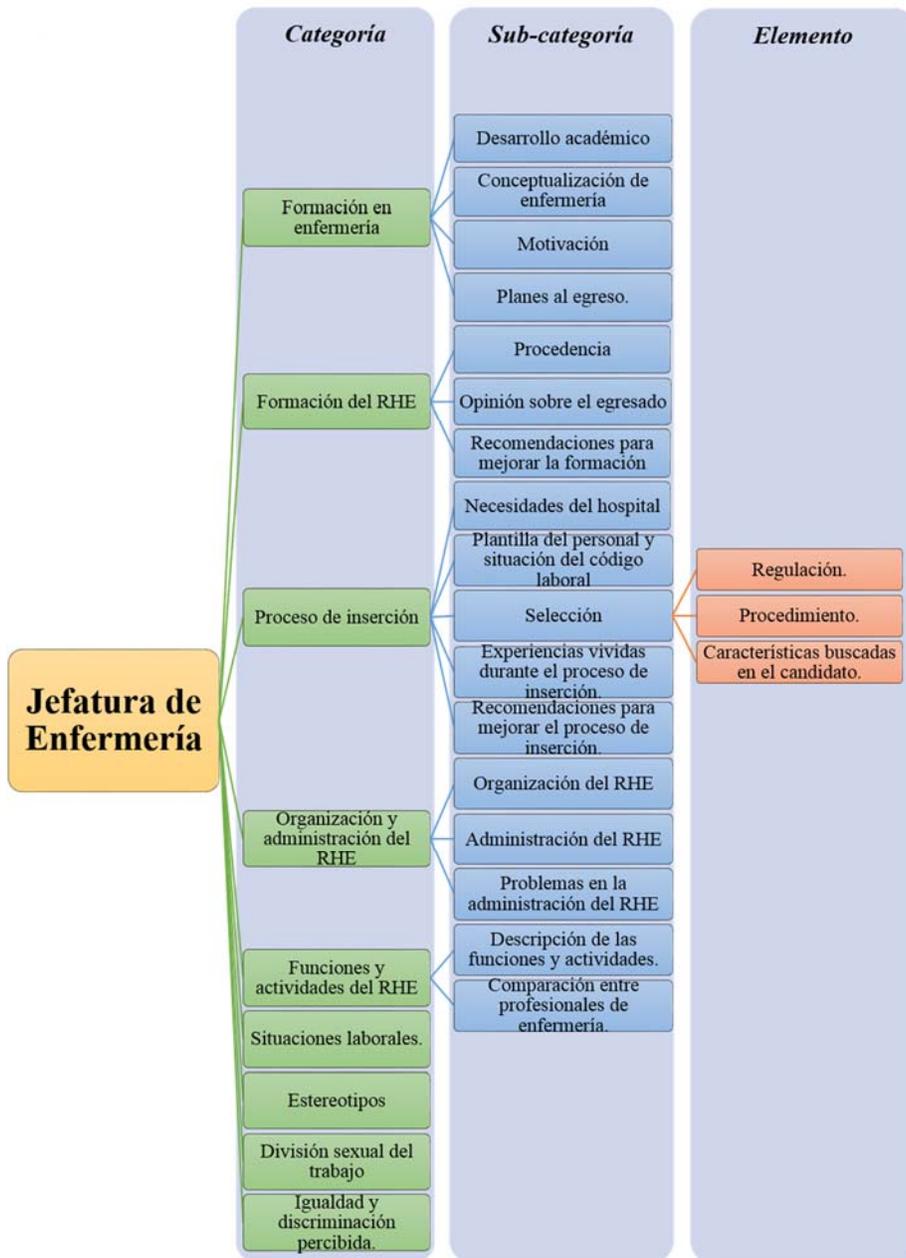
ANEXO 5
Elementos considerados para el análisis de regresión *Jointpoint*

Serie a analizar	Variable independiente	Variable dependiente	Variable de agrupación	Especificaciones para el cálculo
Matricula				Para analizar todas estas series, se requiere tener calculado el error estándar (SE) según la siguiente fórmula: $\frac{\sqrt{\text{población a estudiar}}}{\text{Población total}}$
Postulantes	Año	No. de postulantes	Sexo	
			Sector	
Vacantes	Año	No de vacantes	Sector	
Programas de enfermería	Año	No. de programas	Sector	
			Acreditación	
Nuevo ingreso	Año	Alumnos de nuevo ingreso	Sexo	
Matrícula total	Año	Total de alumnos	Sexo	
Egresos	Año	Alumnos egresados	Sexo	
Titulación	Año	Alumnos titulados	Sexo	
Recursos Humanos				
RHE contratado	Año	RHE contratado	Institución empleadora	
RHE	Año	RHE	Sexo	
Institución de egreso	Año	RHE	Institución educativa de egreso	
Máximo grado de estudio	Año	RHE	Grado académico	

ANEXO 6 Árboles de códigos







ANEXO 7

Aprobación del proyecto por parte del CEI del INSP



Instituto Nacional
de Salud Pública

Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud



CEI Comité de Ética
en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Registro ante CONBIOÉTICA: 17CEI00120130424
Registro ante COFEPRIS: 13 CEI 17 007 36
FWA: 00015605

Cuernavaca, Mor., 15 de julio, 2016
Protocolo CI: 826

CARLOS ALBERTO CARREÓN GUTIÉRREZ
Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud
Presente

Por medio del presente me permito informar a usted que el dictamen del Comité de Ética en Investigación a su proyecto titulado *"Inserción laboral y funciones de los profesionales de enfermería en la Secretaría de Salud de Tamaulipas."* fue:

Aprobado

Le informamos que esta aprobación tiene vigencia ***hasta el 14 de julio del 2017.***

Consentimiento: Para obtener el consentimiento de los sujetos humanos de su estudio únicamente se deberán utilizar los materiales que han sido aprobados y sellados por este Comité.

Addenda/Modificaciones: Le recuerdo que cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio deberá ser enviado a este Comité previo a su implementación, utilizando el sistema SIID.

Atentamente

Dra. Angélica Ángeles Llerenas
Presidente

ccp.- Dra – Leticia del Socorro Ávila Burgos – Coordinadora Doctorado en Sistemas de Salud
Mtro. Miguel Ángel Reyes – Depto. Coordinación de becas ante CONACYT

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
com: (777) 329 3000

www.insp.mx

ANEXO 8

Aprobación del proyecto por parte del CEI de la Secretaría de Salud de Tamaulipas



No. De Registro 100/2017/CEI

Cd. Victoria, Tam., 06 de Junio del 2017

M.C.Q. CARLOS ALBERTO CARREÓN GUTIÉRREZ
CANDIDATO A DOCTOR EN CIENCIAS EN SISTEMAS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA-CENTRO DE
INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Por este conducto, me permito informar que el Protocolo de Proyecto Investigación "**PROCESO DE INSERCIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE TAMAULIPAS**", ha sido **APROBADO** por el Comité Estatal de Ética e Investigación de esta Secretaría, otorgándole el número de registro 100/2017/CEI.

Así mismo, solicito nos haga llegar un informe de avances semestrales, así como el final y notificar si llegase a presentar algún evento adverso serio en el transcurso del mismo.

ATENTAMENTE



DR. FRANCISCO JAVIER GARCÍA LUNA MARTÍNEZ
SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ ESTATAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

c.c.p.- Dr. Mario E. Cantú Salinas.- Subsecretario de Calidad y Atención Médica Especializada
c.c.p.- Archivo

AVE. FRANCISCO I. MADERO NO. 414 ZONA CENTRO C.P. 87000
CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS

Secretaría de Salud

Tel: (834)318-6300
Ext. 20612