

La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo

Rosa María Nájera
María Consuelo Castrillón agudelo

Introducción:

Enfermería con su saber y su talento contribuye con el conjunto de trabajadores de la salud a resolver los problemas de salud de la población y por ello se reconoce como "factor esencial de la atención de salud" (OPS-CEPAL-OIT, 2000:p7).

Los principios generales de las reformas sectoriales: equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social; no podrán alcanzarse sin el compromiso y participación del recurso humano y dentro de éste, el personal de enfermería tiene un papel protagónico por su cercanía y permanencia en la asistencia a las personas usuarias de los servicios de salud y con las vivencias individuales y colectivas de la gente frente a sus procesos vitales.

Para reducir la inequidad en la entrega de servicios de salud a la población; alcanzar la participación ciudadana en salud; mejorar la eficiencia, el costo efecto y la calidad de los servicios; se necesita invertir en el talento humano y compromiso político con el desarrollo organizacional de los servicios de salud.

Los vertiginosos cambios mundiales y regionales, determinan problemas para la salud y retos para ofrecer respuestas sociales efectivas para solucionarlos. En un mundo de cambios acelerados y complejos, los profesionales de enfermería están enfrentados a desarrollar estrategias teórico-prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general y los del cuidado de enfermería en particular que llevan a demandas de la sociedad por intervenciones efectivas en los campos de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el apoyo profesional en los procesos de rehabilitación y de muerte, y un cuidado ofrecido con calidades científico - técnicas y sobre todo humano. Dichas intervenciones deben estar fundamentadas en la investigación.

Para lograr transformaciones positivas en la profesión y respuestas pertinentes a las necesidades que demanda el cuidado de seres humanos en su vivencia de los procesos vitales, requerimos construir una visión a la vez universal y local de los problemas; cuestionar paradigmas tradicionales en los campos de la salud y de la enfermería; hacernos preguntas inteligentes para buscar soluciones en el terreno de lo sanitario, de la disciplina y de la profesión; fundamentar la búsqueda de respuestas a problemas complejos, en teorías construidas desde la inter y transdisciplinariedad; orientar las transformaciones apoyados en evidencias; la toma de decisiones respaldadas por el manejo de información válida y confiable y

apoyarnos en metodologías tanto cuanti como cualitativas; tener presente que la práctica orientada sólo por la experiencia conduce al inmovilismo y nos mantiene en el pasado y que para enfrentar el presente y el futuro según Elizalde (2000) necesitamos hacer uso y estimular la creatividad que genera innovaciones; aceptar la coexistencia de lo diverso y superar el miedo a la diferencia, porque tal miedo conduce a homogeneizar la realidad como si toda diferencia fuera patológica.

Para hacer posible orientaciones y acciones hacia el cambio, se requiere de participación, cooperación y solidaridad entre los actores implicados: en los planos individual y colectivo; político, gremial y académico; local, nacional e internacional; de instituciones formadoras y prestadoras de servicio; de voluntad política y de acción intersectorial.

Para sustentar los lineamientos de un plan de acción orientado al desarrollo de la enfermería en América Latina y del Caribe, se exponen a continuación, elementos del contexto que impactan la salud, la educación y el trabajo en el campo de la salud y de la enfermería; se precisa la naturaleza de la disciplina y de la profesión de enfermería para orientar acuerdos sobre el sujeto-objeto con el que se quiere actuar y transformar; se tipifican las áreas críticas en los campos de la formación, la distribución del recurso, el mundo del trabajo y los instrumentos regulatorios; se plantean los objetivos orientadores de un plan de acción y finalmente se intenta proponer algunas estrategias iniciales para enfrentar los problemas.

1. El contexto general

Muchos procesos de cambio debe enfrentar hoy la humanidad, todos ellos impactan la vida y la salud de generaciones presentes y futuras, alteran procesos sociales como las formas de dar respuesta a necesidades básicas, la organización del trabajo y el sistema de valores; se transforma el mundo biológico en los planos macro del ecosistema y en el micro de los genes.

El compromiso social de la práctica de la enfermería, es con el cuidado de la vida y la salud de la gente, obliga, entonces, tener en cuenta estos referentes para comprender la naturaleza de los problemas y para valorar la dimensión ética que debe orientar un plan de desarrollo para dicha práctica.

Algunos de los procesos tiene que ver con: la aceleración del tiempo histórico, la globalización, la revolución cultural, la revolución de la tecnología informática, el imperio de la racionalidad económica y cambios de paradigmas de pensamiento y acción.

La aceleración del tiempo histórico, dice el doctor Antonio Elizalde (2000, p3), se evidencia en que transformaciones que previamente tomaron lugar durante millones de años pueden ahora realizarse dentro de unas pocas décadas, en dicho contexto los *corpus* teóricos de las disciplinas pueden tornarse obsoletos a una velocidad asombrosa. Con esta dinámica que nos cambia los conceptos de

espacio y tiempo, están ocurriendo revoluciones en los planos cultural, político, científico-técnico y económico.

La revolución cultural: Determinada y expresada por fenómenos tales como las migraciones masivas, la ruptura de fronteras, la urbanización descontrolada, los cambios en la estructura familiar y en los roles de género; los procesos de transculturación y globalización de la imagen, los símbolos, las necesidades y modelos sociales.

La revolución política: Expresada en la transformación de las ideologías, en el uso de estrategias políticas no convencionales tanto por parte de los gobiernos como de los diferentes grupos de poder, el cambio en las consignas y en los objetivos del conflicto.

La revolución científico tecnológica: Marcada por el desarrollo explosivo de la ciencia y de la tecnología, el valor que hoy se da al conocimiento, el desarrollo de experimentos que alcanzan los límites de lo imaginable al penetrar el misterio de la vida misma poniendo en juego planteamientos éticos. El estado de crisis de los paradigmas científicos y la inauguración de conceptos como los de relatividad e incertidumbre. Los movimientos hacia la transdisciplinariedad y, el desenvolvimiento de un nuevo tipo de conocimiento: el informático.

La revolución económica: Expresada en la globalización de la economía en el marco de la política de libre mercado, privatización de las funciones del Estado y el progresivo desentendimiento de su responsabilidad social (salud, educación, seguridad). Cambio en las relaciones sociales hacia la mercantilización de las relaciones cotidianas intronizando el imperio de la economía. Progresivo aumento del desarrollo no sustentable asociado principalmente a la alteración del medio ambiente. Aumento y aceptación de la corrupción como una nueva vía de la política. Aumento de la pobreza cuantitativa y cualitativamente, el aumento de las desigualdades y la supresión de fuentes de trabajo.

Globalización de los riesgos para los procesos vitales: calentamiento del globo terráqueo, hueco en la capa de ozono, diseminación de riesgos químicos y biológicos.

Los cambios mencionados tienen una fuerte influencia sobre la salud, la calidad de vida de los colectivos humanos y en el desarrollo de las ciencias, las disciplinas y las profesiones.

Algunos de los impactos que generan tales revoluciones, se observan en la ampliación de las inequidades. Ejemplos que evidencian la magnitud del problema: según Granda apoyado en informes del Banco Mundial "En algunos países de América Latina el 10% más rico de la población recibe 84 veces los ingresos recibidos por el 10% más pobre" (Granda:2000, p.8). Emparentada con esta inequidad en los ingresos está la pobreza y de la mano de ésta el hambre, la malnutrición, la desnutrición, la muerte, la baja esperanza de vida (Franco:1994,

p.5-6) y la escasa oportunidad de acceder a servicios de salud dignos. De esto último puede ilustrar las consecuencias de la implementación de novedosas reformas de salud en América Latina, o las cifras que seducen a los organismos multilaterales: si comparamos, a manera de ejemplo, la relación de enfermeras por 10.000 habitantes, para Estados Unidos es de 97, para Brasil y Colombia de 4. (OMS/OPS:1999). Pero el saldo rojo de la inequidad no lo pagan todos los grupos por igual, por eso con los niños, los ancianos, los indígenas y las mujeres se tiene una altísima deuda social.

Otra consecuencia de las grandes transformaciones o revoluciones anotadas inicialmente, es la inseguridad social expresada en las violencias de todo tipo, el desempleo a todos los niveles, las exclusiones en la atención médica y la casi desaparición del concepto de salud pública en la práctica de protección a la población de patologías evitables, que interpretadas a la luz del derecho, en expresión de Mario Rovere, se convierten en homicidios culposos (Rovere:1998, p16).

Las medidas introducidas por las reformas de los sistemas de salud buscan eficiencia, calidad, universalidad y equidad en los servicios ofrecidos, pero la racionalización de los servicios no significa un cambio automático de los modelos de atención a la salud de individuos y colectivos, porque eso requiere transformación en sus fundamentos medulares. Según Eugenio Vilaca las categorías del sistema de cambio son:

1. Concepción de Salud / enfermedad: negativa => positiva
2. Paradigma Sanitario: Biomédico => Producción Social de la salud
3. Práctica Sanitaria: Atención médica => Vigilancia de la Salud
4. Gestión de los servicios: médica => social

La transformación así concebida implica un largo proceso de maduración que va a incidir en los planos políticos, ideológicos y cognoscitivo - tecnológico y que en la transición genera una convivencia de lo viejo con lo nuevo.

En lo político: Involucra distintos actores sociales que son portadores de diferentes proyectos. Entre ellos los profesionales de la salud. En lo ideológico: Implica un cambio cultural en las concepciones y prácticas ante la vida y la salud. En lo cognoscitivo - tecnológico: Exigirá la producción y utilización de conocimientos y técnicas coherentes con los supuestos políticos e ideológicos del nuevo modelo.

“Cuando la transición se complete, las profesiones habrán hecho una mutación en su visión del campo, en sus métodos y en sus objetivos” (Villaca: 1975, p2).

1.2 El contexto Latinoamericano (Castrillón et al, 1988, p3-6)

Demográfico: La mayor parte de los países, presentan una transformación acelerada del perfil demográfico, que tiende a una estructura similar a la que actualmente presentan los países considerados desarrollados. En los próximos años América Latina contará con un amplio grupo de población en edad productiva y reproductiva (15 a 45 años). En última instancia los cambios demográficos se reflejan en envejecimiento de la población y en el aumento de la demanda de servicios para atender enfermedades crónicas y degenerativas. A estas transformaciones demográficas deben agregarse aquellas derivadas de las migraciones dentro de los países y a través de las fronteras.

Técnico: La evolución tecnológica ha impuesto retos adicionales al sector salud. La disponibilidad de tecnología de punta induce la demanda en el sector público y privado con la consecuente alza de los costos de la atención. La sistematización de la información impone retos a la capacitación del personal, y a la incorporación y renovación tecnológica en los servicios de salud. El uso de la biotecnología, la importancia que ha adquirido la genética y el uso de la concepción asistida, son algunos ejemplos de la aplicación de la tecnología en salud actualmente. Así como también el uso de las telecomunicaciones en el diagnóstico, tratamiento y en educación en salud.

Económico: Caracterizado por la globalización de la economía en el marco de la política de libre mercado, la privatización de las funciones del Estado y el progresivo desentendimiento de su responsabilidad social (salud, educación, seguridad), además del cambio en las relaciones sociales hacia la mercantilización de las relaciones cotidianas, el progresivo aumento del desarrollo no sustentable asociado principalmente a la alteración del medio ambiente. Estos cambios mencionados tienen una fuerte influencia sobre la salud y la calidad de vida de los colectivos humanos.

Las transformaciones económicas recientes de los países de América Latina están influidas por la política neoliberal que ha asignado nuevos roles a los actores públicos y privados. Progresivamente al Estado se le asigna un papel más importante en la rectoría y regulación de las instituciones, pero bastante más modesto en la provisión de los servicios públicos. Esto ha causado, junto a la crisis económica de la década pasada, una restricción de los recursos financieros dedicados al sector público con la consecuente precarización de las condiciones de empleo.

La política neoliberal favorece la concentración del ingreso en los distintos países. El número de familias que viven por debajo de la línea de pobreza ha aumentado, y con ello se han incrementado los problemas de salud propios de los grupos económicamente postergados.

Los diferentes países, han sido afectados por la globalización de la economía que implica, no solamente el paso de fábricas y operarios a través de las fronteras,

sino también el incremento del mercado internacional de bienes y servicios de salud, y la migración de proveedores y pacientes de un país a otro.

Político: La década de los noventa trajo consigo la virtual desaparición de los regímenes dictatoriales de la mayor parte de los países de América Latina. Esto ha promovido una mayor participación ciudadana en las decisiones públicas, que excede la participación formal y esporádica en las elecciones de las autoridades de los poderes del Estado. Se observa una tendencia a la disminución del poder político y al incremento del poder económico; las decisiones políticas, cada vez más, están condicionadas por factores económicos, y el sector salud no cuenta, con frecuencia, con las herramientas para negociar con las autoridades que asignan los recursos financieros.

Legal: Los referidos factores económicos y políticos han traído consigo modificaciones en el marco legal nacional y transnacional. En varios de los países se ha modificado la normativa que regula la prestación de los servicios de salud. Además, la descentralización de la administración pública ha demandado la modificación del marco legal para respaldar, dentro de otras cosas, la selección, capacitación, promoción y remoción descentralizada del personal. La apertura de los mercados nacionales a economías globalizadas tiene como consecuencia la necesidad de elaborar legislación a escala internacional que regule el paso a través de las fronteras de usuarios de servicios de salud, y de bienes y servicios.

Medio ambiental: Una de las amenazas más serias a la salud de la población la constituye el deterioro ambiental producto del uso desmesurado e irracional de los recursos naturales. La contaminación ambiental es causa directa de daños a la salud, y el uso no planificado de recursos como la tierra ha disminuido los medios de subsistencia de los grupos sociales más pobres.

Epidemiológico: Según los ideólogos, uno de los factores influyentes en el origen del movimiento de transformación de los servicios de salud es el rápido cambio en el perfil epidemiológico de los países de América Latina. En la mayoría, las enfermedades infectocontagiosas coexisten con las crónicas degenerativas como principal causa de enfermedad y muerte, además de las derivadas de la violencia que en el caso de Colombia ocupan el primer lugar en causas de mortalidad. Han resurgido viejas endemias - cólera, tuberculosis, malaria - y patologías nuevas por inmunodeficiencia. Esta complejización epidemiológica, demanda de abordajes distintos en las áreas curativas, promocionales y de formación. El problema de salud mental es dramático, un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Harvard en 1997, reportó que el 8.1% de las enfermedades en el mundo corresponde a trastornos mentales y de ellas el 34% se relacionan con problemas del comportamiento humano: violencia, alcoholismo, tabaquismo y enfermedades de transmisión sexual (Dejairlas: 1997).

1.2 La práctica, la regulación, la educación y la disciplina de enfermería

La situación de enfermería en América Latina puede abordarse de diferentes maneras. Una de ellas es mirarla desde tres dimensiones: Por un lado la posición que la enfermería ha ido construyendo en el mercado laboral, que refleja en términos del desarrollo del recurso humano, cómo ha sido la utilización del personal en los diversos escenarios de desempeño y para cada una de las categorías existentes. Por otro, es necesario caracterizar históricamente las estrategias de planificación de este personal en los distintos países de la región y, como tercera dimensión, se requiere mirar la situación de la formación de enfermería en cada uno de los países.

La práctica de la enfermería: "Enfermería representa 50 a 60% de la fuerza laboral del sistema de salud, concentra el mayor porcentaje de costos fijos en los presupuestos de salud y participa activamente en la entrega de cuidados directos e indirectos a personas, familias y a la comunidad" (Lange et al: 2000, p.3).

La práctica se refiere al ejercicio de la profesión en el mercado de trabajo. El trabajo en enfermería (Castrillón:1997, p. 85-89) está estructurado con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países; pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. El predominio de mujeres en su composición, en un mundo donde el poder es masculino, ha construido una cultura de trabajo remedo de la familia, donde la autoridad paterna se atribuye al médico y el rol de madre sumisa y obediente a la enfermera.

Es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificados; el Estado había sido su mayor empleador hasta los recientes procesos de reforma sectorial. Al profesional de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del equipo de enfermería, y se espera que desarrolle relaciones de complementariedad entre su práctica y el conjunto de prácticas asistenciales en salud, para garantizar la integralidad de la atención.

La historicidad del proceso de división del trabajo en enfermería, muestra una realidad diferente de las aspiraciones de las corrientes que la idealizan, tanto en su función social de cuidar, como en la administración y gestión del cuidado. Por historicidad del proceso de trabajo se entiende las transformaciones que ocurren tanto en el objeto y finalidad del proceso, como en las actividades desempeñadas por los sujetos encargados de una labor determinada y, sobre todo, en el cuerpo de conocimientos que preside el proceso (Rocha y Almeida:1993, p.26).

El trabajo en Enfermería

Está estructurado con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países: pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional.

En la mayoría de los países el personal de enfermería está constituido por tres o más categorías de personal; y persiste en algunos países grupos ocupacionales empíricos. Esta heterogeneidad conlleva poca claridad en la delimitación de funciones, e interfiere en el costo eficacia del cuidado de enfermería y es causa del deterioro en el posicionamiento e imagen social del grupo profesional.

Enfermería es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificados; el Estado había sido su mayor empleador hasta los recientes procesos de reforma sectorial que generan movilidad hacia las instituciones privadas.

El profesional de enfermería, en los actuales servicios de salud, se ha sido distanciado de las actividades correspondientes a su preparación técnica, y ha asumido actividades dispersas en administración de personal, administración de recursos materiales, alimentación de sistemas de información, facturación y tareas que no realiza otro personal. Esta situación ha sido constatada por muchos estudios, uno de ellos, realizado por antropólogos en Buenos Aires (Argentina), refiere:

“La amplia gama de funciones que debe cumplir: distribución de trabajo al personal; disposición del personal en los distintos días, turnos y servicios; consecución de ropas, materiales, medicamentos y aparatos ; puesta al día de información y ficheros ; atención a las demandas de los familiares de los pacientes; coordinación de los servicios de diagnóstico y tratamiento; atención de los pacientes, etc. diluye el perfil de su rol y la dispersa en un sinnúmero de tareas que se apartan del objetivo mismo de la enfermería”.

Otro de estos estudios, concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud, y marginados totalmente en su ejercicio profesional, con graves consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional. Las razones para esta situación se encuentran en la insuficiencia cuantitativa de este personal en las instituciones de salud, demostrada también por estudios diversos (Castrillón et al: 1999).

La ausencia de consenso sobre las funciones del profesional de enfermería, convierte en problemático el establecimiento de una política asistencial de enfermería en cualquier institución de salud. Además, el extenso campo de acción en el que debe desenvolverse un profesional de este tipo, afecta no sólo la coherencia interna de sus conductas, sino que divide al grupo constituido por sus pares, creando fracturas artificiales en sus relaciones profesionales y gremiales, e impidiéndoles actuar organizadamente para reconstruir y reorientar sus perfiles profesionales.

En la práctica hospitalaria, no se ha logrado la autonomía del profesional de enfermería, porque sus actuaciones y decisiones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad técnica del médico.

En el campo comunitaria y de la salud pública existen condiciones para desarrollar un modelo profesional autónomo, de mayor impacto en la gestión y acompañamiento de proyectos participativos de salud, en los campos de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades.

La regulación: La regulación es el proceso de elaboración e implementación de reglas y estándares técnicos, que orientan las relaciones entre actores, para racionalizar el intercambio de bienes y servicios.

Las enfermeras proveen un servicio y la regulación de éste tiene características similares a las de cualquier otro bien o servicio ofrecido a la comunidad. Se regulan los estándares de competencia técnica, la responsabilidad profesional y la eficiencia. Al estudiar la regulación se analizan tanto las reglas y sus implementaciones, como la intervención de los actores encargados de ejecutarlas.

Se regula (Moran y Wood:1993) la entrada al mercado, las prácticas competitivas, la organización del mercado de trabajo y la remuneración. En cuanto a *la entrada y salida del mercado*, se define quién puede ejercer la profesión y cómo adquiere este derecho. *Las prácticas competitivas* se refieren a que la extensión de las competencias tienen límites definidos por reglas éticas, que además, definen quién ejerce legal o ilegalmente una profesión. *La organización del mercado de trabajo* precisa quiénes son los proveedores de ciertos bienes y servicios, expide las reglas para controlar la especulación, ordena las formas de prestar el servicio, por ejemplo, como empresarios en ejercicio independiente o articulados institucionalmente, y su distribución geográfica. *La remuneración*, regula el pago de bienes y servicios, los cargos y sus escalas. La regulación del pago es importante para caracterizar las relaciones financieras que se dan entre enfermeras y usuarios de sus servicios. La regulación del pago tiene que ver también con el ámbito de las relaciones contractuales.

Existen diversos modelos de regulación con variación entre países. Para el caso de la regulación de la profesión de enfermería se está, además, ante un proceso históricamente construido y con múltiples variaciones en un mismo país. El Estado es un actor importante en la regulación de las profesiones.

En la medida en que el Estado se convirtió en financiador y prestador de servicios de salud, comenzó a intervenir fuertemente en los procesos regulatorios de las profesiones, tanto en el ámbito público como en el privado y es él quien otorga a los grupos profesionales la capacidad o no de regularse (Nigenda y Machado: 1997, p. 686).

El desarrollo de un mecanismo de regulación profesional es producto de un proceso histórico, donde las formas de interacción que existen entre la profesión y

el Estado es preponderante. Por ello el estudio de la regulación tiene dos dimensiones, una económica que se orienta al control de la calidad y de los costos del servicio que presta el profesional, y otra política para identificar las tensiones y las relaciones de poder que se establecen entre los actores: Estado - profesiones.

La educación en enfermería: Durante el último decenio del siglo XIX y el primero del siglo XX, se inició la creación de escuelas de enfermería en América Latina. En 1890 en Argentina y Cuba, en 1903 en Colombia, en Chile en 1905 y en México en 1907. Durante este período, en muchos países la formación de enfermeras no estaba vinculada a las universidades, los cursos se dictaban en hospitales, residencias, conventos o escuelas de artes manuales, por iniciativa de médicos, religiosas o señoras filantrópicas. La enseñanza se impartía en momentos de coyuntura: calamidades, epidemias, conflictos militares y campañas sanitarias. Estas escuelas expidieron títulos y diplomas diversos como el de "Enfermeras Visitadoras", "Enfermeras Comadronas", "Enfermeras Parteras" y "Enfermeras Hospitalarias" (Castrillón:1997, p. 21)

El hecho de que la enfermería sea una profesión femenina y que las estadísticas muestren un desigual acceso de la mujer a la formación secundaria, incidió en los requisitos de admisión durante casi treinta años en América Latina. Es tal vez la única carrera universitaria que hasta el decenio de los sesenta no exigía la educación secundaria completa como requisito de ingreso a la educación superior.

En los últimos años del decenio de los setenta y principios de los ochenta, los currículos giraron en función de aspiraciones no cumplidas como: formar el profesional que cada país necesita, integrar el "equipo de salud", trabajar con metodologías basadas en la autoinstrucción y evaluación formativa, alcanzar la integración docente-asistencial y el desarrollo de prácticas no sólo clínicas sino también con grupos de la población.

Para los noventa y comienzos del 2000, se asiste a reformas curriculares diversas y a experiencias educativas que tratan de incorporar metodologías innovadoras, de acercarse al mundo del trabajo en salud, de flexibilizar los currícula y se cuenta con una experiencia bastante extendida en los programas UNI desarrollados en los noventa con el apoyo de la fundación W.K. Kellogg..

La disciplina de Enfermería: El reconocimiento de la función única de enfermería abre las puertas al desarrollo teórico de la disciplina. Desde la segunda mitad del siglo XX se ha venido ampliando y profundizando en un cuerpo propio de conocimientos. Este se caracteriza por ser plural y multiparadigmático. Hoy en día conviven diversos enfoques, diversas metodologías y teorías de enfermería que muestran la riqueza de la práctica y la complejidad de la actividad de cuidar. No obstante, la esencia de la práctica de Enfermería no ha cambiado. Si bien el cuidado ha estado vinculado a la enfermería, sólo en los últimos años se ha conceptualizado sobre él. Desde el punto de vista de la disciplina se concibe el cuidar, como actividad dinámica, reflexiva, deliberada y basada en la interacción humana. El cuidado constituye el objeto del saber y del quehacer principal de

enfermería. Incluye la generación y aplicación de conocimiento y su validación social.

La disciplina de enfermería está conformada por el saber que enfermería utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente, el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud. Dos profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad de California definen en cuatro proposiciones el campo de la disciplina de enfermería (Meleins & Trangenstein: 1994, p255):

1. La disciplina de enfermería se ocupa de los principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, del bienestar y el óptimo funcionamiento de los seres humanos sanos o enfermos.
2. La disciplina de enfermería se ocupa de los patrones de comportamiento humano en interacción con el entorno en eventos de la vida normal y en situaciones críticas de salud.
3. La disciplina de enfermería se ocupa de las acciones y procesos que facilitan cambios positivos en el estado de salud cuando éste es afectado.
4. La disciplina de enfermería se ocupa de la integridad de la salud humana comenzando por reconocer que esa integridad está en continua interacción con su entorno y que es posible construir condiciones de vida saludables

1.3 Interferencias en el desarrollo profesional

Existen interferencias tanto al interior de la profesión como en el contexto organizacional en salud que dificultan el desarrollo de la profesión, la investigación y la prestación de servicios de enfermería de calidad para los usuarios.

Entre las **interferencias internas** está la baja autoestima, que deviene en la autocompasión y cuyas raíces se encuentran en la visión de la profesión como un servicio caritativo de abnegación y vocación y peor aún de ayudantía al personal médico. La falta de creatividad por rutinización en las prácticas que se realizan cotidianamente, la ausencia de liderazgo; la falta de iniciativa para proponer modelos de enfermería y, una baja producción científico - técnica, medida por número de publicaciones en revistas de circulación nacional e internacional, por citas y por número de enfermeras dedicadas a la investigación. El distanciamiento del sujeto de atención y la entrega de responsabilidades en personal menos calificado produce un efecto negativo para la profesión y constituye riesgos para la salud de la población.

En el proceso de división del trabajo, enfermería ha ido entregando campos que son de su competencia y de ahí se han derivado otras jóvenes profesiones como la nutrición, la fisioterapia, la instrumentación quirúrgica, entre otras, que deberían ser campos especializados de la enfermería, en razón no de alcanzar estatus, sino

de potencializar la labor de los cuidadores. En prospectiva se calcula que otras nuevas profesiones irán surgiendo para dar cuidados especializados como en el caso de los viejos donde ya tenemos la gerontología, o para ofrecer cuidados prolongados o paliativos en el hogar, o para ofrecer servicios preventivos o de rehabilitación.

Entre las **interferencias externas** se encuentran, el deterioro en las condiciones de trabajo, la sobrecarga laboral, la disminución del valor social y económico de la profesión, la anarquía en la asignación de funciones por parte de la burocracia administrativa de las instituciones de salud, la mercantilización de la salud y la baja inversión en el talento humano dentro de los sistemas de salud, las limitaciones en las posibilidades de estudio y de mayor formación, la ausencia tanto de educación continua como de exigencias de recertificación y acreditación profesionales.

Desafíos y retos para la enfermería del tercer milenio

A las puertas de un nuevo milenio y en un mundo globalizado, la profesión de enfermería en América Latina enfrenta grandes retos. Por un lado la consolidación de un modelo profesional autónomo en lo científico técnico y en lo administrativo. En la clínica, deberá reasumir su función de cuidador, pero su presencia en la atención de los pacientes deberá caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y humanización del cuidado profesional. Asumir el ejercicio independiente, particularmente el dirigido a los cuidados en el hogar. Redefinir en teoría y práctica la dimensión de los cuidados prolongados y de los cuidados paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de los viejos está en aumento, con sus características epidemiológicas de demencias, discapacidades y enfermedades crónicas.

En el campo de la salud pública, se requieren profesionales que lideren proyectos de desarrollo social y sean además de profesionales, ciudadanos éticos en sus actuaciones. En el contexto de reforma a los sistemas de salud, los profesionales de enfermería deben hacer prospectiva para adelantarse con propuestas alternativas en modelos de gestión de los cuidados, en modelos de atención de enfermería, de organización administrativa y en el valor social y económico de sus servicios.

Las estrategias y los contenidos de formación deben fundamentarse en la investigación y acercarse a la realidad de los servicios de enfermería para transformar los modelos tradicionales, en un esfuerzo conjunto de enfermeras de servicio, enfermeras formadoras y enfermeras investigadoras. En los procesos de acreditación de las instituciones de salud debe incluirse la calidad del cuidado de enfermería y dentro de éste los mínimos de profesionales que se requieren para prestar cuidados continuos y especializados, y por supuesto, los indicadores de la calidad del servicio de enfermería. Y, a los profesionales, se les debe exigir la

acreditación de sus conocimientos y prácticas. Todo esto requiere de un gran esfuerzo investigativo.

Hoy no es suficiente con aceptar que el cuidado es el objeto de la disciplina y de la praxis en enfermería. Es preciso asumir una nueva manera de contextualizar y conceptualizar el cuidado para ejercerlo profesionalmente. Esto significa, modificar substancialmente nuestra manera de pensar, de ser y de hacer enfermería. Para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos, con una praxis fundamentada tanto en evidencias científicas como en la sensibilidad y la creatividad, comprometida con la construcción de condiciones de vida favorables a los pueblos latinoamericanos, por lo tanto actores políticos. Demanda comprender el significado de las necesidades de bienestar de los colectivos sociales y de sus satisfactores, conocer las transformaciones que están sucediendo en su perfil demográfico y epidemiológico y en los sistemas y servicios de salud, para diseñar modelos de atención de enfermería fundamentados en un serio trabajo investigativo, en la sistematización y socialización de nuestras experiencias como comunidad científica, para desarrollar la disciplina y cualificar el servicio que ofrecemos.

Objetivos de una política de desarrollo de la Enfermería para América Latina

Contribuir a:

1. Incrementar la calidad y la productividad del personal de enfermería en los servicios de salud.
2. Orientar la formación en los diferentes niveles, necesidades presentes y futuras que reúna los requisitos de calidad académica, pertinencia con los problemas y necesidades del sector y relevancia social.
3. Garantizar la gobernabilidad del sector mediante la prevención y gestión de los conflictos laborales.
4. Reformar los marcos regulatorios tanto de la formación, como del ejercicio profesional y del mercado de trabajo.
5. Mejorar la disponibilidad, distribución y flujo de personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería en la región, en los países y en las instituciones.
6. Establecer sistemas de certificación, recertificación y estímulos que apoyen los procesos de cualificación académica y de la prestación de los servicios y la productividad del personal de enfermería.
7. Apoyar los procesos de acreditación de los programas académicos y orientar hacia la adopción de un currículo mínimo para la formación de pregrado en enfermería en la región de las Américas, en respuesta a las demandas del proceso de globalización y para facilitar procesos de acreditación de programas, certificación profesional y movilidad del personal.
8. Orientar la política de ciencia y tecnología en enfermería hacia el fomento y apoyo de grupos y redes de investigadores para la generación de conocimientos y de evidencias que elevan la calidad del cuidado y del servicio de enfermería.

Las áreas críticas, que se identifican en la revisión de material bibliográfico que se referencia al final del documento, orientan algunos focos de atención:

1. Para garantizar eficiencia y bajo riesgo en la atención en salud y en enfermería, es necesario a) diseñar mecanismos de acreditación de las instituciones de salud, donde se establezcan, entre otros: criterios mínimos de dotación de personal de enfermería, en la cantidad y calidad; b) vigilar las condiciones de trabajo del personal de enfermería c) Diseñar planes de educación permanente, es decir, educación en el trabajo y por el trabajo d) diseñar y adoptar protocolos y guías de intervención en enfermería y e) establecer programas de monitoreo de la calidad en la atención de enfermería.
2. Con base en datos actuales y prospectivos de discapacidades, demencias, cronicidad de muchas patologías y prevalencia de enfermedades degenerativas será necesario propiciar la creación de sistemas de seguros que paguen por los servicios que presta el personal de enfermería en: cuidados domiciliarios, ambulatorios, cuidados paliativos, albergues de día y apoyo a cuidadores familiares .
3. Diseñar nuevos puestos de trabajo y evaluar los actuales mediante la participación de enfermería en proyectos de planeación estratégica y desarrollo organizacional; para asumir competencias nuevas.
4. Cerrar el abanico de categorías de enfermería que complejizan las funciones y la gestión de personal y en muchos casos ponen en riesgo la calidad de la asistencia.
5. Delimitar funciones por medio de proceso concertados y de una regulación profesional clara.
6. Introducir estímulos a la productividad, a la calidad del trabajo y al desempeño en zonas de riesgo, así como sistemas de escalafón según méritos y ejecutorias.
7. Establecer sistemas de mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería, la cultura de trabajar con base en evidencias o utilizando estándares, protocolos y guías de intervención rigurosamente diseñadas.
8. Fomentar el trabajo inter disciplinario e interinstitucional en particular en el campo de la prevención de enfermedades y de promoción de la salud.
9. Establecer sistemas de monitoreo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo, para reducir riesgos, facilitar procesos y elevar la calidad de los servicios.
10. Establecer sistemas de información nacionales y regionales sobre el recurso humano de enfermería, de tal manera que permitan monitorear la oferta y demanda y favorezcan la toma de decisiones.
11. Proponer currículos mínimos para la formación de pregrado, que orienten los procesos de acreditación de programas, de registro y certificación profesional .
12. Las áreas geopolíticas (municipios, distritos) deben contar en su equipo de trabajo al menos con un profesional y dos auxiliares de enfermería para apoyar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el área de desarrollo social.

Bibliografía

Arriagada, Jana et al. Recurso de Enfermería: Contribución al proceso de desarrollo. Bogotá: W.K Kellogg/ Real, 2000.

Betancur, Soledad. Política Social, el derecho al empleo y los cambios en el modelo de Desarrollo. En: Memorias Curso Internacional Itinerante "La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI". Medellín: Universidad de Antioquia / Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, UdeA, 2000. P 109-129.

Castrillón, María Consuelo et al. La Enfermería en Colombia y la Reforma del Sector Salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XVII, N°1, Marzo de 1999. P 13-33.

Castrillón, María Consuelo. La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.

CASTRILLÓN, M.C. "El trabajo en enfermería". En: La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería. Medellín, Universidad de Antioquia, 1997. Pp. 85-89.

Castrillón, María Consuelo et al. El impacto de la Reforma del Sector Salud en la práctica, la regulación y la educación de la enfermería en Colombia: estudio multicéntrico y colaborativo. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998 (Informe de Investigación).

Comité de Expertos de la OMS. El ejercicio de la Enfermería. OMS, Serie de Informes Técnicos N°860. Ginebra, OMS, 1996.

Consejo Internacional de Enfermería. Declaraciones 1999 y 2000. Ginebra: Página Web <http://www.icn.ch>.

Chizue Takahashi, Olga et al. Formación de Recursos Humanos en Enfermería en América Latina y el Caribe. Londrina: Universidad Estatal de Londrina, 2000. Presentado en la Reunión Internacional "Impacto de la Enfermería en la Salud; América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Dejarlais et al. "La salud mental en el mundo: Problemas y prioridades para las poblaciones de bajos ingresos. Universidad de Harvard, OPS/OMS. Serie Paltex. Washington, 1997

Do Prado, Marta Lenise y Gelbecke, Francine Lima. Produção do Cohecimento em Enfermagem na América Latina: O Estado da Arte. Santa Catarina: UFSC, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Duque, Sonia. Dimensión del Cuidado de Enfermería: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XVII, Nº1, marzo de 1999. P75-85.

Elizalde, Antonio. Ecología, ética, epistemología y economía: Relaciones difíciles pero necesaria. Santiago CEPAUR y Universidad Bolivariana, 2000.

Franco, Saúl. La Salud al final del milenio. Guadalajara: ALAMES, 1994.

Gallegos, Esther y Alonso, Magdalena. Liderazgo, estrategia de Desarrollo de Enfermería en su compromiso con la salud de la población. Monterrey: UANL, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Gaviria, Dora Lucía. Una nueva mirada a la estructura organizativa y operacional en enfermería. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XVII, Nº2 Septiembre de 1999. P95-107.

Giraldo, Clara Inés. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XVIII, Nº1 marzo de 2000. P49-68.

Gómez, Consuelo. Retos en la formación de profesionales de enfermería. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XV, Nº1 marzo de 1997. P99-107.

Granda, Edmundo. Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad. En: XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud y VII Latinoamericano de Medicina Social. La Habana: ALAMES / IHAP, 2000.

Granda, Edmundo. Formación de salubristas: algunas reflexiones. En: Memorias Curso Internacional Itinerante "La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI". Medellín: Universidad de Antioquia / Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, UdeA, 2000. P 439 - 497.

Gutierrez, Martha Lucía. La formación y el desempeño de la enfermería con énfasis en la promoción de la salud. Bogotá: Universidad Javeriana, 1997.

Guevara, Edilma y otros. La Reforma del Sector Salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación en enfermería. Proyecto Multicentrico. Galveston, 1997.

Haddad, Jorge; Clasen, Maria Alice y Davini, Maria Cristina. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº100).

Lange, Ilta et al. La práctica de enfermería en América Latina. Santiago: Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000. Presentado en la

Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Laurell, Asa Cristina. La Política de Salud en el Contexto de las Políticas Sociales. En memorias del IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Morelos, México 1997.

Meleins & Trangenstein. Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: Nursing Outlook. Vol 42(6):255-259. Nov/Dic 1994.

Moran and Wood. The State, Professions and Regulation. EN: Regulation and the Medical Profession. Buckingham: Open University Press, 1993.

Nigenda, Gustavo y Machado, María Helena. Modelos de Regulación Profesional de los Médicos en América Latina: Elementos teóricos para su análisis. En: Cadernos de Saúde Publica. Río de Janeiro: 13(4):686 de 1997.

OMS: The Executive Board. Strengthening Nursing and Midwifery. Documento EB 107/6. Ginebra: January 2001. 3p.

OPS - CEPAL - OIT. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud. Quito: OPS/OMS, 2000.

OPS - CEPAL - OIT. Relaciones Laborales en el Sector Salud: Fuentes de información y métodos de análisis. Quito: OPS/OMS, 2000.

OPS/OMS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1999.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe del taller sobre proceso de aprobación y acreditación para la Educación en Enfermería. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°24. Washington: OPS/OMS, Mayo de 2000.

Organización Panamericana de la Salud. Enfermería en las Américas. Washington: OPS, Publicación científica N°571, 1999.

Orrego, Silvia; Castrillón, María Consuelo y Nájera, Rosa María. Estado del Arte de la Investigación presentada en los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999. Informe de Investigación.

Orrego, Silvia. Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XVII, N°2 Septiembre de 1999. P119-124.

Panamerican Health Organización / World Health Organization. Nursing in the Region of Americas. Series Organización and Managment of Health Systems and Services. N°16. Washington: OPS/OMS, october 1999.

Panamerican Health Organización / World Health Organization. The Panamerican Network of Nursing and Midwifery Masking a Difference. Series Organización and Managment of Health Systems and Services N°18. Washington: OPS/OMS, october 1998.

Panamerican Health Organización / World Health Organization. Framework for a comparative analysis of the changes in Nursing Practice, Regulation and Education in the context of Health Care Reform. Series Organización and Managment of Health Systems and Services N°20. Washington: OPS/OMS, july 2000.

Panamerican Health Organización / World Health Organización. Building Standard - Based Nursing Information Systems. (Draft Version 2). Washington: OPS/OMS, November 2000.

Pérez, Liria et al. Diseño de instrumento para el estudio de dotación de personal de enfermería profesional y auxiliar del área médico-quirúrgica en siete instituciones de salud privadas. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XV, N°1 marzo de 1996.

Ramírez, Marthe Cecilia et al. Organizaciones de Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Rocha, S.M. e Almeida, M.C.P "Origem da enfermagem Pediatra moderna". En: Revista Escola de Enfermagem da USP. Sao Paulo Vol 27, No 1, abril 1993, p 26.

Rovere, Mario. Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública, 1998.

Rovere, Mario. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Washington: OPS, 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96).

Shaw, Sally. Leadership for change. Geneve: ICN, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de 2000.

Siebzenhnr, Mirian Inés. Estilos de gestión para la administración efectiva. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XIV, N°1 marzo de 1996. P37-46.

Soto, María Iraidis y Manfred, Marcel. Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina: Una propuesta. OPS/OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N°6. Octubre de 1997.

Villaca M, Eugenio. Un nuevo paradigma sanitario: la producción social de la salud. Sao Paulo, Hucidetec, 1996.