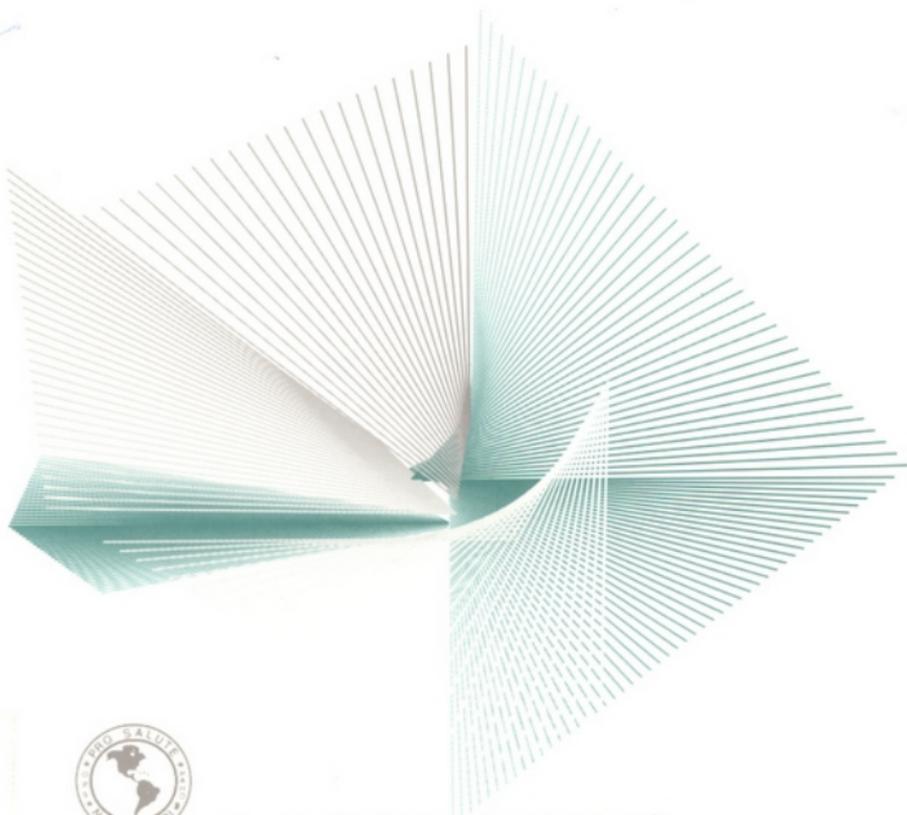


DESARROLLO DE ENFERMERIA EN ARGENTINA 1985 - 1995

Análisis de situación
y líneas de trabajo



43
1995



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana Regional
de la **Organización Mundial de la Salud**

Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985 - 1995

Análisis de Situación y Líneas de Trabajo

© Organización Panamericana de la Salud

I.S.B.N. 950 710 051 2

Las opiniones expresadas en estos trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores.
Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985 - 1995

Análisis de Situación y Líneas de Trabajo

Publicación N° 43

1995



CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
"Dr. JUAN C. GARCIA"
OPS/OMS



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana Regional
de la Organización Mundial de la Salud

Autores

Participaron en la investigación y elaboración del presente documento:

Susana Espino Muñoz

Lic. en Enfermería. Master en Enfermería Clínica
Consultora de Recursos Humanos en Salud y Enfermería
OPS/OMS/Arg.

Silvina María Malvárez

Lic. en Enfermería. Directora y Profesora.
Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina¹

María Cristina Davini

Dra. en Ciencias de la Educación. Profesora.
Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina¹

Ana María Heredia

Lic. en Enfermería. Profesora.
Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina¹

¹ Proyecto de Cooperación Técnica entre Provincias

Colaboradores

Colaboraron de manera singular y sostenida en el Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina:

Silvia Heckel

Lic. en Enfermería. Directora
Dirección de Enfermería del Consejo Provincial de Salud de la
Provincia de Río Negro, Arg.
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina

Francisca Pucheta

Lic. en Enfermería.
Jefa del Departamento Provincial de Enfermería
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Santa Fe, Arg.
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina

Alba Habichayn

Lic. en Enfermería. Docente.
Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires
Integrante del Grupo Técnico Nacional del
Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina

Manuela M. Sgaramello

Enfermera. Médica. Diplomada en Salud Pública.
Jefe del Departamento de Capacitación y Desarrollo
del Recurso Humano en Salud.
Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina

Olga Paulina Filippini y Rosa Espejo de Viñas

Licenciadas en Enfermería.
Ex-Presidenta y Presidenta actual de la
Federación Argentina de Enfermería. FAE.

Eduardo Arzani y Marcelina Gloria Montenegro

Licenciados en Enfermería.
Ex-Presidente y Presidenta actual de la Asociación de Escuelas
Universitarias de Enfermería de la República Argentina. AEUERA

Agradecimiento

Agradecemos la contribución, el apoyo y el estímulo de todas las personas que con su presencia hicieron posible y participaron en la construcción de este tramo de la historia de la Enfermería Argentina.

A las Autoridades Gubernamentales de Salud de la Nación y de las Provincias Argentinas.

A los Doctores Carlos Vidal, Enrique Nájera y Henri Jouval, Representantes de OPS/OMS en Argentina.
(1986 - 1995)

A las Enfermeras Maricel Manfredi, Sandra Land y Carol Collado, Consultoras Regionales de OPS/OMS.

A las Enfermeras Jefes de Departamentos Provinciales de Enfermería de las provincias argentinas.

A las Enfermeras Directoras de las Escuelas de Enfermería de Argentina.

Y al trabajo colectivo de las enfermeras de servicio, docencia y asociaciones de clase de la República Argentina, principales artífices del desarrollo.

Sumario

INTRODUCCIÓN	11
SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA ARGENTINA	13
Aspectos globales sobre la situación del país	13
Situación de salud	15
Sistema de salud	18
Recursos humanos	22
SITUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ARGENTINA	27
Generalidades	27
Antecedentes	29
Composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería	32
<i>Características sociales</i>	32
<i>Distribución por subsectores de salud</i>	37
<i>Distribución por funciones</i>	38
<i>Tendencias de la demanda</i>	39
<i>Articulación con el sistema productivo</i>	41
<i>Síntesis</i>	41
Representación social y valores de la enfermería argentina	42
Características legales y políticas de la enfermería en Argentina	43

Ciencia, tecnología y educación de enfermería en Argentina	44
<i>Investigación</i>	44
<i>Educación</i>	46
Dimensión técnico-administrativa de enfermería en Argentina	54
<i>Atención de enfermería</i>	54
<i>Administración de servicios de enfermería</i>	56
Proceso de profesionalización	57
1988-1995: Desarrollo y cooperación técnica de la OPS/OMS en enfermería en Argentina	58
Áreas críticas y prospectiva de la enfermería argentina	63
PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE ENFERMERÍA EN ARGENTINA	69
Introducción	69
Marco conceptual	69
Propósitos	72
Objetivos	72
Líneas de acción	73
Resultados esperados	78
Programación	79
BIBLIOGRAFÍA	80
Referencias bibliográficas	80
Otras fuentes	83
ANEXO 1: CRONOLOGÍA	87

Lista de Tablas y Figuras

<i>Tabla N° 1:</i> Distribución porcentual de las defunciones por grupos de causas, Argentina (1970-1990)	16
<i>Tabla N°2:</i> Distribución porcentual del gasto en salud por subsector, Argentina, 1970, 1980 y 1990	20
<i>Tabla N° 3:</i> Infraestructura hospitalaria por subsector, Argentina, 1985	21
<i>Tabla N° 4:</i> Estimaciones de recursos humanos en salud, Argentina, 1990	23
<i>Tabla N° 5:</i> Personal de enfermería, Argentina, 1969-1994	34
<i>Cuadro N° 1:</i> Evolución de la composición de la fuerza de trabajo de enfermería según preparación, Argentina, 1969-1994	35
<i>Tabla N° 6:</i> Personal de enfermería de Argentina: variación 1988-1994	36
<i>Tabla N° 7:</i> Personal de enfermería por subsectores de salud, Argentina, 1988	37
<i>Tabla N° 8:</i> Escuelas de enfermería según dependencia, Argentina, 1995	47
<i>Tabla N° 9:</i> Escuelas de enfermería distribuidas por regiones y provincias, Argentina, 1995	48

INTRODUCCION

La práctica de enfermería y sus espacios de trabajo constituyen un fenómeno articulado al sistema de salud en Argentina y, aunque existen contradicciones cuantitativas, cualitativamente ofrece similitudes al resto de las practicas de salud. Hay una concentración del personal profesional en puestos administrativos de establecimientos hospitalarios, y la atención aún es dada, en alta proporción, por auxiliares.

Legalmente, el personal de enfermería está constituido por enfermeros y auxiliares de enfermería; en la práctica existe un tercer componente llamado *ayudante, práctico o empírico*, sin preparación formal. En la mayoría de los servicios de enfermería es incipiente la división técnica del trabajo entre las distintas categorías y la denominación genérica usada socialmente es la de "enfermera", independiente del grado de preparación o la función que desempeña, aunque esto comienza a diferenciarse al interior del sector.

Algunos estudios sobre condiciones de trabajo de enfermería, las indican deficientes, particularmente empobrecidas en la actualidad y con influencia en la calidad de atención de salud.

El desarrollo histórico de enfermería en Argentina ha estado atravesado por la tendencia a constituirse como una *área crítica* y ha pasado, en este siglo, por diversos períodos de desarrollo. El momento socio-político y sanitario actual la inscribe en un proceso de superposición de perfiles de desarrollo en que, al tiempo que afectada por la recesión económica y crisis de valores, los cambios en las profesiones de salud y en la organización sanitaria (de los que forma pasiva parte), se advierte la presencia de un impulso de desenvolvimiento global, con pocos antecedentes, expresado en un triple sentido: la creciente participación de las enfermeras en los ámbitos de decisión en salud, la conformación articulada de grupos de servicio, docencia y entidades profesionales en la mayoría de las provincias, en pos de proyectos de desarrollo y la construcción de una conciencia colectiva en favor de asumir definitivamente los destinos de la profesión en el marco sanitario y social.

La Organización Panamericana de la Salud, a través de su Representación en Argentina, ha participado y cooperado de manera permanente en estos procesos y en los últimos diez años ha evaluado su seguimiento

a través de varios estudios y publicaciones, en cuyo contexto se incluye el presente informe.

En consecuencia, la preparación de este documento ha sido guiado por el interés de analizar la situación actual de enfermería en Argentina, recopilar y mostrar los desarrollos habidos en el período 1988-1995, constituirse en base de referencia para análisis posteriores y establecer nuevas líneas de trabajo que potencien, amplíen y reorienten el pensamiento y la acción en el futuro.

La investigación fue realizada principalmente con metodología de recopilación documental, en consecuencia, se trata de información, en su mayoría secundaria, reunida de más de 70 documentos y publicaciones. Así mismo se efectuaron entrevistas a informantes clave. El informe preliminar fue analizado integralmente y reconstruido grupalmente en cinco oportunidades.

El proceso completo se realizó durante siete meses (noviembre de 1994 a mayo de 1995) en cinco etapas. A saber: planificación inicial, recolección de la información, redacción del informe preliminar, análisis y reconstrucción grupal, redacción del informe final.

SITUACION DE SALUD EN LA ARGENTINA

ASPECTOS GLOBALES SOBRE LA SITUACION DEL PAIS

La República Argentina posee una población de 32.600.000 habitantes según censo de 1991, distribuida el 84.4% en la zona urbana, (definida en términos de la población que viven en localidades de 2.000 habitantes) y 15.6% en la zona rural. Ello configura el resultado de tendencias poblacionales históricas, incrementadas en las últimas décadas por progresivos movimientos migratorios hacia las principales ciudades del país.

La dinámica demográfica tiene las siguientes características: lenta tasa de crecimiento; disminución de la natalidad, con mayor índice acumulado en los sectores poblacionales de menores recursos; población en proceso de envejecimiento, con un número de personas de la tercera edad equivalente al 30% de la población económicamente activa, tasas brutas de mortalidad en disminución propias del fin de la transición demográfica, y aumento de la esperanza de vida (67.3 años para hombres y 74.8 años para mujeres, siendo la diferencia por sexo de 6.74 años).

En lo económico, el gobierno adoptó, a partir de 1991, un nuevo modelo orientado a incorporar al país al sistema internacional, basado en un conjunto de medidas para la estabilización económica, la reconversión del aparato productivo y la redefinición de las relaciones entre el Estado y los agentes económicos. Ello ha conducido a la reducción del gasto público y del aparato gubernamental, a la búsqueda de un equilibrio fiscal, retiro de subsidios y transferencia de servicios de la Nación a las provincias, un fuerte impulso a la desregulación de la economía y a la privatización de empresas públicas.

La Argentina vive hoy un período caracterizado por importantes cambios macro-económicos; dentro de políticas de ajuste y control de la inflación se advierte un proceso creciente de estabilidad económica con componentes recesivos, especialmente en las economías regionales y

en las pequeñas y medianas empresas; se requiere aún aumentar la inversión social.

El último relevamiento sobre ocupación realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en octubre de 1994 muestra un importante aumento en la desocupación (12.2%) y una sub-ocupación del 9%, por lo que el porcentaje total de población con problemas laborales asciende al 21,2%. Los valores más altos se encuentran en el Gran Buenos Aires, Rosario, Santa Fe y San Miguel de Tucumán. A su vez, se observa un fuerte deterioro en los haberes jubilatorios de los mayores de 65 años, lo que implica un descenso en el poder adquisitivo y calidad de vida de un importante número de la población.

En los niveles de educación no se han registrado cambios respecto de la década anterior, aunque se observan diferencias interprovinciales.

Aunque el acceso de la población a la educación primaria es actualmente casi total, el 34.5% de la población de 13 años o más no logró cumplir la escolaridad primaria obligatoria. El ingreso al nivel medio es menor y sólo el 17.4% de la población de 25 años y más ha completado estos estudios. La educación superior tiene alcances más restringidos aunque comparables a las cifras existentes en países con mucho mayor nivel de desarrollo social y económico que Argentina. El 4.5% de la población de 25 y más años tiene algún título de nivel terciario. El porcentaje de analfabetismo en la población de 15 y más años de edad era en 1980, del 6.1%. El fenómeno muestra variaciones significativas pues va del 1.4% en la Capital Federal al 16.5% en el Chaco (Paviglianitti, 1991).

El total de hogares con necesidades básicas insatisfechas ascendía en 1991 a 1.245.468 (14.5%) en todo el país, siendo el rango entre 5.6% (Capital) y 32.6% (Salta) (Minujin y Kessler, 1995 en Iguani, E. et al., 1995); puede observarse un agravamiento de la situación en la actualidad. Merece ser destacado el notorio crecimiento que durante el período tuvo la incidencia de la pobreza: los pobres por ingreso y necesidades básicas insatisfechas pasaron de 4% a 7% y los pobres por ingreso de 7.6% a 24.4%, incluyendo, en 1992, a sectores medios de la sociedad y a más de dos millones de personas en condiciones de pobreza crítica (Condiciones de Salud en las Américas, Argentina, Julio 1993)

SITUACION DE SALUD

La mortalidad general del país ha bajado de 9.5 por mil en 1970, a 8.6 por mil en 1980, 8.2 por mil en 1988, 8.1 por mil en 1989 y 7.9 por mil en 1992. Existen diferencias entre las provincias con un valor máximo de 12.4 por mil en Capital Federal y 3.4 por mil en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur1. Las enfermedades del corazón son la primera causa de mortalidad en ambos sexos alcanzando el 46.1% del total de las muertes.

La mortalidad infantil alcanzó una tasa de 33.6 por mil en 1980; en 1990 según cifras provisorias del Programa Nacional de Estadísticas y Censos 25.6 por mil, el rango es de 33.7 por mil en Formosa y 16.8 por mil en Capital Federal. Dentro del grupo de causas de muerte ocupa el primer lugar las enfermedades originadas en el período perinatal; un alto porcentaje de estas muertes serían evitables con un buen control de embarazo, adecuada atención del parto, diagnóstico y tratamiento precoz de algunas enfermedades, entre otras medidas.

Los accidentes son la primera causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, pudiéndose agregar al primero las deficiencias nutricionales y el incremento de la violencia.

Para los grupos de más edad predominan las causas asociadas con alta esperanza de vida: problemas del corazón, tumores y enfermedades cerebrovasculares².

La tabla N° 1 muestra la evolución de las defunciones por causas en el país, desde 1970 a 1990.

En el panorama de la morbilidad, la enfermedad de Chagas-Mazza, enfermedades venéreas, tuberculosis y parasitarias también ocupan un lugar importante.

Las leishmaniasis reaparecieron en forma de epidemia en las provincias del noroeste y se investigan las causas. La hidatidosis se identificó en humanos en todas las provincias y apareció el cólera en las regiones del noroeste y noreste del país.

Las enfermedades infecciosas de notificación más frecuente en el período 1985-1988 fueron las diarreas, seguidas por la influenza y la hepatitis vírica. Luego se situaron la blenorragia, la sífilis y el sarampión.

Tabla 1
Distribución Porcentual de las Defunciones
por Grupos de Causas, Argentina (1970-1990)

Grupos de causas (CIE-9)	Años		
	1970	1980	1990
Enfermedades del aparato circulatorio (390-439)	37,7	45,1	46,1
Tumores (140-239)	15,7	16,7	18,1
Enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales, influenza y neumonía, meningitis (001-139, 260-269, 480-487, 320-322)	13,1	8	6,1
Diabetes, úlceras, cirrosis, bronquitis, enfisema, asma, nefritis y nefrosis (250-531-533, 571, 490-493, 580-589)	6,2	6,3	6,4
Anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal (740-779)	4,6	5,5	4,8
Accidentes y violencias (E800-E999)	7,7	6,6	6,2
Resto de las causas definidas	8,4	7,8	9
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	6,7	4	3,3
Todas las causas	100	100	100

Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas, edición 1990. Vol. II. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS 1991; informe PWR/Argentina, Julio 1993.

El SIDA en la Argentina ha crecido regularmente desde su aparición en 1982 hasta septiembre de 1993 con un total de 2987 pacientes, 34% de los cuales ha fallecido, hasta la fecha. El análisis de los grupos etáreos revela que el 80% del total de casos de SIDA se presenta en pacientes de 20 a 44 años. La distribución de los casos por lugar de residencia muestra que el 81% de los casos notificados tuvo lugar en habitantes de Capital Federal y provincia de Buenos Aires, proporción que asciende al 92% cuando se incluye Santa Fe y Córdoba - (Boletín Epidemiológico Nacional 1994 - N° 1). Comienzan también a presentarse los primeros casos en embarazadas y niños recién nacidos. (OPS/OMS Boletín Epidemiológico Vol. 12, N° 3, 1991).

La tasa de natalidad ha tenido un comportamiento estable. Los valores disponibles para 1980, 1982 y 1988 sitúan dicho valor en 25.0 por mil, 22.7 por mil y 21.6 por mil respectivamente. Sin embargo, existen desigualdades entre Capital Federal y las Provincias y de grupos de estas entre sí para los indicadores clásicos de natalidad y mortalidad. Especialmente trascendente es que la tasa de mortalidad infantil en 1990 de Capital Federal (16,8%) es duplicada por las provincias de Salta (32,3

por mil), Jujuy (35, 8 por mil), Formosa (33,2 por mil), Chaco (35,8 por mil) y Catamarca (34,6 por mil).

El nivel de pobreza de las provincias se relacionaba para ese año con la incidencia de algunas enfermedades infectocontagiosas, como puede describirse para Buenos Aires (24,3% de población con necesidades básicas insatisfechas), con tasas muy altas de diarreas en menores de dos años, de fiebre tifoidea y de hepatitis, y Salta donde existe un 46,8% de población con NBI con tasas mucho más elevadas, que luego fue la provincia más afectada por el brote de cólera en enero de 1992. (Condiciones de salud en las Américas, Argentina, Julio de 1993).

La desnutrición en la Argentina se debe principalmente a razones de pobreza, más que a escasez de alimentos. El gobierno mantiene programas de nutrición tales como: el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil, que abarca los programas provinciales de distribución de leche al 40% de las mujeres embarazadas o lactantes y los niños menores de 5 años y el Programa de Almuerzos Escolares que dirige la Secretaría de Acción Social. En distintas regiones del país se ha encontrado una prevalencia de 22 a 55% de anemia por deficiencia de hierro en menores de 2 años.

En los niños de 1 a 4 años las principales causas de muerte son los accidentes y agentes adversos, exceptuando los primeros cuatro años, en que la mortalidad es por ahogamiento y sumersión accidentales; se observa que desde los 5 a 14 años la causa de muerte son los accidentes de tránsito y vehículo automotor. La segunda causa en el grupo de 5 a 14 años son los tumores malignos específicamente las leucemias. La leucemia es causa de mortalidad importante hasta los 24 años.

En relación a la salud de la mujer, si bien gran parte de las condiciones son compartidas con la población masculina, algunas adquieren relevancia. Los problemas de salud específicos, en su mayor parte, están vinculados con el desarrollo sexual y con la maternidad. Ello es significativo si se relaciona con el hecho de que el grupo etario de 15 a 64 años representa casi el 60% de la población femenina del país.

Algunos estudios realizados en Capital Federal y Neuquén demuestran un alto porcentaje de mujeres con parto institucionalizado; sólo una parte de ellas habían asistido a una consulta prenatal. Este comportamiento pone en peligro la vida fetal o neonatal y contribuye a la incidencia de mortalidad materna.

La Argentina se encuentra entre los países de mortalidad materna alta, ya que en 1992 fue de 4.8 por diez mil; las muertes predominan en mujeres mayores de 35 años mostrando una tasa por encima de 10 y llegando a 12.1 por diez mil en las mujeres de 40 a 44 años; en las menores de 15 años la tasa se eleva a 9.3 por diez mil nacidos vivos. (Salud - Mujer en la Argentina, 1994).

La mortalidad por cáncer es una de las principales causas de muerte en la población femenina del país (solo superada por las enfermedades del aparato circulatorio). La mortalidad más alta la produjo el cáncer de mama con una tasa ajustada de 20.3 por 100.000 habitantes. El segundo lugar lo ocuparon las defunciones por cáncer de colon con una tasa de 7.8 por 100.000 habitantes (Salud - Mujer en la Argentina, 1994).

Las patologías orales son prevalentes en la Argentina, ya que 8 de cada 10 niños tiene o han tenido caries dentales y sólo el 35% de los jóvenes de 18 años poseen todas sus piezas dentarias naturales. A los 50 años de edad, uno de cada cinco habitantes es desdentado total del maxilar superior.

Los trastornos mentales produjeron en 1990 el 5% de los egresos de instituciones de salud, con mayor incidencia entre 45-49 años (7,5%). A ello se agrega el aumento en los últimos años, del alcoholismo, la drogadicción y las distintas formas de violencia, sobre los que contamos con escasa la información oficial.

Estadísticas extra institucionales indican que es alarmante el aumento del alcoholismo y la violencia y que entre los nuevos casos predominan los adolescentes. La cifra global ascendería a 3.000.000 de alcohólicos y 4.000.000 de bebedores excesivos. El 85% de la población joven y adulta bebería alcohol y de ese porcentaje, un 10 o 15 % serían adictos a la bebida. En lo que se refiere a los jóvenes, existirían 150.000 adolescentes alcohólicos y 400.000 bebedores excesivos (de fin de semana). En una altísima proporción, tanto los bebedores adultos como adolescentes son de sexo masculino.

SISTEMA DE SALUD

Dentro de la estructura del sector salud se identifican tres subsectores: público, obras sociales y privado. Debido a que la organización política del país es federal el sub-sector público reconoce dependencias nacionales, provinciales y municipales. La combinación de estos da lugar a la

configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según el lugar de residencia; cada subsector presenta diferencias en su organización y funcionamiento interno.

Pocas veces se ha logrado la integración o coordinación mediante la aplicación de alguna reforma o reorganización importante en el sector. Sin embargo, con la aplicación de políticas de descentralización se vislumbran cambios estructurales, incluyendo las tendencias a la autogestión en la administración de los servicios públicos.

Los servicios de salud cubren virtualmente la totalidad de la población, pero presentan serios problemas de inequidad hacia los usuarios, así como deficiencias en la calidad de la atención de salud proporcionada.

Sin duda el mayor peso relativo en cuanto a capacidad instalada lo detenta el sector público que dispone de 1.328 establecimientos hospitalarios y 91.863 camas de internación, lo que constituye el 62% de las disponibles en el país.

Con marcadas diferencias respecto a sus niveles de complejidad y aún de grado de obsolescencia, los efectores públicos, por la magnitud y calidad de los recursos humanos a ellos asignada, porque en estos establecimientos se desarrolla la capacitación de pre y post grado y en muchos casos la investigación, constituyen todavía la mejor tradición asistencial y el punto de referencia del prestigio científico de la medicina argentina. (Dr. Henri Jouval, PWR, Argentina, 1994).

El sector de las obras sociales participa con 114 establecimientos y 5,4% del número de camas. Este escaso desarrollo de la capacidad instalada de las obras sociales ha sido debido a que el régimen se ha constituido fundamentalmente como un sistema indirecto que contrata a terceros.

El sector privado puede dividirse como prestador entre tres grandes grupos: a) los profesionales individuales, b) las clínicas y sanatorios privados, c) los hospitales sin fines de lucro de las mutualidades, generalmente creadas y administradas por las diferentes colectividades extranjeras.

La dinámica de esta forma de organización se caracteriza, desde el punto de vista económico, por la presencia y competencia de diversos mercados de funcionamiento imperfecto (servicios médicos, de atención sanatorial, productos farmacéuticos y otros).

El gasto que absorbe el sector es de más de 5.400 millones de dólares, recursos que representan 8.2% del PBI que corresponde a 190 dólares per cápita. Las erogaciones presupuestarias a cargo del sector público son del 22.7%, alrededor de un 40% bajo la responsabilidad de la seguridad social y el gasto privado de bolsillo da cuenta del restante 38.1% del gasto.³

Tabla N° 2

Distribución Porcentual del Gasto en Salud por Subsector, Argentina 1970, 1980 y 1990

Año	Público	Obras Sociales	Privado
1970	19,5	22,8	57,7
1980	30,1	35,8	34,1
1990	22,7	39,2	38,1

El consumo de medicamentos estimado en 1985 ascendió a U\$S 38 por habitante. Los gastos en productos farmacéuticos ascienden a 1,7% del PBI. Existen 13.400 medicamentos registrados y 1.500 de ellos se encuentran en el mercado bajo 3.400 nombres distintos y en 7000 formas diferentes.

En 1986, la Secretaría de Salud de la Nación informaba que en el país existían 6.500 consultorios ambulatorios, 3.180 hospitales y un total de 147.000 camas, con un promedio de cinco camas por 1.000 habitantes; el mayor porcentual de camas hospitalarias corresponde al sector público con el 62%, al sector privado con el 32% y sólo el 6% a la seguridad social. Si se toma en cuenta que la seguridad social posee muy pocos servicios propios, se comprenderá que las prestaciones asistenciales se canalizan a través de los otros dos sectores.

Las últimas estimaciones señalan que Argentina dedica el 8.1% de su Producto Bruto Interno al sector salud.

En los últimos años ha crecido el protagonismo y el número de las entidades de pre-pago (aumentando de una en 1953 a 35 en 1978 y a 79 en 1991) que se encuentran agrupadas en dos cámaras empresarias:

Tabla N° 3

Infraestructura Hospitalaria por Subsector, Argentina 19485

Subsector	Hospitales	Camas			
		Corta Distancia	Larga Distancia	Total	
				N°	%
Público					
Ministerio de Salud	24	2301	8279	10580	7,2
Provincias	873	43378	13698	57076	38,8
Municipios	220	13254	1162	14416	9,8
Seguridad social	114	7590	489	8079	5,5
Fuerzas armadas	211	8928	883	9811	6,7
Privado	1738	42237	4811	47048	32
Total	3180	117688	29322	147010	100

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, 1986

CIMARA (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina) y ADEM (Asociación de Entidades de Medicina Prepaga); esta última representa a las empresas sin servicios propios. Sin embargo un censo de 1989 registró 79 empresas de medicina prepaga en la Capital Federal y 50 en el Gran Buenos Aires, con 1.500.000 de beneficiarios. En 1992 se estimaban 240 entidades para todo el país con 2.500.000 beneficiarios.

Lo claro es que actualmente en este subsector se han producido importantes cambios como la mayor presencia de empresas administradoras de sistemas de pre-pagos y la introducción de modalidades de seguro privado con cobertura orientada a determinados riesgos, conforme al modelo de los Health Maintenance Organization (HMO) de los Estados Unidos. Se abandona la cobertura mas o menos integral y se incorporan técnicas actuariales para calcular riesgos.

En los últimos años han sido escasos los estudios para actualizar y mejorar la información sobre la capacidad instalada y la producción de servicios. Una razón para ello es el tamaño del universo y su dispersión, pero sobre todo por la ya señalada complejidad y, en el último período,

por el gran dinamismo de las instituciones. A partir de enero de 1992 todos los servicios de atención médica de la Secretaría de Salud de la Nación fueron transferidos a las provincias y a la Municipalidad de Buenos Aires. (Condiciones de Salud en las Américas, Argentina, julio de 1993).

Los programas de salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se dirigen a: Promoción y Protección de la Salud (salud ambiental, salud del trabajo, gerontología, accidentes, enfermedades crónicas no transmisibles y odontología). Epidemiología (programa de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, zoonosis, enfermedades prevalentes, SIDA y enfermedades de transmisión sexual), Programa de Salud Materno-Infantil (salud del niño y el adolescente, nutrición, salud perinatal). Existe un programa especial de lucha contra el NT y prevención del uso indebido de drogas

RECURSOS HUMANOS

El perfil atomizado de la organización institucional de la atención médica en el país y la dinámica de mercado prevaleciente se reflejan en la situación de los recursos humanos de salud, por la disminuida capacidad regulatoria del Estado en materia de normatización de servicios y cobertura, acreditación de agentes proveedores y fiscalización del servicio.

El análisis de los recursos humanos se ha hecho dentro de una perspectiva de largo plazo en la que se produjo el tránsito de una medicina estatal a una medicina comercial, caracterizado por la presencia de mercados imperfectos, de alta conflictividad política y de dificultad para el sector público en la regulación de la producción y distribución de bienes y servicios.⁴

En Argentina durante las últimas décadas se ha profundizado el desajuste entre la formación de los recursos humanos en salud y su inserción en el mercado laboral (currículas desactualizadas, subutilización del personal, ocupación de cargos por personal no capacitado, etc.) así como la concentración de los profesionales en las áreas urbanas de mayor porte. Se mantienen así, modelos de prestación centrados en la oferta de recursos diagnósticos, terapéuticos y medicamentosos.

El tamaño de la fuerza laboral en salud no se puede determinar exactamente, ni la magnitud de sus categorías profesionales, debido a que no

se realizaron estudios globales posteriores a 1980. El sector salud empleaba en 1980 un total aproximado de 210.000 personas (aproximadamente el 2.9% de la fuerza de trabajo nacional)⁵. Estimaciones realizadas para 1985 basadas en el Catastro de 1980 señalan que la fuerza laboral alcanzaría alrededor de 400.000 personas que constituirían el

Tabla N° 4

Estimaciones de Recursos Humanos en Salud. Argentina, 1988

Profesión	Número
Médicos	90000
Dentistas	22000
Farmacéuticos	29000
Bioquímicos	9500
Parteras	4000
Fisioterapeutas	13000
Psicólogos	25000
Enfermeras	16000
Auxiliares de Enfermería	25000
Técnicos	90000
Empleados administrativos y de servicios generales	95000

Fuente: Catastro de recursos humanos. Secretaría de Salud, 1980. Estimaciones del Banco Mundial. Argentina 1988.

4% de la población económicamente activa. Esta fuerza de trabajo presenta las características de una pirámide invertida en la que proporcionalmente el número de profesionales es mayor que el de técnicos y auxiliares.

Los médicos están distribuidos de manera desigual entre Capital y provincias y entre provincias ricas y pobres. Según el Censo de 1980, en Buenos Aires había 47 médicos por 10.000 habitantes, en 10 provincias había entre 15 y 20 médicos por 10.000 habitantes, en otras los había entre 10 y 14.9 y, finalmente, menos de 10 en cuatro provincias del nordeste.

Por otra parte, un estudio del Banco Mundial (1987) indicaba una dotación de 425 personas por profesional, cifra superada por Italia e Israel con 340 y 370 habitantes por médico respectivamente, siendo no sólo su dotación alta, sino también su tasa de crecimiento. La localización geográfica, como dijimos, es desigual: la ciudad de La Plata presenta 1 médico cada 150 habitantes, el partido de Moreno, 1 cada 2000 habitantes; 5000 o más habitantes por médico en zonas de fronteras, en comunidades indígenas y otros núcleos poblacionales marginados (Pérez, Arias y Feller).

La matrícula en la carrera de psicología presenta un aumento rápido en el mencionado período, triplicando el número de alumnos y compitiendo con las carreras más numerosas como medicina, derecho y ciencias económicas. La formación curricular en psicología ha orientado a los profesionales, casi con exclusividad, hacia la formación clínica (predominantemente psicoanalítica) y hacia la actividad asistencial de consulta privada. En 1986 en la carrera de psicología de la Universidad de Buenos Aires se matricularon 8.033 alumnos que conformaba el 3,7% del total; en 1988 existían 10.000 inscriptos, que significaba el 5,4% del total de estudiantes.

En la actualidad, las residencias constituyen la modalidad más importante para acceder a una especialización médica; en 1985 llegaban a 6.000 los profesionales médicos cursando residencias. Información de 1988 proveniente de algunas jurisdicciones señalan que en la provincia de Buenos Aires trabajan 1.741 residentes, en Rosario, 243, en Córdoba, 600, en Río Negro, 28 y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires 1.844. Muy pocas universidades otorgan título de especialista, que en la mayoría de las provincias está a cargo de los colegios profesionales.

En algunos casos las residencias médicas dependen de la Universidad y coexisten con residencias no universitarias con niveles de exigencia muy dispares. El número de residencias es reducido en relación con el número de egresados de ciencias de la salud. Sin embargo, afin de cumplir con las políticas de salud, se está incentivando con mayor fuerza las residencias en atención primaria de la salud

La formación en Salud Pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones y sin mayor coordinación. Instituciones tan diversas como Facultades de Medicina, Escuelas de Salud Pública, Escuela Superior de Sanidad, Colegios Profesionales, Institutos Nacionales de Epidemiología, Hospitales, Asociaciones Científicas y otros,

llevaron a cabo en los últimos cuatro años cerca de 90 cursos de más de 300 horas de duración, con un promedio de 40 participantes por curso.

Entre 1991 y 1992, precisamente en momentos en que el ritmo de expansión de la matrícula superior presentaba una tendencia a la desaceleración, se crearon y fueron autorizadas a funcionar cuatro escuelas de salud pública privadas, de las cuales sólo dos comenzaron en ese período y las otras tenían previsto hacerlo en 1994. Tres de ellas se encuentran localizadas en la Capital Federal y una en la provincia de Entre Ríos.

De modo general, podría afirmarse que la formación de recursos humanos en salud se encuentra en una fase crítica. Por un lado la mayoría de las universidades y centros de formación públicos, en las que se forma alrededor del 95% de los profesionales del sector, han experimentado un severo recorte en las partidas presupuestarias provenientes del Estado. Esta reducción determina serias dificultades, ya que a los decrecientes niveles de remuneración, se suma la escasez de recursos para solventar los gastos de equipamiento, funcionamiento y mantenimiento que requiere el desarrollo de la docencia.

En la actualidad, en algunos casos se plantea la necesidad de la reformulación de la perspectiva en torno de la que se estructuran los currícula para satisfacer las demandas sociales, postulándose la formación integral, interdisciplinaria, integrada con los servicios; y que a partir de una conceptualización social de la salud, favorezca el cuestionamiento y los cambios de la práctica y del modelo de atención.

A las deficiencias coyunturales señaladas anteriormente en la formación de grado, se agregan las rigideces estructurales que caracterizan a las instituciones académicas para incorporar a los cambios tecnológicos el caudal de información adicional que su desarrollo conlleva. En consecuencia, la formación de post-grado se constituye en una etapa imprescindible para completar la formación profesional. (Condiciones de Salud en las Américas, Argentina, Julio 1993).

A ello cabría agregar la necesidad de proyectos integrados entre las instituciones de formación de grado y los servicios de salud, como asimismo el desarrollo de programas de educación permanente en servicio.



SITUACION DE ENFERMERIA EN ARGENTINA

GENERALIDADES

La enfermería en Argentina se inserta orgánicamente en el desarrollo general del país y surge como un proceso inserto en el sistema de salud; es parte, por lo tanto, de un país caracterizado por el desenvolvimiento del estado democrático, con fuertes políticas de ajuste en el marco de la economía de mercado, que orientan las políticas sociales, en especial de salud, en el mismo sentido. Las transformaciones habidas en la práctica y organización de salud, como consecuencia de ello y de las tendencias mundiales al respecto, vienen también transformando las prácticas de enfermería. El estado particular de la ciencia, la educación y los sistemas administrativos en el campo sanitario, se revelan en el sector de enfermería a través de sus características de profesión dependiente⁶.

De tal modo, en Argentina, como en la mayoría de los países de la América Latina, la enfermería tiene rasgos críticos de tipo cualitativo y especialmente cuantitativo tanto en la formación y en la práctica, como en la organización de servicios y en su oferta y demanda. Esta problemática en parte, tiene raíces en el proceso de constitución histórica del actual modelo de atención, pero también asume connotaciones sociales muy importantes referidas a la escasa valoración social y profesional que se le otorga; de allí que cualquier propuesta de transformación debe considerar tanto factores políticos y económicos, como técnicos, sociales y culturales.

Con múltiples y dispersos focos de desarrollo de distintas tendencias, la media general indica que la enfermería argentina, ocupa un lugar de sostén de los modelos económico y médico predominantes, adhiriendo, a través de su práctica, a las concepciones biologicista, individual y asistencialista de este último, con incipiente desarrollo teórico, poca

incidencia en las decisiones de salud y articulada en las instituciones sanitarias en favor del mismo, a través de su propio sistema organizativo.⁷

Así, la historia de los emprendimientos en enfermería se ha articulado con los procesos socio-políticos y sanitarios de cada era, en un lugar de consolidación del sistema imperante, cualesquiera sean su intencionalidad y sus métodos, y a punto de partida de los propios análisis que dichos proyectos les ofrecen. En consecuencia reproducen los modelos sanitario y educativo propuestos, que procuran la reproducción de una enfermería dependiente y subdesarrollada.⁸

Sin embargo, la situación antes planteada no ha pasado inadvertida para muchos profesionales e instituciones de enfermería. Desde 1985 a la fecha, varios grupos profesionales iniciaron y realizan fuertes programas aplicados al análisis estratégico de la situación del sector con miras a identificar sus áreas críticas, a intensificar la producción de profesionales, a calificar la formación y a jerarquizar la práctica de enfermería en esfuerzos conjuntos de docencia, servicio y asociaciones de clase. Este movimiento ha contado en forma permanente y sostenida con el impulso, el apoyo y la cooperación técnica de la Representación Argentina de la OPS/OMS, lográndose notables avances.⁹

Dichos desarrollos han involucrado también a los gobiernos nacional y provinciales en el área de salud, existiendo por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de muchas provincias argentinas, el reconocimiento de enfermería como área prioritaria y el apoyo a la implementación de diversos proyectos que tiendan a revertir el problema crítico.¹⁰

De manera tal que, el desarrollo actual de enfermería en Argentina se proyecta hacia el futuro con un enfoque integral que compromete a enfermeros del ámbito docente, de servicios y de asociaciones de clase de los sectores público y privado. Así, la participación de los enfermeros en la transformación de los servicios y la formación de personal, ha permitido replantear su contribución a la atención de salud de los argentinos y en este último quinquenio, no sólo ha logrado incrementar el número y la calidad de la fuerza de trabajo en enfermería, sino que ha desencadenado importantes procesos de movilización del grupo.¹¹

ANTECEDENTES

Desde la década del '40 Argentina comenzó su lento proceso de desarrollo de enfermería contando desde fines de los años '50 con el apoyo de la OPS/OMS que se verificó particularmente en el desenvolvimiento de sistemas educativos de formación de personal. El tema de los recursos humanos fue siempre una preocupación de las enfermeras que compartieron con la OPS/OMS, relación que produjo avances de importancia durante dos o tres décadas, aunque no fue posible la solución a los problemas más críticos.

La recuperación del estado democrático en 1983, provocó un nuevo impulso a los movimientos de desarrollo, en particular a la conversión de personal empírico y al estudio de los currícula de formación de enfermeras.

En 1986 se había iniciado una línea de trabajo de *análisis prospectivo de la educación en enfermería*, en virtud de la cual varias escuelas universitarias comenzaron el estudio de la situación y se proponían cambios para el futuro. Sin embargo, realizados unilateralmente al interior del sector educación, y aún en sí mismo, esta línea de trabajo pareció tener bajo impacto en términos del desencadenamiento de procesos de desarrollo.¹²

No obstante, es importante resaltar que, el método de análisis prospectivo de la educación en enfermería, constituyó uno de los elementos fundantes del nuevo pensamiento pro-activo que, encuadrado en el marco del enfoque estratégico en salud, se propone hoy como el modelo integral de análisis y abordaje de las problemáticas sanitarias. Constituyó así unos de los cimientos del análisis estratégico de enfermería que tuviera posterior desarrollo.

Alrededor de 1988, OPS impulsó una serie de reuniones de enfermeras de representación nacional y provincial de diversos sectores, tendientes a discutir a fondo la situación del país y a emitir juicios y líneas de acción definidas que reorientarán la tendencia del sector. En aquel momento, un grupo de enfermeras de docencia y servicio reunidas en el Seminario de Formación de Recursos Humanos en Enfermería, (Bs.As. 1988) acordó que las principales áreas críticas y sus determinantes, eran las siguientes ¹³.

ESCASEZ DE ENFERMERAS

- Baja matriculación de estudiantes en las escuelas de enfermería
- Alta deserción estudiantil durante los estudios profesionales
- Alta deserción de profesionales de los puestos de trabajo
- Mala distribución del personal de enfermería, particularmente el nivel profesional
- Falta de identidad profesional de la enfermera
- Conflictos de rol

DEFICIENTE DIVISION TECNICA DEL TRABAJO

- Responsabilidad profesional escasamente asumida
- Incumplimiento de las disposiciones legales vigentes
- Ausencia de liderazgo en la conducción de los servicios

PRESTACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA A LA COMUNIDAD OFRECIDO POR PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y EMPIRICO

- Escasez de enfermeras y distribución inadecuada
- Falta de división técnica del trabajo. Influencia del modelo de prestación de salud orientado a la alta tecnología.
- Debilidad técnica y política de la conducción

AUSENCIA DE INTEGRACION DOCENCIA - SERVICIO

- Dificultad para definir espacios conjuntos de trabajo
- Ausencia de canales de comunicación
- Disputas inconducentes y fragmentarias de los espacios de poder, relacionados con el género

HETEROGENEIDAD DE NIVELES DE FORMACION Y DE PROGRAMAS

- Incoordinación entre formación y utilización del recurso humano de enfermería
- Insuficiente contralor de cursos de auxiliares y escuelas profesionales
- Aumento indiscriminado de escuelas de enfermería y cursos de reconversión

AUSENCIA DE CONTRALOR PROFESIONAL

- Ausencia de colegios profesionales
- Matriculación a cargo de los ministerios de salud sin control.

En otro de dichos encuentros y, sobre la base del diagnóstico realizado, se acordó definir las líneas de trabajo considerándose que las acciones debían orientarse hacia:

- Políticas de enfermería
- Planificación estratégica
- Marco teórico y modelos de atención
- Curriculum
- Integración docente-asistencial
- Investigación
- Educación permanente
- Liderazgo
- Diseminación de la información científico-técnica

Tales líneas de trabajo tuvieron ciertos desenvolvimientos aislados, mientras la situación crítica de la enfermería continuaba creciendo. Se iniciaron acciones tendientes a revertir la situación de déficit, algunas de las cuales produjeron fuertes impactos. Se priorizaron en tal sentido los programas de educación permanente aplicados a la conversión de personal del sector.

Así, frente al grave problema de la existencia de personal empírico en los servicios, personal que venía recibiendo facilidades por parte de los ministerios para cursar estudios de enfermería, y con la cooperación de la OPS, se lanzó en 1989 la implementación de cursos que articulaban estudio y trabajo para la conversión de empíricos en auxiliares de enfermería, lográndose al presente, la conversión de 20.000 empíricos.¹⁴

Los resultados obtenidos, no sólo en la práctica de enfermería, sino principalmente en los procesos de análisis y de articulación docencia-servicio desencadenados, motivaron a los grupos, con la cooperación de la OPS/OMS a profundizar y expandir las experiencias. Es así que, alrededor de 1991, la OPS, junto con las enfermeras nacionales, promovió un trabajo de investigación destinado a captar información actualizada a cerca del área que sirviera de base para realizar análisis estratégicos de la situación y planificar y desarrollar la acción futura, así como la cooperación técnica.¹⁵

Las enfermeras argentinas, después de analizar a fondo el problemas del sector, determinaron que la escasez de enfermeras continuaba siendo el punto prioritario y decidieron crear y potenciar alternativas de solución para combatir el problema, involucrando los niveles políticos y técnicos, institucionales y sociales para reorientar y reimpulsar el desarrollo. De esta forma se lanzó el *proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería*, segundo en orden al mejoramiento de la fuerza de trabajo, ya que había antecedido a este intento, la reconversión de empíricos (prácticos) en enfermería.

Múltiples alternativas, además de las mencionadas, se vienen realizando en el marco del **Plan de Desarrollo de Enfermería en Argentina** hasta el presente; las mismas serán detalladas en el curso de este análisis.

COMPOSICION Y DINAMICA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERIA

Características sociales

Algunos estudios han mostrado que en Argentina la enfermería es una ocupación típicamente femenina, aunque en los últimos años se ha notado un ingreso importante de varones (10% del total) 17. Sus miembros tienen un promedio de mayor edad que las trabajadoras mujeres en general, tienen más educación, menor número de hijos, frecuentemente son mujeres sin compañero jefas de hogar. Sus hogares se parecen a los de los sectores populares urbanos y de provincias pobres. Con mucha frecuencia viven en hogares numerosos y extendidos.¹⁸

El grupo de enfermería está compuesto preferentemente por personas del sector asalariado y trabajan con prevalencia en instituciones públicas, las cuales ocupan a aquellas más maduras, casadas o viudas, con hijos, y más educadas. El sector privado parece ofrecer empleo a las personas más jóvenes, solteras, menos calificadas, que tienen menos hijos o posibilidades de tenerlos.¹⁹

La cuestión del género femenino en enfermería parece representar uno de los factores mas fuertes en la debilidad de los esfuerzos de despegue del sector, tanto en el marco social como sanitario.

Observaciones no sistemáticas indican que los salarios de ingreso varían en un rango de \$200 a \$1.000 (pesos en moneda argentina corriente: 1 peso = 1 dólar estadounidense), existiendo notables desigualdades

entre provincias, dependencias institucionales y subsectores de salud. La diferencia de salario entre las instituciones públicas y privadas se muestran en desfavor de éstas últimas y es mínima la diferencia entre personal auxiliar y profesional. Debe apuntarse que algunas empresas de producción de tecnología hospitalaria han comenzado a contratar enfermeras profesionales para promoción y venta de productos, asignándoles altos salarios que llegan a los \$2.500 mensuales. Si esto se llega a consolidar como una tendencia afectaría severamente el número de profesionales de servicio provocando una fuga hacia el campo comercial.

La diferencia de salarios entre puestos operativos y de conducción oscila entre el 40% y el 60% en favor de éstos últimos.

Categorías de personal

La fuerza de trabajo en enfermería, al igual que todo el personal de salud en Argentina, no se puede determinar con exactitud debido a que el último estudio objetivo se realizó con el censo 1980. Sin embargo, en 1988, 1989 y en 1994, la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud de la Nación y algunos ministerios de salud provinciales con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, realizaron actualizaciones estadísticas que arrojaron los resultados siguientes.²⁰

En 1994, el total de la fuerza de trabajo en enfermería estuvo dado aproximadamente por 85.000 trabajadores distribuido en un 1.2% de licenciadas en enfermería, 29.4% de enfermeras, 57.6% de auxiliares de enfermería y 11.7% de personal empírico. La estructura muestra un predominio del personal auxiliar y empírico (69.3%).²¹

La tabla N° 5 muestra la evolución de 25 años de composición de la fuerza de trabajo en enfermería.

La información indica que en la década del '70 disminuyó la población relativa de enfermeras mientras que aumentó la de auxiliares de enfermería, que era alta la proporción de empíricos y muy baja la proporción de licenciados en enfermería. La diferencia entre enfermeros y auxiliares de enfermería en esta década, podría deberse a dos razones: que la cifra de enfermeras estaría incluyendo personal empírico categorizado presupuestariamente en puestos de enfermeras y que recién se iniciaba la formación de auxiliares de enfermería. A su vez el mayor porcentaje era de empíricos.

Tabla N° 5

Personal de Enfermería, Argentina 1969-1994

Nivel de Formación	1969 (1)		1979 (1)		1988 (2)		1989 (3)		1994 (3)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Licenciada	357	0,88	286	0,44	383	0,59	500	0,7	1000	1,17
Enfermera	14114	35,0	16090	24,8	17118	26,6	19800	27,7	25000	29,4
Auxiliares	8862	22,0	24746	38,2	21820	33,9	26000	36,4	49000	57,6
Empíricos	16894	41,9	23569	36,4	24988	38,8	25000	35,0	10000	11,7
Total	40225	100	64691	100	64309	100	71300	100	85000	100

Fuentes:

1 — Canaresa 1980

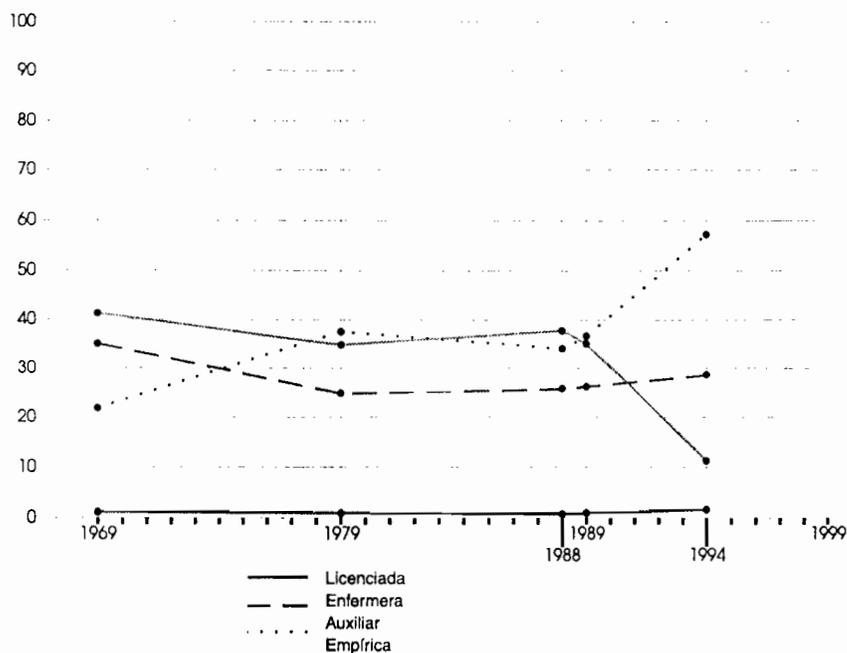
2 — Estimaciones inferidas del Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería - Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS/OMS. 1988.

3 — Análisis de Situación y Plan de Desarrollo de Enfermería de las Provincias Argentinas 1989-1994.

La década del '80 mantuvo similares proporciones expresándose un estancamiento en la evolución del sector. Disminuyó el número de licenciadas, aumentó muy poco el número de enfermeras y hubo un notable crecimiento del número de auxiliares; este aumento se debe al desarrollo en todo el país de los cursos de auxiliares. Así mismo aumentó fuertemente el número de empíricos, posiblemente, debido a la incorporación de este personal en los servicios de salud como pauta corriente en los gobiernos de facto. La disminución del número de licenciadas se debió probablemente a las migraciones de personal profesional a otros países (como Libia) por políticas expresas de los mismos de captación de personal profesional.

Los gobiernos militares que se instalaron en el país desde 1966 (con alternancia de un breve período democrático, '73 -'76) hasta 1983, parecen haber tenido un fuerte impacto en el desarrollo de enfermería. Reinstalada la democracia en 1983, hubo de pasar un importante período para que este sector, junto con la mayoría de los sectores sociales, mostrara signos de despegue. Así es que, recién a partir de 1989 se produce la inversión de las tendencias para las cuatro categorías, siendo especialmente pronunciada para auxiliares y empíricos. El aumento en los licenciados es notable si se considera el marco relativo de sus propias cifras.

Cuadro N° 1
Evolución de la composición de la fuerza
de trabajo de enfermería según preparación
Argentina 1969 - 1994



Fuentes:

1 - Canaresa 1980

2 - Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería - Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS/OMS - 1988

3 - Análisis de Situación y Plan de Enfermería de las Provincias Argentinas 1989 - 1994 - OPS/OMS

Otros factores internos al sector pueden señalarse en relación a la evolución de los últimos años: a pesar de que hubo aumento de cupos en las escuelas y disminuyó la deserción estudiantil, aumentó la migración de enfermeras a otros países y otras profesiones, lo cual condicionó el aumento de profesionales; por otra parte, los programas de conversión de empíricos revirtieron la tendencia en relación con los auxiliares de enfermería.

La tabla N° 6 muestra el porcentual de variación en las cuatro categorías, en el período 1989-1994.

La proporción de enfermeras por 10.000 habitantes es de 8, la que es deficiente y poco significativa, dada la desigual distribución de este per-

Tabla N° 6

Personal de Enfermería de Argentina
Variación 1988-1994

Personal de Enfermería	Porcentual de Variación		
	1988-1989 %	1989-1994 %	Acumulado 1988-1994 %
Licenciadas	0,11	0,47	0,58
Enfermeras	1,15	1,65	2,8
Auxiliares	2,54	21,18	23,72
Empíricos	-3,79 (Descenso)	-23,30 (Descenso)	-27,09 (Descenso)

Fuentes: Estudios de Actualización - Ministerio de Salud de la Nación y Secretaría de Salud de las Provincias con la cooperación técnica de OPS/OMS. R.A. 1994.

sonal y su concentración en jurisdicciones de mayor densidad poblacional y centros de tecnología de alta complejidad.²² Si se comparan estas razones con similares de Estados Unidos (95.4 enfermeras/10.000 hab.) y Canadá (87.8 enfermeras/10.000 hab.), puede inferirse el mínimo desarrollo del sector en Argentina.²³

Otra referencia a consignar es la desproporción habida entre las razones médicos / habitantes y enfermeras / habitantes, la cual es pronunciada en relación a parámetros internacionales, en un sentido inverso.

En cuanto a la producción de enfermeros, hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras (promedio aproximado de 12 por escuela) agravado igualmente, como dijimos, por una distribución geográfica desigual de la producción, con concentración en las grandes ciudades (Capital Federal, Gran Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Tucumán). A partir del análisis de 1989 se inauguran nuevas escuelas llegándose a duplicar en número y duplicándose también la producción nacional, que ahora arriba a 1000 enfermeras por año.²⁴

Distribución geográfica

En cuanto a la distribución geográfica puede decirse que las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe concentran la mayor cantidad de

población y también el mayor número de enfermeras y licenciadas en relación a las otras provincias. Mendoza y Salta concentran así mismo gran cantidad de enfermeras profesionales. En la Patagonia predominan los auxiliares de enfermería (84.9%) y es escasa la presencia de empíricos (4.4%). En cambio en el norte es considerable en número de personal empírico y es mayor el número de profesionales.²⁵

Es importante destacar que entre 1990 y 1993 ha habido una migración considerable de enfermeras a Europa (España e Italia), a Estados Unidos y Australia. Son muchas las enfermeras que se han jubilado o retirado voluntariamente (debido a políticas expresas de retiro) y muchas enfermeras y enfermeros jóvenes emigran hacia otras profesiones o actividades, desalentados por las deficientes condiciones de trabajo de la profesión.²⁶

Distribución por subsectores de salud

Con respecto a la distribución por sub-sectores, en 1989 previo al ajuste económico, la mayoría del personal de enfermería (65.3%) pertenecía al sector público; actualmente este porcentaje habría disminuido notablemente y de manera muy especial, el personal profesional.²⁷

La siguiente tabla muestra la distribución de personal de enfermería por subsectores de atención médica en 1988, dato que no fue investigado para la actualización del '94.

Tabla N° 7

Personal de Enfermería por Subsectores de Salud,
Argentina, 1988

Subsector	%
Público	65,3
Obras Sociales	7,4
Privado	27,3
TOTAL	100

Fuente: Estudios de actualización realizado por la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud y OPS/OMS, 1989.

En 1988 el personal de mayor calificación (licenciadas y enfermeras) se encontraba situado en el sector público; a partir de dicho análisis y al presente se observaría una migración al sector privado.²⁸

Algunas clínicas particulares utilizan esporádicamente enfermeras en contratos por obra terminada para resolver problemas temporales de tipo técnico - administrativo.²⁹ El subsector obras sociales ocupa poco personal de enfermería y predominantemente auxiliares y empíricos.

Análisis parciales de última generación (1995), permiten observar que la mayor proporción de licenciados y enfermeros están en el sector público (99.3% de licenciados y 82.3% de enfermeros) mientras que el sector privado ocuparía un 64.3% de empíricos. Esta cifra incluye la ocupación de estudiantes de enfermería.

Se aprecia, así mismo, que el personal profesional está localizado en un porcentaje mayor en las instituciones hospitalarias y preferentemente en centros con tecnología de alta complejidad y en la administración de los servicios. En servicios comunitarios sólo se encuentran enfermeros en los niveles centrales de cada provincia y son escasos en los centros de salud (unidades sanitarias, puestos de salud y otros). Existen provincias que presentan aún un grave déficit en este nivel de enfermeras inclusive de auxiliares de enfermería, quedando los servicios comunitarios a cargo del personal empírico.³⁰ Es importante aclarar que son muy pocas las instituciones que trabajan en salud, con participación de la comunidad.

Distribución por funciones

La utilización del personal de enfermería responde a tres niveles de complejidad referentes al cuidado de la salud: **atención directa, gestión y gerencia.**

La **función de atención directa** a los pacientes es realizada preferentemente por personal auxiliar y empírico, ambos constituyen aproximadamente más del 70% del total del personal de enfermería en el país. Son pocas las enfermeras profesionales que ejercen esta función y no se observa su participación en los tres turnos que cubren las 24 horas de atención a los pacientes.³¹ Esta situación varía en las zonas de alta concentración poblacional en donde las enfermeras y aún licenciadas en enfermería comienzan a asumir la función.

La mayor presencia de auxiliares de enfermería se da en el área de la atención directa, sin embargo la escasez de enfermeras y en algunos casos intereses políticos y gremiales (por conseguir ascenso de sus agregados), han creado situaciones irregulares, existiendo aún auxiliares

de enfermería en puestos de gestión. Así también puede observarse una gran cantidad de auxiliares y empíricos desempeñándose sin supervisión profesional.

En cuanto a la *función de gestión*, el mayor número de enfermeras ocupa puestos de conducción en administración de salas y/o servicios de enfermería, particularmente en hospitales, no así en servicios comunitarios. En muchas provincias estos puestos son ocupados también por auxiliares de enfermería, sobre todo en hospitales de mediana y baja complejidad.

En cuanto a la *función de gerencia*, en el país hay muy pocos enfermeros/as, que estén participando en la toma de decisiones sobre la salud y la práctica y la educación en enfermería y salud en general.

Se observa que en los últimos años se han creado puestos de enfermería a nivel directivo; en todas las provincias existen enfermeras que desempeñan cargos de «Jefes Provinciales de Enfermería» y que por su participación en la toma de decisiones, podrían calificarse como cargos de gerencia³². Así mismo en varias jurisdicciones las enfermeras han comenzado a ocupar puestos de dirección de hospitales, jefaturas de diversas áreas a nivel ministerial, decanatos de facultades de ciencias de la salud y puestos políticos (concejales, diputadas, etc).

Una cuestión a acotar es que los servicios de enfermería no sólo carecen del número de personal necesario (funcionan al 50% de las necesidades estimadas) sino que en estos últimos años ha aumentado el ausentismo superando el 40% debido al fuerte deterioro de las condiciones de empleo³³.

El doble empleo del personal de enfermería es una demostración de la escasez de personal, que, a su vez, se ve afectada por la jubilación temprana, (60 años para el personal de salud en varias provincias) y la baja productividad de las instituciones educativas.

Tendencias de la demanda

La demanda de personal profesional se da específicamente para puestos de conducción, mientras que los auxiliares de enfermería son demandados para la atención directa.

En algunas provincias comienzan a observarse auxiliares de enfermería desocupados y la persistencia de empíricos empleados en el sector pri-

vado. Es bastante frecuente en este sector, la incorporación de estudiantes de enfermería.

Paralelamente la modificación de las prácticas médicas y de salud, la creación de nuevas instituciones de salud tanto públicas como privadas y la complejización de las existentes, ofrecen en los últimos años, un fuerte aumento de la demanda de personal de enfermería, especialmente profesional. A esta razón se le suma la promulgación de leyes que exigen la presencia de profesionales en instituciones privadas y públicas, leyes que, impiden la incorporación de personal sin preparación formal; ello pone de manifiesto la escasez de producción de profesionales. Sin embargo, esta nueva demanda no se acompaña de mejoras en las condiciones de empleo y captación de interesados.

Por su parte, la política de privatización del sector salud, con énfasis en la reestructuración del subsector público (autogestión y descentralización administrativa), todo ello en el marco de la crisis recesiva de este tiempo, está influyendo con fuerza en las prácticas técnicas, administrativas y docentes de enfermería, provocando modificaciones frecuentemente no previstas, ni pensadas por el propio grupo. Dichas modificaciones se expresan a menudo en una nueva demanda.

Por ejemplo, hay enfermeras profesionales que están siendo requeridas por empresas privadas de producción de tecnología médica y hospitalaria, para la promoción y venta de productos. Así mismo, con creciente frecuencia las enfermeras son contratadas por clínicas y sanatorios para asesoramiento, auditoría y supervisión de tiempo parcial. Esto se liga, como dijimos, con los requerimientos legales de muchas provincias, de contar con por lo menos un profesional de enfermería en las instituciones privadas de salud. Por otra parte, la reducción del tiempo de internación hospitalaria ha provocado la aparición de empresas privadas y servicios públicos que trabajan con el sistema de internación domiciliaria, trabajo que demanda prioritariamente enfermeros profesionales.

Es importante agregar que otros trabajos competitivos están comenzando a ocupar los lugares de la enfermería: así los asistentes geriátricos, asistentes materno-infantiles y psiquiátricos, los acompañantes terapéuticos, los asistentes domiciliarios y otros similares, son grupos ocupacionales cuyos miembros se forman en cursos de dos o tres meses, que realizan funciones propias de la enfermería, ejerciendo ilegalmente la profesión y reemplazan la demanda de personal de enfermería. Otro caso está dado por el surgimiento de los trabajadores denominados «pro-

motores de salud» formados en cursos iniciales de 2 o 3 meses y sin educación permanente. Los mismos son ocupados por el sector público en el marco de la estrategia de APS y se seleccionan de líderes barriales. Un último dato a consignar es que, paralelamente al aumento y diversificación de la demanda y debido a las fuertes medidas de ajuste económico que incluyen al sector salud, muchas enfermeras están perdiendo sus puestos de trabajo y ven seriamente comprometidas sus condiciones salariales, aspectos que operan en desfavor de su situación social y profesional.

Articulación con el sistema productivo

La articulación orgánica de la enfermería en el sistema productivo argentino se da en el espacio asignado a los servicios de baja o nula productividad y su prestación es entendida más bien como un «gasto necesario» que se intenta reducir al mínimo. Esto determina la preferencia de personal no profesional en los servicios y condiciona severamente el desarrollo del sector. Si a ello se le agrega el análisis del grupo social medio y bajo de procedencia, su carácter eminentemente femenino y la condición casi «doméstica» de su trabajo (así es socialmente valorado) es posible entender el fuerte condicionamiento externo del sector.

Síntesis

En síntesis, puede decirse que:

- Enfermería conforma un grupo social amplio de poco peso social dadas sus cualidades de profesión femenina, de sector asalariado, con mínima preparación y débil organización gremial.
- La distribución geográfica, por sectores, por preparación y por funciones con una tendencia aliada a la medicina asistencialista, en donde se benefician las jurisdicciones de mayor desarrollo, las instituciones de más alta tecnología y las funciones de mayor jerarquía, quedando desprotegidas de la acción profesional las provincias más pobres, y la atención directa de pacientes y comunidades.
- La incipiente inserción de enfermería en los niveles de decisión.
- El fuerte aumento de la demanda de personal de enfermería en

instituciones de salud existentes y nuevas, no acompañadas de beneficios de mayor atractivo y la aparición de opciones laborales privadas y competitivas, que a menudo suplen la baja oferta de enfermeras.

- La modificación en las prácticas y la organización de enfermería, en función de las políticas de privatización, descentralización y autogestión del sector.
- El empeoramiento en las condiciones de vida y de trabajo, debido a la crisis económica recesiva que vive el país.

REPRESENTACION SOCIAL Y VALORES DE LA ENFERMERIA ARGENTINA

En Argentina, como en la mayoría de los países subdesarrollados, la enfermería, como el magisterio, es una ocupación construida socialmente como femenina; como la medicina y el sacerdocio, además, es construida socialmente como «vocacional». Esta representación social puede ser cuestionada si se observan los estudios de Wainerman y Gelshtein que muestran, por un lado, cómo los varones comienzan a ingresar a la profesión entendiéndose capacitados para ofrecer los cuidados y atenciones que se consideraban exclusivos de mujeres, y por el otro, cómo, la mayoría ingresó a la profesión por razones «profanas» (antes que «sagradas») relacionadas a la posibilidad de ingreso inmediato y trabajo permanente.³⁴

Para la mayoría, el ingreso a la actividad significa un ascenso social y el acceso a un trabajo calificado que goza, dentro de los sectores populares de donde proviene, de un relativo prestigio ocupacional debido a que requiere estudios formales y que ellos están relacionados con la salud humana.³⁵ En las clases altas y profesionales dicho prestigio se da escasamente.

Lo vocacional se desarrolla en el curso del ejercicio profesional y se relaciona con el compromiso y la responsabilidad por la vida humana; para la mayoría de los varones y las mujeres de este grupo ocupacional, la enfermería puede ser desempeñada independientemente del género.³⁶

Otra característica de la dimensión vocacional, está representada por la imagen de «bondad, abnegación, sacrificio, caridad y altruismo» por la que a menudo es también reconocida la profesión, tanto por los pares

cuanto por otros profesionales de salud y la comunidad en general y son estas las principales cualidades que se le reconocen y se le exigen, más que aquellas relacionadas a su competencia científico técnica y a su responsabilidad profesional.³⁷

Dentro del grupo de pares, a diferencia de otras profesiones, el reconocimiento se verifica más por la jerarquía del puesto, que por la competencia científico técnica, más por la cantidad y el tipo de trabajo mecánico que realiza, que por la calidad y creatividad en el mismo.³⁸

En relación a la responsabilidad por los juicios y acciones profesionales, el imaginario social releva al grupo de enfermería de ello, entendiéndose que la misma es competencia de «niveles superiores» de decisión técnica y/o administrativa.

CARACTERISTICAS LEGALES Y POLITICAS DE LA ENFERMERIA EN ARGENTINA

Enfermería tiene una ley nacional de ejercicio profesional (24.004), aprobada recientemente, la cual sirve de marco jurídico para orientar a las provincias que carecen de legislación o quieren actualizar o compatibilizar sus leyes existentes. Este aspecto es de vital importancia, ya que la ausencia de regulación y control del ejercicio profesional permite que aún hoy, haya instituciones (inclusive en el sector público) que, en contravención con la legislación vigente incorporen personal empírico y sin matriculación profesional, y que no se cumplan los reglamentos sobre carga máxima de trabajo.

Existe así mismo a nivel nacional un proyecto de ley de carrera de enfermería que aún no ha sido aprobado. Otra legislación nacional -el Decreto 1468/69- regula la formación de auxiliares y enfermeras profesionales de nivel terciario no universitario y en base a ella se han formulado los requisitos y programas de estudios en el país en ese nivel.

En las provincias argentinas, las normas citadas son en general adoptadas. No obstante no existe en ellas reglamentaciones específicas que regulen de manera jurisdiccional la matrícula y el ejercicio de la enfermería. En los últimos años la creación de colegios profesionales en varias provincias, promete la pronta promulgaciones de normas en el mencionado sentido.

En otras, existen leyes y reglamentaciones generales para el sector salud, que comprenden a la enfermería y regulan la actividad, como así algunos aspectos de la formación y promoción del personal. En Córdo-

ba, por ejemplo, la Ley de Equipos de Salud Humana, ha favorecido grandemente el desarrollo obligando por ley a capacitarse en forma permanente al personal de salud e impidiendo la promoción, en caso de no darse dicha capacitación.

La casi ausencia de reglamentaciones de enfermería, es también signo claro de que los grupos del sector tienen poca o ninguna incidencia en las decisiones políticas. Las enfermeras, en general, en Argentina, participan poco de la vida política, no ocupan lugares superiores de decisión en salud y se reducen a la ubicación, aún en los niveles de conducción, en puestos técnicos que reciben órdenes y decisiones superiores. La mayoría de las enfermeras jerarquizadas consideran, además, que los lugares de conducción deben ser de carácter técnico, ocupados por concurso, por antigüedad o por designación directa.

Esto mantiene a las enfermeras ausentes de las grandes decisiones y les impide asegurar ciertos impactos en salud, que de participar, serían ciertos.

CIENCIA, TECNOLOGIA Y EDUCACION DE ENFERMERIA EN ARGENTINA

Investigación

La producción de saberes y nuevas prácticas en enfermería, es incipiente y muy poco fomentada, en cuanto ocupa el lugar del hacer y no del pensar en el modelo sanitario; de ello se infiere el desarrollo de una práctica acrítica, rutinaria y poco regulada por leyes científicas. Esta situación se enriquece un tanto en el ámbito educacional, en donde se impulsan con mayor vigor las investigaciones.

Un estudio realizado en 1986 sobre la situación de la investigación en enfermería en América Latina³⁹ indica que en este orden, la Argentina no difiere del resto de los países de la región, estando condicionada por factores externos e internos en el marco del desarrollo general de la ciencia en el país.

Dicho estudio, realizado sobre publicaciones de enfermería y encuestas institucionales, concluye que las principales publicaciones de enfermería son más bien recopilaciones bibliográficas; que la mayoría no explicita la metodología empleada y cuando lo hacen se trata de estudios exploratorios o descriptivos, siendo la temática más estudiada la que se

refiere a las prácticas clínicas en mayor medida que los temas de ética y problemática profesional; la distribución por regiones es desigual, concentrándose la mayor proporción en Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe; las autoras son mayormente enfermeras que investigan individualmente o en grupos de enfermería, sin participación en investigaciones multiprofesionales y la mayoría de ellas son docentes de escuelas de enfermería, aún cuando se admite que las mismas exhiben un bajísimo nivel de producción científica.

La práctica de la investigación en enfermería, en consecuencia, es incipiente y esporádica; existen sólo algunas investigaciones con énfasis en lo educativo. Las escasas investigaciones existentes son producto de los trabajos finales preparados para obtener el grado de Licenciado. Se han realizado dos investigaciones de envergadura, de carácter social realizadas por otros profesionales y en los que el personal de enfermería es sujeto de estudio.⁴⁰

En 1990, la Dirección de Recursos Humanos en Salud de la Nación, contribuyó con 20 becas para que enfermeras se preparen en investigación y aporten al estudio de problemas relevantes del sector, tales como demanda de personal de enfermería, condiciones de trabajo, fuerza laboral y deserción estudiantil.⁴¹

En este aspecto debe remarcarse que la Federación Argentina de Enfermería (FAE) firmó en 1989 un convenio de cooperación con la Asociación Canadiense de Enfermeras, para ejecutar un proyecto de desarrollo de la investigación, liderazgo y la difusión de la información científica-técnica. Este proyecto se desarrolló en varias regiones del país e incluyó el apoyo a la publicación de la revista de la FAE.⁴² Sus resultados no han sido aún evaluados.

Por otra parte, la FAE inició también otra investigación de carácter nacional y multicéntrico referida a condiciones y medio ambiente de trabajo en enfermería, que se encuentra en ejecución.

Las publicaciones periódicas de enfermería en Argentina son escasas (sólo dos aparecen regularmente) y casi no existe publicación de textos. Los pocos que existen se editaron por parte de algunas escuelas universitarias de enfermería. En cambio, es prolífica la bibliografía extranjera traducida (particularmente norteamericana), de carácter periódico y de texto y en los últimos años ha aumentado el ingreso de bibliografía española. Ella es en general la que orienta la educación y plantea dificultades de adecuación con las realidades nacionales.

En el campo de la investigación, las enfermeras tienen poco acceso a sistemas informáticos de datos y procesamiento, siendo esta una tendencia aún no incorporada al sector.

Educación

La transferencia de conocimientos se desarrolla mediante el sistema de educación de enfermería. Argentina produce dos categorías de personal: auxiliares y profesionales, éstos últimos, a su vez, incluyen dos categorías: enfermeras de nivel técnico y licenciadas en enfermería. El sistema, aunque desarticulado al interior, se completa con la presencia de algunas residencias de enfermería, posibilidad de acceso a programas de maestría interdisciplinaria, múltiples cursos de capacitación de diversa índole y extensión y programas de educación en servicio para enfermeras.

Como dijimos, existe dentro del grupo la categoría personal *empírico, práctico o ayudante* que participa de la atención en hospitales y centros comunitarios y comparte funciones con el personal auxiliar y profesional. Aproximadamente el 50% de ellos no tiene escolaridad primaria completa.

Ya mencionamos que la formación de auxiliares y enfermeras en organismos no universitarios se encuentra regulada por una ley de educación en enfermería que establece requisitos de ingreso, duración, currículum, dependencias y modos de certificación. Esta ley no regula la formación universitaria por cuanto la misma se realiza en el marco de la autonomía universitaria.

La *formación de auxiliares de enfermería* se realiza en cursos que duran entre 9 y 12 meses y a los que acceden aspirantes con escolaridad primaria completa. Los cursos otorgan certificado y son autorizados por la Dirección Nacional de Recursos Humanos de la Nación. En los últimos años se han desarrollado aproximadamente 120 cursos anuales (variables por año) con un promedio de 40 alumnos y una productividad anual global de 4.500 auxiliares de enfermería. El currículum tiene un fuerte componente instrumental con énfasis marcado en procedimientos de enfermería, sin privilegiar el sujeto de atención y con metodología de corte tradicional.

La *formación básica de enfermeras* se realiza a nivel terciario universitario y no universitario, para cuyo acceso se exige estudios secundarios

completos. Información actualizada por la OPS/OMS en 1995, indica que existen en Argentina 103 escuelas con reconocimiento oficial, de las cuales: 25 corresponden a universidades nacionales, provinciales o privadas y 78 son terciarias no universitarias. Estas últimas dependieron hasta 1994 del Ministerio de Educación de la Nación o de la Superintendencia Nacional de Enseñanza Privada y han sido ahora trasladadas a dependencias de salud y educación de las provincias. Se ha observado en los últimos años un incipiente movimiento de adscripción de escuelas no universitarias a universidades nacionales (ej; Capital Federal) tendiendo a la unificación del título. La formación básica tiene una duración de dos a tres años y solo 10 escuelas ofrecen cursos de licenciatura con dos años más.

La tabla siguiente muestra la distribución de escuelas y carreras de enfermería por dependencia.

Tabla N° 8

Escuelas de Enfermería según Dependencia,
Argentina, 1995

Dependencia	Total	%
Escuelas Universitarias (*)	25	24,3
Escuelas no Universitarias (**)	78	75,7
Total	103	100

(*) Comprende Escuelas de universidades nacionales, provinciales y privadas.

(**) Comprende Escuelas dependientes de Minist. de salud, Minist. de Educación e Inst. privados de las provincias y Capital Federal.

- Esta información se encuentra en revisión en virtud de los cambios de dependencia producidos en el último año.

Fuente: Documentación de la Dirección de RRHH en Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Argentina, 1993.

Actualización OPS/OMS 1995. República Argentina.

En la tabla N° 9 se puede observar la distribución de escuelas y carreras de enfermería por regiones y jurisdicciones provinciales

La duplicación del número de escuelas en los últimos diez años, no consiguió, sin embargo, aumentar significativamente la producción

Tabla N° 9

Escuelas de Enfermería Distribuidas por Regiones y Provincias, Argentina, 1995

Región	Provincias y C.F.	f	fa / reg.	%
Centro	Capital Federal	13	70	67,3
	Buenos Aires	43		
	Santa Fe	7		
	Córdoba	7		
NOA	Jujuy	1	14	13,5
	Salta	5		
	Tucumán	3		
	Santiago del Estero	3		
	Catamarca	1		
	La Rioja	1		
NEA	Formosa	1	9	8,7
	Chaco	1		
	Misiones	2		
	Entre Ríos	3		
	Corrientes	2		
Cuyo	San Juan	1	4	3,8
	San Luis	1		
	Mendoza	2		
Patagonia	La Pampa	0	6	6,3
	Chubut	1		
	Río Negro	1		
	Santa Cruz	1		
	Tierra del Fuego	2		
	Neuquén	1		
Total			103	100

Fuente: Documentación de la Dirección de RRHH en Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Argentina, 1993. Actualización OPS/OMS 1995. República Argentina.

anual de enfermeras por la vía de los planes convencionales. Sólo a merced de modalidades no convencionales tal producción se ha incrementado en el país en los últimos años de 500 a 1000, alentada por diversos mecanismos alternativos de formación entre los que se cuentan las licenciaturas a distancia y los proyectos de profesionalización de

auxiliares de enfermería.⁴³ Sus efectos se podrán apreciar recién desde 1996, mientras hasta el presente se mantiene la producción media.

La baja demanda de los estudios de enfermería, es un problema que necesita un análisis profundo y la implementación de cambios sustantivos, ya que en él influyen, además de las cuestiones de status y condiciones de empleo de la profesión, la rigidez, desactualización y academicismo en la programación de los estudios, entre otros determinantes.

Se ha notado, no obstante, y gracias a la implementación de programas de promoción de la carrera y planes de estudios alternativos, un considerable aumento de la matrícula en los últimos cinco años, apoyada por alguna flexibilización y adecuación de los mismos a las condiciones socioculturales y de trabajo de los alumnos.

Se considera que la alta deserción estudiantil junto con el bajo status de la profesión y las malas condiciones de empleo, son factores que condicionan severamente el desarrollo de la enfermería.⁴⁴

Los currícula de formación de enfermeras se orientan, en la mayoría de las escuelas, hacia aspectos recuperativos de la salud, nacen como una propuesta unilateral de los centros docentes y la articulación docente-asistencial es incipiente aunque está mejorando. En este aspecto se ha iniciado un trabajo conjunto en muchas provincias, formando grupos tripartitos (docencia - servicio - gremio) para realizar actividades compartidas encaminadas al logro del desarrollo provincial de enfermería, de manera integral.

Los planes de estudio son débiles, en su mayoría, en el análisis de contexto histórico y socio-político, como también de marcos teóricos que expliciten el sistema de valores que rige la formación. Los contenidos educativos de los programas, organizados según especialidades médicas, privilegian el conocimiento del individuo en sus aspectos predominantemente biológicos y descuidan el estudio de la persona, su familia y su entorno social. La estrategia de APS es débil en el curriculum, como así también los aspectos epidemiológicos, de investigación y de teorías de enfermería, los cuales no representan instrumentos reconocidos para la búsqueda de modelos alternativos de la práctica.

La naturaleza de la atención de enfermería es tratada mayormente en forma fragmentada y hace énfasis en los aspectos técnicos siendo lo social y lo humanístico abordado con menor fuerza que las ciencias

biológicas. Existe un divorcio entre teoría y práctica y es esta última privilegiada sin reflexión conceptual, lo que contribuye a una formación fragmentaria en todos los órdenes y a la producción de profesionales con poco sentido crítico, bajo impacto en la transformación de los servicios y el mejoramiento de la salud de la población. A esto se suma la bajísima producción científica y bibliográfica de la que hablamos.

La *formación de licenciados en enfermería* presenta en sus planes de estudio, un enfoque academicista, toma poco en cuenta la inserción laboral de los alumnos y conserva las características de la formación básica. Orienta sus contenidos al desarrollo de la administración con fuerte enfoque taylorista, la enseñanza en enfermería con enfoque de transmisión y entrenamiento y el abordaje del cuidado generalmente se centra en las unidades de cuidado intensivo. Es en los años de licenciatura en donde se incorporan con fuerza los conocimientos de investigación y ellos privilegian el modelo empírico de la ciencia con exclusión de los modelos de las ciencias sociales y de los marcos epistemológicos que las comprenden y explican.

Los programas de licenciatura desarticulados administrativa y pedagógicamente del servicio, contrastan con la realidad de la inserción laboral real de los enfermeros que los cursan, produciendo una suerte de paradoja incomprensible y desaprovechando este espacio virtual de transformación. Es posible pensar, en este sentido que, si los cursos de licenciatura se realizaran con el enfoque de estudio-trabajo, el impacto en la calidad de los servicios sería notable, reduciéndose el costo social y económico.

La formación de enfermería a nivel terciario no universitario se articula con la licenciatura a través de ciclos de nivelación de distinta duración, que en la mayoría de los casos, aportan poco a la formación básica de los profesionales.

La *formación de post-grado* en Argentina tiene aún poco desarrollo. Existe un movimiento tendiente a la organización de las especialidades aunque no se cuenta a la fecha con programas de especialización. Los licenciados en enfermería tienen, sí, la posibilidad de acceder a programas de *maestría interdisciplinaria*, los cuales vienen siendo tomados con fuerte intensidad por profesionales de enfermería en los últimos dos años. Los programas de doctorado, aunque las universidades prevén la posibilidad de que las enfermeras, al igual que otros profesionales con grado universitario, accedan a este título mediante reglamentaciones y

programas, no han sido aún desarrollados para enfermería, existiendo tres proyectos en gestión, en Córdoba y Santa Fe.

En los últimos años se han implementado en el país algunas *residencias* de enfermería, cursos que duran dos o tres años. Estas residencias se han estructurado con el modelo médico en su currículum, aunque no en cuanto a su acreditación. Las mismas no conducen a título post-grado, otorgando certificado, y tienen sólo alguna relación con las necesidades urgentes de preparación de las enfermeras para mejorar la calidad de la atención y la administración de los servicios; no existen estudios que prueben el impacto de esta capacitación en la calidad de atención de salud. Sin embargo, en el campo de la salud mental y a partir del movimiento iniciado en 1983, muchas enfermeras accedieron a *residencias interdisciplinarias de salud mental*, las cuales tuvieron un fuerte impacto en la transformación de los servicios y en el desarrollo de este personal.

No podemos dejar de mencionar aquí la gran profusión de cursos de capacitación que ofrecen los servicios, las entidades intermedias, las escuelas de enfermería y aún otras organizaciones particularmente médicas. Estos cursos, generalmente breves, se desarrollan sobre temas e intereses específicos de quienes los organizan, a criterio de su propio diagnóstico de necesidades inmediatas. Otorgan certificaciones que en general aportan poco al currículum vitae de las enfermeras y desarrollan conocimientos y prácticas que no parecen impactar en el mejoramiento de la calidad de atención.

Una mirada al interior y al contexto de los programas de formación de enfermeras en Argentina evidencia con claridad su fundación en el modelo de las ciencias físico-naturales con especial olvido de modelos científicos de las ciencias sociales y humanas; en consecuencia, en cuanto al modelo técnico sanitario, el currículum asienta predominantemente en el paradigma biologicista; los aspectos pedagógicos están regidos por los signos de la pedagogía tradicional y de entrenamiento y la administración del currículum advierte con claridad los lineamientos del modelo de la administración científica tayloriana.⁴⁵

Aún en este contexto, se observa que las carreras de enfermería introducen, mucho más que otras profesiones de salud, los conceptos y prácticas preventivos y de salud comunitaria. Así mismo, se han introducido en los últimos tiempos en la educación permanente, modos pedagógicos problematizadores que, fundados en el enfoque dialéctico, centran el proceso formador en la, contextualización, crítica y transformación

de la práctica, abriéndose éste como un espacio promisorio hacia el cambio en todas las dimensiones.⁴⁶

El país tiene sólo 15 personas con grado de Magister, gran número de profesoras de enfermería no han cursado estudios de post-grado, aunque dichos estudios se cursan cada vez más frecuentemente; hay pocas especialistas en el área de enfermería que enseñan y en algunas escuelas y cursos, los docentes no son licenciados en enfermería. Asimismo, son pocas las becas que se ofrecen para que las enfermeras puedan realizar estos estudios en el extranjero.

Es importante resaltar, que el país cuenta con dos entidades intermedias específicamente educacionales cuales son la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina y la Asociación de Escuelas Terciarias de Enfermería de la República Argentina; las mismas vienen participando de reuniones, diagnósticos y proyectos nacionales y provinciales relacionados al sector. En el mismo sentido, la Federación Argentina de Enfermería, a través de su Secretaría de Asuntos Educativos y Técnicos, se preocupa por el desarrollo de la educación en enfermería. Sin embargo, la debilidad de estas entidades, en especial las educacionales, determina su limitado aporte al progreso de la formación.

El ajuste estructural ha tenido impacto negativo en la mayoría de las universidades y centros formadores, afectando tanto su funcionamiento como el desempeño de los profesores. El mercado de trabajo académico está en franca recesión, han caído los salarios y se han incrementado los conflictos laborales, obligando a las instituciones a buscar fuentes alternativas de financiamiento⁴⁷.

Esta situación, sumada a un estado general de desaceleración y decrecimiento social, provoca que las transformaciones en el campo educativo en general y en particular de enfermería sean «difíciles de concretar en la práctica en función de la tendencia de las instituciones escolares a persistir en sus comportamientos y al peso de sus tradiciones. Muchas veces se ha intentado revertir esta lógica a través de la modernización de los procesos técnico-educativos, pero los esfuerzos son escasos si no se inscriben en el replanteo de todo el modelo educativo.⁴⁸

Con todo, la educación es el ámbito donde más se han iniciado procesos de transformación en el sector de enfermería. En el transcurso de los últimos años y mediando la formación superior de algunos enfermeros,

así como el interés especial de gobiernos provinciales, escuelas y entidades de enfermería, se han introducido, como dijimos, alternativas importantes en la educación de enfermería, implementándose propuestas renovadoras y modelos no convencionales de formación que abordan integralmente el problema de la educación en el sector.

Muchos de esos cambios incluyen la pedagogía de la problematización, el estudio independiente, el estudio-trabajo, la educación a distancia y la formación interdisciplinaria, y asientan sobre análisis contextualizados y críticos de la realidad socio-sanitaria. Estos modelos trabajan sobre la fuerza laboral existente, con la intención de elevar en todos los niveles, la formación del personal; la mayoría ha contado con la iniciativa, el impulso, el apoyo y la cooperación técnica de OPS/OMS en Argentina. Merecen destacarse los siguientes:

- **Los proyectos de escolarización primaria y secundaria de personal de enfermería en servicio**, que se han realizado en la mayoría de las provincias con el objeto de posibilitar el acceso del personal empírico y auxiliar a los programas de formación en enfermería. Estos se realizan en coordinación con los ministerios de educación provinciales y se organizan con criterios de educación del adulto en cursos acelerados de nivel primario y secundario.
- **Los proyectos de reconversión de personal empírico**, que en varias provincias argentinas se desarrollan con el objeto de elevar a nivel de auxiliares de enfermería, al personal empírico con estudios primarios completos. En base a estos programas se ha logrado reconvertir casi la totalidad de su fuerza de trabajo empírico: 20.000 agentes en los últimos años.
- **Los proyectos de profesionalización de auxiliares de enfermería**, que forman profesionales de enfermería a partir del personal con certificado de auxiliar, insertos en un medio laboral y estudios secundarios completos. Desde 1991 hasta la fecha se ha logrado la implementación de programas de esta índole en el 60% (15) de las provincias; cuatro más se encuentran en proceso de motivación e inician el estudio para el planeamiento del programa.
- **Los proyectos de licenciatura a distancia**, que posibilitan el acceso a la licenciatura a enfermeros que por razones de distancia y otras dificultades no pueden cursar estos estudios con la modali-

dad presencial. Diez escuelas cuentan con programa de licenciatura y sólo dos de ellas (Córdoba y Rosario) lo implementan a distancia. La Escuela Universitaria de Rosario desarrolla un proyecto de cooperación técnica con el apoyo de la Fundación Kellogg, para la implementación de dicha modalidad en cinco escuelas universitarias del país.

- Los **programas de maestría**. En los últimos tres años se han inaugurado en el país múltiples maestrías multidisciplinarias en salud y en ellas se encuentran participando también las licenciadas en enfermería en número creciente.
- Los **programas de educación permanente**. Provincias como Río Negro han iniciado cursos de educación permanente destinados al grupo de conducción con miras a implementar proyectos de desarrollo de servicios. Otras provincias los destinan a personal operativo, como Santa Fe, que capacita con fines específicos de reconversión de personal empírico. En Córdoba, las instituciones de dependencia municipal, provincial y nacional, cuentan con estos programas de manera sistemática y algunos por ley provincial.

Como ya dijimos, con los nuevos programas iniciados, la producción anual de enfermeras se ha elevado de 500 (en 1988) a 1000 en 1994 y la producción de licenciados en enfermería, de 380 a 500 en el mismo período.

Algunas escuelas de enfermería cuentan con cooperación externa de organizaciones no gubernamentales y han iniciado proyectos de desarrollo de sus instituciones,⁴⁹ permitiendo, que las docentes relacionadas a los mismos, obtengan becas para estudios e intercambios de experiencias en otros países de América Latina y Estados Unidos de Norteamérica.

DIMENSION TECNICO-ADMINISTRATIVA DE ENFERMERIA EN ARGENTINA

Atención de enfermería

De manera general puede afirmarse que la mayoría de las enfermeras argentinas tienen poco asumido como responsabilidad profesional, los problemas de salud de la sociedad. En consecuencia, el sector funciona

dependientemente de los análisis y de las decisiones y condicionamientos de otros grupos y sectores. Es así como, la organización administrativa y la dimensión técnica de la profesión tienen características dependientes.

Se aprecia que en gran parte de las instituciones hospitalarias las enfermeras no privilegian como su objeto de trabajo esencial al paciente y su familia, no se observan planes individualizados de cuidados; los pocos planes de trabajo se refieren a la ejecución de técnicas que hacen al diagnóstico y tratamiento médico; los registros de enfermería evidencian esta falencia. La satisfacción de necesidades elementales de higiene y confort del paciente se realizan inadecuadamente y la atención integral de las necesidades se verifica poco frecuentemente predominando una asistencia despersonalizada.

Los problemas psicosociales de las personas y los grupos son más bien abordados, desde la práctica del sentido común y la solidaridad. La población recibe servicios casi exclusivamente concentrados en los aspectos físicos y de la terapéutica médica. De tal manera que las preguntas obligadas son: ¿están las enfermeras haciendo frente a las necesidades de salud de las poblaciones?, ¿han asumido ellas esta responsabilidad por los grupos sanos, en riesgo y enfermos?, ¿se ocupan de promover el autocuidado?⁵⁰

El aporte de las enfermeras al diagnóstico y decisiones terapéuticas enfrenta dificultades severas en términos de los fundamentos y desarrollos teóricos de la ciencia. La calidad de la atención de enfermería está condicionada por el bajo número de profesionales, aunque, los proyectos alternativos de formación de los que hablamos, comienzan a producir incipientes impactos en favor de la transformación de estas prácticas. Por su parte, los modos de organización de la enfermería en el sistema sanitario, reproducen las características generales de la profesión,⁵¹ no observándose división técnica del trabajo entre profesionales y auxiliares, en la atención directa.

En otro orden, las precarias condiciones de trabajo del personal de enfermería influyen en la atención; en efecto, el deterioro de la planta física de la mayoría de los hospitales nacionales y provinciales, así como la marcada escasez de materiales de trabajo necesarios para prestar una atención de enfermería libre de riesgo, dificulta y/o duplica el trabajo de enfermería que por su naturaleza exige una continuidad de 24 horas diarias. La situación se ve agravada cuando se carece de otro personal de

apoyo, como el de mantenimiento, servicios generales y mensajería, ya que el personal de enfermería distrae el tiempo destinado al cuidado de pacientes, para realizar estos servicios que pueden ser desempeñados con más eficacia por personal idóneo para la ejecución de estas tareas.⁵²

Administración de servicios de enfermería

Se aprecia que la función de gestión es desempeñada rutinariamente y tiene poca relación con la atención de enfermería a los pacientes. Las enfermeras administradoras no tienen preparación específica. Se carece de criterios que definan calidad de atención, no pareciendo constituir ésta una preocupación central de las enfermeras; no están definidos claramente modelos de atención que privilegien un cuidado de enfermería libre de riesgo al paciente y su familia. Así por ejemplo el personal profesional preferentemente trabaja en turnos de mañana de lunes a viernes, el auxiliar por la tarde, los empíricos por la noche, fines de semana y días feriados. En algunos casos la gestión de las unidades de internación así como de los puestos de salud, está a cargo de auxiliares de enfermería.

Se privilegia la administración de los recursos, antes que la de la atención en función de las necesidades de los pacientes. Se puede apreciar que la mayoría de las enfermeras invierten sus energías en el control de personal, arreglando horarios para evitar problemas institucionales, el control de instrumental, medicamentos y ropa y otros servicios que indirectamente tienen que ver con la atención del paciente, aún cuando algunos no les competen.

Las limitaciones en la administración de enfermería no sólo ponen en riesgo la salud de los sujetos asistidos, sino de los propios agentes del sector que se enfrentan a problemas cada vez más complejos, y no los pueden resolver por falta de preparación, provocando frustraciones, tensiones permanentes.

Un problema crucial de la organización del sector está constituido por los modelos rígidos, hiperjerarquizados y verticales de conducción, con poca participación del personal. La conducción implementada de modo casi autoritario y estereotipado impide y limita la creatividad y compromiso de los grupos y en consecuencia el lento avance de los servicios.⁵³

La ausencia de liderazgo se expresa también en la falta de proyectos de desarrollo de los servicios de enfermería que funcionan rutinariamente

según el modelo de la institución pública, impidiendo el mejoramiento de la atención de salud.

PROCESO DE PROFESIONALIZACION

Un debate común en el ámbito de enfermería es el de las cualidades y desarrollo de la profesionalización. Se escucha con frecuencia que «la enfermería no es una profesión». Según Pedro Brito, «la profesionalización es un proceso social y político caracterizado por la búsqueda colectiva activa de un grupo ocupacional por alcanzar un status socialmente reconocido y valorado como grupo social caracterizado, que detenta el monopolio de un saber hacer». Son sus elementos: alto grado de autonomía, aceptación por parte de los profesionales de una responsabilidad respecto de los juicios y de los actos cumplidos dentro de su autonomía, un estándar de éxito medido por el logro en la solución de problemas a la sociedad y un sistema de control sobre la práctica y el ingreso a la misma.⁵⁴

Bajo estas premisas, la profesionalización de enfermería en Argentina, se caracterizó por la lucha por el reconocimiento y la legitimación social, lucha que aún no termina y que a menudo parece orientada en sentido negativo.

Así, es posible afirmar que el grado de autonomía de la profesión en Argentina es mínima en cuanto el proceso de trabajo se encuentra controlado por médicos y administradores; la asunción por parte de los enfermeros de sus juicios y actos no ha adquirido aún un status de relevancia, siendo un indicador de ello, la frecuente inimputabilidad de las malas praxis profesionales, las que a menudo son adjudicadas a los médicos y personal de conducción de las instituciones. Se dan así relaciones de dominación y subordinación al interior del trabajo, entre las categorías que piensan y deciden y las que mayormente ejecutan.⁵⁵

Por otra parte, la fragmentación del proceso de trabajo propia de la corriente tayloriana, es una cualidad de la enfermería que mantiene claramente separadas las funciones de planeamiento y ejecución con mucha rigidez. Las de planeamiento son ejecutadas por profesionales y las de cuidado o ejecución por auxiliares y empíricos. De esta forma, la enfermería que lucha por liberarse del dominio médico, reproduce relaciones de subordinación al interior de su sector, contribuyendo a consolidar el modelo de la división del trabajo imperante.⁵⁶

En Argentina, el impacto de la crisis económica y las políticas de ajuste de los últimos años, con el consabido deterioro del hospital público, ha impactado negativamente sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras y ha interferido también el proceso de profesionalización y desarrollo en la organización del trabajo.

En tal sentido, las malas condiciones de trabajo (salarios bajos, beneficios exiguos, turnos rotativos, horarios rígidos, falta de materiales de trabajo, exceso de pacientes a cargo, falta de oportunidades e incentivos de formación y reconocimiento, indiferenciación de funciones y salarios, rígidos sistemas de organización, etc.) constituyen un factor de expulsión y falta de atractivo de la profesión de enfermería en Argentina y un obstáculo severo al proceso de profesionalización.

Existen estudios sobre condiciones de trabajo del personal de enfermería donde se puede apreciar que éstas, son deficientes y que están influyendo sobre la calidad del trabajo que realiza este personal. Algunos ejemplos son: «Perfil Epidemiológico Social del Personal de Enfermería, Determinaciones en su Salud Mental» (Rev. Arg. de Enf.) y «Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en la Argentina» (Wainerman et. al)

La lucha por las condiciones de trabajo y empleo se realiza a través de los gremios generales que abarcan personal de enfermería.

La enfermería argentina cuenta con 22 asociaciones provinciales de enfermería, una Federación Argentina de Enfermería, una Asociación de Escuelas Universitarias y otra de escuelas terciarias. Las asociaciones de clase, se han preocupado algo por los aspectos científicos y sociales y no han incursionado en la defensa de las condiciones de empleo ni en el desarrollo profesional integral. En una provincia (Salta) existe un gremio de enfermería que desarrolla mucha y muy importante actividad en este sentido.

1985-1995: DESARROLLO Y COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS EN ENFERMERIA EN ARGENTINA

A pesar del desalentador panorama de situación ofrecido, debe reconocerse que el período 1985 -1995 constituyó una etapa próspera para la enfermería argentina y en algún sentido, una etapa de despegue, no tanto por los logros habidos, sino cuanto por la cantidad y calidad de

los procesos desencadenados en favor del desarrollo. La OPS/OMS en Argentina, ha participado en la mayoría de ellos impulsándolos, apoyándolos o favoreciéndolos de diversas maneras.

El trabajo de cooperación con las provincias se definió metodológicamente en tres etapas:

La primera es de *constitución del grupo técnico-coordinador, análisis estratégico y establecimiento de un plan de acción* a nivel de provincias. La realización del diagnóstico de la situación de enfermería a nivel provincial, regional y nacional sirve de marco para el plan de trabajo que permite ajustes permanentes de acuerdo a los cambios que se produzcan en el período.

La segunda etapa, abarca el *desarrollo de actividades* que el grupo emprende por sí mismo, con el apoyo del nivel central y con la cooperación técnica del OPS; en la implementación de los Planes de Desarrollo Provincial de Enfermería participan los sectores de servicio, docencia y asociaciones profesionales.

La tercera etapa incluye el *seguimiento, evaluación y retroalimentación del plan*. Se establece un programa de seguimiento provincial o regional, que permite medir el impacto de enfermería sobre la calidad de atención que se brinda.

En este marco, la OPS, con miras a replantear la cooperación técnica de enfermería en Argentina promovió, a partir de 1988 el desarrollo de una investigación en las distintas provincias destinada a captar información necesaria para realizar el análisis estratégico de la situación y planificar y desarrollar las actividades. Se trabajó durante estos años con grupos nacionales que incluyeron autoridades de salud, enfermeras de conducción de los distintos sectores de servicio, docencia y asociaciones o gremios, conformándose grupos técnicos que luego impulsarían los programas provinciales. Como resultado de ello 20 provincias realizaron un diagnóstico inicial de salud y enfermería y se encuentran en distintos grados de avance.

El diagnóstico inicial dio como efecto la elaboración de planes de desarrollo provincial de enfermería constituyéndose así lo que se dio en llamar el **Plan de Desarrollo de Enfermería en Argentina**. El proceso fue inicialmente impulsado y luego sostenido a medida que las demandas de cooperación iban surgiendo.

Las principales estrategias que fueron favorecidas tuvieron relación con la solución al déficit cualicuantitativo de enfermeras. Así, los procesos de reconversión de empíricos a través de su capacitación como auxiliares de enfermería y de profesionalización de auxiliares, a través de su formación como enfermeros profesionales, fueron los dos de mayor ímpetu y desarrollo. Los mismos implicaron la adopción de la metodología de estudio trabajo y apuntaron al mejoramiento (profesionalización) de la práctica de enfermería, a través de la cualificación del personal en desempeño. Estas estrategias produjeron un significativo aumento de la calificación en general del personal del sector

Las acciones anteriormente expuestas produjeron una movilización general del sector al interior del mismo y al contexto sanitario, ocasionándose una toma de conciencia por parte de los enfermeros, administradores y políticos sobre los principales problemas del sector y sobre la necesidad de favorecer el desarrollo de enfermería. Un ejemplo de esto fue la creación por parte del Ministerio de Salud de la Nación, de la Comisión Nacional de Recursos Humanos de Enfermería que apoyó la legislación y los decretos de reconversión y profesionalización y la creación de grupos provinciales de enfermería.

Otro impacto fue la progresiva inserción de las enfermeras en los niveles políticos y técnicos de decisión y el impulso a la legislación en enfermería. La Ley Nacional de Ejercicio de Enfermería (24.004) se promulgó en este período junto a otras leyes provinciales que favorecen el control de la profesión.

En este período se iniciaron las licenciaturas a distancia, la incorporación de enfermeras en cursos de maestría y comenzó el estudio de las especialidades. Se crearon varios colegios provinciales y existen proyectos de otros a ser legislados.

Una línea de trabajo sistematizada en 1994 fue el desarrollo de talleres sobre pensamiento y planificación estratégica en enfermería, hasta ahora realizados en varias provincias, con el objeto de iniciar el análisis del poder en el sector, contribución ésta que viene siendo promisoría en términos de las capacidades que adquieren los grupos de conducción provinciales para ampliar, contextualizar y complejizar la mirada sobre la situación de enfermería y reorientar la conducción y el desarrollo.

Algunos aspectos relevantes que pueden mencionarse en estos desarrollos, son los siguientes:

- Fortalecimiento de enfermería de la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Enfermería.
- Asesoría a nivel nacional para la elaboración y desencadenamiento de proyectos de reconversión de empíricos y de profesionalización de auxiliares de enfermería
- Constitución de grupos coordinadores provinciales que elaboraron documentos básicos para el análisis de situación en todas las regiones del país
- Análisis de la situación provincial de enfermería en la mayoría de las jurisdicciones, partiendo de los determinantes generales que hacen al contexto social, económico y político para luego centrarse en los condicionantes particulares de la situación de salud y de la situación singular de enfermería que incluye la práctica, la formación y el papel de las asociaciones de clase. Se prevé concluir este análisis en todas las provincias en el año 1995.
- Elaboración e iniciación de Planes de Desarrollo Provinciales de Enfermería con las siguientes actividades:
- **Patagonia:** (La Pampa, Neuquén, Chubut, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur). Se realizaron talleres de pensamiento y análisis estratégico en tres provincias. Se brindó asesoría para la reorganización de departamentos centrales de enfermería en tres provincias. Se desarrollaron talleres sobre métodos no convencionales para la capacitación del personal en servicio y futuros programas de educación permanente y asesoría para la reformulación curricular en el marco de la integración docente-asistencial en cuatro provincias. Así mismo se prestó cooperación técnica para el desarrollo de proyectos de profesionalización en las seis provincias.
- **Cuyo:** (Mendoza, San Juan y San Luis). Se prestó apoyo para la elaboración curricular de carreras de enfermería profesional dentro del marco de la integración docente-asistencial y para la elaboración del proyectos de licenciatura en enfermería en dos provincias. Se prestó cooperación técnica para el desarrollo de proyectos de profesionalización.
- **Nordeste:** (Misiones, Chaco, Formosa, Corrientes, Entre Ríos). Se

desarrollaron conferencias sobre y análisis estratégico como también, talleres sobre métodos no convencionales para la capacitación de personal en servicio y cursos de reconversión de empíricos. Se prestó asesoría a departamentos provinciales de enfermería y para la implementación de proyectos de profesionalización. Así mismo se dio cooperación técnica para realizar seminarios regionales para el desarrollo de enfermería.

- **Centro:** (Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires). Se prestó asesoría para el fortalecimiento de departamentos provinciales de enfermería. Se brindó asesoría y taller de métodos no convencionales para la formulación de planes de educación permanente para auxiliares de enfermería de dos provincias donde primero finalizaron los programas de reconversión de empíricos. Se prestó cooperación técnica para el desarrollo de proyectos de profesionalización.
- **Noroeste:** (Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca). Se apoyó el fortalecimiento de departamentos provinciales de enfermería, se desarrollaron talleres sobre métodos no convencionales de educación en servicio. Se asesoró sobre integración docente-asistencial y para el desarrollo de proyectos de profesionalización.

Como acciones colaterales pero no ajenas a este proceso, se desarrollaron reuniones nacionales, regionales y provinciales para socializar y retroalimentar los desarrollos; se apoyó la participación de enfermeras en actividades de formación, perfeccionamiento y ciencia.

Así mismo se ofreció cooperación técnica para optimizar la calidad de atención de salud que abarcó, como dijimos, desde el apoyo al desarrollo de los servicios provinciales de enfermería hasta la cooperación específica en centros y puestos de salud. Esta labor incluyó la elaboración de un Proyecto Nacional para el Desarrollo de la Enfermería en Salud Mental en Argentina, que se implementará desde 1995, en el marco de esta misma línea de trabajo impulsada a nivel regional.

El Anexo 1 muestra cronológicamente los procesos y acciones desencadenados en el país con la cooperación de la OPS/OMS - Argentina.

AREAS CRÍTICAS Y PROSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA ARGENTINA

Aún cuando los procesos desencadenados han sido muchos e importantes y a los fines de orientar la acción futura, es necesario señalar que las limitaciones en el desarrollo continúan siendo fuertes, que las distintas dimensiones analizadas se articulan entre sí y que, en ese complejo de funcionamiento social, la enfermería argentina contiene áreas fuertemente críticas que deben identificarse como prioritarias.

Las dimensiones analizadas, se han expuesto separadamente a los fines de su comprensión parcial, pero en la realidad coexisten de manera articulada configurando un modo determinado de relacionamiento social de la enfermería, al interior de sí y en su inserción con la sociedad argentina, en donde unas dimensiones determinan y son determinadas y condicionan y son condicionadas por otras, en el contexto histórico global del país.

De tal modo que, los valores culturales sostenidos para la enfermería, la situación económico-social del país y la inserción orgánica de la enfermería en el sistema productivo, las políticas y las leyes, la ciencia, la tecnología y la formación y la organización administrativa de los servicios no sólo constituyen dimensiones que influyen la enfermería en sí misma, sino la salud de la población; de por sí, representan indicadores expresos de la situación, en cuanto muestran las formas cómo la sociedad argentina valora, piensa y responde a sus problemas de salud, en el marco de las relaciones de poder.

Teniendo en cuenta el análisis efectuado y considerando los avances mencionados, podemos identificar la prevalencia de las siguientes áreas críticas, estimando sus consecuencias futuras en el sector de enfermería:

- Una cuestión central entre las principales dificultades de desarrollo de la enfermería en el país, pareciera radicar en el propio paradigma de análisis y soluciones que, insistentemente realizado al interior del sector de enfermería y con algunos avances en materia de contextualización socio-económica, continúa adherida a diagnósticos, planes y programas normativos. Ellos le impiden valorar las determinaciones del poder del marco social y sanitario en que se inserta, lo cual refuerza con insistencia la imposibilidad de realizar diagnósticos integrales y desarrollar perfiles y planes estratégicos de acción que podrían reportar mejores beneficios en favor de los cambios necesarios.

- De mantenerse esta tendencia se verá profundizada la fragmentación y debilidad de los desarrollos futuros. En consecuencia son imprescindibles cambios en las categorías de análisis del sector que promuevan visiones y acciones integradoras y futuras y que incidan en los factores de relevancia principal que mantienen el bajo status de la profesión.
- Los problemas de salud de la población no son asumidos como responsabilidad por parte de las enfermeras, en virtud de su débil preparación, del carácter dependiente de su tarea y de su status profesional. Esto se complementa con la baja calidad de la atención de enfermería y una alarmante despreocupación de las enfermeras por ello.
- La limitada producción de conocimientos y ausencia de sistemas de información sobre el sector constituyen obstáculos severos al proceso de profesionalización.
- Una perspectiva futura de este problema permite adelantar que es preciso potenciar fuertemente la producción de conocimientos en enfermería a riesgo de quedar excluida del cambio científico - tecnológico, con ello de la incidencia en las decisiones técnicas y políticas y particularmente, a riesgo de sostener y profundizar las deficiencias en la calidad de atención de salud.
- El agudo y persistente déficit de personal de enfermería, particularmente profesional, ocasiona que la población reciba atención de enfermería por personal con baja calificación. Ello se complementa con una alta deserción estudiantil en enfermería profesional y en algunos lugares aún es baja la demanda de estos estudios, así como con la migración de los enfermeros a otros países y profesiones.
- Es bajo el nivel de calificación profesional en general, (sólo el 1.2% tienen licenciatura) y son escasos los profesionales con estudios de post-grado y/o especialización en áreas específicas de la salud y propias de la enfermería.
- Tanto el déficit de personal de enfermería, en general cuanto su baja calificación, representan obstáculos claves al desarrollo de la enfermería. Aunque esta tendencia ha comenzado a revertirse por la vía de los proyectos alternativos, su impacto todavía es inci-

piente en el contexto general de la composición de la fuerza de trabajo. De persistir esta tendencia, los esfuerzos serán prontamente absorbidos por la fuerza general del sistema de salud que privilegia la baja capacitación. En consecuencia, el país debe proponerse el aumento de por lo menos 15.000 profesionales más buscando aumentar la proporción enfermeras / habitantes hacia una relación de 10/10.000.

- La mayoría de los planes de estudio continúan teniendo un modelo fuertemente biologicista y asistencialista mientras que el enfoque orientado a la promoción y prevención de salud es débil en los planes de formación; unas pocas escuelas han logrado redireccionar la enseñanza en el sentido integral de comprensión de la salud. Algunos currícula de estudio constituyen propuestas pedagógicas sin participación de los servicios, todavía, existiendo incoordinación entre la formación y la práctica de enfermería.
- Algunos programas de educación permanente está orientada hacia modelos técnico asistencialistas de atención y exhiben modalidades educativas convencionales que no producen transformación en la práctica, en contraproducción con las necesidades de transformación de la misma.
- Son pocas enfermeras que acceden a la formación de post-grado. Algunas, tuvieron en los últimos años la ocasión de participar en cursos, residencias interdisciplinarios y maestrías como parte de los desarrollos inicialmente mencionados. No obstante, donde estos programas existen, sólo algunas enfermeras de servicio tienen oportunidades de acceso a ellos en virtud de barreras geográficas y económicas y a la falta de incentivo laboral.
- Tanto la formación básica como de post-grado y en un menor grado la educación permanente tienden aún a aliarse a los modelos médicos. Esta tendencia sostenida reforzará, de mantenerse y en virtud de sus cualidades intrínsecas y articulatorias, la dependencia y la falta de criticidad de los egresados. **En todos los casos es preciso generar y potenciar procesos de transformación de conceptos y prácticas científicas y educativas en los distintos niveles y ámbitos de la enfermería que, articulando la enseñanza con el servicio, busquen contextualizar y problematizar situaciones de salud con fines transformadores. Sólo de este modo, el tercer milenio encontrará a la enfermería argen-**

tina posicionada y actuando con responsabilidad social frente a los grandes problemas de salud del país.

- Las limitaciones técnicas en la administración de los servicios de salud que incluye los de enfermería, pocas veces garantiza la prestación de un cuidado de calidad libre de riesgo; existe escasa capacidad de liderazgo en el grupo profesional de enfermería que, unido a la ausencia de «proyectos de desarrollo», conducen a una rutinización y cristalización de los servicios y aportan a la baja calidad de atención.
- En este marco, la ausencia casi sistemática de proyectos, permite inferir la limitada necesidad y capacidad de construcción de futuro de las enfermeras, una de las principales razones que acuden a explicar el estancamiento de la profesión.
- De confirmarse esta tendencia, la enfermería persistirá en el orden de subordinación a las decisiones técnicas y políticas de sectores con mayor poder, absteniéndose de la necesaria generación de procesos transformadores que aumenten la pertinencia y calidad de los servicios de enfermería. Es necesario en este sentido modificar y aumentar las capacidades de liderazgo de los grupos de conducción procurando el desarrollo del pensamiento y la administración estratégica de los servicios de enfermería.
- Hay ausencia de organismos de contralor del ejercicio profesional en la mayoría de las provincias; inadecuación de la legislación vigente y debilidad en la inserción política de las enfermeras en la mayoría de las provincias.
- Las condiciones de empleo son deficientes y muy débiles las acciones profesionales y gremiales en favor de su mejoramiento.
- Un problema principal de la enfermería en Argentina está constituido por la dificultad de vinculación sistemática de los grupos, lo que condiciona seriamente la recreación e intercambio de experiencias y conocimientos y la potenciación de los análisis y voluntades de cambio.
- La ausencia de control, leyes y organismos colegiados, la mínima fortaleza de las asociaciones, las deficiencias en las condiciones de trabajo y la falta de vinculación representan factores e indica-

dores de debilidad que, de conservarse, irán favoreciendo la exclusión del sector de las grandes decisiones nacionales y aumentando la falta de autonomía de la profesión. Es, por tanto, imprescindible potenciar y desarrollar análisis y mecanismos de vinculación que produzcan la inversión de esta tendencia para que la enfermería argentina se constituya como actor social influyente en las políticas de salud y desarrollo profesional.

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE ENFERMERIA EN ARGENTINA

INTRODUCCION

La presente propuesta incluye un fundamento y un esquema de base pensado con el objeto de desencadenar procesos de transformación de la atención de salud a partir del grupo específico de enfermería y toma como base los problemas y las líneas de acción priorizadas

Este pensamiento ha sido discutido y construido por múltiples grupos, en función de sus realidades, necesidades e intereses locales y es esperable que continúe siéndolo de manera que más y mejores aportes confluyan a su enriquecimiento.

MARCO CONCEPTUAL

Enfermería como profesión puede y debe contribuir al cambio social que vive el país, desde su participación en el campo de la salud; ella tiene una contribución específica la cual le permite integrarse en un equipo multiprofesional, cuya labor consiste en procurar «salud para todos». En este sentido su cometido y aporte se realiza a través de acciones dirigidas a promover la salud, prevenir las enfermedades, la atención de los aspectos curativos y restaurativos tanto del hombre individual como colectivo y por lo tanto el abordaje integral del hombre en su totalidad biopsicosocial.

La enfermera, al ejecutar sus funciones asume varios papeles: proveedor de atención directa, educador, administrador, comunicador, investigador y defensor de los derechos de la población entre otros. Son muchas las circunstancias en que se encuentra, a menudo necesitando una ampliación de su rol para adecuar sus funciones a situaciones específicas. Dentro de este panorama tiene un papel social muy importante no sólo como enfermera sino también a través de su compromiso profesional, movilizandando esfuerzos propios y de otros para alcanzar salud para todos en un contexto de calidad y equidad.

La atención de la salud constituye un vastísimo espacio donde las enfermeras tienen innumerables oportunidades de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los argentinos. Hacer posible el aprovechamiento de esas oportunidades, representa un desafío que las enfermeras no pueden obviar, a riesgo de ser partícipes necesarias del abandono social y técnico de los principales problemas de la sociedad.⁵⁷

Dichas oportunidades se presentan ahora como espacios virtuales que es necesario reconocer a los fines de construir el protagonismo de enfermería en la atención de la salud. Existen buenas razones para pensar que este grupo ocupacional puede y está llamado a tomar posición al respecto:

- La primera de ellas es la *magnitud del grupo* de enfermería que representa una destacada proporción en el total de trabajadores de la salud; el tamaño proporcional del sector de enfermería permite pensar que, si sus prácticas son orientadas hacia la ampliación de cobertura, un enorme grupo poblacional va a beneficiarse de ellas.
- En otro sentido, la *magnitud del grupo* de enfermería representa una cualidad nada desdeñable en relación a la fuerza social y capacidad de incidencia en las decisiones políticas en todos los campos y particularmente en el sanitario.
- La segunda está constituida por el *monto y tipo* de prestaciones y la amplia gama de situaciones de salud-enfermedad a la que las enfermeras dan atención; si ellas son direccionadas en el sentido antes mencionado, es posible prever un impacto pleno.
- La tercera razón es que la condición de *tarea humanitaria* por la cual las enfermeras reciben particular reconocimiento social, no es casual y en ella reside una gran posibilidad de recepción de prestaciones por parte de la comunidad, en virtud del carácter comprensivo y de contención que cualifica las acciones de enfermería.
- Las enfermeras se encuentran en mejores condiciones que otros grupos profesionales para afrontar el futuro de la salud, por cuanto los propios procesos sociales y sanitarios se encuentran en la búsqueda de la humanización de la vida cotidiana y de la atención médica.

- La última razón es que las enfermeras, tanto de servicio, como de docencia, suelen ser proclives a la introducción de modelos alternativos de práctica, enseñanza y organización en salud, aún cuando a menudo hayan fallado en los análisis de inicio y, en consecuencia, hayan arribado a reiterados fracasos operativos. Esta capacidad generadora y esperanzada del grupo de enfermería, constituye uno de los espacios virtuales más propicios a ser aprovechados, para desencadenar procesos de transformación en salud, toda vez que vayan acompañados de alguna formación en nuevas categorías de análisis y estrategias de desarrollo.⁵⁸

El reconocimiento de estas ventajas puede ser el punto de partida para construir y jerarquizar el aporte que las enfermeras argentinas pueden hacer en favor de los siguientes tópicos principales:

- La identificación de los problemas de salud de las poblaciones, en virtud del impacto de los cambios sociales y las luchas de poder.
- La participación en las decisiones políticas y sanitarias en salud.
- La generación de programas de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades y daños sobreagregados, para la población en general, y para grupos específicos e instituciones de riesgo.
- La implementación de acciones a nivel de los servicios sanitarios en dirección a la humanización de la atención de salud y la consideración integral de los problemas de salud y enfermedad.
- La generación de procesos transformadores de las instituciones sanitarias tradicionales favoreciendo la creación de redes de servicios que atiendan integralmente a la población en sus problemas de sufrimiento psíquico, físico y social y les faciliten una inserción social plena.
- La articulación de las distintas disciplinas y sectores (salud, educación, justicia, seguridad, trabajo, comunicación, etc.) en apoyo a los programas de salud y su relación con las políticas sociales y económicas.
- La revisión y transformación de los modelos de producción de conocimientos, formación y educación permanente de personal en salud, en dirección a los cambios propuestos.

- La vinculación de los distintos grupos del ámbito profesional en favor del desarrollo de la enfermería y la salud.⁵⁹
- La humanización de la atención de salud, en el marco de la humanización y desmedicalización de la vida cotidiana de los hombres y mujeres argentinos.

PROPOSITOS

- Favorecer estudios estratégicos de la situación de salud y enfermería, en especial los estudios epidemiológicos y de servicios.
- Contribuir a la transformación de conceptos y prácticas de salud y aportar al desarrollo de políticas y de servicios descentralizados e integrales de atención de salud .
- Desencadenar procesos de transformación de servicios de salud y particularmente de enfermería.
- Calificar la atención de enfermería para aportar al mejoramiento de la salud de la población.
- Promover el mejoramiento de las condiciones de empleo y salud del personal de enfermería.

OBJETIVOS

- Realizar análisis estratégico de la situación de salud y de enfermería en el país con participación de grupos provinciales como punto de partida para la re-creación y continuidad del proyecto de desarrollo integral de enfermería en Argentina.
- Profundizar el estudio y abordaje de la fuerza de trabajo en enfermería con especificaciones en las condiciones de empleo y salud del sector.
- Desarrollar programas alternativos de formación de auxiliares y enfermeros y de educación permanente para todos los niveles del personal de enfermería con métodos no convencionales en el marco de la integración docente asistencial.
- Favorecer la transformación de los planes de estudio de grado y la formación de post-grado de las enfermeras, ambos orientados

hacia la transformación de los modelos conceptuales y prácticos de atención de enfermería.

- Apoyar investigaciones operacionales que contribuyan al conocimiento epidemiológico de la salud de los argentinos y a la transformación de la atención de salud, con especial énfasis en la calidad de atención de enfermería.
- Promover la creación de un sistema integral de información de enfermería a nivel local, provincial y nacional articulado con la región.
- Promover la formación de líderes de enfermería en conducción estratégica y generar proyectos estratégicos de desarrollo de servicios de enfermería a nivel nacional, provincial y municipal, con énfasis en el aumento de la calidad de atención.
- Crear una red de vínculos para la socialización de conocimientos y experiencias, que potencien y profundicen los emprendimientos desencadenados en Argentina y los conecten con experiencias similares de otros países.
- Fortalecer a las asociaciones de clase con miras a generar organismos colegiados, leyes y mejores condiciones de trabajo para el sector.

LINEAS DE ACCION

Los medios para revertir la situación de enfermería en Argentina pueden ser de diversos órdenes; sin embargo, se estima que deben estar prioritariamente orientados hacia:

- *El análisis estratégico de la situación de salud y enfermería*
- **La formación y la educación permanente** con fines del aumento de la cantidad y calificación del personal de enfermería
- **La investigación y la organización de sistemas de información de enfermería** con el objeto del estímulo a la producción y transferencia de conocimientos de salud y enfermería
- *El impulso a la generación y conducción estratégica de proyectos de desarrollo de servicios de enfermería, particularmente orienta-*

dos al logro de la pertinencia y el aumento en la calidad de los servicios

- **La promoción de vínculos profesionales y multiprofesionales y**
- **El fortalecimiento de las asociaciones de clase, si se quiere producir un impacto transformador y duradero en la atención a la salud de la comunidad argentina.⁶⁰ A saber:**

Análisis estratégico de la situación de salud y de enfermería

En el contexto anteriormente señalado, es posible asegurar, en primer término, que el *punto de inflexión* está dado por la introducción de nuevas categorías de análisis de la situación que, partiendo de una concepción contextualizada y compleja de la sociedad, la salud y la enfermería en el marco de las relaciones de poder, permitan desarrollar el **pensamiento estratégico** en favor de la generación de procesos transformadores. Es necesario entender que los problemas de salud *son otros* que los que proponen las categorías tradicionales y que se precisa una rápida *inversión de prioridades*, si se quiere ser congruentes con los requerimientos socio-sanitarios de las poblaciones.

En el campo de la salud el pensamiento estratégico resulta imprescindible a la hora de proponer y conducir acciones sanitarias pertinentes y efectivas, por cuanto, como pocos otros campos sociales, éste se encuentra particularmente atravesado por las distintas fuerzas del poder cotidiano, político, técnico y administrativo.

En tal sentido, el **análisis estratégico** de partida, precisa estudiar la situación en términos de cuál es el estado actual de salud de cada población en función de sus causas bio-ecológicas y socio-culturales. Es necesario analizar quién, porqué, para qué, cómo y para quién, se detentan y ejercen los poderes de decisión y conducción en salud (político); de producción y transmisión de saberes, de circulación de informaciones y de transferencia a las prácticas (técnico); de asignación, distribución, uso y vinculación de recursos (administrativo); qué y cómo se sustentan valores, creencias y prácticas de la vida social en torno de la salud; y finalmente cómo se articulan todos ellos para configurar el estado de salud de la población, así como para sostener un determinado modelo dominante de concepciones y prácticas sanitarias en particular de enfermería.

Es preciso también discutir el lugar que enfermería ocupa en cada uno

de ellos, cómo es determinada y condicionada su acción por dichos poderes y cómo se inserta orgánicamente para potenciarlos, neutralizarlos o confrontarlos. El estudio del sector resulta imprescindible para entender los comportamientos, a menudo inconscientes, por medio de los cuales se ocupan lugares de poder y dependencia en la configuración general del modelo sanitario.

Generación y conducción estratégica de proyectos de desarrollo de servicios de salud y enfermería

Cuando se ha podido pensar la situación global de esta manera, es también posible y necesario desarrollar el *pensamiento y la acción estratégica que, con una mirada hacia el futuro, permita primeramente formar líderes con visión y competencia estratégica* y luego capaces de emprender *proyectos estratégicos de desarrollo de servicios de salud y enfermería*, políticamente articulados, particularmente locales y constructores de una nueva situación general. En este sentido, el pensamiento estratégico es un pensamiento *pro-activo*, más bien analiza el futuro en función de una intencionalidad básica de transformación y proyecta hacia él acciones participativas de direccionamiento, consenso, intervención y evaluación permanente, ligadas a la identificación y superación de los obstáculos y el uso positivo de conflictos y contradicciones en el campo sanitario.

Sólo es posible este lineamiento en tanto haya enfermeras capaces de liderar (desencadenar, conducir y consolidar) los mencionados desenvolvimientos y que hayan sido formadas en la complejidad de los conceptos y prácticas de la administración estratégica de los servicios de salud, que no sólo incluye procesos intelectivos y comunicacionales, sino principalmente afectivos, simbólicos y socio-políticos.

Esta línea de trabajo debe enfatizar y desarrollar conceptos y prácticas tendientes a aumentar la pertinencia y la calidad de los servicios de enfermería en relación a las necesidades de salud de la población.

Formación y educación permanente

El aumento de la cantidad y calificación del personal de enfermería constituye el fundamento de la tercera línea de acción: *la formación de mayor número y mejor calificación de personal de enfermería y la educación permanente* del mismo. En este sentido es necesario entender que, el cambio en las organizaciones sociales parte del cambio en las

personas y que la participación de las mismas en estas modificaciones constituye la posición ética central en el marco del respeto por la dignidad, la democracia, la equidad y la autonomía.

La formación básica, la educación permanente y de post-grado del personal de enfermería, ha de ser un proceso tendiente a transformar la realidad; su verdadero sentido se encuentra en la contribución que brinde a la resolución de los problemas de salud que emergen de la vida social. De tal modo, un proyecto educativo, no puede concebirse como un fin en sí mismo y una mera reproducción de lo existente, sino esencialmente como una estrategia de cambio orientada hacia modelos que superen los valores, los conceptos y las prácticas actuales e impidan nuevos fracasos; modelos que revelen compromiso social, pertinencia, y responsabilidad por los problemas de salud de las comunidades, así como comprensión de los recursos de que se dispone para enfrentarlos.

Dicho estilo educativo ha de fundarse, entonces, en el análisis estratégico de las situaciones y desarrollarse mediante modelos pedagógicos que aseguren la transformación de las prácticas en el curso de la formación. La educación problematizadora integral, que abarca las dimensiones afectiva, ética, estética, racional, comunicacional y política de los participantes, viene dando resultados promisorios, toda vez que se articula con el proceso de trabajo en salud y considera los aspectos grupales e institucionales como estructurantes de la práctica de aprender, asistir y conducir procesos sanitarios. **La estrategia crucial de este modelo formador, radica en la proposición, implementación y evaluación de proyectos de transformación conceptual y práctica como parte del proceso educativo.**

Parece necesario incidir también en los programas de licenciatura que, contando con enfermeros titulados e insertos en el medio laboral, pueden producir fuertes cambios, toda vez que el proceso educativo adopte como objeto de estudio y de transformación la propia práctica profesional.

Investigación y producción de sistemas integrales de información en enfermería

El estímulo a la producción y transferencia de conocimientos dirige la cuarta línea de acción orientada hacia la ejecución de investigaciones de salud y de enfermería particularmente orientadas al conocimiento epidemiológico, a la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en

enfermería, así como de sus condiciones de empleo y salud y al conocimiento y transformación de las prácticas asistenciales, administrativas y docentes de enfermería. La misma ha de jugar un papel central en el proceso de retroalimentación y enriquecimiento de la atención; así también favorecerá la comprensión compleja de los problemas por los que atraviesa el área. Un complemento indispensable para este proceso es la viabilización de un sistema integral de información de enfermería con accesibilidad a la mayor parte del personal del sector en Argentina y su relación con sistemas informáticos internacionales. En tal sentido será necesario el desarrollo de una red informática de enfermería en Argentina que alimente y retroalimente los procesos.

Fortalecimiento de las asociaciones de clase

La quinta estrategia pensada para el desarrollo implica el fortalecimiento de las asociaciones de clase con orientaciones explícitas hacia: a) la constitución y regulación de colegios profesionales con fuerza de poder público delegado; b) el incentivo a la formulación de leyes que rijan el ejercicio y la educación de enfermería y su inserción en el sistema social y de salud, c) el estudio y abordaje de las condiciones y medio ambiente de trabajo en enfermería, así como de su situación de salud con carácter de grupo de riesgo el desarrollo.

El fortalecimiento de la enfermería como grupo de clase parece imprescindible a los fines de contener y potenciar el resto de las estrategias de acción futura y fundamentalmente aumentar su status social que le permita insertarse con mayor fuerza en los ámbitos científico-técnicos y económico-sociales. Ello devengara en un impacto en la calidad de atención de salud.

Creación de espacios de vinculación y participación

La sexta estrategia puede estar constituida por la creación de espacios de participación y vinculación de diversos niveles y ámbitos, en donde las enfermeras discutan situaciones, generen líneas de trabajo, intercambien experiencias, recuperen fuerzas y voluntades y conduzcan la atención de enfermería en la dirección de los proyectos locales o nacionales; espacios que, a su vez, alienten la producción de medidas multiprofesionales e impacten en otras disciplinas y sectores, en favor del fortalecimiento de la acción.

En este sentido, un elemento esencial está constituido por la participa-

ción de las enfermeras en espacios interjurisdiccionales, intersectoriales e interdisciplinarios, los cuales favorecen su desarrollo y se enriquecen con sus aportes.

El desenvolvimiento y fortalecimiento de vínculos socio-afectivos, científicos y políticos constituye uno de los ejes principales, a decir por su capacidad de potenciación de los procesos sociales y profesionales y por las posibilidades que abre a la integración de las enfermeras entre sí y con otros países.⁶¹

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un grupo de conducción nacional del proyecto con representación de las distintas regiones, sectores e instituciones.
- Actualización bienal del documento estratégico de la situación de salud y de enfermería en Argentina.
- Desarrollo de programas de educación permanente orientados hacia la transformación de las prácticas de atención de la salud con la cobertura del 75% del personal de enfermería.
- Generación de programas de reformulación de la enseñanza de la enfermería de pre-grado en el 75% de las escuelas universitarias, con orientación hacia el modelo de trabajo estudio en sus dos niveles.
- Creación de cursos de especialización de enfermería en áreas críticas y promoción del ingreso de enfermeras a maestrías interdisciplinarias nacionales y maestrías de enfermería internacionales, incrementando en un 10% la formación de post-grado de las enfermeras.
- Constitución de 23 grupos de conducción a nivel provincial y formación en administración estratégica de los servicios de salud.
- Generación de 23 proyectos estratégicos de transformación de unidades asistenciales y educativas de salud y enfermería con énfasis en pertinencia y calidad de servicios.
- Producción de 23 investigaciones operativas orientadas al cono-

cimiento epidemiológico, calidad, pertinencia y transformación de servicios y docencia en enfermería, al conocimiento de la composición y dinámica de la fuerza de trabajo del sector, sus condiciones laborales y de salud.

- Instalación y gestión de una red informática de enfermería en Argentina.
- Producción de 10 proyectos de colegiación y 10 proyectos de ley de ejercicio y educación en enfermería en provincias argentinas.
- Creación de instancias de vinculación de personas, conocimientos, y experiencias de enfermería en el marco del proyecto argentino y con otros países de América Latina.

PROGRAMACION

Las líneas de trabajo serán promovidas a nivel provincial en el marco de los **Planes de Desarrollo de Enfermería**, elaborándose, con los distintos grupos de conducción, los programas respectivos. Se podrán realizar con la cooperación técnica de OPS/OMS y será estimulada la intervención de organismos provinciales de salud y educación, así como de representantes de los distintos sectores de enfermería (servicio, docencia, gremio, asociaciones de clase).

BIBLIOGRAFIA

Referencias bibliográficas

- 1 Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica, 1990. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 5, Nº 34. Bs. As. RA., 1992
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación Argentina. Las Condiciones de salud en las Américas. RA. 1993.
- 3 González García, G., Abadie, J. Llovet, J. y Ramos, S. Gasto en salud y en medicamentos, CEDES / CONSISA. Bs. As., RA. 1988.
- 4 Katz, J. y Muñoz, A. Organización del sector salud: puja distributiva. CEPAL. Bs. As., RA, 1989
- 5 Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Descripción de la situación de salud. Bs. As., RA. 1985.
- 6 Malvárez, S. Enfermería en salud mental en América Latina: tendencias y perspectivas. Documento inédito. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Representación Argentina. Bs. As. R.A., 1994.
- 7 Op. cit.,6
- 8 Op. cit. 6
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Lineamientos para un plan de desarrollo de enfermería en salud mental en Argentina. Documento inédito. Bs. As., R.A., 1994.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Cooperación técnica en enfermería - PWR - Argentina, 1990-1991. Bs. As. R.A., 1992
- 11 Op. cit., 6
- 12 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Análisis prospectivo de la educación en enfermería, Washington, DC, USA. 1987
- 13 Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Informe final del Seminario de Formación de Recursos Humanos en Enfermería. Bs. As. R.A.. 1991.
- 14 Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Estudios de actualización del recurso humano de enfermería realizados por el Ministerio de Salud de la Nación y Secretarías de Salud de las provincias con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, Argentina 1994. Bs. As., R.A., 1994.
- 15 Espino, S. La investigación como medio para el desarrollo de enfermería. Bs. As., R.A.. 1992.
- 16 Op. cit. 14
- 17 Wainerman, C. y Geldstein, R. Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en Argentina. Centro de Estudios de Población. Bs. As., RA., 1990
- 18 Op. cit. 17

- 19 Op. cit.: 17
- 20 Op. cit. 14
- 21 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Análisis de situación y planes de desarrollo provincial de enfermería de las provincias argentinas. 1989-1994. Bs. As., R.A 1994
- 22 Op. cit., 14
- 23 Manfredi, M. Recursos humanos en enfermería. Programa de Recursos Humanos. OPS/OMS. Washington DC, USA. 1994.
- 24 Op. cit., 14
- 25 Op. cit., 14
- 26 Op. cit., 14
- 27 Op. cit., 10
- 28 Op. cit., 14
- 29 Op. cit., 10
- 30 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Cooperación técnica en enfermería: Proyecto de profesionalización del personal auxiliar de enfermería que se desempeña en los servicios de salud. Bs. As. R.A.. 1992
- 31 Op. cit., 10
- 32 Op. cit., 10
- 33 Op. cit., 10
- 34 Op. cit., 17
- 35 Op. cit., 17
- 36 Op. cit., 17
- 37 Malvárez, S. Piovano, M. y Abdala, M. Formación y condiciones y medio ambiente de trabajo en enfermería. Córdoba, R.A.. 1990
- 38 Op. cit., 37
- 39 Malvárez, S. Piovano, M., Colman, B. y Silvetti, F. La investigación en enfermería como poder de cambio. Actas del VII Congreso Panamericano y XII Congreso Argentino de Enfermería. Federación Argentina de Enfermería. Bs.As. RA., 1986.
- 40 Op. cit., 10
- 41 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Representación en Argentina. Cooperación técnica en enfermería - PWR - Argentina, 1992- 1993, Bs.As., RA. 1993.
- 42 Op. cit., 10
- 43 Op. cit., 10
- 44 Op. cit., 10
- 45 Malvárez, S. Educación de enfermería en Argentina. Conferencia dictada en el Taller Regional de Educación de Enfermería y Programa de Libros de Texto. OPS/OMS. Bs. As., R.A.. 1993.
- 46 Op. cit., 45
- 47 Op. cit., 45
- 48 Op. cit., 45
- 49 Op. cit., 10
- 50 Op. cit., 6
- 51 Op. cit., 6

52 Op. cit., 10

53 Op. cit., 45

54 Brito, P. Las transformaciones profesionales y su influencia sobre la formación de recursos humanos en salud. Algunas reflexiones sobre la enfermería. Conferencia dictada en el Taller Regional de Educación de Enfermería y Programa de Libros de Texto. OPS/OMS. Bs. As., R.A. 1993.

55 Op. cit., 54

56 Op. cit., 54

57 Op. cit., 9

58 Op. cit. 9

59 Op. cit. 9

60 Op. Cit. 9

61 Op. Cit. 9

Otras fuentes

- Abramzón, M. Argentina: situación de los recursos humanos en salud. Bs. As., RA., 1993.
- Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina. Recursos humanos en salud. Documento de trabajo de la Reunión de la Asociación. Bs. As., R.A., 1993.
- Belmartino S., Bloch C., Luppi, I. Quinteros, Z. y Troncoso, M.C.. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. OPS/OMS. Representación en Argentina. Nº 14. Bs. As., RA, 1990.
- Cetrángolo O., Damill, M., Katz, J, Lerner, L. y Ramos, S. . Desregulación y salud: un análisis de la reforma del sistema de obras sociales. Fundación Industrial Argentina. Instituto para el Desarrollo Industrial. Documento de trabajo Nº 2. Bs. As. RA., 1992
- Departamento Provincial de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Plan de desarrollo provincial de enfermería. Santa Fe, RA. 1991
- Departamento Provincial de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz y Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de la Patagonia Austral. Plan de desarrollo provincial de enfermería. Río Gallegos, Santa Cruz, RA. 1992
- Departamento Provincial de Enfermería de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de La Pampa. Plan de desarrollo provincial de enfermería. Santa Rosa, La Pampa, RA. 1992
- Davini, C. Propuesta pedagógica para la formación y desarrollo profesional: elementos para repensar el modelo educativo de enfermería. Conferencia dictada en el Taller Regional de Educación en Enfermería y Programa de Libros de Texto. OPS/OMS. Bs. As., R.A., 1993.
- Diéguez H., Llach, J.J. y Petrecolla, A.. El gasto público social. Instituto Di Tella. Serie Seminarios, Bs. As, RA., 1990.
- Dirección General de Enfermería del Consejo Provincial de Salud de la Provincia de Río Negro y Escuela Superior de Enfermería de Allen. Plan de desarrollo provincial de enfermería. Viedma, Río Negro, RA. 1992
- Dirección General de Enfermería del Consejo Provincial de Salud de la Provincia de Río Negro y Escuela Superior de Enfermería de Allen. Programa de Profesionalización de auxiliares de enfermería. Viedma, Río Negro, RA. 1992
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería. Rosario, Santa Fe, RA. 1992
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba y Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería del ámbito de la provincia de Córdoba. Córdoba, RA. 1993
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero y Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero. Proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería. Santiago del Estero, RA. 1994
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones y Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Proyecto de profesionalización de auxilia-

- res de enfermería. Posadas, Misiones, RA. 1994
- Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de la Patagonia «San Juan Bosco» y Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. Proyecto alternativo para la formación de enfermeros del Chubut, Comodoro Rivadavia, Chubut. RA. 1994
- Escuela de Salud Pública de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur. Plan de desarrollo provincial de enfermería. Ushuaia, Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur, RA. 1991.
- Espino, S., Curtis, Z., Díaz, D., y Davini, C. Capacitación permanente de personal empírico de enfermería para su nivelación como auxiliares. OPS/OMS/Arg. 1990
- Espino, S. Marco teórico de la enfermería: teorías que lo sustentan y modelos de atención. Conferencia dictada y publicada en el XIII Congreso Argentino de Enfermería. Federación Argentina de Enfermería. Mar del Plata, R.A.. 1990.
- Espino, S. Heredia, A. y Davini, C. Profesionalización del personal auxiliar de enfermería: una experiencia estratégica para la transformación de las prácticas de servicio y docencia. Ed. Méd. y Sal. Vol. 28, N° 2. Abril - Junio de 1994
- Ferro, R. Estrategias de supervivencia para seguir pensando: la salud mental y la Cuenca del Plata. Ponencia presentada en el Foro Concordia de Salud Mental. Concordia, R.A.. 1990.
- Haddad, J., Clasen Roschke, M. y Davini, C. Educación Permanente de personal de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. OPS/OMS. Washington, DC, USA. 1994
- Isuani, E. et al. Estado democrático y política social. EUDEBA, Bs. As., RA, 1990
- Jouval, Henri. Argentina, PWR-Argentina, Mimeo. Bs. As. RA., 1993.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Indicadores de salud y condiciones de vida, Bs. As, RA, 1991.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional, Bs. As, RA., 1985,1990, 1993.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Estadística de Salud. Mortalidad y morbilidad por accidentes, Bs. As. RA.. 1990.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Situación de salud de la mujer en Argentina. Bs. As., RA. Junio de 1994
- Minujin, A. y Kessler, G. La nueva pobreza en Argentina. Grupo Editorial Planeta. Bs.. As., RA. 1994
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Mundial de la Salud. Términos de referencia para la investigación en enfermería. Documento del Taller Regional de Investigación en Enfermería. San Pablo, BR., 1990
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La educación en enfermería y el Programa de libros de texto de la OPS/OMS. Documento de trabajo. Taller Regional de Educación en Enfermería y Programa de Libros de Texto. OPS/OMS. Bs. As., R. A., 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación científica N° 540. OPS/OMS. Washington DC, USA. 1992.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. CES-

- Ni. Situación alimentaria y nutricional de la Argentina, Documento mimeografiado, Bs.As. RA., 1992.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, INS-SIJ y Lemus, J. D. Investigación epidemiológica sobre morbilidad y características de cobertura en la tercera edad en la República Argentina, Documento mimeografiado, Bs. As. RA., 1991.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Lemus, J. D. El cólera en la Argentina. Documento mimeografiado. Bs.As. RA., 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rodríguez, C. Reunión nacional sobre salud de los trabajadores, Documento de trabajo mimeografiado. Bs. As. RA., 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y ALDIS. Evaluación nacional del decenio internacional del abastecimiento de agua potable y saneamiento, 1981-1990. Bs. As. RA., 1990.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Bordoni, N., Salud bucal, perfil epidemiológico en la República Argentina, Bs. As., RA., 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Mundial de la Salud. Sistemas locales de salud: la administración estratégica. Serie HSD/SILOS-2. OPS/OMS. Washington DC, USA. 1992.
- Paviglianitti, N. Neo-Conservadurismo y educación. Editorial Quirquincho, Bs. As. RA., 1991.
- Testa, M. Estado y salud. OPS/OMS, Representación en Argentina. Bs.As. RA, 1987.
- Testa, M. Pensar en salud. 2da. edición. Lugar Editorial. Bs. As., R.A.. 1993.
- Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud). OPS/OMS, Representación en Argentina. Bs. As., R.A. 1989.
- Wainerman, C. y Binstock, P. Ocupación y género: mujeres y varones en enfermería. Centro de Estudios de Población. Bs. As., R.A.. 1993

ANEXO 1

CRONOLOGIA DE PROCESOS Y ACCIONES DESENCADENADAS EN EL PAIS CON LA COOPERACION DE LA OPS/OMS PARA EL PROYECTO DE DESARROLLO DE ENFERMERIA EN ARGENTINA 1985 - 1995

1985 - 1986

- El Proyecto Regional de Personal de Salud de la OPS/OMS ofreció cooperación técnica para la reformulación curricular de las Escuelas Universitarias de Enfermería de Córdoba y Rosario dentro del marco de la integración docente asistencial, con énfasis en las necesidades de los servicios.
- Se comenzó el análisis prospectivo de la educación en enfermería en varias escuelas universitarias, con participación de servicio y docencia

1987

- Se inició el trabajo de Enfermería en Argentina con la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Acción Social.
- Se constituyó el grupo de enfermeras de los diversos sectores: salud, educación, asociaciones (FAE, AEUERA) para hacer el análisis de la realidad del sector salud y enfermería.
- Se planificó el proyecto inicial de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, de Argentina, que incluyó el componente Enfermería.
- Se inició un estudio del sector enfermería de los hospitales nacionales del país, contando con la colaboración de la Enfermera Dina Tomio.
- Se elaboró un documento técnico sobre Reconversión de Personal Empírico en la provincia de Córdoba iniciándose la implementación

de este Proyecto en dicha provincia y se dio apoyo pedagógico a la provincia de Santa Fe.

1988

- Se constituyó un equipo técnico integrado por la Consultora de la OPS/OMS en Recursos Humanos/Enfermería, en el país y por dos técnicas nacionales (Dra. Cristina Davini y Lic. Ana María Heredia).
- Se realizó el estudio exploratorio sobre las Escuelas de Enfermería (Dirección Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Acción Social y la Oficina Sanitaria Panamericana de Argentina (OPS/OMS).
- Se elaboraron materiales de apoyo para la reformulación curricular de las Escuelas de Enfermería y para la formación de auxiliares: «Propuesta de Lineamientos Metodológicos para la Elaboración Curricular de la Formación de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería».
- Se intensificó el fortalecimiento de las escuelas universitarias de enfermería con la participación de docencia y servicio.

1989

- Se publicó el documento «Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud», que apoya además del área de enfermería, otros proyectos de personal de salud.
- Se inició el trabajo de cooperación técnica en las provincias a través de la constitución de comisiones tripartitas de servicios, docencia y gremios, las mismas que contaron desde su inicio con el respaldo de los Ministerios/Secretarías de Salud y Universidades de las provincias respectivas.
- Las comisiones provinciales tripartitas y/o bipartitas comenzaron el trabajo de análisis de la situación de enfermería en las provincias con miras a generar acciones para el desarrollo.
- Se inició el desarrollo de talleres de capacitación técnica y pedagógica en las provincias del país (con énfasis en métodos no convencionales/ Trabajo - Estudio)..

- Se ofreció cooperación técnica a la Convención Nacional de la Federación Argentina de Enfermería para definir Políticas de Enfermería en Argentina.
- Se elaboraron módulos de educación permanente y se inició asesoría en esta área dentro de los Proyectos Provinciales.

1990

- Se sistematizó y documentó el «Plan de Desarrollo de Enfermería en Argentina», el mismo que se reactualizó en 1992 y 1994.
- Se realizó la primera Reunión Nacional de Enfermería para dar a conocer el documento del Proyecto Nacional de Desarrollo de Enfermería en Argentina, discutirlo con todas las provincias y recibir sugerencias para producir ajustes.
- Se inició el fortalecimiento de los Departamentos Provinciales de Enfermería como condición básica al desarrollo del Proyecto.
- Se iniciaron gestiones con las autoridades provinciales de salud y educación con el objeto de obtener el apoyo político y económico en cada una de las provincias.
- Se elaboró la propuesta de «Reconversión de Personal Auxiliar de Enfermería» (Auxiliar-Enfermero), denominado «Profesionalización del personal auxiliar» que se desempeña en el servicio.
- Se inició la implementación del Proyecto «Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en la región Centro (Córdoba, Santa Fe) y Patagonia (Santa Cruz, Chubut, Tierra del Fuego, Neuquén y Río Negro).
- Se apoyó a las licenciaturas a distancia del país, realizadas por las Universidades de Rosario y Córdoba.

1991

- Se planificó, conjuntamente con el Ministerio de Salud y la OPS, el plan de Desarrollo de Enfermería en Argentina 1991-1992.
- Se inició la cooperación técnica formal con la Federación Argentina

de Enfermeras (FAE) y la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA) y se definieron planes de trabajo, incluyendo cooperación técnica de la OPS. Ambas instituciones venían trabajando desde el año 1989 en el Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina.

- Se realizó la segunda Reunión Nacional de Enfermería para evaluar y definir el seguimiento del Proyecto.
- Se publicó en la revista Educación Médica y Salud el programa de Reconversión del Personal Empírico, una experiencia de Educación Permanente. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y OPS/Argentina.

1992

- Se realizó la tercera Reunión Nacional de Enfermería para evaluar y redefinir la continuidad del Proyecto.
- La Secretaría de Salud de la Nación crea la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Enfermería.
- Se publicó el documento técnico «Desarrollo de Enfermería en Argentina: una experiencia de investigación - acción».

1993

- Se consolidó el Proyecto «Desarrollo de Enfermería en Argentina», en la Región Patagónica y Centro del país, principalmente en las provincias de Río Negro, Córdoba y Santa Fe, tratando de intensificar las acciones en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires.
- Se donó material bibliográfico para el fortalecimiento del Centro de Documentación de la Sede Central de la FAE y sus Asociaciones provinciales.
- Se apoyó la difusión de información y de materiales educativos, con metodologías no convencionales (provincia de Río Negro y Córdoba).
- Se asumió el compromiso por parte de OPS de asesorar el plan de trabajo de la Fundación Argentina para el Progreso de Enfermería.

- Se ofreció cooperación técnica para la elaboración del Plan de Trabajo de FAE en relación al Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina.
- Se brindó apoyo técnico a la Reglamentación de la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de Enfermería.
- Se brindó cooperación técnica para la elaboración y obtención de apoyo político a las Resoluciones Ministeriales 1027 y 3340, de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación para la «Profesionalización de 10.000 auxiliares de Enfermería».
- Se dotó a los Proyectos de Reconversión de Empíricos y de Profesionalización de Auxiliares, de material bibliográfico de última generación, cooperación que se reitera anualmente hasta el presente.
- Se planificó y desarrolló en Argentina, con apoyo del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, el Taller de «Educación en Enfermería y Programa de Libros de Texto de la Organización Panamericana de la Salud», donde Argentina presentó, a nivel internacional, el Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina.

1994

- Se consolidó el Proyecto «Desarrollo de Enfermería en Argentina» en la región del noroeste argentino, (Salta, Jujuy, Santiago del Estero) y se reactualizó la cooperación técnica con la región de Cuyo, (Mendoza y San Juan).
- Se ofreció apoyo técnico al Ministerio de Salud para la revisión del curriculum de formación de enfermeras por ley 35/69.
- Se constituyó un grupo técnico consultor y se elaboró el proyecto subregional preliminar de «Promoción de la Salud Mental y Prevención del Uso indebido de Drogas» en el marco del Proyecto de Cooperación Técnica de la Federación Iberoamericana de Enfermería (FIDE XXI) y la Organización Panamericana de la Salud, con la participación de una de las Vicepresidentes de FIDE encargada de la cooperación en la subregión austral.

- Para tal efecto, la Organización realizó también la preparación de dos documentos básicos de apoyo a la realización del Proyecto. Los mismos fueron: «Salud Mental y Fin de Siglo: Aportes para el Análisis Estratégico», y «Enfermería en Salud Mental en América Latina, Tendencias y Perspectivas».
- Se realizó la actualización del estudio de recursos humanos de enfermería en Argentina. OPS/OMS/Argentina y Ministerio de Salud de la Nación.
- Se publicó en la Revista Educación Médica y Salud de la OPS, el artículo «Profesionalización del Personal Auxiliar de Enfermería: Una Experiencia Estratégica para la transformación de las prácticas de trabajo y docencia».
- Por invitación de la División de Desarrollo de Servicios de Salud y Promoción de la Salud, la consultora de OPS/OMS en Argentina y una enfermera especialista en Salud Mental, Lic. Silvina Malvárez, participaron en la reunión de Desarrollo de los Servicios en Salud Mental para Países del Cono Sur. A su regreso se difundió el informe del Taller.
- Según el compromiso asumido en la reunión mencionada anteriormente se preparó el «Proyecto de Desarrollo de Servicios de Enfermería en Salud Mental en Argentina», el mismo que, con apoyo de la División de Desarrollo de Servicios de Salud de la Oficina Central, buscará financiamiento externo, para ser implementado y desarrollarse dentro de la estrategia de cooperación técnica entre países de la OPS/OMS.
- A solicitud del Programa Especial de Salud Materno-Infantil y Población de OPS/OMS, el grupo técnico consultor del Proyecto Cooperación Técnica entre Provincias, preparó el «Proyecto Regional de Educación Permanente del Personal Auxiliar de Enfermería en Emergencias Obstétricas», proponiendo métodos no convencionales, basado en la experiencia argentina.

1995

- Se consolida el Proyecto de Desarrollo de Enfermería en Argentina, en la región Noroeste Argentino, (Corrientes, Chaco, Formosa, y Misiones).

- Se consolida un grupo nacional apto para ofrecer cooperación técnica a nivel nacional y otros países, integrado por enfermeras argentinas.
- Se preparó la publicación «Desarrollo de la Enfermería en Argentina 1985-1995: Análisis de Situación y Líneas de Trabajo».

Este libro se terminó de imprimir en
el mes de agosto de 1995, en Marcelo
Kohan, Impresiones & Diseño, José
Cubas 4530, Capital, 503-0622.