

ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA^{1,2}

INTRODUCCION

Puestas en relieve las demandas crecientes de la población frente a sus necesidades de salud, por el advenimiento de nuevas políticas de salud y por la adopción de la estrategia de atención primaria, se observa que se desarrolla una conciencia en la profesión de enfermería de que el actual modelo de prestación de servicios debe modificarse y la enfermera debe asumir un papel más activo para contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT/2000). Paralelo a estos cambios, se necesitaría una reorientación de los procesos de formación de recursos humanos en enfermería, lo cual debe realizarse tomando en cuenta el contexto político y socioeconómico que caracteriza a la sociedad, la problemática de salud, la organización de los servicios de salud, el conocimiento científico-técnico en enfermería y el desarrollo del proceso educativo.

En una sociedad que experimenta cambios de crisis en todas las esferas, como los que enfrenta hoy, es importante precisar la contribución de enfermería teniendo en cuenta no solo la situación actual, sino también el desarrollo de esta sociedad hacia el futuro.

¹ El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina fue presentado en *Educación Médica y Salud*, Vol. 22, No. 3, 1988.

² Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. José Roberto Ferreira, Coordinador, y Carol B. Collado y Maricel Manfredi, responsables del proyecto, agradecen la cooperación de las siguientes personas, cuya intervención fue invaluable en el diseño e implementación de esa metodología en enfermería: Susana E. de Alayo, OPS/Argentina; Francisca de Canales, OPS/PASCAP/Honduras; Georgina de Carrillo, Ecuador; María Eugenia Casas, Colombia; Silvia Daneri, Argentina; Gloria Drago, Argentina; Estrella Fernández, Argentina; Carmen Victoria Flores, Venezuela; Nilma Santos Fontanides, Brasil; Gloria Miotto Wright, Brasil; Gladys Quintanilla, Chile; Noemí Ríos, Paraguay; Ursulina Rodríguez, Venezuela; Ma. Alice Roschke, OPS/Washington, DC; Soledad Sánchez, Uruguay; Lourdes Velasco, Ecuador; Olga Verderese, Brasil; Carlos Vidal, OPS/Argentina y Rosa Villalba, Argentina.

Si bien es cierto que enfermería ha participado en muchos avances en el área de la salud, la situación actual parece demandar un desempeño aún más efectivo, más coherente con la realidad socioeconómica de los países y llevado a cabo de tal manera que cause un impacto en la situación de salud, moviéndola hacia la meta SPT/2000.

Tradicionalmente, la escuela de enfermería utilizará dos procesos en definir su quehacer: evaluación y planeación.

La evaluación se ha usado para conocer frente a criterios establecidos, cómo una escuela ha venido desarrollando la educación de enfermería dentro de esa misma escuela. Aunque mucho han servido en su momento, las evaluaciones tienden a concentrarse en los aspectos técnico-administrativos y curriculares, desde un punto de vista que suele estar circunscrito a la profesión misma.

Por otro lado, la planeación ha sido aplicada para adelantar el camino de las instituciones docentes, pero así como en el caso de la evaluación, poco se ha usado para tomar en cuenta la salud como elemento del desarrollo sociopolítico-económico, no porque la metodología no lo permita, pero quizás por partir del punto de vista de las evaluaciones de tipo técnico.

En el proceso de explorar metodologías que facilitarían a la enfermería la toma de un papel más relevante en relación a SPT/2000, se encontró que al parecer, la metodología de análisis prospectivo tiene muchas ventajas. Además, contiene componentes de procesos familiares, lo cual hará más fácil su aplicación.

El análisis prospectivo ofrece la posibilidad de crear un futuro deseado tomando en cuenta los elementos sociales e históricos individuales de cada institución —no solo los de la actualidad, sino ideando condiciones futuras. La incorporación de los elementos socioeconómico-políticos es fundamental en encontrar soluciones a la situación actual. El aspecto de tomar el futuro deseado como punto de partida para ubicar o diagnosticar la situación actual de la escuela, permite identificar la distancia entre estos puntos y le proporciona una idea de los esfuerzos necesarios para lograr el objetivo propuesto. Además, como el grupo de trabajo está pensando en cómo establecer un camino hacia el futuro, el análisis prospectivo tiende a evitar los problemas de culpabilidad y defensa, comunes al proceso tradicional de evaluación y permite dirigir las energías hacia el proceso de cambio.

Antes de entrar de lleno en los detalles de esa metodología, valdría examinar los esfuerzos hechos hasta ahora. Para ubicar al análisis prospectivo en su contexto, se examinaría la historia de la evaluación en la Región de las Américas con el fin de facilitar la comprensión de los esfuerzos de las escuelas de enfermería para mejorarse.

LA EVALUACION SISTEMATIZADA EN AMERICA LATINA

La expansión e institucionalización de la educación en enfermería en escuelas dependientes de hospitales, ministerios de salud y/o universidades que se observa a partir de la II Guerra Mundial, hace que en 1949 surja una preocupación por parte de la OPS de promover evaluación en la educación en enfermería en América Latina. Se aplica entonces una encuesta a las escuelas existentes con el objeto de determinar cuáles de ellas podrían servir de centros de adiestramiento para enfermeras procedentes de otros países, donde la enseñanza de la profesión se encontraba en sus fases iniciales.

Los resultados encontrados mostraron que la educación para enfermeras se orientaba al cuidado hospitalario, enfatizando atención en salas de operaciones y relegando a un segundo plano la formación en salud pública. Los cursos básicos se constituían en enseñanza teórica y experiencia práctica que en general no se encontraban articuladas. La enseñanza de las ciencias sociales no tenía relevancia en los planes de estudio. Los programas existentes en general no cumplían los requisitos universitarios, principalmente en relación a las exigencias de escolaridad previa.

Este primer esfuerzo de llevar la evaluación a la mayoría de las escuelas permitió fijar criterios mínimos en términos de elevar los requisitos educacionales de ingreso, preparación del personal directivo y docente, duración mínima del programa y experiencias educativas en las áreas hospitalarias y de salud pública.

La incorporación de la educación de enfermería a la universidad, de manera sistemática que tuvo su inicio en los años 1950, fue fuertemente influenciada por los modelos pedagógicos dominantes en la formación médica. En función de la reforma Flexneriana, el modelo pedagógico estableció límites precisos entre la enseñanza básica y la clínica. Varios programas pasaron a ofrecer las asignaturas de ciencias básicas en departamentos especializados de la universidad. El hospital continuó centralizando las experiencias profesionales y las pocas experiencias en salud pública eran desarrolladas durante el último año académico y en centros de salud "modelo".

En 1959, se realizó una segunda encuesta en las escuelas de enfermería, bajo los auspicios de la OPS, para identificar el número de escuelas que reunían los requisitos mínimos establecidos a partir de la evaluación y los cambios y tendencias introducidos desde 1949. Otra finalidad fue la identificación de áreas que requerían cambios para asegurar una formación adecuada de las enfermeras.

El estudio constató que se había duplicado el número de escuelas que reunían los requisitos mínimos, un aumento del número de estudiantes y la elevación en el número de escuelas con secundaria completa como requisito de ingreso. La información recogida sobre la forma-

ción de directoras, supervisoras e instructoras mostró pocos cambios desde 1949, existiendo aún grandes necesidades respecto a su nivel de preparación. Los planes de estudio mostraban un aumento del tiempo dedicado a las áreas de salud pública y enfermedades transmisibles.

Estos cambios en la formación de la enfermera coincidieron con el desarrollo de la medicina preventiva, la creación de servicios integrales de salud y la influencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Había una mejor utilización de la práctica clínica, y a pesar de que se continuaba la enseñanza por materias, se observaba ya en algunas escuelas la integración por áreas de enfermería. La incorporación de materias como ciencias sociales y de la conducta, comenzaba a evidenciarse como parte básica de los planes de estudios.

En 1976, se realizó una tercera evaluación sobre educación en enfermería en las universidades. Su objetivo era determinar en qué medida las escuelas respondían a las necesidades de salud de los países para que a partir de esta evaluación pudiesen identificar los cambios necesarios y elaborar planes futuros. En esta evaluación se obtuvo representación de docentes y estudiantes en el proceso y la participación del personal directivo de los servicios de enfermería.

Este estudio evidenció discrepancia entre los objetivos de la formación y las expectativas de la práctica. Otro aspecto que surgió de este estudio fue la existencia de un mayor reconocimiento de los programas de formación de enfermeras por parte de la universidad, reflejándose esto en una mayor independencia en la toma de decisiones académicas, así como en la participación de algunas escuelas en los órganos directivos de las universidades.

En 1982, se realizó otro estudio sobre los programas de formación de enfermeras profesionales en América Latina, que analizó la formación de las enfermeras profesionales, a fin de proponer alternativas para el desarrollo de un sistema educacional de enfermería capaz de enfrentar los problemas y demandas de los servicios de salud.

El estudio de 1982 demostró que la enseñanza de enfermería profesional en la Región presentaba un alto grado de heterogeneidad y complejidad, considerándose necesario estudiar más profundamente las relaciones entre las diferentes orientaciones de los programas y la práctica profesional. También identificó dificultades en describir el perfil ocupacional de la enfermera universitaria, debido a la presencia de programas de diferentes niveles y la falta de división técnica del trabajo, entre estos, en el área de la salud.

No solo a nivel regional han existido esfuerzos para el mejoramiento de la educación en enfermería; en las últimas décadas —conscientes del papel protagónico de la profesión para el logro de la meta SPT/2000— algunas de las escuelas de enfermería de América Latina emprendieron reformas curriculares, a fin de adecuar sus programas a las

realidades de cada país y a las necesidades de la población. Dichas reformas pretenden orientar la formación desde un punto de vista epidemiológico-social, tomando como premisas la integración docencia-servicio y la participación comunitaria. Además, incorpora como uno de los ejes curriculares la solución de problemas y el proceso de toma de decisiones.

Por otra parte, diversos países/escuelas han realizado estudios evaluativos, con objetivos y metodología variados, los que también han dado origen a reformas curriculares. Se pueden mencionar estudios similares a los regionales y los que utilizaron la metodología de análisis histórico en enfermería, con la finalidad de comprender mejor las causas y fuerzas existentes en la realidad de la profesión.

La OPS ha sido también activa en relación con la planificación en el campo de enfermería. A partir de la recomendación hecha por los ministros de salud en 1970 en el Plan Decenal de Salud de las Américas, de que se preparasen enfermeras en planeación y programación para poder participar en las decisiones al respecto, se montó un proyecto para tal fin.

A base del enfoque del análisis de sistemas, se preparó en los años 1973-1975 a un grupo de enfermeras de servicio y docencia (aproximadamente 150) en la metodología de planificación, con la intención de que estas personas se hicieran agentes multiplicadores en sus países. Incluidas en su adiestramiento estaban las formas de examinar la realidad socioeconómica y política, la identificación de factores restrictivos y cómo utilizar información en el proceso de planeación. Se discutió cómo maximizar estrategias en el proceso de cambio. En varios países este personal ha tomado posiciones de importancia en proceso de planeación en salud y en recursos humanos. Muchas de las mismas técnicas son aprovechadas en el proceso de transformación, usando la metodología del análisis prospectivo, como se verá a continuación.

EL ANALISIS PROSPECTIVO

Como antes se dijo, el análisis prospectivo es una metodología mediante la cual se examina una situación dada y a través de un análisis se proponen cambios para el futuro. Parece ser que su empleo en las escuelas de enfermería podría ser de gran utilidad, ya que consiste en un esfuerzo para descubrir, explorar y examinar sistemáticamente diferentes aspectos de un futuro posible. Permite establecer una visión simulada sobre una situación, tomando en cuenta un espectro amplio de factores y sus posibles formas de interrelación. Posibilita prever las consecuencias de un cambio o del aporte de un nuevo elemento. Intenta, además, distinguir claramente entre fines y medios y se concentra más sobre aspectos cualitativos que los cuantitativos.

Como su nombre lo indica, hay dos elementos claves. El primero es la perspectiva que se toma respecto a una situación en estudio. El segundo es la forma en que se realiza el análisis de dicha situación.

La perspectiva de esta metodología es diferente de la que habitualmente se ha venido utilizando, porque intenta proyectarse hacia un futuro inmediato y en función de ello examinar lo necesario para alcanzarlo. En cierto sentido puede verse como una visión retrospectiva desde el futuro hacia el presente, para gestionar acciones tendientes al cambio. Es parte fundamental del análisis prospectivo el que se conceptualice cualquier situación bajo un enfoque amplio e integral; considerando por ejemplo la salud como un fenómeno y componente del desarrollo socioeconómico-político, y no como un elemento separado.

El segundo elemento clave es la forma en que se realiza el análisis. Partiendo del futuro, se examinan y contrastan varias alternativas para lograr el futuro deseado, no solo desde el punto de vista de la eficacia de las alternativas, sino también tomando en cuenta las consecuencias sociales que resultan de las diferentes estrategias escogidas para dicho logro. Las posibilidades de examinar las consecuencias sociales probables de una acción antes de comprometerse con ella, es un punto beneficioso del análisis prospectivo.

La metodología es flexible, lo cual permite su adaptación a diferentes realidades específicas, a diferentes estados de desarrollo curricular o institucional, a diferentes momentos en el desarrollo de la profesión de enfermería y a diferentes situaciones sociopolíticas.

En enfermería se concibe la utilización de la metodología del análisis prospectivo como un proceso que empieza con una fase de tipo exploratorio o diagnóstico, seguido por un análisis profundo; continúa con el desarrollo de una propuesta de cambio con la cual se establece un modelo normativo y después le sigue una fase de implementación con el desarrollo de estrategias para lograr el modelo desarrollado. El proceso no termina allí, sino que mientras se aplican las estrategias y la situación contextual va cambiando, sería necesario volver a elaborar el proceso de nuevo para mantener la prospectividad.

La riqueza de la metodología proviene de varios aspectos. Quizás el más importante es que permite a la escuela ser agente transformador de su realidad. En adición, la dinámica producida cuando se utiliza correctamente el análisis prospectivo es movilizadora. Las habilidades creativas de los participantes son estimuladas y les permite influir sobre su realidad de forma innovadora. Se provoca un diálogo entre las varias instancias existentes en la institución y nuevos conocimientos pueden nacer de las discusiones que se llevan a cabo para lograr un consenso. A través de ese proceso se puede identificar las divergencias dentro de la institución y facilitar la toma de decisiones para unificar criterios. El análisis prospectivo proporciona a las instituciones una metodología que las encamina ha-

cia la apropiación de un rol relevante dentro del contexto SPT/2000 y les permite planificar estrategias para llegar a tal fin. El análisis prospectivo promueve un enfoque positivo, orientándose hacia el futuro y concentrándose en lo que la institución puede lograr, eliminando así los aspectos desagradables del proceso de evaluación, cuando la escuela juzga lo que ha venido haciendo, o sea una visión retrospectiva en la cual frecuentemente se concentra en lo negativo. Su aplicación es bastante sencilla y al alcance de todos los que participan en el proceso, es decir, una metodología democrática.

Un aspecto adicional, también importante, relacionado con esta metodología, es la retroalimentación inmediata de información respecto a la posición real o diagnóstico de la escuela frente a los futuros escenarios, lo cual se presenta a través de una gráfica. La disponibilidad inmediata de información evita perder el *momentum* del grupo, tal como suele ocurrir con algunas metodologías en que hay un largo intervalo entre la realización del estudio diagnóstico y el conocimiento de la situación por los interesados. Cabe destacar, además, que el análisis prospectivo permite a la escuela construir su propio modelo normativo en lugar de tener que aceptar criterios impuestos o importados. Además, el hecho de haber creado su propia norma estimula el compromiso personal de trabajar para lograr lo propuesto. La metodología también apoya de manera más marcada los aspectos cualitativos, factor importante en la búsqueda de transformación en la situación actual.

EL ANALISIS PROSPECTIVO EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA DE LATINOAMERICA

Antecedentes

El uso de una metodología prospectiva, aunque no empleada en el área de la salud, no es nueva. Varios gobiernos la han venido utilizando con miras a examinar sus posibilidades frente al futuro como base para una planificación estratégica.

El uso sistemático del análisis prospectivo en el área de educación de profesionales de la salud en América Latina, se inició con la publicación en *Educación Médica y Salud*, Vol. 20, No. 1 del artículo "Análisis prospectivo de la educación médica" (Ferreira, 1986).

Consecuentes con el trabajo que el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS ha venido desarrollando sobre la aplicación de la metodología de análisis prospectivo en la educación de medicina, odontología y salud pública, en octubre de 1986 se convocó a un grupo de trabajo en Washington, DC con el objeto de examinar las posibilidades de aplicarla asimismo en las escuelas de enfermería de

América Latina. Después de una amplia discusión se concluyó que dicha metodología ofrecía muchas posibilidades para orientar el desarrollo de las instituciones responsables de la formación de las futuras enfermeras.

A nivel de los países surgió interés en la utilización del análisis prospectivo en las escuelas de enfermería, a raíz de la participación de enfermeras en grupos de trabajo sobre la aplicación de esta metodología en las escuelas de medicina.

En Uruguay, la Escuela de Enfermería de la Universidad de la República, elaboró una primera adaptación del documento de medicina. En Quito, Ecuador, la Dirección del Instituto de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, promovió un grupo de trabajo de enfermeras que contó con los auspicios y participación de representantes de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina y Odontología. El grupo ecuatoriano, examinando los documentos de enfermería producidos en Uruguay y en Washington, así como los de las escuelas de medicina, odontología y salud pública, plasmó sus aportes en la adaptación de un documento para enfermería.

En febrero de 1987, la OPS designó un pequeño grupo de consulta con el objeto de revisar los trabajos existentes y preparar los documentos necesarios para iniciar la aplicación del análisis prospectivo en las escuelas de enfermería de América Latina. Estos documentos fueron presentados a un grupo de enfermeras latinoamericanas en mayo de 1987. El documento producido en esta reunión ha sido experimentado en varios países desde entonces. El presente trabajo representa las contribuciones y sugerencias de todos lo que han participado en su desarrollo.

Propósito y objetivo

La introducción de la nueva metodología en las escuelas de enfermería de América Latina se fundamenta en el reconocimiento de las ventajas anteriormente mencionadas y tiene como propósito orientar los planes de desarrollo de las escuelas en base a las realidades sociales y la meta de SPT/2000.

Los objetivos para el desarrollo de esta metodología son:

- Conocer la ubicación actual de la escuela con respecto a posibles escenarios futuros.
- Elaborar un modelo normativo individualizado para el desarrollo de la escuela que contemple la meta de SPT/2000.
- Desarrollar propuestas de cambio e identificar estrategias concretas para alcanzar la realidad deseada.

EL DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

El grupo de consulta empezó el desarrollo de un instrumento para el análisis prospectivo de la educación en enfermería con una revisión de la situación de la profesión en 1986.

La práctica de enfermería

A pesar de que el personal de enfermería constituye más de la mitad del personal de salud (55%) y es el principal encargado de la mayor parte de la entrega de servicios de salud a la población, tiene, en general, poca o ninguna preparación específica para las actividades que le son asignadas. La enfermera profesional como jefe del equipo de enfermería representa del 10 al 20% de este personal. En consecuencia, su acción se dirige con mayor énfasis hacia el planeamiento de las actividades de enfermería, a actuar como jefe o supervisora de sus servicios y a participar en la preparación del personal auxiliar.

Su campo de trabajo a partir de la década de 1940 parece ser esencialmente el hospitalario; su autonomía profesional es limitada y su práctica continua está en gran parte subordinada a la práctica médica. El médico se destaca como productor principal y, por lo tanto, detiene la hegemonía del control técnico y administrativo del proceso de trabajo en el campo de la salud.

La división técnica del trabajo está casi siempre influenciada por otros factores que no son puramente técnicos, como la tradición y el prestigio que arrastran ciertas profesiones. El enfermero, a pesar de que en estas últimas décadas se ha tornado en profesional liberal, aún no ha conquistado su autonomía y viene a estar subutilizado y hasta mal utilizado.

En los últimos años, con el advenimiento de nuevas políticas de salud y la adopción de la estrategia de atención primaria, hay una conciencia sobre la necesidad de modificar el modelo de prestación de servicios de enfermería, así como sobre el papel actual de esta profesión.

Las tendencias que se identifican en relación a la práctica y utilización de la enfermera se resumen como sigue:

1. El concepto de atención primaria como estrategia exige nuevas responsabilidades de la enfermera, tales como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes de evolución previsible y el seguimiento del tratamiento de enfermedades crónicas y de pacientes geriátricos; además de las funciones ya asumidas en el fomento de la salud, en el control del niño, gestantes y púerperas, así como alrededor de la atención al parto.

2. Se observa un aparente aumento de enfermeras en números absolutos, sin embargo, estas no cubren las necesidades de la población debido a que la demanda en los servicios es limitada, presentándose problemas de desempleo y subempleo.

3. Aunque existe la necesidad de un mayor número de enfermeras en el área comunitaria, continúa siendo el hospital la principal fuente de trabajo.

4. El desarrollo tecnológico de los hospitales de alta complejidad ha provocado que un pequeño grupo de enfermeras participe en el cuidado de pacientes sometidos a tratamientos sofisticados, que emplean tecnologías complicadas cuyo dominio ha llevado en algunos casos al establecimiento de una práctica privada.

5. Aunque se han abierto nuevos campos de trabajo, como los servicios de salud ocupacional de las empresas, las guarderías, etc., los cargos creados son, en general, más a nivel de personal auxiliar, sin considerar la necesidad de cargos para profesionales.

6. Las limitaciones del mercado de trabajo están llevando a la contratación de enfermeras en régimen especial (contratos temporarios), sin las ventajas y garantías que las leyes de trabajo estipulan. Persisten los problemas de bajos sueldos y largas jornadas de trabajo.

7. A pesar de que se reconoce la necesidad de mantener los conocimientos del personal de enfermería actualizados para mejorar la calidad de atención, son escasas las oportunidades y los programas que se desarrollan no responden a las necesidades, lo que se debe, como factor contribuyente, a la ausencia de mecanismos de investigación que proporcionen información sobre las nuevas tendencias y que permitan desarrollar programas de educación continua acordes con la realidad de la profesión de enfermería.

8. Existe una deformación en la práctica social de la enfermera, quien está muy alejada de la persona, familia o comunidad, siendo sustituida en este aspecto por personal de menor calificación, y orientando su quehacer mayormente a la administración, en la que no participa en toma de decisiones ni en educación.

9. La utilización de modelos de prácticas de enfermería que no se ajustan al contexto de América Latina es reforzado, debido en parte a la escasez de investigaciones relacionadas con la realidad concreta.

10. Se ha perdido la capacidad de liderazgo de la enfermera, lo que ha producido su desplazamiento de los niveles de decisión, con el consecuente deterioro de sus funciones en la práctica de salud.

11. Se mantiene la separación entre las enfermeras docentes y la realidad de los servicios, a pesar de los intentos que se vienen realizando en forma aislada para conseguir la integración docencia-servicio.

12. Sigue siendo escasa la investigación en enfermería, estando dedicada a los temas de alta prioridad en salud.

La educación en enfermería

En las dos últimas décadas hubo en América Latina un aumento progresivo y constante del número de escuelas de enfermería, en las que se ha observado que aunque los marcos conceptuales dan énfasis a la experiencia práctica en una realidad concreta y a la introducción temprana de la estudiante a las áreas clínicas y a las comunidades, los modelos curriculares se ajustan a lo tradicional que se ha venido utilizando en la formación de personal de salud.

Además, la hegemonía hospitalaria determina que las experiencias de aprendizaje reproduzcan el sistema vigente, minimizando la experiencia en otros campos y niveles de atención.

Tendencias

1. Existe una tendencia al incremento del ingreso de alumnas, sin el correspondiente desarrollo institucional que garantice la calidad de la formación del recurso.

2. La incorporación de las escuelas de enfermería a las universidades se ha intensificado y consecuentemente exige la preparación de las docentes y la obtención de grados académicos.

3. Hay tendencia a formar a la enfermera en un solo nivel profesional.

4. Se mantiene separada la formación de las enfermeras de otras profesiones y sectores.

5. La preparación didáctica y la especialización de los docentes sigue siendo necesidad prioritaria sin que exista el correspondiente apoyo político, administrativo y financiero.

6. La generación de conocimientos a través de la investigación es muy limitada, a pesar de la incorporación de la investigación como materia en la formación básica.

7. En las revisiones curriculares se están tomando en cuenta las nuevas políticas del campo de salud y educación, especialmente en cuanto a atención primaria, integración docencia-servicio y niveles de atención.

8. Se nota mayor énfasis en salud comunitaria con prácticas en comunidades rurales y, en general, en grupos de mayor exposición a riesgos biológicos y sociales.

9. Los planes de estudio no contemplan nuevas actividades de la enfermera en previsión de un futuro inmediato para satisfacer las necesidades de la comunidad.

10. Se están incluyendo metodologías científicas en el proceso de formación básica de la enfermera.

11. La incorporación de la tecnología educacional existe a lo largo del currículo, aunque a veces con poca claridad sobre su utilización.

12. Se observa uso de laboratorios de simulación en situaciones en las que la realidad brinda mejor oportunidad de aprendizaje.

13. Hay participación de los estudiantes en los procesos evaluativos.

14. Predomina un seguimiento tutelar que cohibe el desarrollo de iniciativas y juicio crítico de las estudiantes.

El grupo de consulta examinó esas tendencias en la práctica y educación de enfermería, discutiendo los conceptos básicos para la configuración de un marco conceptual para la preparación de un documento específico. Tomando el año 2000 como punto de partida, se discutieron algunos elementos claves para que enfermería contribuya al cambio social con su participación en salud.

Marco conceptual

Al concluirse las discusiones se había esbozado un marco conceptual que sustentara tanto la práctica como la formación de recursos humanos en enfermería. Los supuestos más importantes que fueron concordados son los siguientes:

Salud para todos en el año 2000 es una condición básica que debe orientar la formación de recursos humanos en salud y por ende en enfermería, por lo que se requiere la reconducción de los procesos formativos en las diferentes escuelas de enfermería latinoamericanas, para potencializar la participación de dichas escuelas y de los países en el logro de la meta planteada.

Para guiar las acciones hacia SPT/2000 se ha tomado la atención primaria en salud como principal estrategia, entendida esta como una estrategia para enfrentar los problemas de salud en una realidad concreta que compromete y afecta a todo el sistema de salud y a la población que sirve. Forma parte del núcleo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad. Implica que la atención de salud esté relacionada con las necesidades de la población y la participación de la comunidad en su planeación e implementación; la utilización eficiente y eficaz de los recursos disponibles, y el reconocimiento de la salud como un valor social que incluye el desarrollo económico y social de la comunidad.

Se concibe la salud como elemento íntegro en todo el desarrollo socioeconómico-político de un pueblo, no como un resultado del mismo. Para lograr un movimiento hacia una transformación en salud, habrá que partir del campo de la práctica, ya que se reconoce el papel fundamental que juega las condiciones de trabajo y los modelos predominantes de la práctica en la determinación del nuevo profesional. Será necesario buscar la formación de una base única referente a la naturaleza de la enfermería,

lo cual sirve tanto como la teoría, haciéndose propio para tal fin la integración docente-asistencial.

Se envisionsa la enfermería dentro del contexto descrito como una profesión que tiene una contribución específica, lo 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 el concepto y por lo tanto el trato del individuo/grupo en su totalidad con muchas facetas interrelacionadas para producir un estado particular de salud. En la operacionalización de este concepto, el profesional de enfermería realiza acciones de salud dirigidas a la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención para los aspectos curativos y restorativos tanto con el hombre individual como colectivo. Al ejecutar sus funciones asume varios papeles: proveedor de atención directa, educador, administrador, comunicador, investigador y defensor de los derechos de su población entre otros. Son muchas y muy variadas las situaciones en que se encuentra, a menudo necesitando una ampliación de su rol para adecuar su funcionamiento a situaciones específicas.

Dentro de este panorama tiene un papel social muy importante no solo como profesión, sino también a través del compromiso de cada profesional con la práctica de la profesión de forma que movilice sus esfuerzos propios y los de otros para buscar salud para todos en un contexto de calidad y equidad, con la participación plena de todos. Para lograr que esa meta se convierta en realidad, será necesario en la mayoría de las sociedades del mundo de hoy, un cambio social. Enfermería está comprometida con esta transformación.

Se añade que la formación de recursos humanos dentro del marco conceptual de salud debe seguir una planificación que los adecúe a la realidad, mientras a su vez los prepare a tomar un papel de relevancia, comprometiéndose con la transformación social.

En este contexto, se envisionsa los centros formadores tomando un papel de liderazgo frente a la sociedad, a través del desarrollo de sus funciones de docencia-asistencia e investigación, unidos estos en una misma línea de trabajo e identificándose con el desarrollo de la profesión, el equipo de enfermería y el grupo multiprofesional de salud para lograr la meta SPT/2000. Por su parte, el egresado de la escuela profesional tendrá valores, habilidades, actitudes y competencias, plenamente identificado con enfermería y capaz de participar en el equipo de salud y entrar en el mercado de trabajo como un elemento de transformación.

A la vez se reconoce que en el centro formador existen ciertas condiciones y factores que impulsan o facilitan el desarrollo institucional en la dirección deseada, tales como su estructura y flexibilidad, el énfasis curricular, la accesibilidad de información y presupuesto, la composición

y preparación del grupo docente así como sus acciones dentro del campo de práctica y como catalizador del proceso enseñanza-aprendizaje.

Imagen-objetivo

Fundamentándose en el marco conceptual elaborado, el grupo de consulta de la Organización Panamericana de la Salud produjo una imagen-objetivo de lo que pudiera ser la enfermería en la Región de las Américas en el año 2000 (véase el Anexo I).³

El instrumento. Escenarios y variables

Consolidado el marco conceptual en la imagen-objetivo, para facilitar la aplicación de la metodología en las escuelas de enfermería el grupo de consulta desarrolló un instrumento que presentaba tres futuros posibles en forma de escenarios (véase el Anexo II).

Con fines prácticos, se tomó como base organizadora del instrumento las cuatro categorías que fueron usadas en los documentos de las otras profesiones de salud. Estas cuatro categorías son: contexto, estructura, función e integralidad; ellas se derivan de la nomenclatura usada en el análisis de sistemas y reflejan el estado interior y exterior de un fenómeno. Aunque hubo muchas discusiones sobre estas categorías y en un momento se pensó en integrar algunas de ellas, conforme se avanzó el trabajo se fueron aclarando y definiendo con más precisión. En consecuencia, se logró una caracterización del marco conceptual en la imagen-objetivo.

El primer escenario se construyó en base a proyecciones y tendencias actuales sin grandes cambios, o sea, una progresión de lo existente. Se supone que habrá cambios, pero no se prevé la introducción de elementos de gran impacto.

El segundo escenario futuro fue basado en la suposición de que, en los años venideros hasta llegar al año 2000, se producirán cambios en los elementos y en los procesos existente del sistema. Este escenario incorpora la posibilidad de introducir elementos totalmente nuevos o tener una ruptura en los elementos existentes. Es muy posible que dentro de este escenario, existan elementos en distintas etapas de desarrollo.

El tercer escenario representa un panorama de grandes transformaciones en la situación salud. El escenario descrito señala un proceso

³ Se hace notar que el contexto socioeconómico-político descrito es el de América Latina y podría necesitar discusión y afinamiento para su aplicación a un país/institución específicos.

de movimiento y transformación de los elementos para llegar a esa realidad.

Se intentó plasmar situaciones que consideran tres alternativas distintas respecto a la situación actual. Estas son solo algunas de las opciones posibles. Es probable que en las discusiones en cada escuela sobre estas opciones, ninguno de los escenarios representa la imagen exacta de lo que la escuela quisiera alcanzar. En principio, esta es una de las ventajas de la metodología, ya que obliga a las escuelas a analizar bien las consecuencias de cada uno de los escenarios y a discutir las diferencias entre ellos para esbozar su propia imagen deseada.

Para la elaboración de cada uno de esos escenarios, se identificó en la imagen-objetivo, algunas áreas claves tales como situación socioeconómica y política. Dentro de esas áreas claves se incluyeron elementos que sirvieron para describir el escenario a nivel operacional (variables). Se hizo una selección de los elementos que con mayor consistencia podrían indicar a la escuela su posición frente a un futuro realizable. (Ejemplo: para el área socioeconómica-política se escogieron elementos como condiciones de vida, características demográficas, etc.)

El instrumento en su forma final está organizado en tres escenarios del futuro, cada uno compuesto por una serie de variables que conjuntamente describen una posible realidad futura.

Fueron preparadas hojas de respuestas individuales y colectivas que corresponden al instrumento, incorporando en ellas una escala cuantitativa de valoración respecto a los logros de la institución frente a cada escenario con el fin de proveer una información más detallada para discusión y análisis.

Aplicación del instrumento

Para la aplicación del instrumento en las escuelas de enfermería se identificaron varias etapas.

Fase preparatoria. Durante esta etapa la escuela identifica a los participantes en el proceso, se les proporciona el documento y una orientación sobre la metodología de análisis prospectivo.

Es esencial que en esta etapa se discutan bien los conceptos involucrados en los escenarios, con sus implicaciones políticas e históricas, para que se aproveche mejor el ejercicio. Es importante también que el grupo reconfirme o desarrolle su propio marco conceptual y lo compagine con el marco conceptual del instrumento, ya que este podría necesitar ciertas adaptaciones si no son compatibles.

La decisión de hacer el ejercicio con esta metodología implica un acuerdo y un compromiso de la escuela para usar los resultados en gestionar cambios. Otra decisión significaría una pérdida de tiempo, energía y dinero, y sin duda causaría frustración entre los participantes.

Ayuda a encaminar el proceso el nombrar unos facilitadores que se encarguen de orientar y seguir la dinámica del trabajo. Se sugiere presentar este documento y sus objetivos al mayor número posible de personas en la escuela, y a partir de esa presentación elaborar una agenda de trabajo para efectuar el análisis prospectivo. Esta agenda debe prever el tiempo necesario para la discusión, pero no debe prolongarse más allá de límites prácticos. Se recomienda que la aplicación del proceso de análisis prospectivo, desde el diagnóstico hasta el plan de acción, no exceda el límite de tres meses.

Fase diagnóstico. En esta etapa la escuela utiliza el instrumento elaborado como guía de discusión y análisis para identificar el estado actual de la escuela con relación a los escenarios en él incluidos.

En primera instancia se pide una respuesta a nivel individual del instrumento-cuestionario. Cada participante lee las variables del cuestionario uno por uno en forma horizontal, ubicando primero el escenario A, B o C, según el que en su opinión sea lo que más se acerca a la situación actual de su institución. A continuación, se hace un juicio de grado de cumplimiento en relación a este escenario, esto es, si la escuela está en este escenario en forma incipiente, moderada o plena. Después se lleva a cabo el mismo proceso de diagnóstico mediante un trabajo grupal; para lo cual se sugiere que se constituyan varios grupos de no más de 12 ó 15 personas cada uno. Los grupos producirán más dinámica y mejor discusión si están compuestos por representantes de varios sectores de la escuela: profesores, estudiantes y funcionarios, y también si incorporan personas del sector servicio y la comunidad. La finalidad del trabajo grupal es obtener el consenso del grupo sobre la posición que actualmente ocupa la escuela frente a los escenarios futuros del cuestionario. En el caso de que hayan varios grupos, se tendrá que repetir el ejercicio a fin de llegar a un consenso a nivel general. Es importante resaltar lo valiosa que podría resultar esta etapa si es bien realizada. El llegar a un consenso es siempre difícil, y entre los grupos de representación variada, como se sugiere para esta metodología, quizás aún más, pero el esfuerzo se demuestra en resultados. El usar el promedio matemático para este fin es perder la riqueza de la metodología. Se pueden mencionar las técnicas como lluvia de ideas y como algunas que ayudan en este proceso, si la obtención de un consenso de grupo por mayoría simple o por acuerdo entre los participantes es difícil de conseguir.

Aunque el instrumento fue designado para permitir discriminación de cada escenario con el fin de fomentar discusión, no es necesario prolongar las sesiones para lograr un punto específico de diagnóstico si se logra un acuerdo general sobre la posición de la escuela. Por ejemplo, si después de una larga discusión, los participantes pueden acordar que su escuela está en el escenario B, pero no sobre los puntos 1-3, para los fines de análisis y planeación es posible que el rango de B sea suficiente.

Análisis de los resultados

Antes de entrar en la etapa de análisis es importante que el grupo reconozca que no han hecho un simple ejercicio de evaluación, sino un ejercicio de examinar su posición actual frente al futuro. Por lo tanto, en la etapa del análisis se concentran en este mismo aspecto, o sea mirando qué significan los resultados para el desarrollo institucional futuro.

Hay varias formas útiles para que la escuela analice los resultados de la fase de diagnóstico que a continuación se describe. Se puede hacer un análisis por *escenarios* en el cual se identifica la tendencia general de la escuela y se tabulan porcentajes y número de variables que corresponden a cada uno de los escenarios futuros: i.e., el escenario de limitados cambios (escenario A), las variables que pertenecen a la posición de cambios significativos (escenario B) y los que representan que la escuela ha alcanzado una posición de transformación (escenario C). Con esta actividad se logra una visión sobre las tendencias generales de la escuela con relación al cambio. Otra forma de analizar los resultados en la etapa diagnóstica es a través de la identificación de las variables cuyas situaciones diagnósticas ejemplifican tendencias en el escenario de transformación, o sea las variables que se ubicaron en el escenario C. Es lógico suponer que si la escuela ha alcanzado cierto desarrollo en algunas variables, es debido a cierta inversión de sus esfuerzos en esta área. Esta información es muy valiosa para el desarrollo de la siguiente etapa, la elaboración del modelo normativo, ya que permite que la escuela confronte los elementos que han tenido prioridad y de allí tome una decisión respecto a la continuación de su política. Habrá que considerar eso a la luz de la introducción de otros cambios para lograr un desarrollo institucional más integral.

El análisis por *perfil* se realiza haciendo una representación gráfica de los resultados consolidados de la escuela (figura 1). La escuela puede analizar este perfil bajo diferentes esquemas para establecer su significado.

El perfil proporciona evidencia visual de los resultados generales del ejercicio diagnóstico. Se puede notar inmediatamente los puntos máximos y concentraciones que destacan en cada uno de los escenarios, tanto de la totalidad como dentro de las cuatro categorías (contexto, estructura, función e integralidad). Uno de ellos consiste en identificar una línea que logra dividir por la mitad el perfil. Podría considerarse que todas las variables cuyo valor obtenido se ubica a la izquierda de esta línea, reflejan un futuro estable o moderado en su inclinación al cambio, mientras que a las que han logrado un valor a la derecha de la línea se les considera con más tendencia a una situación de transformación social.

Se puede hacer también miniperfiles usando solo las variables que corresponden a los diferentes elementos del marco conceptual; por ejemplo, integración docencia-servicio. Esta forma de analizar los resulta-

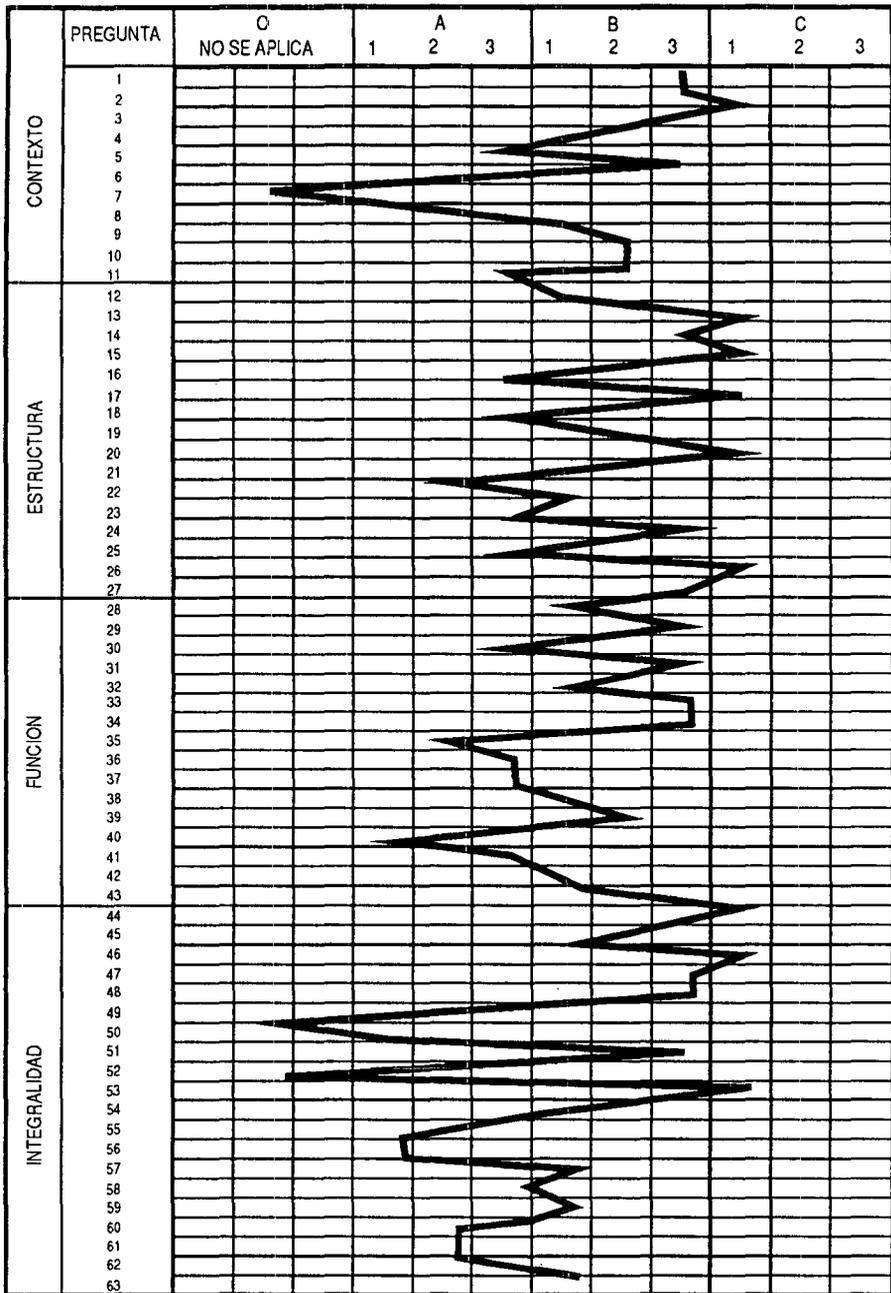


FIGURA 1. Ejemplo de un perfil.

dos de la etapa diagnóstica ha sido valiosa ya que se juntan todos los elementos de un tema para dar una visión integral respecto a ciertos aspectos del desarrollo institucional. Surgen discusiones muy interesantes cuando los participantes identifican inconsistencias internas dentro del mismo tema.

Dentro del análisis por escenarios o perfiles, se pueden examinar las cuatro *categorías* (contexto, estructura, función e integralidad) en su conjunto, respecto a su comportamiento en cuanto a la tendencia al cambio. En un nivel más específico se puede ver cada uno de las *variables* en el mismo sentido.

Cada variable puede sujetarse a examinación individual en relación a los escenarios futuros. Una forma que algunas instituciones han utilizado para estudiar el significado de las variables individuales ha sido el establecimiento de un punto crítico; este identifica de antemano el nivel de desarrollo o tendencia al cambio que la escuela considera lo mínimo aceptable en la actualidad para cada variable. Se hace la determinación de los puntos críticos para las variables basadas en el marco conceptual y los valores de la misma escuela. El establecimiento de un punto crítico para cada variable permite a la escuela individualizar su análisis y dar más fuerza a ciertas variables que para su institución son prioritarias, indicando puntos críticos más avanzados dentro de las tendencias de cambio o transformación. A la vez reconoce que no todos los elementos (variables) están en la misma etapa de desarrollo dentro de una escuela. Para hacer el análisis, la escuela confronta su situación identificada en la etapa diagnóstica con la que haya marcado como punto crítico para cada variable. Si la variable está diagnosticada con menor tendencia al cambio que la que habían establecido como mínimo aceptable, esta variable podría ser considerada prioridad en el desarrollo futuro de esa institución. Ejemplo: la escuela define que el grado de cambio aceptable para la variable "investigación" está en el escenario B3 y se diagnosticó en el escenario A2, por lo que se deduce que habrá que tomar en cuenta la investigación como una posible prioridad cuando se elabore el modelo normativo.

El resultado de la etapa de análisis es la identificación de áreas y elementos críticos, esenciales para el desarrollo institucional y necesarios para el cumplimiento del compromiso de la escuela en contribuir hacia la transformación de la situación social y de salud.

El modelo normativo

De los resultados del análisis nace la siguiente etapa, la creación de un modelo normativo. Usando el instrumento con los tres escenarios descritos y los puntos identificados como prioridades para el desarrollo institucional en la fase del análisis, la escuela elabora un modelo de lo que quiere lograr para un futuro dado: por ejemplo el año 2000. Los escena-

rios del instrumento facilitan que el grupo pueda contrastar varias imágenes, discutir sus diferencias y posibles consecuencias e incluso tener una idea de cuánto será el grado de cambio necesario, basado en el diagnóstico previamente hecho. Usando los puntos críticos identificados y el conocimiento de su realidad particular, la escuela determina un escenario posible y alcanzable para ella. La creatividad reina en esta etapa y las discusiones son enriquecedoras. Conforme van estableciendo los participantes lo que pudiera hacerse en el desarrollo institucional y mirando a su vez las consecuencias correspondientes tanto a nivel de la escuela como en su impacto social, un modelo individual y propio empieza a aparecer. Habrá que tomar cuidado de no permitir que el grupo se limite a unas proyecciones matemáticas o situaciones causa-efecto, sino que estimule el pensamiento hacia nuevos conocimientos, tácticas y posibilidades.

Es importante destacar de nuevo la necesidad de buscar un verdadero consenso en la definición del modelo. El uso de un promedio matemático para derivar la meta no es adecuado para la etapa diagnóstica, pero menos aún en la construcción del modelo normativo, ya que si se buscara solo el punto promedio matemático, cada miembro del grupo quedaría en su posición original y el modelo se convertiría en algo ficticio con lo cual nadie está comprometido.

Al final de este proceso se ha establecido una imagen propia de su escuela en el futuro. Se ha llamado modelo normativo debido a su carácter de normar la evolución de esta institución en los próximos años. El hecho de haber creado su propia norma estimula a que las personas involucradas con las escuelas se comprometan a trabajar para lograr su propósito.

La etapa de transformación

Esta etapa reúne las actividades de operacionalización y transformación. A través del establecimiento de un plan de acción y la identificación de estrategias para su implementación, la escuela consolida su compromiso con el modelo normativo. Se desarrolla aún más la individualidad de cada situación en la concretización de actividades que la encaminaría hacia los cambios deseados.

El plan de acción debe ser bastante preciso y a su vez plantear algunas alternativas para lograr la propuesta, tomando así en cuenta que el cambio es parte del proceso y posibilitando que el plan siga aunque la situación varíe.

Por ejemplo, la escuela tiene en cuenta que ha empeorado la crisis económica y propone estrategias para la búsqueda de financiamiento extrapresupuestario. Una estrategia podría ser el desarrollo de convenios o proyectos interinstitucionales a nivel nacional e internacional que contribuyan a reforzar el desarrollo de los planes de la escuela. Pero al

mismo tiempo, la escuela, consciente de esta limitación económica, busca varias formas de maximizar la utilización de los recursos, a inmediato y mediano plazo.

Hay una serie de elementos que deben considerarse durante esta parte del trabajo. En lo posible, es importante anticipar las limitaciones, las situaciones de crisis y los problemas que pudieran bloquear el proceso. Los recursos necesarios y las posibilidades de obtenerlos deben entrar como objetos de análisis en términos de su factibilidad y viabilidad antes de plasmar cualquier estrategia.

Como en cualquier proceso que implica cambio, es necesario contar con poder para gestionar apoyo administrativo y político para tales fines. En la aplicación de la planificación estratégica, cada institución buscará individualizar sus proyectos según sus prioridades, posibilidades y recursos, a menudo incorporando en el proceso otras técnicas y/o metodologías específicas que complementan los logros del análisis prospectivo.

Habrá que guardar cautela hacia la tendencia de usar una visión muy limitada de esta planificación, tomándola a muy corto o muy largo plazo. La planificación, tomando en cuenta solamente el futuro inmediato, puede restringir la creatividad debido a la claridad con que uno ve las limitaciones actuales; mientras que si se concentra únicamente en ganancias a obtenerse a largo plazo, pueden hacerse de tipo demasiado general que no sirve de guía para establecer estrategias concretas.

Por último, cabe insistir que la respuesta obtenida para el desarrollo institucional a través de la aplicación del análisis prospectivo no es estática ni una norma absoluta —es un plan de trabajo que debe tener dirección y flexibilidad. Debido a que el cambio es parte íntegra de la vida, reajustes y hasta replanteos pueden necesitarse. El análisis prospectivo como metodología no termina allí sino que entra en un ciclo que necesita continuar mirando hacia el futuro. El ejercicio: fase preparatoria y de diagnóstico, análisis y la creación de un modelo normativo, planeación e implementación debe repetirse cuantas veces sean necesarias —por lo menos cada dos a tres años— para mantener su prospectividad y proveer información en cuanto a la efectividad de las medidas adaptadas.

COMENTARIOS

Hasta la fecha, se han llevado a cabo ejercicios de análisis prospectivo en 16 países de la Región. Aunque la mayoría de las instituciones de enfermería están en las fases de diagnóstico o de formulación de modelos propios, se pueden observar ciertos logros que hacen pensar que la metodología es valiosa. Entre ellos se incluye que el análisis prospectivo: es excepcionalmente motivante; ha servido para unificar los grupos do-

centes y de servicio en una meta común, e identifica claramente prioridades a desarrollar en el nivel institucional. Es de esperar que saldrán aún otras ventajas al adquirir más experiencia con este método interesante.

A través de los Centros Colaboradores de Enfermería de la Organización Mundial de la Salud, se está utilizando la metodología en 10 países de las diferentes Regiones de la OMS. La Organización Panamericana de la Salud sirve de punto focal para recoger estas experiencias.

ANEXO I. IMAGEN-OBJETIVO DE ENFERMERIA EN EL AÑO 2000

Situación general para el año 2000

El Estado, en la búsqueda de asegurar la equidad del sistema, viene promoviendo la redistribución de los frutos de la riqueza nacional e incentivando la ejecución de proyectos de interés público, tanto en lo económico como en lo social, que permitan asegurar el perfeccionamiento y cumplimiento de los objetivos que la sociedad se ha fijado como un todo. Así mismo, el Estado reconoce el derecho a la salud y se responsabiliza por la viabilidad de la propuesta de SPT/2000 a través de políticas presupuestales y fiscales consistentes.

Congruentemente con la decisión política de privilegiar el área social, se implementa una transformación del sistema educativo, lo cual, además de su impacto en extensión, favorece el equilibrio de contenidos de ciencias naturales y sociales desarrollando en los individuos un marco de referencia más amplio que abarque los aspectos políticos y socioeconómicos en el análisis de los problemas.

La política de ciencia y técnica, reconoce las repercusiones sociales de la investigación en salud y la necesidad de autosuficiencia en tecnología. Confiere alta prioridad al desarrollo de una política de investigación en salud, en la cual participen ampliamente las universidades y pone énfasis en una política de vigilancia tecnológica en el sector.

La política de atención de salud plantea la ampliación de los servicios de salud promoviendo la extensión de los tres niveles de atención. Contiene un enfoque estratégico de atención primaria con una mayor autonomía de la profesión de enfermería, la ampliación del rol tradicional de la enfermera, desarrollo de los roles emergentes y adopción de una política de empleo pleno.

La política de desarrollo de los recursos humanos de salud toma en cuenta la cantidad y calidad de los recursos humanos en salud y áreas interrelacionadas fuera del sector y primordialmente entre las diversas categorías que lo constituyen, formula los cambios necesarios y ofrece los medios para lograrlo. Con respecto a enfermería, contempla la autonomía de la profesión, y plantea su participación en el planeamiento y la estructuración de los servicios de salud.

El sector salud y las instituciones formadoras de recursos humanos contarán con fuentes de financiamiento adecuada para desempeñar su papel frente al propósito SPT/2000.

La institución de educación en enfermería tiene conciencia de los aspectos políticos y socioeconómicos de la realidad nacional en que se ubica, tanto en su responsabilidad como institución, como en la orientación que imprime al proceso educativo.

Organización del conocimiento, de la escuela y de los servicios

- La escuela de enfermería se integra en la solución de los problemas de salud de la población a través de: la formación de enfermeras con adecuada base científica, la generación de conocimiento, la participación en la planificación y operación de los servicios, y la búsqueda de nuevos modelos de práctica.
- La escuela se organiza en función de las necesidades de salud de la población y en base a la integración docente-asistencial. Se fundamenta en un marco teórico, en teorías y en conceptos que orientan sus programas y define su papel frente a la realidad sociopolítica y económica.
- La estructura de la escuela responde más a una orientación hacia la naturaleza de los procesos involucrados en salud-enfermedad que a la fragmentación disciplinaria tradicional, con la flexibilidad para adaptarse a los requerimientos de la sociedad y los servicios. El conocimiento es organizado de manera que facilite la continuidad e integralidad, permitiendo a su vez la flexibilidad curricular.
- La estructura de la Escuela conlleva una sólida formación científica en aspectos sociales y de salud, a un desarrollo de una clara concepción del papel de enfermería frente a la salud y a las demás profesiones. Da especial atención a los aspectos científicos y tecnológicos, a la investigación biomédica, clínica y epidemiológica, y a la investigación de la práctica de enfermería y de las condiciones de los servicios.

La escuela participa en el establecimiento de mecanismos formales de articulación interinstitucional para la formulación de políticas, así como en la planificación y operacionalización de los servicios de salud y de educación, garantizando la consistencia entre programación docente y organización de servicios.

Los modelos curriculares se fundamentan en procesos propios de enfermería y en la atención primaria de salud, con la epidemiología como eje integrador. El currículo da orientación prioritaria a la educación para la salud, entendida principalmente como un proceso para facilitar la organización de la comunidad para reivindicar sus derechos a la salud.

La escuela cuenta con personal con capacitación técnica, pedagógica y filosófica para trabajar creativamente dentro de su contexto.

Con base en la integración docente-asistencial, la escuela participa en el servicio de salud con una cobertura de base poblacional significativa que le permite trabajar en servicios estructurados con enfoque epidemiológico.

Desarrollo del proceso educativo

El abordaje de los problemas de salud es integral, con énfasis en la promoción y prevención. Incluye la realización de acciones individuales colectivas, haciendo hincapié en las que tengan mayor impacto.

La escuela infunde en los estudiantes una identificación con la propia profesión, incluyendo la identidad gremial y los aspectos legales pertinentes.

En su práctica, la escuela hace hincapié en los aspectos de liderazgo, tales como la toma de decisiones y aceptación de responsabilidades y lleva al estudiante a incorporar temprano el uso de la investigación y de los métodos de análisis en su trabajo.

La incorporación y utilización de la información refleja su lugar crítico en la racionalización del conocimiento.

La escuela tiene acceso a la información de salud con sistemas de referencia

internacional compartida y fuentes locales sobre aspectos pertinentes a la salud de la población.

La práctica tiene una esencia didáctica-asistencial. Los alumnos están incorporados tempranamente en la práctica, a través de su participación en programas y actividades en todos los niveles de atención.

La capacitación de los estudiantes se hace a través de trabajos integrados dentro del equipo multiprofesional. También provee práctica para desenvolverse como líder del equipo de enfermería.

La escuela evalúa las acciones de salud en base al impacto social y en base a la eficacia, la eficiencia y la equidad de los servicios.

Los programas hacen énfasis en el aprendizaje sobre la enseñanza y la búsqueda de nuevos modelos de práctica pedagógica, utilizando la investigación educativa para el perfeccionamiento permanente del proceso enseñanza-aprendizaje.

La relación entre docente y alumno sitúa al docente como un facilitador del proceso aprendizaje, y al alumno como participante activo de su propia transformación.

Se usan metodologías de enseñanza que dan énfasis a las habilidades de liderazgo, tales como el estudio independiente, seminarios y el uso aplicado de investigaciones.

Los modelos de evaluación hacen énfasis en nuevas concepciones de enfermería y en las del proceso enseñanza-aprendizaje.

La escuela realiza un programa de capacitación de personal que da énfasis a los aspectos de enfermería, de enseñanza-aprendizaje, de integración docente-asistencial, y a la educación para la salud.

ANEXO II. INSTRUMENTO DEL ANALISIS PROSPECTIVO

SITUACION DE SALUD Y ENFERMERIA EN EL AÑO 2000

Contexto

Escenario A. Situación estable

1. Situación socioeconomía

La escuela reconoce la influencia de los factores socioeconómicos sobre las condiciones de salud, incorporándolos a través de materias de apoyo/complementarias separadas con poco énfasis en el contenido de enfermería.

Escenario B. Cambios moderados

La escuela reconoce la influencia de los factores socioeconómicos sobre las condiciones de salud. Integra esta información a los contenidos de enfermería en donde las influencias socioeconómicas tienen una relación marcada sobre la salud (ej. enfermería materno-infantil y comunitaria).

Escenario C. Imaginativo y obtenible a través de transformaciones

La influencia de los factores socioeconómicos en la salud forman un foco integrador del currículo, que se evidencia en todo el desarrollo teórico-práctico.

2. *Características demográficas*

La escuela trata la información demográfica sin establecer relación con el quehacer de enfermería.

La escuela reconoce la importancia de la información demográfica en las materias de enfermería y la considera factor influyente en el panorama de salud.

La escuela toma en cuenta la información y las proyecciones demográficas para orientar todo el contenido del currículo.

3. *Situación de salud*

La escuela toma en cuenta la situación de salud del país/región para identificar algunos aspectos referentes a morbi-mortalidad a ser incluidos en el currículo.

La escuela toma en cuenta la situación de salud del país/región y el currículo demuestra correspondencia con esta situación.

La escuela toma en cuenta la situación de salud estableciendo líneas de trabajo que demuestran una estrecha relación con la problemática presente y anticipada de salud de la población.

4. *Política de salud*

La escuela incluye en los temas teóricos las metas y/o políticas de salud sin que haya correspondiente énfasis en la práctica.

La escuela reconoce la importancia de las políticas de salud estableciendo una estrecha relación entre estas y la distribución y orientación del currículo.

La escuela provee, a través del desarrollo del currículo, la discusión de estrategias para el logro de las metas incluidas en las políticas de salud.

5. *Organización del sistema de salud*

La escuela prepara a la enfermera basándose en la organización de los sistemas de salud aceptando como norma el papel predominante de enfermería dentro de los mismos.

La escuela toma en cuenta varios modelos de organización de los sistemas de salud y analiza el rol de enfermería en términos de contribuir a la eficiencia de los mismos.

La escuela considera varios modelos alternativos de la organización de los sistemas de salud y promueve, a través de la orientación del currículo, el análisis crítico del papel de la enfermera en la transformación de los mismos.

6. *Atención primaria*

La atención primaria está mencionada como estrategia de atención de salud para lograr la meta SPT/2000. Algunos estudiantes tienen experiencias prácticas a través del desarrollo de proyectos específicos.

La escuela da relevancia a la atención primaria como estrategia para lograr la meta SPT/2000 a través del desarrollo curricular y busca que los estudiantes tengan alguna experiencia en llevar a cabo esta estrategia.

La escuela da prioridad al desarrollo de experiencias de aprendizaje en aquellos servicios que aplican la atención primaria como estrategia para lograr la meta SPT/2000 y contribuyen a promover el cambio de orientación en los servicios que no la instrumentan.

Política de desarrollo de recursos humanos

7. Se dispone solamente de estimaciones relativas a la cantidad de personal de enfermería existentes en las

Existe información sobre la cantidad y categoría de personal disponible y la escuela la utiliza para establecer

La escuela conoce la cantidad de personal y las actividades de enfermería que desarrollan las diferentes

distintas categorías y los planes de estudios deben evaluarse para verificar su adecuación a la política de desarrollo de recursos humanos.

8. La política de formación de recursos humanos en enfermería es determinada con escasa o muy relativa participación de las enfermeras docentes y de los servicios.

9. La escuela recibe las decisiones sobre el número de ingresos/año de la institución a la cual depende (ej. universidad o ministerio) con poca participación en la toma de esta decisión.

10. *Base social de la práctica de enfermería*

Las condiciones de la práctica de enfermería que faciliten y garanticen el ejercicio pleno de la profesión son consideradas como asunto de las instituciones empleadoras individuales, dejándolos fuera del ámbito de la escuela.

11. *Criterios para ingreso de alumnos*

Se toma en cuenta la formación previa del alumno pidiendo como requisito de ingreso los años de escolaridad previa y/o el nivel de rendimiento académico del alumno.

distintos planes de estudios. Hace falta lograr la definición de las funciones de las distintas categorías para una mayor racionalización de los recursos en enfermería.

La política de formación de recursos humanos en enfermería está definida por grupos integrados por enfermeras y otros a través de mecanismos formales y/o informales, sin embargo su relación con una política general de recursos humanos en salud es débil.

La escuela participa en la planeación de los ingresos/año, basada en proyecciones de necesidades de la población, políticas de salud y posibilidades de empleo.

El currículo contempla las condiciones de trabajo que facilitan y garantizan un ejercicio pleno de la profesión dándole énfasis durante el curso de administración.

La escuela considera importante la preparación previa en ciencias biológicas y sociales y da importancia a ciertas habilidades como lectura y comunicación, teniéndolas en cuenta en los criterios de admisión.

categorías y se establecen planes de estudio para responder a las necesidades identificadas.

La política de formación de recursos humanos en enfermería integra la política general de desarrollo de recursos humanos de salud, así definida, a través de mecanismos formales, con la participación de enfermeras de las distintas áreas.

La escuela planea los ingresos/año según las necesidades de la población, políticas de salud y trabajo y la demanda de enfermeras profesionales. Participa activamente en la búsqueda de mecanismos para adecuar la demanda en función de las necesidades de salud de la población.

La escuela toma en cuenta los patrones de utilización del recurso de enfermería y otras condiciones de trabajo que faciliten y garanticen el ejercicio pleno de la profesión a través de todo su desarrollo curricular.

Al ingreso del alumno en la universidad, la escuela considera la preparación previa en ciencias sociales, naturales y humanísticas a través de criterios de admisión que incluyen un diagnóstico de competencias, además del rendimiento académico. Ha diseñado mecanismos para facilitar el desarrollo en los aspirantes que no los poseen.

Estructura

Organización de la escuela. Administración del conocimiento

- | | | |
|--|---|---|
| 12. La estructura de la escuela se desarrolla en forma independiente en las diversas profesiones de la salud. La integración es esporádica e informal. | La estructura de la escuela provee mecanismos a través de los cuales los estudiantes desarrollan acciones combinadas con otras profesiones de la salud a través de trabajos específicos de coordinación. | La estructura de la escuela incluye como parte integral las actividades de aprendizaje en equipos multiprofesionales. |
| 13. La organización de la escuela se realiza mediante disciplinas aisladas bajo la responsabilidad de cátedras/ departamentos independientes. | La escuela refleja una estructura organizada por departamentos que une varias disciplinas/materias. | La escuela refleja una estructura organizativa que facilita la representación de diversas áreas en las diferentes unidades. |
| 14. La organización del currículo refleja poca integración, atomizando y repitiendo mucha materia. | El currículo sigue un patrón de organización lo cual permite articulación horizontal y vertical, reflejándose más en las asignaturas de la enfermería, pero en otras materias, depende de la voluntad de participación entre los demás departamentos. | La estructura del currículo está dirigida hacia los procesos de salud. Esta misma necesita la integración de diversas áreas de conocimiento además de su presentación en forma lógica con continuidad e información actualizada. |
| 15. En la estructura del currículo, la unidad de estudio se concentra únicamente en el individuo. | En la estructura del currículo la unidad de estudio se orienta esencialmente hacia el individuo e incorpora elementos del núcleo familiar y ciertos grupos específicos de la comunidad. | En la estructura del currículo la unidad de estudio contempla fundamentalmente la salud colectiva. |
| 16. Las actividades de los programas están basadas en objetivos sin que estos definen las competencias mínimas de los egresados. | En algunas áreas de enfermería las actividades de los programas se guían por objetivos que contienen las competencias específicas de los egresados en las áreas de enfermería correspondientes. | Las actividades de los programas parten de objetivos que especifican las competencias del perfil ocupacional de los egresados enfatizando la contribución de enfermería en la solución de problemas para lograr la meta SPT/2000. |

Relación con la organización de los servicios

- | | | |
|--|--|---|
| 17. La estructura de la escuela no guarda relación con la organización de los servicios. | La organización de la escuela responde a la organización de los servicios a través de comités o grupos de interés. | La estructura de la escuela provee varios mecanismos tales como convenios formales que aseguran una estrecha relación con la organización de los servicios. |
| 18. En la constitución de una base poblacional sobre | Para el desarrollo de la base organizacional de sus pro- | La escuela utiliza para sus programas una variedad de |

la cual se organizan sus programas, la escuela tiene acceso y/o utiliza a un número limitado de servicios, lo cual restringe el desarrollo de dichos programas.

Flexibilidad estructural

19. En la escuela existen comités para examinar cambios necesarios. Suelen limitarse a aspectos curriculares.

20. La escuela está organizada de tal forma que exige largos periodos de tiempo para ajustes curriculares.

21. *Investigación*

La organización de la escuela refleja una baja prioridad en investigación. Cuando se la incluye, es en forma aislada, sin relación a servicio y/o docencia.

Apoyo administrativo

22. La estructura de la escuela solo favorece la coordinación entre las actividades administrativas y las docentes en limitadas instancias, desarrollándose cada una independientemente.

23. En la elaboración y administración del presupuesto la escuela de enfermería tiene poco acceso a decisiones fiscales de planeamiento o administración.

24. *Acervo bibliográfico*

La escuela dispone de una biblioteca limitada y no tiene presupuesto dedicado para su mantenimiento. La información se concentra

gramas la escuela utiliza una variedad de servicios asegurando así una base poblacional adecuada.

La escuela promueve modificaciones a través de reorganizaciones estructurales buscando la integración institucional.

La escuela dispone de mecanismos para realizar cambios curriculares que permiten ajustes dentro de cada asignatura sin un largo proceso.

La organización de la escuela demuestra la necesidad de la investigación. Provee medios para su desarrollo pero la mantiene como elemento no vinculado con los procesos servicio-docencia.

La estructura de la escuela facilita la coordinación entre las actividades administrativas y docentes, manteniéndose dos estructuras separadas.

La escuela elabora el presupuesto pero tiene limitada participación en las decisiones que se toman sobre su aprobación y administración.

La escuela dispone de una biblioteca adecuadamente dotada de libros de amplio espectro relacionados con el currículo y alguna revista

servicios distintos que en su totalidad constituyen una base poblacional y organizacional amplia y representan los elementos de un sistema de salud integral.

En la escuela las unidades de organización facilitan y generan procesos de transformación según necesidades.

La escuela dispone de mecanismos ágiles y dinámicos que le permiten la actualización curricular continua, sin que esto represente inestabilidad.

En la organización de la escuela la investigación es considerada de importancia fundamental en el proceso educativo. Se incorpora en la estructura teórico-práctica del currículo.

La escuela utiliza una estructura administrativa que prioriza la gestión docente-asistencial-investigativa.

La escuela de enfermería elabora su presupuesto, participa en decisiones al respecto y lo administra.

La escuela dispone de una biblioteca, adecuada en cantidad y calidad, de libros y materiales no tradicionales. Hay revistas lati-

en libros y hay pocas revistas. Las revistas disponibles a menudo no son adecuadas ni al contenido curricular ni al idioma.

latinoamericana. Hay fondos presupuestarios disponibles para su mantenimiento. Su sistema de referencia se limita a la biblioteca de la escuela.

noamericanas y otras disponibles con informaciones relevantes para el desarrollo de los programas de la escuela. Existe un sistema de referencia que permite el acceso a la información bibliográfica fuera de la escuela.

Estructura del grupo docente

25. Al establecerse los criterios de selección de docentes la escuela da poca importancia a la especialización y/o experiencia profesional en el área específica.

La escuela ha determinado criterios de selección de docentes que incluyen la preparación científico-técnica y/o experiencia respecto a su área de trabajo.

Los criterios de selección de docentes incluyen la preparación científico-técnica y/o experiencia en su área de trabajo. Exigen, además, habilidades para la investigación.

26. El grupo docente de personal tiene poca participación directa en los servicios cuando son nombrados en la escuela.

Con el apoyo de la escuela, el cuerpo docente está compuesto de personal que ejerce la práctica de enfermería sin haber institucionalizado esa práctica.

El grupo docente se incorpora plenamente en la práctica de enfermería a través de mecanismos variados, todos implicando un grado de integración docencia-servicio.

Función

Relación de la teoría con la práctica

27. La teoría se lleva a cabo de acuerdo a un programa preestablecido. Las experiencias prácticas guardan poca relación con lo teórico.

Debido a su planeación por separado, la relación entre teoría y práctica se consigue mediante mecanismos de coordinación.

La interrelación de los elementos teórico-prácticos del currículo es integral, partiendo de una sola base programática.

28. El proceso didáctico relacionado con la enseñanza-aprendizaje se realiza principalmente en aula, con poca enseñanza planeada en las experiencias prácticas.

El proceso enseñanza-aprendizaje se realiza tanto en el aula como en la práctica, aunque a veces el énfasis es diferente en los dos aspectos.

El proceso enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo en varias situaciones con una integralidad de énfasis y contenido.

29. La escuela selecciona algunos servicios para el aprendizaje de los estudiantes en función del grado de desarrollo tecnológico que han alcanzado, priorizando los de alto desarrollo que no necesariamente responden en

La escuela toma en cuenta en sus planes de estudio el análisis crítico del desarrollo tecnológico. En la selección de experiencias para estudiantes, tiene en cuenta la utilización apropiada de la tecnología, pero a esto se le otorga poca prioridad.

La escuela toma en cuenta y participa en el análisis crítico del desarrollo tecnológico de los servicios, valorando en qué medida utilizan y producen tecnologías que responden a sus necesidades. Utiliza como factor de selección para la

forma adecuada a la realidad del país.

30. Las experiencias del aprendizaje se llevan a cabo predominantemente en instituciones que prestan atención de salud a niveles secundarios y terciarios sin que la planeación refleje el panorama real de los problemas de salud de la población.

31. La participación del personal de servicios en la enseñanza-aprendizaje es mínima o tangencial al desarrollo curricular.

Metodología

32. Los profesores utilizan métodos y medios de transmisión de conocimiento existentes que responden a comportamientos previamente establecidos, lo cual conduce a una formación *memorística*.

33. La escuela utiliza una variedad de materiales educativos producidos en medios de mayor desarrollo que no se adecúan a la realidad.

Evaluación

34. La evaluación curricular es desarrollada solo como parte de una exigencia administrativa sin que los resultados sean utilizados para los cambios curriculares.

Las experiencias del aprendizaje se planean a base del panorama de salud de la población de la región/país. Para este fin la escuela utiliza las instituciones de salud existentes con sus tres niveles de atención.

El personal de servicio participa con los docentes en la identificación de la problemática de salud y de las áreas de énfasis para el desarrollo curricular. Algunos participan en la enseñanza de aula.

En algunos cursos se utilizan metodologías que estimulan a los estudiantes para el desarrollo de habilidades críticas y analíticas.

La escuela analiza y adapta algunos materiales educativos producidos en medios diferentes. La producción propia es mínima.

Algunas cátedras o departamentos realizan evaluaciones tratando de mejorar asignaturas/áreas sin que el plan de estudios sea afectado en su totalidad.

inserción de estudiantes en los servicios, la utilización racional de la tecnología.

Las experiencias del aprendizaje están consideradas como parte de la integración docente-asistencial, lo cual propone la cobertura de la población en un área determinada prestando atención de salud en sus tres niveles y utilizando como enfoques integradores la epidemiología y la estrategia de atención primaria (optimización de recursos).

La participación del personal de servicio en los diferentes aspectos del desarrollo curricular es plena.

El cuerpo docente incorpora en la programación métodos y medios educativos para que el estudiante desarrolle habilidades críticas y analíticas en relación a los contenidos *programáticos* y su actuación profesional.

La escuela identifica las necesidades de material educativo; lo busca entre lo existente, lo elabora o coordina su producción.

La escuela desarrolla permanentemente la evaluación del proceso educativo y el seguimiento de egresados, con la participación de todos los implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Dicha evaluación es la base de transformaciones curriculares.

35. La evaluación de los estudiantes es individual y mide casi exclusivamente la capacidad de repetir contenidos teóricos dándose poco o ningún énfasis a la práctica.

La evaluación de los estudiantes se mide en forma equilibrada, la adquisición de actitudes y conocimientos, el grado de elaboración conceptual y la capacidad de análisis, así como las habilidades prácticas.

La escuela favorece la autoevaluación del alumno y del profesor, enfatizando la capacidad de análisis y la solución de problemas. Así mismo evalúa la práctica clínica y social.

Actualización (capacitación)

36. Las actividades de actualización de docentes constituyen hechos particulares para satisfacer intereses individuales de los profesores. La escuela apoya las actividades con permisos o goce de sueldo pero no las inicia o estimula.

Las actividades de actualización corresponden a educación continuada a través de cursos con objetivos claros y programación definida, para mejorar el conocimiento técnico en campos específicamente relacionados con el proceso enseñanza-aprendizaje.

Los temas para las actividades de actualización se originan a partir de necesidades identificadas por la escuela, por grupos profesionales y por los servicios. Se enmarcan dentro de un concepto de educación permanente.

37. La escuela tiene pocos profesores con capacitación pedagógica, siendo esta resultado del interés personal del docente y no requisito de la escuela.

La escuela facilita la preparación pedagógica y establece oportunidades y programas de capacitación continua para lograr el desarrollo pedagógico de todos los docentes.

La escuela tiene un programa de formación continua para su personal, facilitando así que el cuerpo docente aplique los principios y técnicas pedagógicas que la escuela ha seleccionado.

38. Las actividades de educación continua son escasas y dirigidas únicamente a los profesionales de enfermería.

Ha desarrollado un programa formal de educación continua para el profesional de enfermería donde algunos eventos están abiertos a la participación de otros profesionales.

Cuenta con un programa permanente de educación continua que conduce al desarrollo de conocimiento y transformación de la realidad. Se incorpora en grupos multiprofesionales para ciertos programas.

Producción del conocimiento científico

39. Las investigaciones nacen de intereses particulares de los investigadores sin que la escuela haya establecido líneas prioritarias.

Algunas unidades de la escuela han definido líneas de investigación basadas en su área de trabajo o en las posibilidades de disponibilidad presupuestaria.

La escuela define líneas de investigación de acuerdo a las necesidades de la profesión, del proceso educativo y de las necesidades de la población.

40. La investigación, cuando se lleva a cabo, se hace de manera esporádica, sin que se incorpore formalmente en los programas.

La investigación es actividad formal del currículo; se hace a varios niveles, enfatizando lo biológico y patofisiológico.

La investigación forma base de la programación. El énfasis reside en el aspecto social y epidemiológico, aunque se hace espacio para algunas investigaciones de otra índole.

41. La escuela publica pocos trabajos, usualmente en forma monográfica para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

Disponibilidad presupuestal

42. El presupuesto de la escuela solo le permite cumplir con el desarrollo de la función docente y aun esto en forma limitada.

43. La escuela realiza pocas gestiones para conseguir fuentes de financiamiento extrapresupuestarias por varias razones: falta de acceso, información, etc.

La escuela cuenta con una publicación ocasional para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

El presupuesto de la escuela permite el cumplimiento de sus funciones, dando prioridad a docencia-asistencia, o en algunos casos a intereses de ciertos departamentos.

La escuela ocasionalmente busca fuentes de financiamiento extrapresupuestarias, usualmente a nivel nacional y mediante la gestión de alguna persona del grupo docente.

La escuela cuenta con una publicación permanente y periódica para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

El presupuesto de la escuela, tanto en el campo de la investigación como en el docente-asistencial y de extensión, refleja su compromiso con programas que responden a las necesidades de salud de la población.

La escuela tiene capacidad y mecanismos para generar recursos propios (asesorías, proyectos y otros), con significación en relación al presupuesto.

Integralidad

Marco conceptual (lineamientos directrices para el desarrollo institucional)

44. Los docentes se rigen por sus propios sistemas de valores, aunque la escuela haya unificado la filosofía de enfermería a aplicar en el desarrollo curricular, por lo tanto, se nota poco su impacto en las acciones de la escuela.

45. La escuela dispone de un marco conceptual de enfermería de acuerdo con la realidad de salud del país, pero su influencia en la programación curricular es limitada.

46. La escuela utiliza teorías y técnicas acorde con modelos de atención y educación de enfermería sin adaptarse a la realidad del país.

47. El enfoque de la atención de enfermería que se

Los docentes han determinado el marco filosófico a seguir. La necesidad de elaborar este con representantes de los estudiantes, graduados y personal de los servicios es aún incipiente, su revisión es esporádica, sin embargo, provee líneas generales para el desarrollo de los aspectos docentes.

La escuela dispone de un marco conceptual de acuerdo con la realidad social y de salud del país evidenciándose esta más en los aspectos teóricos que en la programación total.

La escuela reconoce la necesidad de hacer estudios críticos sobre las teorías y técnicas usadas pero no ha desarrollado mecanismos para esto.

La escuela considera la atención de enfermería bajo

El personal docente de la escuela, conjuntamente con integrantes de los grupos estudiantiles graduados y de servicios, determina el marco filosófico que sustenta todas las actividades institucionales. Dicho marco se redefine periódicamente, según demande la situación.

Los programas de la escuela parten de un marco conceptual válido y vigente, de acuerdo a la realidad social y de salud, lo cual se refleja en todas sus actividades.

La escuela analiza críticamente las teorías y técnicas existentes en enfermería y contribuye al desarrollo de las mismas.

La escuela considera la atención de enfermería con

evidencia en la escuela es esencialmente biológico-patológico incluyendo mención de factores psicosociales pero con poco énfasis en lo social.

48. La escuela considera que la atención primaria de salud está constituida por la extensión de cobertura a las áreas lejanas.

Papel de la escuela en la sociedad

49. La escuela se limita a preparar recursos humanos de salud suponiendo que estos participarán en el proceso del desarrollo del país.

50. La escuela participa con los servicios en la planificación y/o evaluación del sistema de salud solo cuando se le solicita.

51. La escuela solo participa en la prestación de servicios de salud a través de la práctica de los alumnos. Tiene poco contacto con los egresados para fines de mejorar la atención de enfermería.

52. La escuela encara sus funciones con un enfoque de atención predominantemente curativa, sin prioritar las actividades de prevención o de educación para la salud.

el enfoque biosicosocial; pero existen áreas en las que se hace más énfasis en uno de los tres aspectos.

La escuela incorpora la orientación hacia la atención primaria de salud como estrategia a través de las acciones de sus elementos (docentes, personal, estudiantes) aplicables a niveles primario y secundario de atención de salud.

La escuela identifica su actuación en cuanto a la formación de recursos humanos con el proceso de desarrollo del país. En los aspectos de servicio e investigación su respuesta es más limitada.

La escuela está representada en comités de coordinación para la planificación y/o evaluación del sistema de salud.

La escuela, a través de docentes y estudiantes, contribuye a cambios de orientación en los servicios. Hay mecanismos para el seguimiento e incorporación de los egresados en este proceso.

En el desarrollo de las funciones de la escuela se enfatiza el rol de la enfermería dirigido hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. En la práctica solo tienen contacto con las personas que buscan

un enfoque biosicosocial y eso se evidencia en todas sus acciones.

La escuela define la atención primaria de salud como parte integral de su marco filosófico-conceptual, por lo cual sus elementos (docentes, personal, estudiantes) participan directamente en la aplicación de dicha estrategia en todos los niveles: primario, secundario y terciario.

La escuela, a través de sus funciones de docencia, servicio e investigación toma un papel de liderazgo en promover transformación en la situación de salud. Además, utiliza varias formas de participar en el proceso de cambio social.

La escuela y las autoridades de los servicios están plenamente integradas en la planeación y evaluación del sistema de salud, corresponsabilizándose por la atención.

La escuela, a través de los docentes, estudiantes y egresados participa en la elaboración de nuevos modelos de atención que dan prioridad a la atención primaria de salud.

La escuela enfatiza en el cumplimiento de todas sus funciones, enfatiza las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades como el eje del quehacer de enfermería en la búsqueda de la transfor-

- | | | |
|--|--|--|
| <p>53. La escuela participa poco en el proceso de formación del personal auxiliar.</p> | <p>atención en el sistema de salud establecido.</p> <p>La escuela tiene representación en los cuerpos directivos de los centros formadores de auxiliares.</p> | <p>mación social y de salud de la comunidad.</p> <p>La escuela participa en el desarrollo de recursos humanos en enfermería, no solo a nivel profesional sino para todo el equipo de enfermería.</p> |
| <p>54. La escuela de enfermería prepara a la enfermera para ocupar un puesto en el equipo de enfermería y discute su papel dentro de un contexto multiprofesional en forma limitada.</p> | <p>La escuela de enfermería considera a la enfermera como un profesional independiente, integrante de un equipo multiprofesional. Esta concepción se viabiliza a través de su contenido teórico-práctico.</p> | <p>La escuela de enfermería considera como fundamental el trabajo en equipo multi-profesional y la capacidad de decidir con independencia profesional; participa activamente en la búsqueda, planeación y realización de trabajos que demuestran estas cualidades y elementos.</p> |
| <p>55. La escuela utiliza en la enseñanza los resultados de las investigaciones que realizan diversos profesionales de la salud, pero las actividades de investigación propia son mínimas.</p> | <p>Los docentes, estudiantes y egresados cuestionan los modelos de atención de salud realizando algunas investigaciones sobre problemas de la población.</p> | <p>Los docentes, estudiantes y graduados de la escuela, integrando equipos interdisciplinarios, participan en la búsqueda de formas de prevención y solución de los problemas prioritarios de salud mediante la investigación.</p> |
| <p>56. La escuela participa a través de sus docentes estudiantes y graduados en discusiones (ej. jornadas científicas) que tienden a definir las funciones y bases de la profesión.</p> | <p>La escuela, a través de sus docentes, estudiantes y graduados, demuestra interés en la organización de actividades para discutir la naturaleza de enfermería, usando como base las teorías desarrolladas.</p> | <p>La escuela asume a través de sus docentes, estudiantes y graduados un papel significativo en investigaciones y otras actividades que tienden a definir la naturaleza de enfermería para contribuir a resolver problemas de salud.</p> |
| <p>57. La escuela trata poco los temas relacionados a las condiciones de trabajo de la profesión ya sea en la teoría o en la práctica.</p> | <p>La responsabilidad de mejorar las condiciones de trabajo de la profesión está tomada por la escuela como línea de trabajo en las instituciones donde practican los alumnos, pero se discute poco con los alumnos en el currículo.</p> | <p>La escuela asume un papel de relevancia y se articula con los servicios para mejorar las condiciones de trabajo de la profesión. Prepara enfermeras para ejercer un papel activo en la búsqueda de las estrategias y/o mecanismos para este mismo fin.</p> |
| <p>58. En los niveles políticos y administrativos del proceso de desarrollo de la es-</p> | <p>En el proceso del desarrollo de la escuela algunas áreas o disciplinas han logrado</p> | <p>Existe una participación amplia y democrática de estudiantes, funcionarios do-</p> |

cuela solo hay participación de los directivos y docentes. Solo por excepción se busca la participación estudiantil y de los graduados.

participación docente-estudiantil. La participación de graduados y/o comunidad es esporádica y sin representatividad.

centes y representantes de la comunidad en el proceso de desarrollo de la escuela.

El egresado de la escuela en la sociedad

59. Los egresados de la escuela aplican conocimientos y habilidades técnicas en su campo de trabajo; sin embargo, al incorporarse en los servicios, el desarrollo de las habilidades analíticas y/o de investigación es muy limitado.

Los egresados de la escuela demuestran conocimientos, habilidades y actividades en el trabajo haciendo a la vez investigaciones aplicadas para mejorar los servicios. Sus actitudes críticas se limitan a participación en comités de revisión y mejoramiento de los servicios en los cuales ellos actúan.

Los egresados de la escuela demuestran conocimientos, habilidades y actitudes profesionales en su área de trabajo. Desarrollan actitudes críticas y analíticas en su quehacer a fin de identificar, a través de la investigación aplicada y/u otras actividades, nuevas formas de promover el desarrollo de los servicios de salud.

60. Los egresados aceptan los valores éticos de la institución donde trabajan en relación a servicios de salud.

Los egresados aplican en forma consciente los valores profesionales en su trabajo individual con el paciente, familia y comunidad.

Los egresados de la escuela mantienen una conciencia social que promueve la aplicación de valores tendientes a la transformación social.

61. Los egresados de la escuela se insertan en el mercado de trabajo donde siguen las líneas de autoridad y normas existentes. Demuestran una capacidad de liderazgo solo en lo que se refiere a la administración de una sala de cuidados o participando en la aplicación de programas específicos de centros/distritos de salud.

Los egresados de la escuela, al entrar en el mercado de trabajo, demuestran calidades de liderazgo dentro del campo de enfermería pugnando para la mejoría de los servicios y su personal.

Los egresados de la escuela demuestran capacidades de liderazgo conducentes al cambio en enfermería en los servicios de salud, en el personal de salud y eventualmente en la transformación de la salud de la comunidad hacia SPT/2000.

62. Los egresados de la escuela participan en su trabajo en la toma de decisiones a niveles limitados que suele referirse a decisiones sobre aspectos cotidianos de un campo de práctica.

Los egresados de la escuela participan en el establecimiento de políticas y la toma de decisiones cuando se refiere al campo de enfermería.

Los egresados de la escuela participan en todos los niveles de decisiones en el área salud con una caracterización de su propia profesión, lo cual permita integrarse en equipos de trabajo multi e interprofesional.

63. Los egresados de la escuela ven a la enfermería como una profesión dependiente y/o de empleo relativamente seguro. A veces para promoverse se alejan de la profesión.

Los egresados de la escuela se identifican con su profesión. Algunos asumen posiciones de liderazgo para promover enfermería.

Los egresados de la escuela están plenamente identificados con la profesión, promoviendo el desarrollo de esta en todo ámbito.

BIBLIOGRAFIA

- Barrows, H. S. y Tamblyn, R. M. *Problem Based Learning: An approach to medical education*. Springer Publishing Co., Nueva York, 1980.
- Castellanos, P. L. Introducción a la epidemiología como abordaje integral del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Ministerio de Salud, Nicaragua, 1983.
- Decouflé, A. C. *La Prospectiva*. Barcelona, OIKOS-Tau, 1974.
- Ferreira, J. R. Análisis prospectivo de la educación médica. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.
- Luna, R. Análisis prospectivo de la educación médica y los escenarios como metodología. Trabajo inédito. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1987.
- MacPherson, K. I. Health Care Policy, Values and Nursing. *Advances in Nursing Sciences* 9:3, 1987.
- Manfredi, M. Articulación docencia-asistencia e investigación y la calidad de la atención de enfermería. Trabajo inédito presentado en el Congreso Nacional de Enfermeras de Colombia, 1984.
- Mejía, A. Educación continua. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.
- Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. *Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud*. Serie de Informes Técnicos No. 694. Ginebra, 1983.
- Organización Mundial de la Salud. *Health Projections in Europe. Methods and Applications*. Ginebra, 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Integración docente-asistencial. Trabajo inédito. Relato del Seminario realizado en Brasilia, 1976.
- Organización Panamericana de la Salud. *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Publicación Científica No. 348. Washington, DC, 1977.
- Organización Panamericana de la Salud. Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Publicación No. PNSP84-47, OPS, Washington, DC, 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo sobre Lineamientos Generales de Investigación y Proyecto de Estudios de la Práctica de Enfermería—Informe Final. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 63. 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Resultados preliminares de la investigación sobre la práctica de enfermería en seis países de América Latina. Trabajo inédito. Washington, DC, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Elementos para el Marco Conceptual de Atención Primaria en Salud. Documento Inédito. Washington, DC, 1987.
- Rodríguez, M. I. La planificación educativa y los nuevos modelos de formación de personal de salud: El proceso de integración docente-asistencial. Trabajo inédito presentado en un taller. Táchira, Venezuela, 1979.
- Serrano, M. M. La planificación social prospectiva. *Comercio Externo* 28:4, 1978.
- Souza, A. Cuarenta años de cooperación técnica de la OPS en enfermería y algunas notaciones sobre educación en enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1983.
- Universidad Central de Venezuela. *Análisis prospectivo de la escuela de salud pública—I Etapa*. Caracas, 1986.
- Verderese, O. Análisis de la enfermería en América latina. *Educ Med Salud* 13(4), 1979.
- Vidal, C. A. y Quiñones, J. Integración docente-asistencial. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.