

RECURSOS Y NECESIDADES DE ENFERMERIA EN EL BRASIL*

I. ENFERMEROS† EN EJERCICIO DE LA PROFESION Y ENFERMEROS INACTIVOS

La relación completa de graduados de las escuelas de enfermería del país, hasta diciembre de 1956, reveló un total de 4.517 enfermeros. Por la encuesta realizada en las escuelas, hospitales e instituciones de salud pública se llegó a la conclusión de que el número de enfermeros en ejercicio de la profesión ascendía, aproximadamente, a 3.600, distribuidos de la manera siguiente: 2.473 (68,7%) en hospitales, 546 (15,2%) en salud pública, 379 (10,5%) en escuelas y 202 (5,6%) en otros campos de la profesión. De los 3.600 enfermeros en ejercicio de la profesión, 2.012 (55,9%) respondieron el cuestionario. Los datos que se mencionan a continuación se refieren a estos 2.012 enfermeros.

De este total, 1.561 (77,5%) estaban comprendidos en el grupo de edad de 21-40 años.

En cuanto a su estado civil, 1.284 (64%) eran solteros y 532 (26,4%) casados.

En relación con las obligaciones domésticas, se averiguó que 788 (39,2%) tenían familiares a su cargo.

Sólo 162 enfermeros del grupo (8,1%) poseían certificados del curso de postgraduación en enfermería.

En cuanto a la distribución de enfermeros por institución en que prestan servicios, se comprobó que el mayor porcentaje corresponde a los hospitales, 1.271 (63,2%), mientras que los de salud pública son 330

* Resumen de una encuesta sobre enfermería llevada a cabo en el Brasil de 1956 a 1958, por el Centro de Estudios de los Recursos y Necesidades de Enfermería, de la Asociación Brasileira de Enfermería, con la ayuda económica de la Fundación Rockefeller y la técnica de la OSP/OMS, y de otros organismos públicos y privados, cívicos y religiosos, nacionales e internacionales.

† Este término se emplea en el texto original; comprende hombres y mujeres que se dedican a enfermería.

(16,4%), los de las escuelas 260 (12,9%) y los de otras instituciones 140 (7%).

Entre los enfermeros que prestaban servicios en hospitales, 280 (22%) informaron ser enfermeros de cabecera. Este dato parece dudoso, porque muchos que ejercen funciones de jefe, son nombrados o figuran en la nómina del personal del hospital como simples enfermeros.

Se comprobó que 1.677 (83,4%) trabajaban en una sola institución y desempeñaban un solo puesto, y que 199 (9,9%) prestaban servicios en dos o más instituciones, ejerciendo, por consiguiente, dos o más cargos o funciones.

Se calculó que el número de enfermeros inactivos ascendía a cerca de 900, de los cuales sólo 231 (25,7%) respondieron al cuestionario que les fue enviado. Los datos que figuran a continuación, se refieren a estos 231 enfermeros.

Se comprobó que el 63,3% eran casados, y el 29,4% solteros, al contrario de lo que ocurre con los enfermeros en ejercicio de la profesión. El matrimonio resultó ser la causa principal de retirarse de la profesión (49,8%), a la que le siguen la jubilación (10%), la insatisfacción e inadaptación (7,3%), el estado de salud (7%), la obtención de un empleo fuera del país (4,8%), la falta de estabilidad (3,4%) y el desempleo (2,6%).

Muchos enfermeros no respondieron a todas las preguntas del cuestionario; por lo tanto, los datos que siguen se basan en un total de sólo 120 enfermeros. El 50,8% de ellos deseaban volver a ejercer la profesión, 36,6% no tenían opinión definida a este respecto y 12,6% no querían volver a ejercerla; 28,5% de los primeros querían volver a los servicios hospitalarios, 11,6% y 13,3% se inclinaban por la salud pública y la enseñanza, respectivamente, y 46,6% no especificaron preferencia alguna.

Hubo 68 enfermeros (56,8%) que deseaban volver al trabajo, pero a tiempo parcial,

lo que lleva a la conclusión de que si disminuyeran las horas de trabajo, se reincorporaría a las actividades de la profesión un mayor porcentaje del personal inactivo.

En relación con la necesidad de poner al día sus conocimientos para reincorporarse al trabajo, 50,1 % desearían seguir un curso a este objeto, 37,4 % no tenían opinión definida al respecto y 12,5 % no lo consideraban necesario.

II. ENFERMERIA DE HOSPITALES

Con el presente estudio se comprobó que no existía un órgano coordinador de las actividades de enfermería en el 37,5 % de los hospitales, y que en el 61,6 % de los que poseían un servicio de enfermería, éste era muy modesto y las funciones de dirección no se confiaban a enfermeros.

Se observó también una tendencia por parte de los hospitales a proveer de personal de enfermería a los servicios quirúrgicos y a utilizarlo considerablemente en varios sectores del hospital no relacionados directamente con la enfermería, ya fuese en actividades de supervisión o en otro trabajo.

Las horas disponibles para el cuidado del paciente (1,2 horas) se consideraron insuficientes, incluso en lo que se refiere a la atención de las necesidades materiales mínimas, tales como la higiene y la alimentación, y de este tiempo sólo 0,07 h. (5,6 %) estaba a cargo del enfermero.

En cuanto a la categoría del personal de enfermería que prestaba servicio en los 1.390 hospitales, se observó que el 70,8 % eran auxiliares, y sólo el 7,5 % enfermeros, incluyendo 205 (0,8 %) extranjeros que no habían revalidado el título, cifras que contrastan significativamente con las de 67 % de enfermeros y 33 % de auxiliares de enfermería de ciertos países donde se reconoce la importancia de la enfermería y la indiscutible necesidad de sus servicios.

Se calculó un déficit de cerca de 4.500 enfermeros y 74.500 auxiliares de enfermería, el cual demuestra cierta falta de reconocimiento de la importancia de los servicios de enfermería y de la responsabilidad que

incumbe al hospital de atender debidamente a sus pacientes internos. Bien es verdad que si en el momento actual se intentara cubrir el déficit de personal de enfermería, ello resultaría imposible dada la escasez de profesionales en esta profesión y el reducido número de graduados que salen de nuestras escuelas de enfermería (promedio anual: 319 enfermeros). No obstante, consideramos que esta escasez se debe, entre otros factores, a la falta de aprecio de la necesidad de la profesión y del papel que ésta desempeña en los servicios hospitalarios.

Las vacantes que es posible cubrir en 1.332 hospitales de los que se tuvo información, ascienden a 466 puestos de enfermero y a 2.092 de personal auxiliar, lo que representa un 10 % y un 2,8 %, respectivamente, del déficit calculado.

En conjunto, las condiciones de trabajo del personal parecían insatisfactorias, teniendo en cuenta, no sólo la renovación del personal que, si bien en general es poca, en ciertos hospitales es considerable, sino también la existencia de vacantes que no se cubren. En 1956 había más enfermeros (1.174) trabajando en los 974 hospitales que nos facilitaron información, que los que había en el mismo grupo de instituciones (1.061 enfermeros) a fines de 1957.

En cuanto a la antigüedad en el empleo del personal de enfermería que trabajaba en hospitales, se observó que el 76,9 % llevaba menos de 5 años en la institución, el 67,5 % de los cuales se habían graduado hacía menos de cinco años.

El horario de servicio variaba desde 6 a 12 horas diarias, y de 3 a 4 días de trabajo, seguidos de 3 ó 4 días de descanso. Esta falta de continuidad en el servicio va en detrimento de la atención del paciente.

Los sueldos del personal de enfermería que eran, en general, bajos, mostraban también gran variedad, desde un mínimo de Cr\$100,00 (enfermeras religiosas) y de Cr\$4.000,00 (enfermeras profesionales) hasta un máximo de Cr\$5.000,00 y de Cr\$22.000,00, respectivamente, dentro de una misma categoría. El bajo nivel de los sueldos

era el motivo principal del abandono de la profesión por parte del personal de enfermería.

Se comprobó también una marcada diferencia entre la remuneración del personal de enfermería profesional y el de las religiosas.

La enseñanza durante el servicio y los cursos de adiestramiento de auxiliares de enfermería, actividades que ya se consideran indispensables, sólo existían en un 10% y 7%, respectivamente, de las 1.390 instituciones.

III. ENFERMERIA DE SALUD PUBLICA

El Brasil se enfrenta con una gran escasez de personal de enfermería de salud pública, tanto profesional como auxiliar, siendo todavía más acentuada en el primero de estos grupos.

1. En 1956 había 546 enfermeros de salud pública (8,46%) y 5.907 miembros de otra clase de personal (91,54%). En este último estaba comprendido el personal denominado: enfermeras obstétricas o parteras, educadoras sanitarias, educadoras del hogar, educadoras de la colectividad, visitadoras sanitarias, visitadoras sociales, agentes sociales, educadoras en nutrición, visitadoras de nutrición, auxiliares de puericultura, auxiliares de maternidad, auxiliares de educadora sanitaria y auxiliares de establecimientos para lactantes.

Esta enorme variedad de denominaciones hace la situación extremadamente confusa, pues el mismo nombre puede significar, según el lugar de que se trate, distintas categorías de personal, con funciones diversas; por ejemplo, el educador sanitario del SESP, el de São Paulo y el del Departamento Nacional de Endemias Rurales. Por otro lado, hay empleados de categoría y denominación distintas que ejercen las mismas funciones; por ejemplo, la visitadora sanitaria del Servicio Nacional de Tuberculosis y la visitadora social de la Prefectura del Distrito Federal.

Pero la confusión no se da solamente entre este personal de "otra clase", sino que hay algunos sectores donde los elementos de este grupo pueden ejercer las funciones

que en otros corresponden a los enfermeros, o recíprocamente, enfermeros, denominados como tales, que hacen el trabajo de auxiliares de enfermería.

2. La extensión del presente estudio no permitió incluir la evaluación numérica del personal necesario. Si se toma como base la cuota, mencionada en ciertos casos en la literatura especializada, de un enfermero de salud pública por cada 5.000 habitantes, el Brasil necesita 12.000 enfermeros para los 60 millones de habitantes calculados en 1956, lo cual representa un déficit de 11.454. Teniendo en cuenta el bajo rendimiento de nuestras escuelas de enfermería (un promedio de 318,8 graduados por año en el quinquenio de 1952-1956) y el hecho de que la determinación de los elementos necesarios depende de los factores locales, la pretensión de adoptar la mencionada cuota como objetivo inmediato o incluso lejano, significaría hacer caso omiso de la realidad. Para llegar a la determinación de las verdaderas necesidades de enfermería y a la especificación del personal necesario, hay que buscar otras soluciones y hacer otros estudios.

3. Además de las deficiencias numéricas, son factores de importancia esencial para la satisfacción de las necesidades de salud, la calidad y la distribución del servicio de enfermería.

Los recursos disponibles para la preparación del personal de enfermería dieron el criterio de la calidad del servicio. En el Brasil, hasta que se terminó el presente estudio, la carencia de cursos de postgraduación en enfermería de salud pública y la preparación deficiente en este campo durante la formación del personal, no permitían al enfermero ejercer sus funciones eficazmente como miembro del grupo de salud pública. En 1956, sólo el 1,2% de los enfermeros de los organismos estatales de salud, había hecho estudios especializados en salud pública.

Las instituciones de salud pública, a su vez, no han logrado suplir esta deficiencia de formación del personal, pues no cuentan con programas de enseñanza durante el servicio y apenas si hay alguno de orienta-

ción inicial. Estos últimos se llevaban a cabo en el 15,4 % de los departamentos estatales estudiados.

El problema de la calidad se agrava más aún con la falta casi total de supervisión y evaluación de las actividades de enfermería. La carencia de un órgano coordinador de estas actividades, comprobada en el 76,9 % de los departamentos, sirve para ilustrar este hecho.

4. En materia de distribución de los servicios de enfermería, los factores sociales y económicos constituyen la base del problema. En los departamentos en conjunto, se observaba una gran diferencia entre los enfermeros propiamente dichos y los demás miembros del personal de enfermería. Los sueldos de los enfermeros oscilaban entre Cr\$2.000 y Cr\$18.200 mensuales, o más; el 54,4 % no percibían sueldos superiores a Cr\$10.000.

La mayor concentración de enfermeros estaba en las capitales, que absorbían el 84,8 % del total de este personal. Más del 50 % prestaban servicio en el Distrito Federal, donde, a pesar del reducido número de horas diarias de trabajo, los sueldos básicos oscilaban entre Cr\$11.690 y Cr\$18.200. La remuneración que recibía el personal en ese mismo lugar era, en muchos casos, superior a la otorgada a los enfermeros de otras zonas.

5. Relacionado con el problema de los sueldos está el del número de horas de trabajo. Algunos departamentos, ante la imposibilidad de ofrecer a los enfermeros sueldos de un nivel más elevado, adoptaron, como compensación, la medida de reducir el período de actividades diarias; el 93,1 % de los enfermeros trabajan un número de horas semanales inferior al período reglamentario de 33 horas.

6. En cuanto a las funciones ejercidas por los enfermeros, merecen mencionarse los tres aspectos siguientes: 1) la falta de delimitación de funciones entre los enfermeros y el personal de enfermería restante, 2) la inadecuada selección de las actividades que deben recibir prioridad, ya que un

gran porcentaje de enfermeros (casi el 50 %) presta servicios directos al público, en detrimento de la enseñanza y de la supervisión del personal auxiliar, y 3) la existencia de un pequeño grupo de enfermeros que llevan a cabo actividades no relacionadas con la enfermería, tales como las de escribientes, telefonistas, etc.

7. En los programas estudiados, no siempre prevalece la costumbre de incluir al enfermero en el grupo de salud pública. En sólo tres de los departamentos (7,7 %) estaba representada la enfermería en el planeamiento general de los programas. Tal vez pueda explicarse este hecho por la acción de dos factores interdependientes: 1) la falta de reconocimiento de la enfermería como profesión técnico-científica, y 2) la deficiente preparación de los enfermeros.

8. En la prestación de servicios de enfermería a la colectividad se notó una concentración de las actividades en determinados sectores, en menoscabo de otros que presentaban problemas de salud de la misma gravedad. El programa de asistencia maternoinfantil dejaba mucho que desear. El aspecto educativo en todos los programas estaba muy abandonado, tal vez a causa del exceso de trabajo, del reducido número de horas de actividad y de la preparación deficiente del enfermero.

9. En resumen, los hechos demuestran lo siguiente: 1) el servicio de enfermería de salud pública es deficiente tanto en cantidad como en calidad, 2) el personal de enfermería está distribuido de modo bastante irregular entre un departamento y otro, y entre las diferentes regiones fisiográficas del país, y 3) la calidad del servicio no satisface las necesidades de la población en materia de enfermería, en gran parte a causa de las evidentes deficiencias de los programas de enseñanza de la misma.

Se reconoce de modo general que para el buen funcionamiento del servicio de enfermería de salud pública, éste debe establecerse de manera que comprenda los aspectos siguientes: prioridad de las actividades según las verdaderas necesidades que ex-

perimentan las poblaciones; ampliación gradual de este plan de acuerdo con los recursos económicos y técnicos; utilización, con un criterio adecuado, de los elementos auxiliares, determinando claramente las funciones; supervisión y evaluación constante de las actividades de enfermería; programas de formación de personal auxiliar y adiestramiento en servicio de todo el personal de enfermería. En el Brasil, ya hay ciertos servicios que funcionan sobre estas bases, y es conveniente que otros procuren adoptar el mismo sistema lo antes posible.

IV. ESCUELAS Y CURSOS PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

En el Brasil, son varios los factores que obligan a utilizar el personal auxiliar en las actividades de enfermería, entre ellos principalmente la gran escasez de enfermeras. Reconociendo que este personal, si está debidamente preparado y supervisado, puede aportar una valiosa contribución a los servicios de salud, las enfermeras del país apoyaron el establecimiento de cursos de formación de auxiliares de enfermería.

En 1949, la ley 775 sobre la enseñanza de enfermería en el Brasil, dio carácter oficial a estos cursos, estableciendo al mismo tiempo las condiciones mínimas para su organización y funcionamiento. No obstante, el decreto que reglamenta esta ley, establecido como objetivo del curso "el adiestramiento de personal que pueda ayudar al enfermero en sus actividades de asistencia curativa", vino a limitar, hasta cierto punto, la formación del personal auxiliar al campo hospitalario. Los elementos auxiliares para las actividades de salud pública siguen siendo preparados en una serie de cursos para los que no existe ninguna disposición legal, y que han dado origen a una gran variedad de los títulos con que se designa este personal.

El movimiento de expansión de la enseñanza de personal auxiliar de enfermería, empezó a sentirse a partir de la promulgación de la mencionada ley. En el período transeurrido desde que se inició esta clase de enseñanza y la promulgación de la ley,

surgieron 6 escuelas; en los 7 años siguientes (1949-1956) se establecieron 37 escuelas o cursos. Por cada escuela establecida durante el mismo período, aparecieron, aproximadamente, tres cursos y medio de auxiliares de enfermería.

En 1956, se encontraban en funcionamiento 43 cursos, que estaban distribuidos por casi todas las unidades de la federación, con una mayor concentración en el Distrito Federal y en el Estado de São Paulo. No había cursos de esta clase en dos estados del nordeste, en uno del sur ni en los 4 territorios de la región del norte.

Desde el punto de vista de la subordinación administrativa, se observa una superioridad numérica en los cursos sostenidos por entidades privadas (30, o sea 69,8%), el 40% de los cuales dependen, administrativamente, de asociaciones religiosas. En Brasil, el porcentaje de cursos que dependen directamente de hospitales es, al parecer, reducido (26,7%). La escasez del personal de enfermería ha dado lugar a que los médicos formularan recomendaciones en el sentido de que los hospitales clínicos asuman la función de organizar escuelas para auxiliares de enfermería, y se ha promulgado recientemente una ley municipal en virtud de la cual se crean cursos para auxiliares de enfermería en los hospitales mayores de la prefectura de una de las unidades de la Federación.

Desde 1941 a 1955, 28 escuelas expidieron 2.103 certificados, de los cuales 628 (29,9%) corresponden a escuelas gubernamentales y 1.475 (70,1%) a escuelas particulares. El promedio anual de auxiliares de enfermería indica un ritmo bastante acelerado, principalmente a partir de 1949, como lo demuestran las cifras siguientes: 1,3, de 1941 a 1944; 30,3, de 1945 a 1948; 123,3, de 1949 a 1952, y 371,0, de 1953 a 1956.

En el quinquenio de 1952 a 1956, el promedio anual por escuela fue de 15,7 (13,7 para las del gobierno, y 16,3 para las particulares).

Estos datos demuestran que, a pesar de la rápida proliferación de estos cursos por todo el país, la formación anual de auxiliares

por escuela es bastante escasa todavía, lo que viene a encarecer sumamente el costo de esta enseñanza. Dada la escasez de información, no fue posible obtener datos estadísticos relativos al estado financiero de las escuelas y cursos. No obstante, se sabe que en gran número de esas escuelas el presupuesto es insuficiente para sostener un programa adecuado y mantener un cuerpo docente dedicado exclusivamente a las actividades docentes y de supervisión, y que prácticamente se sostienen gracias a una subvención del Gobierno Federal, cuando en realidad ésta sólo debiera servir de complemento.

A pesar de que la legislación vigente determina que las funciones de dirección y enseñanza son de la exclusiva competencia del enfermero, en casi el 25 % de estos cursos gran parte de la enseñanza está en manos de médicos, principalmente en lo que se refiere a las especialidades clínicas no mencionadas en la ley.

El total de enfermeras que enseñan en los cursos para auxiliares era en 1956 de 308, ignorándose el número de las que se dedicaban exclusivamente a enseñar. El mayor porcentaje (46,4) correspondía a las enfermeras que pertenecían simultáneamente al cuerpo docente de las escuelas de enfermería y al de los cursos para auxiliares, lo cual se explica por el hecho de que el 44,2 % de estos cursos estuvieran incorporados a tales escuelas.

El análisis del plan de estudios seguido en los cursos para auxiliares, pone de manifiesto las dificultades con que tropiezan las directoras al tratar de conciliar los aspectos siguientes:

a) En virtud de lo dispuesto por la ley, el curso tiene por objeto adiestrar personal para ayudar al enfermero en sus actividades, en el caso de que el plan de estudios pudiera ser esencialmente práctico y elemental;

b) El hecho de que en el Brasil haya un gran número de auxiliares de enfermería que trabajan en hospitales donde no hay un solo enfermero, y en los cuales ejercen, sin supervisión, todas las actividades de enfermería, incluso las más complejas. En consecuencia, se justifica un mayor contenido teórico en los planes de estudio.

El aspecto teórico de esta formación se va hipertrofiando en algunas escuelas, como lo prueban

a) la inclusión en los planes de estudio de un considerable número de disciplinas suplementarias, como unidades independientes, y no siempre acompañadas de la correspondiente experiencia práctica;

b) el número, muchas veces excesivo, de clases teóricas dedicadas a estas disciplinas.

El total de clases teóricas en uno de los cursos (1.619) era superior no sólo al promedio de 1.300, sino también al primer cuartil (1.563), comprobado en la distribución del número de clases de las escuelas de enfermería.

Las funciones de los auxiliares de enfermería se van confundiendo con las que han de ser de la incumbencia de los enfermeros, como lo demuestra el hecho de que en el plan de estudios de ciertas escuelas figuren las actividades "de supervisión", que difícilmente pueden ser delegadas en personal cuyo nivel de formación sea elemental.

V. ESCUELAS DE ENFERMERIA

La encuesta sobre las escuelas de enfermería, en escala nacional, permitió obtener una idea general de la enseñanza de la enfermería en el Brasil, que, además de aspectos que indican un gran desenvolvimiento, presenta otros todavía bastante insatisfactorios. Los resultados obtenidos pueden resumirse de la manera siguiente:

1. En 1956, había en el Brasil 33 escuelas de enfermería, 2 de las cuales estaban situadas en el norte, 4 en el nordeste, 12 en el este, 12 en el sur y 3 en la zona centroriental.

2. Las escuelas de enfermería, en cuanto a su dependencia administrativa, fueron clasificadas en: gubernamentales, que ascendían a 13, y particulares las 20 restantes. De las 33 escuelas, 9 (6 gubernamentales y 3 particulares) dependían de universidades (27,3%), de las cuales 4 eran organismos autónomos y 5 estaban incorporadas a las Facultades de Medicina. Cinco escuelas particulares (15,2%) dependían directamente de hospitales.

3. En general, las universidades ofrecen a sus escuelas condiciones, tanto materiales como docentes, mejores que las proporcionadas por otras instituciones, ya sea porque concedan directamente recursos a la escuela, o porque les faciliten medios no sólo en cuanto al uso de las clases y laboratorios, sino también respecto de varias experiencias clínicas necesarias para la preparación de los enfermeros.

El 66,9% de las escuelas funcionaban en locales adaptados cuyas condiciones, a veces bastante deficientes, no les permitían reunir los requisitos considerados indispensables para el desarrollo satisfactorio de las actividades docentes.

4. Teniendo en cuenta el número de graduados en el transcurso del quinquenio de 1952 a 1956, se observará la necesidad de crear en la profesión de enfermería una atmósfera propicia, capaz de atraer psicológicamente al mayor número posible de jóvenes. En estos cinco años, las escuelas expidieron 1.594 diplomas, 59% de los cuales corresponden a escuelas gubernamentales. El promedio anual de diplomados de las 13 escuelas gubernamentales fue de 188,2, y el de las 20 escuelas particulares fue de 130,6. El promedio anual de diplomados por escuela, en el mencionado quinquenio, ascendió a 13,5 (17,5 en las gubernamentales y 9,5 en las particulares).

5. El porcentaje de aspirantes a las escuelas de enfermería resulta ínfimo en relación con la población femenina que termina cualquier enseñanza de nivel medio. En 1955, el número de mujeres que terminaron esta enseñanza, fue de 64.238, mientras que el de las que se dedicaron a la enfermería, en 1956, fue sólo de 608, es decir, el 0,9%.

6. En general, las escuelas de enfermería no llenan las vacantes para el ingreso de nuevos estudiantes. La capacidad total, incluidas todas las series del curso, era menor de 75 en el 36,3% de las escuelas y de 75 o mayor en el 63,7%.

7. Las escuelas de enfermería por no haber aún definido claramente su posición

dentro del sistema de enseñanza del país, están sujetas a diversas presiones en la selección de sus dirigentes. Por lo regular, la selección se hace por la entidad de que depende directamente la escuela, interviniendo muchas veces intereses de carácter profesional, personal, político y religioso. La permanencia de la directora está también condicionada por factores similares.

8. En general, la directora nombra los profesores y decide sobre su aceptación, con o sin la opinión del cuerpo docente.

9. En cuanto a la planificación y a la administración del presupuesto, estas funciones estaban a cargo de las respectivas directoras en gran parte de las escuelas: el 62,1% de las directoras hacían los planes, y el 69,0% administraban el presupuesto de sus correspondientes escuelas.

10. Además de los requisitos legales, 28 de las escuelas (84,8%) seguían el sistema de examen de selección. No se observó unanimidad en las escuelas en cuanto a la naturaleza y el número de materias incluidas en este examen, ni en cuanto a la forma de realizarlo.

11. Teniendo en cuenta la permanencia de estudiantes al fin de cada serie de 4 promociones (1951 a 1954), en las 6 escuelas de 4 años y en las 27 de 3 años, se llegó a la siguiente conclusión:

En las escuelas de 4 años, el porcentaje de aspirantes rechazados es bastante mayor que en las escuelas de 3 años, lo que sugiere que en aquéllas se sigue un criterio de selección más riguroso. Este hecho, junto con una distribución menos densa de materias por períodos escolares, tal vez resulte beneficioso durante el curso, a juzgar por el menor porcentaje de reprobaciones, y de abandono de los estudios en la primera serie. No obstante, en todas las promociones de las escuelas de 3 o de 4 años, el porcentaje de reprobaciones y de abandonos de los estudios en la primera serie se mantiene a un nivel elevado, de lo que se deduce que esta serie, en la forma en que está estruc-

turada, ofrece grandes dificultades a los estudiantes.

En el período de 1951 a 1954, un promedio de 37,8 % de los estudiantes matriculados en las escuelas de 3 años, y un 32,9 % de los matriculados en las escuelas de 4 años, no terminaron el curso.

El mayor porcentaje (32,2 %) de abandono o renuncia de estudiantes entre todas las escuelas, fue la reprobación en la enseñanza teórica de 47,3 % en las escuelas gubernamentales, y de 16,3 % en las particulares. El segundo motivo fue la insatisfacción con la carrera de enfermería, registrándose a este respecto un porcentaje de 19,0 en las escuelas particulares, dos veces mayor que el observado en las escuelas gubernamentales (9,4 %).

12. En el 18 % de las escuelas, los estudiantes debían someterse a un examen médico general a cargo del propio médico de la escuela o de una institución asociada a la institución que sostenía la escuela; en el 75,8 % de las escuelas el examen se hacía o se repetía inmediatamente después de la matrícula, y en el 42,4 %, se efectuaba una vez al año. El 69,2 % de las escuelas exigían radiografías pulmonares antes de la matrícula y en el 76,9 % de las mismas, este examen se repetía anualmente. En cuanto a las escuelas particulares, el 30 % exigían este mismo examen antes de la matrícula, y el 35 % lo repetían una vez al año.

13. Respecto del régimen de vacaciones, el 9,1 % de las escuelas tenía establecido un período anual menor de 28 días. En las demás, este período oscilaba entre 28 y 90 días, observándose en las escuelas gubernamentales una tendencia hacia vacaciones más largas.

14. El número de horas semanales dedicadas a actividades escolares era el siguiente: en el 84,6 % de las escuelas gubernamentales y en el 40 % de las particulares, de 35 a 44 horas; en el 15,4 % de las primeras y en el 55,0 % de las segundas, de 45 o más horas. No se obtuvo información del 5 % de las escuelas particulares.

15. El número de semanas en las sesiones nocturnas, durante el curso, variaba de 0 a más de 40, siendo menor de 10 en el 54,4 % de las escuelas.

16. El análisis de los datos relativos al plan de estudio hace suponer que en la mayoría de las escuelas existe un plan de estudios basado en las pautas tradicionales, especialmente desde el punto de vista técnico. Igualmente hace suponer que en muchas de las escuelas de enfermería hay cierta desorientación en cuanto a su objeto. De ello se derivan graves defectos de estructuración del plan de estudios; véase, por ejemplo, la concentración de clases teóricas en el primer año lectivo (más de 50 % en 15 escuelas, llegando hasta 65,5 % en una escuela); la duración de la sesión nocturna, que en una escuela llega a ser la mitad del tiempo destinado a cada práctica clínica; el número de clases teóricas, que en algunas escuelas es inferior a 1.000 y en otras excede de 2.000.

Por lo regular, en el primer curso, se incluían 15 o 16 materias, constituyendo el mayor volumen las ciencias biológicas y técnicas de la enfermería. Lo relativo a los estudios sociales está abandonado en casi todas las escuelas: el total de 215 a 255 horas de enseñanza recomendado por el "Curriculum Guide for School of Nursing" para el estudio de las ciencias biológicas y físicas se viene aplicando, y aun con exceso, en el 51,6 % de las escuelas; en cambio, las 165 horas recomendadas para el estudio de las ciencias sociales sólo se observan en 2 escuelas. El criterio que más frecuentemente se sigue con respecto a la enseñanza de las ciencias sociales, es el de ofrecer de 35 a 49 horas de clases, concentradas en el primer curso o distribuidas entre los cursos primero y segundo de la carrera.

Se observa una preocupación casi exclusiva por el aspecto profesional. El aspecto que podríamos llamar de cultura general, o estudio de las humanidades, recibe muy poca o ninguna atención por parte de las escuelas, es decir, la enfermería no se dife-

rencia, en este particular, de las demás profesiones.

17. La fragmentación excesiva del programa limita las prácticas clínicas que, por figurar como unidades independientes, dificultan el desarrollo del programa de las escuelas incorporadas a hospitales particulares, con un número imprevisible, pero siempre escaso, de pacientes de ciertas especialidades clínicas. El establecimiento de un régimen de incorporación a centros más importantes facilitaría la solución del problema, aunque esta medida no es siempre factible por diversas razones, entre ellas las de carácter económico. De ahí se da el caso de escuelas que, para cumplir con los requisitos establecidos por la ley, tienen períodos de prácticas de 2 a 4 semanas, con un total de 2 a 8 pacientes. En estos casos, es evidente la limitada variedad de experiencias educativas y, en consecuencia, resulta difícil establecer un criterio justo para evaluar al estudiante.

La práctica en enfermería fisiológica sólo la había en el 42,4% de las escuelas; en el 12,1% no figuraba ninguna en materia de enfermedades transmisibles agudas, y en el 33,3% no se ofrecía instrucción práctica en psiquiatría.

En 4 escuelas (12,1%) no se ofrecía práctica en enfermería de salud pública, y una de ellas informó que, debido a las deficiencias para practicar sobre el terreno, la instrucción práctica se ofrecía en una clase por medio de representaciones.

Las prácticas de administración y supervisión, que han sido objeto de sucesivas recomendaciones de los congresos de enfermería, se ofrecían en el 78,8% de las escuelas, aunque el tiempo destinado a estas actividades variaba de 2 a 14 semanas, siendo el período más común de 4.

18. Aunque es reducido el número de escuelas de enfermería directamente dependientes de hospitales, observamos que a 20 escuelas (60,6%) incumbía, en cierto modo, el servicio de enfermería de los hospitales generales. En el 45% de los casos, la directora de estas escuelas ejercía también la

función de jefe del servicio de enfermería del hospital, y en el 55%, la jefatura de este servicio estaba a cargo de una de las profesoras de la escuela de enfermería.

Sólo el 27,3% de las escuelas de enfermería, carecía de alguna enfermera del cuerpo docente que ejerciera funciones administrativas en el hospital. Por consiguiente, la enseñanza y el servicio constituyen en la mayoría de las escuelas una labor conjunta bajo la responsabilidad del profesorado de las materias clínicas.

La sobrecarga impuesta a las directoras y profesoras de las escuelas, con la responsabilidad de atender íntegramente el servicio de enfermería en los hospitales de prácticas, puede ser desastrosa para la calidad de la enseñanza.

19. De las 379 profesoras enfermeras, 241 (63,6%) poseían únicamente el certificado de enseñanza secundaria o algo equivalente; 119 (31,4%), el certificado del segundo ciclo de enseñanza media, y 20 (5,3%) el diploma del curso superior, además del de enfermería; 21,9% habían completado uno o varios cursos de enfermería postgraduada.

Todos estos datos reflejan una situación muy grave en materia de enseñanza de enfermería. Para enseñar en las escuelas secundarias, cuyos alumnos proceden de la escuela primaria, se exige haber cursado los estudios de la facultad de filosofía, lo cual supone 16 años de escolaridad; en cambio, en las escuelas de enfermería, en cuyo cuerpo estudiantil figuran miembros que poseen el certificado de estudios de los ciclos primero y segundo, la mayoría de las profesoras enfermeras (63,6%) no han cursado más que el primer ciclo y los estudios de enfermería, o sea 12 años de escolaridad.

20. Cincuenta y siete profesoras enfermeras (17%, de un total de 335 respuestas) enseñaban más de tres disciplinas: 46 (13,7%) enseñaban 4 y 5 materias, y 11 (3,3%) tenían a su cargo la instrucción de 6 ó más.

21. Doce (42,9%) de las 28 escuelas que respondieron a la cuestión del número de horas de trabajo de las profesoras enfer-

meras, exigían menos de 40 horas semanales de actividades escolares, y las restantes, 40 horas o más. En las escuelas gubernamentales, el máximo de horas era de 49 por semana, mientras que en las particulares el límite excedía de 60.

En el 72,7% de las escuelas, todas o parte de las profesoras enfermeras asumían responsabilidades dobles: docentes en la escuela, y de servicio en el hospital.

22. Con respecto a la remuneración, los datos de que se dispone corresponden a 369 profesoras enfermeras. De ellas, 212 (57,5%) percibían una remuneración anual que variaba de Cr\$3.200,00 a Cr\$18.000,00; 9 (2,4%) sólo recibían una pequeña gratificación fija; 95 (25,7%) cobraban por hora de clase, cuyo importe variaba de Cr\$50,00 a Cr\$126,00, por hora; 53 (14,4%) no recibían ninguna remuneración ni gratificación. En el grupo de estas últimas figuraban religiosas, así como enfermeras que al mismo tiempo que formaban parte del cuerpo docente de la escuela, trabajaban en un hospital donde recibían un sueldo.

23. Los datos reunidos en relación con el costo de la enseñanza *per capita*, no permitieron, por incompletos, determinarlo exactamente.

24. El 24,2% de las escuelas no cuenta con presupuesto propio.

25. En la mayoría de las escuelas de enfermería, la enseñanza era gratuita, a pesar de que el estudiante recibía, además de la enseñanza, alojamiento, alimentación, etc. Esto nos mueve a preguntar si la adopción de este sistema no ha contribuido a desvalorar la enseñanza de enfermería, principalmente por parte de los propios alumnos y profesores. No obstante, este es el sistema que rige en las escuelas oficiales de nivel superior, salvo en lo que se refiere a la residencia, que sólo se ofrece en contadas escuelas y, en tal caso, es también gratuita o solamente se paga por este concepto una pequeña cantidad.

Sólo en el 27,3% de las escuelas pagaba el estudiante una cantidad módica por su educación.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los datos reunidos de organismos oficiales de salud pública, hospitales, escuelas de enfermería, escuelas y cursos de auxiliares de enfermería, enfermeros en ejercicio de la profesión y enfermeros apartados del servicio, y de acuerdo con las recomendaciones de los grupos de expertos consultados, el Centro de Encuestas sobre los Recursos y Necesidades de Enfermería recomienda:

I—*Al Ministerio de Educación y Cultura*

1) Que promueva una campaña nacional de enseñanza de enfermería consignando créditos para ella en el próximo presupuesto.

2) Que continúe dando directrices en el sentido de que la enseñanza de la enfermería quede establecida en las tres categorías, superior, media y auxiliar, con el objeto de preparar al personal de enfermería para funciones que se distribuyan en escala de complejidad decreciente.

3) Que ponga todo su empeño en la creación de un órgano de orientación y fiscalización de las escuelas de enfermería y de auxiliares de enfermería.

4) Que tenga en consideración el plan de establecimiento de cursos recomendado por la Asociación Brasileña de Enfermería.

5) Que reestablezca, lo más pronto posible, la revalidación del diploma del personal de enfermería formado en el extranjero.

II—*Al Ministerio de Salud, departamentos estatales y municipales y organismos preventivos de salud y hospitales*

6) a) Que instituyan reglamentariamente el servicio o sección de enfermería, como organismo coordinador dirigido por un enfermero, con una organización, objetivos y funciones bien definidos y con normas de coordinación y subordinación determinadas;

b) que se instituya también en las unidades sanitarias una sección de enfermería, dirigida por un enfermero, para la formación del personal y la administración y supervisión de las actividades de enfermería llevadas a cabo en la unidad, a domicilio y con grupos de la colectividad;

c) que la sección de enfermería de los centros de salud esté unida, técnica y normativamente, al organismo coordinador y que esta unión se haga a través de la dirección administrativa del centro de salud y que obligue a reuniones conjuntas siempre que surja cualquier modificación substancial en el programa de trabajo.

7) Que tomen las medidas necesarias para la ejecución de los planes de acción elaborados por el servicio o sección de enfermería.

8) Que utilicen supervisores de enfermería que visiten periódicamente las unidades sanitarias o centros de salud del interior, para los fines de educación y supervisión del personal auxiliar.

9) Que se confíen a los enfermeros las actividades de administración de los servicios de enfermería y de supervisión y educación del personal auxiliar.

10) Que procuren tener un enfermero jefe en todos los servicios clínicos, incluso en los de pediatría y psiquiatría.

11) Que, a los efectos de mejorar los servicios de enfermería, ofrezcan al personal de enfermería la oportunidad de asistir a cursos de postgraduación, concediéndoles licencia con sueldo total o parcial o bien horarios especiales.

12) Que se cubran las vacantes existentes de personal de enfermería.

13) Que traten de atraer a la profesión de enfermería:

a) personas con capacidad profesional en materia de enfermería que prestan servicios en otros sectores;

b) personas del servicio de enfermería que se han desviado a otros sectores;

14) Que estudien la posibilidad de contratar personal de enfermería a tiempo parcial, a fin de aprovechar personas que no puedan cumplir un horario de tiempo completo.

15) Que se aproveche el personal auxiliar de enfermería en substitución gradual de los elementos auxiliares, actualmente utilizados, de denominación y preparación diversas.

16) Que para mejor aprovechamiento del personal de enfermería existente, se le integre en grupos de enfermería en que el

personal auxiliar desempeñe funciones menos complejas y de menor responsabilidad.

17) Que establezcan para el personal de enfermería un horario de trabajo apropiado para atender bien a los pacientes, teniendo en cuenta la continuidad de los cuidados y el cumplimiento de los horarios reglamentarios.

III—*Al Consejo Nacional de Educación*

18) Que como requisito indispensable para autorizar la organización y funcionamiento de los cursos de enfermería y de auxiliares de enfermería, exija que la entidad que los sostenga persiga un objetivo docente.

19) Que para el reconocimiento de los cursos de enfermería se exija que todas las profesoras enfermeras posean un certificado de haber cursado la enseñanza secundaria completa, o su equivalente, y que, a partir del período que determine la ley, se requiera también el diploma del curso superior de enfermería.

IV—*A las universidades y a los legisladores*

20) Que ofrezcan a las escuelas de enfermería existentes y a las futuras:

a) posibilidades para adquirir la "condición" o categoría de establecimiento de enseñanza superior;

b) apoyo financiero equiparado a las demás facultades.

V—*A los servicios de enfermería de salud pública y hospitales*

21) Que soliciten a la autoridad de que dependan la elaboración de un plan de trabajo, que se establezca con su participación y que tenga en consideración: los problemas de salud de la zona, previamente determinados, las condiciones culturales que los afectan y los recursos materiales y humanos disponibles o posibles.

22) a) Que en cooperación con la autoridad administrativa, promuevan un estudio basado en las necesidades reales para determinar el número de puestos que deben crearse, reclasificar los existentes y delimitar las funciones de las diferentes categorías de

personal, siguiendo el criterio de preparación profesional;

b) que a base de las recomendaciones de este estudio, se elabore un plan de acción de ejecución gradual y que alcance a los sectores deficientemente provistos de personal.

23) Que organicen programas educativos que comprendan: adiestramiento de asistentes, orientación inicial de todo el personal admitido en el servicio y un programa constante de enseñanza en servicio para el mismo personal.

24) Que estimulen la transformación gradual del mayor número posible de los elementos auxiliares actuales en auxiliares de enfermería, sugiriendo medidas a la administración tales como el pago total o parcial del sueldo durante la asistencia al curso o bien horarios especiales.

VI—*A la Conferencia de los Religiosos del Brasil*

25) Que examine, junto con las congregaciones religiosas, la conveniencia y la posibilidad de revisar sus contratos con instituciones hospitalarias, con el fin de equiparar el pago de los servicios de las religiosas con el del personal profesional.

VII—*A las instituciones que sostienen escuelas de enfermería o de auxiliares de enfermería*

26) Que asuman la responsabilidad de facilitar los recursos necesarios para el mantenimiento de la enseñanza de enfermería, siguiendo el criterio recomendado por la Asociación Brasileña de Enfermería, incluso la de remunerar convenientemente a las profesoras enfermeras, a fin de favorecer su permanencia en la escuela con servicio a tiempo completo.

27) Que establezcan un presupuesto propio para las escuelas, distinto del de otras actividades que tienen a su cargo.

28) Que poco a poco eximan a las escuelas de la obligación de encargarse de todo el servicio de enfermería en los hospitales clínicos.

VIII—*A las escuelas de enfermería y de auxiliares de enfermería*

29) Que incluyan en el plan de estudios para la formación de personal de enfermería:

- a) enseñanza teórica y práctica en administración de enfermería, inclusive en pequeños hospitales particulares;
- b) enseñanza teórica y práctica sobre organización y administración de centros quirúrgicos;
- c) práctica clínica en los cinco aspectos fundamentales de la enfermería: médico-quirúrgico, obstétrico, pediátrico, psiquiátrico y de salud pública.

30) Que traten de subsanar las deficiencias en su práctica clínica por medio de su vinculación con otras escuelas o de un acuerdo con instituciones de salud.

31) Que su cuerpo docente cuente por lo menos con cinco profesoras enfermeras a tiempo completo (mínimo de 33 horas semanales) para la enseñanza teórica y práctica en las cinco ramas fundamentales de la enfermería.

32) Que organicen cursos de postgraduación en pedagogía y administración con el fin de preparar a directores y profesores de cursos para enfermeros, de auxiliares de enfermería y jefes de servicio, en cuanto dispongan de los recursos docentes y financieros necesarios.

33) Que ofrezcan a las profesoras enfermeras la oportunidad de asistir a cursos de postgraduación en la especialidad que enseñen.

34) Que procuren mantenerse en contacto con los ex-alumnos para enterarse de las dificultades con que tropiezan en su vida profesional, y que en la revisión periódica de los planes de estudio utilicen los datos así obtenidos.

35) Que traten de despertar el interés de los alumnos por la labor de salud pública como actividad de gran importancia social.

36) Que organicen un programa intensivo para atraer al mayor número de aspirantes a los cursos.

37) Que estudien la conveniencia de co-brar por la residencia de los estudiantes una

cuota equivalente a la de otras escuelas del mismo nivel que sigan el mismo régimen.

IX—*A la Asociación Brasileña de Enfermería*

38) Que tome medidas para estudiar los siguientes aspectos de la enfermería:

- a) utilización del personal;
- b) experimentación de planes de estudios;
- c) causas de insatisfacción e inadaptación en el servicio.

39) Que teniendo en cuenta la escala decreciente de responsabilidad del personal de enfermería, se haga un estudio sobre el plan de enseñanza de los tres niveles de la carrera (superior, medio y auxiliar), en el que se incluyan cátedras y disciplinas de cultura general y profesional, con especial atención a las ciencias sociales, su correlación y clasificación, a la inclusión de los aspectos sanitarios y sociales en las disciplinas, a las prácticas clínicas y su duración aproximada, a los efectos de reconocimiento de la escuela, y a los requisitos mínimos que han de reunir las clínicas utilizadas.

40) Que promueva un estudio de las áreas que necesitan y permiten la existencia del curso medio de enfermería o de auxiliares de enfermería y que elabore un plan para el establecimiento gradual de estos cursos.

41) Que a través de sus secciones, fomente la unificación de esfuerzos con asociaciones de hospitales, con legisladores y sindicatos de enfermeros a fin de mejorar el nivel de sueldo del personal de enfermería.

42) Que trate de obtener la colaboración de asociaciones médicas, hospitales y organismos gubernamentales para promover una campaña de atracción de aspirantes a las escuelas de enfermería y de auxiliares de enfermería.

43) Que solicite de los organismos pertinentes becas de estudios para graduados de enfermería.

44) Que por medio de sus secciones y de acuerdo con los establecimientos interesados, trate de sistematizar la divulgación de las oportunidades de trabajo del personal de enfermería.

45) Que fomente la reestructuración del plan de estudios para auxiliares de enfermería, de suerte que los prepare para desempeñar funciones tanto en el aspecto de salud pública como en el de hospitales.

46) Que tome medidas encaminadas al establecimiento de áreas experimentales donde se ensaye la aplicación de las recomendaciones formuladas en esta encuesta.