

# Educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

*Educación médica y salud* es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de *Educación médica y salud* las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA  
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES  
(ESCUELAS) DE MEDICINA  
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA  
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA  
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES  
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA  
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA  
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$8.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana  
525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e inglés), y las

series de Publicaciones Científicas, Documentos Oficiales y Otras Publicaciones, a través de las cuales se difunden conocimientos y técnicas de interés internacional para la prevención de enfermedades y el fomento de la salud, y se dan a conocer las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OPS.

# Educación médica y salud

---

Volumen 14, Número 1  
1980

## Artículos

- 1 Enfermería de salud de la comunidad: conceptos y estrategias—  
*Doris E. Roberts*
- 23 La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud—  
*Oscar Echeverri y Ligia M. de Salazar*
- 41 Formación de personal de enfermería para la atención de salud a la  
comunidad—*Flor de María Peña Campos y Antonia Puente Iriarte*
- 55 Participación de la Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador  
en el desarrollo de la profesión—*Iralda de Núñez, Sor Piedad Rojas  
y Constance de Baquero*
- 62 Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil—  
*Carlyle Guerra de Macedo, Isabel dos Santos e César Augusto de Barros  
Vieira*
- 76 La investigación en enfermería: un campo interdisciplinario—  
*Lillian K. Gibbons*
- 95 Formación del personal auxiliar—*Alice T. Meyer*

## Reseñas

- 108 Formación de técnicos medios de salud en la América Latina
- 109 Ciencia y tecnología para el desarrollo
- 113 Educación continua para ingenieros

## Noticias

- 115 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción  
de la OPS
- 115 Seminario sobre personal de salud en el Caribe
- 116 Seminario sobre "la salud para todos"
- 117 Necesidad de investigaciones de trascendencia social
- 117 Curso de la Federación Internacional de Hospitales
- 118 "Cero" viruela

## Libros

- 119 Publicaciones de la OPS en 1979

*Las opiniones expresadas en los artículos  
y reseñas firmados que aparecen en esta revista son  
de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

### Nota editorial

En el presente número se incluye la segunda parte de la *Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en la América Latina*, cuya primera parte entregamos en el Volumen 13, No. 4 de la revista. De esta forma se completa la publicación del material producido en base a las actividades, discusión teórica y aplicación de nuevos enfoques en el campo de la enfermería, en instituciones dependientes de los ministerios de salud y universidades de distintos países latinoamericanos.

Estamos seguros de que el aporte colectivo de sistematización y divulgación del trabajo que cumplen diariamente nuestros compañeros de profesión servirá de estímulo para continuar el análisis crítico de nuestro quehacer y la definición de nuevas opciones para las funciones que nos toca cumplir en los servicios de salud, en la comunidad y en la formación de personal calificado. Al mismo tiempo facilitará a los otros componentes de la estructura de personal de salud el comprender el papel que la enfermería está llamada a desempeñar para alcanzar la meta de lograr una atención integral y universal de la población y la salud para todos en el año 2000.

Grupo Coordinador de la Antología



# Enfermería de salud de la comunidad: conceptos y estrategias

DORIS E. ROBERTS<sup>1</sup>

---

---

Tradicionalmente, la enfermería en el campo de la atención de la salud se asocia en gran parte con el cuidado del enfermo en hospitales, departamentos de consulta externa y servicios ambulatorios. Tanto la educación como el ejercicio de la profesión se concentran en el paciente individual, ofreciendo los mejores servicios posibles para ayudar al enfermo a restablecerse y actuar normalmente y, en el caso de muerte inminente, reconfortándolo, lo mismo que a sus familiares. Para ello se cumplen una serie de funciones entre las que figuran la educación del paciente para atenderse a sí mismo; la prestación de cuidados personales; colaboración con el médico, la trabajadora social, el dietista y otro personal para ofrecer servicios terapéuticos y de rehabilitación; determinación de los factores sociales y ambientales que abarca el restablecimiento del enfermo, y planificación con el paciente, la familia y los servicios de la comunidad en la medida necesaria para reducir las influencias negativas y reforzar aquellas que promueven la salud, la productividad y el bienestar general.

Solo una pequeña proporción del personal de enfermería de cualquier país se dedica a la salud pública y tiene que asumir numerosas funciones que van más allá de la típica atención del enfermo. Las actividades se concentran en la atención preventiva, e incluyen el fomento y la conservación de la salud, administración de inmunizaciones, búsqueda de casos de enfermedades prevalentes y evitables, y educación para la salud con el fin de mejorar el saneamiento y lograr un ambiente saludable. Se supone que la enfermera de salud pública actúa de defensora de la salud de la comunidad, señalando los aspectos no beneficiosos y los ambientes insalubres, contribuyendo al desarrollo de recursos cuando no existen o son insuficientes, y prestando apoyo a la educación sanitaria popular.

---

<sup>1</sup>Consultora de la OPS/OMS.

El ambiente de trabajo de la enfermera de salud pública a menudo comprende el hogar. Puesto que los tipos de comportamiento, actitudes, estilos de vida y susceptibilidad a las enfermedades se transmiten a través del ambiente familiar y otros comunes, resulta importante prestar servicio a la familia como unidad, considerándose fundamental para los programas de salud pública, por ejemplo, la atención de la salud del niño y la planificación de la familia. Otros de los medios en que comúnmente se desenvuelve la enfermera de salud pública son la escuela, la industria y el centro de salud de la comunidad. En realidad, los servicios de la enfermera de salud pública pueden utilizarse en cualquier lugar en que se ofrece atención de la salud, y sus actividades se ajustarán a los objetivos del organismo o institución que la ha contratado y a la población que debe atender. En todos los casos, el envío de pacientes y familias a los servicios de la comunidad necesarios para mejorar su estado de salud, educación y bienestar general, así como la coordinación de estos servicios para la atención integrada del paciente, constituyen funciones básicas de la enfermería de salud pública.

A pesar de que la meta principal de la salud pública es la prevención de las enfermedades, incapacidades y muertes prematuras en la población, los servicios que en realidad se prestan indican que, tal como sucede en la asistencia hospitalaria, la labor se concentra en gran parte en el cuidado individual del enfermo. Especialmente cuando se trata de casos agudos, el cuidado del enfermo requiere alta prioridad y suele absorber los servicios disponibles, de manera que queda muy poco tiempo libre para la prevención primaria. El tratamiento de afecciones agudas resulta apasionante y, a menudo, los médicos se encuentran tan preocupados por los procesos patológicos que es probable que no se preste la atención necesaria para un plan global de cuidados preventivos secundarios o terciarios. Por añadidura, la política de muchos organismos que dirigen los servicios de enfermería de salud pública limita el contenido y tipo de atención que puede ofrecerse más allá de lo prescrito por el médico. Esta política circunscribe la medida en que el fomento de la salud y la prevención de enfermedades pueden incorporarse en las funciones de la enfermería y, para las personas no sometidas a tratamiento médico, puede dar lugar a que se prive de servicios de salud pública a los que los necesitan. De esta forma se perpetúa el desperdicio de esfuerzos y la asistencia ineficaz del paciente y la familia, y más importante aún, se eliminan las posibilidades de la enfermería de ejercer un efecto firme y sistemático en la salud de la comunidad.

No es de extrañar, pues, que con frecuencia se interprete que la enfermería de salud pública es la asistencia prestada fuera del ambiente hospitalario por enfermeras contratadas por instituciones benéficas u oficiales sostenidas por el público. Para evitar esa interpretación errónea, se ha propuesto la expresión "enfermería de salud de la comunidad", pero es posible que esta haya servido para crear aún más confusión. Puede alegarse que los hospitales y otras instituciones que ofrecen servicios de atención de la salud y de las enfermedades constituyen aspectos importantes del sistema de salud de la comunidad y que, por consiguiente, sus servicios de enfermería también deben considerarse como enfermería de salud de la comunidad. Estas interpretaciones no tienen en cuenta el propósito, el contenido o el fundamento lógico de la atención o sus relaciones con los conceptos en que se basa la salud pública o la atención de la salud de la comunidad.

La creciente preocupación de los administradores y otros expertos en salud pública por esta interpretación impropia del ámbito y de la práctica de la enfermería de salud pública movió a la Organización Mundial de la Salud a convocar, en 1974, una reunión de un Comité de Expertos en Enfermería y Salud de la Comunidad. Los objetivos principales de esta reunión fueron los siguientes: "esclarecer la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades, definir la función y las tareas de la enfermera de salud pública y su papel en el grupo sanitario, considerar la enseñanza del personal en relación con las necesidades locales y formular recomendaciones para facilitar la consecución de esos objetivos (1).

El Comité de Expertos se refirió a la función de la enfermera de salud de la comunidad en la atención primaria de salud y, a partir de ese momento, los conceptos de esta atención han sido analizados ampliamente a nivel internacional. Al mismo tiempo se ha formulado una definición operativa de esta actividad (2). En consecuencia, es esencial que la enfermería proceda a una revisión a nivel internacional, regional, nacional y local de sus funciones en relación con las nuevas estructuras y a una definición del papel que debe desempeñar la enfermera, especialmente la de salud de la comunidad, en la atención primaria de salud.

## LA SALUD DE LA COMUNIDAD

A fin de comprender lo que significa la salud de la comunidad y las posibilidades de la enfermería al respecto, es preciso, en primer

lugar, captar el concepto de comunidad como una entidad propia. En este contexto, la comunidad constituye una fuerza social dinámica, con características demográficas, instituciones, condiciones ambientales y recursos bien definidos que, entre otras cosas, fomentan o impiden la salud y el bienestar de la población que abarca. La comunidad actúa para moldear el desarrollo, la forma de conducta y el modo de vida de sus miembros, los cuales, a su vez, determinan la modalidad y las funciones de su comunidad.

Si bien las comunidades, como las regiones, suelen constituir jurisdicciones políticas geográficamente delimitadas, existen otros muchos tipos de comunidades. Así, forman también comunidades algunos grupos organizados que residen dentro de ciertos límites políticos, a veces superpuestos, que poseen un propósito común, comparten los recursos, mantienen las mismas actitudes y representan estilos de vida similares. Un ejemplo de estas comunidades podría ser el distrito escolar, integrado por las familias, maestros, administradores y otras personas que se ocupan de la educación y del bienestar de los alumnos. Otros ejemplos serían los sindicatos de trabajadores industriales, las organizaciones de residentes en una ciudad, o los grupos sociales que se han mantenido intactos por su raza o cultura común. Cada uno de ellos se distingue por su propia estructura social, la identidad de sus miembros y sus intereses en la integridad del grupo como un todo.

El estado de salud de la comunidad refleja la salud compuesta de los miembros que la integran y las fuerzas que afectan a dicho estado. Las características demográficas que son importantes para la salud de la comunidad se basan en la epidemiología de las enfermedades, incapacidades y defunciones. Como las enfermedades y los trastornos se encuentran diferencialmente distribuidos en las poblaciones por variables tales como la edad, sexo, raza, cultura, educación e ingresos, estos datos son indispensables para conocer el perfil de salud de la comunidad. Las tasas de natalidad y de mortalidad y las estadísticas de migración, fecundidad y longevidad también revisten importancia para conocer el tamaño, naturaleza y distribución de la población. Las condiciones de vivienda y trabajo, el clima, la precipitación pluvial, la contaminación atmosférica, la ocupación, los medios de transporte, fuentes y distribución de alimentos, abastecimiento y pureza del agua, saneamiento y eliminación de desechos constituyen ejemplos de determinantes ambientales de la salud de la comunidad. Otras influencias del medio derivadas de costumbres socioculturales

son la organización y realidad familiar, la percepción de las enfermedades, formas de administración, el comportamiento general respecto a la salud y las prácticas sanitarias comunes, incluidas las actitudes frente a los servicios de salud disponibles y su utilización. Estos factores, en conjunto, determinan la clase de problemas de salud que se plantean en la comunidad, así como sus consecuencias sociales, y sirven asimismo para indicar lo que podría hacerse para reducir o eliminar los problemas.

El sistema de atención de la salud prevaleciente es una de las numerosas instituciones de la comunidad que afectan a la salud de la población. El sistema educativo y las organizaciones industriales, sociales, jurídicas y políticas representan otros tipos de instituciones que influyen directa o indirectamente en la salud de la comunidad. Se reconoce comúnmente el efecto de estos elementos en la determinación del riesgo de enfermedades y la clase de servicios disponibles, pero no se comprende tan bien la importancia de su intervención directa en la solución de los problemas de salud de la comunidad. No obstante, en fechas recientes fueron objeto de una mayor atención general, que culminó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, 1978), en la que se consideró de manera explícita el enfoque intersectorial. Tanto en la Declaración emanada de la Conferencia como en sus recomendaciones (2) se destacó repetidas veces la interdependencia que existe entre la salud y el desarrollo social. Esencialmente la Conferencia destacó que:

- La productividad social y económica es esencial para obtener el grado máximo de salud.
- La consecución del grado máximo de salud requiere acción por parte de otros muchos sectores sociales y económicos, además del de salud.
- La salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido de los pueblos.

Si se considera a la salud en su relación intrínseca con el desarrollo social y económico general de la comunidad—estimulando y respondiendo al crecimiento de estas dimensiones—se pone claramente de manifiesto la necesidad de un enfoque intersectorial para la salud de la comunidad. Por ejemplo, la malnutrición continuará existiendo mientras el suministro alimentario siga siendo inadecuado, muy costoso e insuficiente. Las enfermedades y los traumatismos seguirán sin

ser identificados y tratados, y se ignorará la atención preventiva mientras siga siendo bajo el nivel de educación general de la población. La industrialización aumenta las oportunidades de empleo pero también entraña riesgos para la salud. Una vivienda adecuada, un buen saneamiento, empleos, medios de transporte y facilidades de comunicación constituyen otros requisitos para lograr modificaciones sustanciales y duraderas en la salud de la comunidad—y todos ellos están fuera del ámbito del sector salud. Por eso, no podrán introducirse cambios en la estructura social de la comunidad, fundamentales para la salud y el bienestar de la población, si las instituciones sociales no asumen la responsabilidad que les corresponde en relación con los problemas de salud prevalecientes y comparten los esfuerzos para solucionarlos.

El sistema de atención de la salud organizado tiene la obligación de tomar la iniciativa en las estrategias de salud; en el análisis de la salud, recursos y necesidades de la comunidad; en el desarrollo y plena utilización de los recursos humanos para la salud; en la prestación y coordinación de servicios de salud apropiados y de buena calidad técnica; en el establecimiento de opciones para los enfoques de la atención de la salud, y en la evaluación de los efectos del esfuerzo total en el campo de la salud. Los encargados de la administración y de la prestación de la atención de la salud deben colaborar con otros sectores para hacer realidad todo el potencial de salud de la comunidad.

Es en el seno del sistema de salud donde, por lo general, se desenvuelven las enfermeras y tienen la mayor oportunidad de influir en los problemas de salud de la comunidad. En gran medida, las enfermeras determinan la disponibilidad, alcance, calidad y eficacia de los servicios de salud. Por consiguiente, las futuras funciones de la enfermería para la salud comunitaria deben ser consideradas en esta amplia perspectiva.

## SERVICIOS DE ENFERMERIA DE SALUD DE LA COMUNIDAD

En el pasado decenio, la enfermería de salud pública, junto con otros servicios de salud, fue objeto de agudas críticas por parte del público, otras profesiones de salud y dentro de su propio medio. Esta actitud se relaciona con la creciente preocupación por la aparente ineficacia de los servicios prestados para remediar los problemas de sa-

lud a los que van encaminados. El mencionado Comité de Expertos de la OMS, reconoció la realidad de estas críticas y se encontró con una verdadera confrontación: elevada prevalencia de malnutrición, incluida la obesidad, así como deficiencia de vitaminas, minerales y proteínas; prácticas inapropiadas de atención de la salud del niño; grupos no inmunizados, con las consecuentes incidencias de enfermedades evitables y defunciones; ancianos desvalidos, afectados por enfermedades crónicas y desatendidos, y otras personas en condiciones similares insostenibles. También consideró la falta de servicios básicos de salud en amplios segmentos de la población en todos los países y las responsabilidades que cabría a la enfermería para lograr un cambio.

Al tratar de obtener una explicación de las prácticas ineficaces de salud, surgió una razón poderosa: la transferencia inapropiada a los servicios de salud de la comunidad de los conceptos y procesos de la enfermería relativos a la atención de los individuos, particularmente de los enfermos hospitalizados. Y todo ello unido a un conocimiento y aplicación deficientes de los principios de epidemiología, procesos de desarrollo social y cultural, y organización y estructura de la comunidad en relación con las necesidades de la sociedad, las ciencias de la salud y la tecnología. En contraste con los razonamientos actuales sobre la atención del individuo, se ideó una estructura conceptual para lograr una enfermería de salud de la comunidad eficaz, basada en la epidemiología de los problemas de salud predominantes, en los principios clásicos, demostraciones y experiencias de enfermería de salud pública, y en el supuesto de que la enfermería puede afectar a la salud de la comunidad de una manera singular y significativa en presencia de ciertos procesos y el debido apoyo y con un sentido de responsabilidad para su desarrollo. Los mecanismos de apoyo y los procesos de atención esenciales incluyen los siguientes:

1. Un sistema de salud que ofrezca servicios básicos a toda la población y asigne prioridad a los grupos vulnerables, a base de un análisis de los problemas y recursos de salud de la comunidad.
2. Desarrollo de la enfermería para convertirla en un sistema de atención de la salud que se encargue de una gran variedad de funciones de fomento y atención de la salud, destacando la asistencia primaria, con servicios prestados por distintas clases de personal y disciplinas, así como por las enfermeras.
3. Reconocimiento de la comunidad como importante determinante de la salud y, por consiguiente, como participante esencial en la introducción de los cambios necesarios para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad.

4. Fomento de la salud mediante sistemas intersectoriales y a través del sistema de salud organizado.

5. Preparación del personal de enfermería teniendo en cuenta todos los aspectos del desarrollo humano y en íntima relación con las necesidades, valores, problemas comunes de salud y prácticas de salud de la comunidad (2).

Cada uno de los elementos de esta estructura complementa a los demás; de manera análoga, el alcance y eficacia de cada uno de ellos depende de los correspondientes a los restantes. De ahí que la carencia o insuficiencia que experimenta cualquiera de los elementos limite los efectos de todos los demás. Al mismo tiempo, cada uno tiene su fundamento lógico y estrategias específicas para el servicio. Estos aspectos se examinarán a continuación en el contexto de su aplicación práctica.

### ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD

El desarrollo de estrategias apropiadas para cualquier comunidad debe comenzar con una evaluación sensible de las necesidades de la misma. La evaluación tiene un triple propósito: 1) identificar las necesidades y problemas de salud de la comunidad y subgrupos de población; 2) desarrollar planes para prevenir, reducir y eliminar, en la medida de lo posible, los problemas identificados y para mejorar la salud y el bienestar general de la población, y 3) obtener información de referencia para determinar la eficacia del plan de los programas.

Como ya se ha indicado, en la determinación de los datos demográficos pertinentes para la salud de la comunidad, el análisis de las necesidades de salud se basa en la epidemiología de las enfermedades, las incapacidades y las defunciones. Por lo general, se emplean las tasas de morbilidad y mortalidad como primeros indicadores del estado de salud de la comunidad (3). Otros datos utilizados para trazar un perfil más amplio de la salud son las tasas de inmunización de los lactantes y niños pequeños; la notificación temprana del embarazo; las tasas de fecundidad; la planificación de la familia; los embarazos malogrados; el peso al nacer, y las mediciones del crecimiento y desarrollo durante la infancia. También son útiles los registros de asistencia y aprovechamiento escolar para analizar la salud de grupos en el seno de la comunidad. Estos datos se distribuyen de acuerdo con las



diversas características y ambientes de la población, a los efectos de determinar los grupos en que se concentran enfermedades y problemas concretos de salud y se registran riesgos elevados, y, por consiguiente, donde se deben intensificar los servicios y ajustarlos a las características de los grupos. Asimismo, ofrecen un punto de partida para establecer los objetivos del servicio y evaluar el éxito del programa de salud en función de esos objetivos.

Sin embargo, aunque la mayoría de estos indicadores son útiles, adolecen de importantes limitaciones: en gran medida reflejan funciones biológicas y fisiológicas, y dejan de lado ciertos procesos sociales y emocionales que pueden constituirse en precursores del estado morbo y requerir una acción social para su prevención y control. Se fundan principalmente en informes médicos sobre enfermedades, limitando así el análisis a las personas que consultan al facultativo, a menudo cuando la enfermedad ha llegado ya a una fase avanzada, e ignorando afecciones definidas por la comunidad y que le son comunes. Muchos, como el comportamiento en la planificación familiar, resultan difíciles de validar, se notifican de manera irregular y, aunque se realizan encuestas o investigaciones especiales, solo se refieren a sectores relativamente pequeños de la población. Incluso cuando los datos son fidedignos y bastante completos, los procedimientos de tabulación estimulan el estudio y la programación de la salud por categorías de enfermedades-problemas en lugar de categorías transversales, a pesar de que es bien sabido que las poblaciones muy expuestas al riesgo de una enfermedad son sumamente vulnerables a otras muchas. Un medio de evitar estas deficiencias es la ampliación de la evaluación para incluir a representantes de la comunidad. Ello permite analizar las preocupaciones de la población por la salud y ayuda a validar la información, además de ofrecer un mayor conocimiento de los estilos de vida y de los mecanismos populares para enfrentarse con la situación.

Tal vez la mayor limitación de los datos reside en que se refieren a la salud de la comunidad casi totalmente en función de las enfermedades y otros trastornos. Esta circunstancia reviste particular importancia para la enfermería, cuyos objetivos son el fomento y conservación de un buen estado de salud, incluida la comodidad, el bienestar, la independencia física y la función social, aunque se midan exclusivamente por su ausencia. Mientras no se conozca la epidemiología de la salud y esta no pueda medirse directamente, será imposible evaluar el vasto esfuerzo de la enfermería en la salud de la comunidad. Las

investigaciones en este campo son críticas. Los epidemiólogos ya empiezan a reconocerlo y se han sugerido una diversidad de procedimientos (4, 5). Con la conceptualización de la salud y la vida productiva, consideradas en relación con las prácticas de atención de la salud y con el acopio sistemático y la interpretación de datos de población pertinentes, las enfermeras podrían contribuir de manera importante a la base científica de la salud de la comunidad.

Las observaciones y la contabilidad de los recursos de la comunidad, incluida la estructura institucional en que actúan, la orientación del público y el apoyo de los servicios de salud representan otros elementos esenciales de la evaluación de la comunidad.

El análisis sistemático de la disponibilidad y accesibilidad de servicios básicos de salud para todos los miembros de la comunidad es relativamente reciente. Los esfuerzos concertados de la OMS y sus Estados Miembros para poner la salud al alcance de todos los habitantes del mundo le han servido de incentivo. Los datos de un exceso de enfermedades y muertes prematuras en las poblaciones donde los servicios de salud son escasos o inexistentes son abrumadores, y no cabe esperar que estas estadísticas varíen si no se introducen cambios importantes en la programación de la salud. La localización de casos, el tratamiento eficaz y la promoción de la salud exigen una serie de servicios planificados, bien dirigidos y coordinados, comprendidos los de medicina, enfermería, saneamiento, laboratorio y otros afines. Además, con el empleo de tecnologías apropiadas para la comunidad, la plena participación de otros sectores y el compromiso firme de las profesiones de salud, razonablemente podría esperarse que para el año 2000 los habitantes de todos los países dispongan de una atención básica de salud, fácilmente accesible (3). Estas esperanzas, que se examinan más adelante, se basan en gran parte en las enfermeras.

La evaluación no es solo un medio para determinar cuáles son los problemas de salud prevalecientes y los recursos disponibles para hacerles frente sino que constituye, por sí misma, una parte esencial del proceso de cambio. La elucidación del problema en el contexto total de la comunidad sugiere modalidades de intervención, de otro modo no consideradas. El conocimiento por parte de la comunidad de condiciones peligrosas y comportamientos que limitan la salud estimula la acción colectiva; una clara comprensión de las necesidades así identificadas produce fuentes desconocidas de ayuda. Por consiguiente, los objetivos, prioridades y estrategias de los programas varían de acuerdo con los parámetros de la base informativa y la forma de evaluación.

Cuando se formulan políticas y planes de intervención para incluirlos en el plan, se pone de manifiesto la necesidad de datos adicionales para la evaluación. Por ejemplo, quizás se necesite información más objetiva y precisa para definir mejor el problema, vigilar las acciones y los servicios prestados y evaluar los efectos concretos del plan sobre la salud de la población expuesta. Así pues, el análisis continuo es fundamental para concebir un sistema eficaz de salud, verificar las necesidades y los recursos a fin de dar orientación al cambio, demostrar los efectos del plan de acción, e indicar cómo este debe modificarse para obtener aún más beneficios para la salud.

### ADMINISTRACION DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La actual organización de los servicios de salud generalmente vincula la enfermería a un determinado organismo, hospital u otra institución y circunscribe el servicio a los objetivos, procedimientos operativos y clientela de la entidad de que se trate. Eso perpetúa la fragmentación de los servicios de enfermería, la estrechez de ámbito y los planes de atención que tratan primordialmente de presentar las necesidades de los pacientes. A menudo no se ofrece a la enfermería la oportunidad de opinar en relación con la planificación y determinación de políticas, de forma que las prácticas de atención, los valores, las percepciones de enfermedades y otros aspectos del cuidado de la salud no reciben la debida consideración. Además, se ignoran los índices intermedios de los estados de salud pertinentes a la enfermería, y no se puede convertir en realidad el impacto potencial de la enfermería sobre la atención primaria de salud. La modificación de esta situación requiere un cambio importante de las normas tradicionales de organización y administración de los servicios de enfermería.

En gran medida, la enfermería es una síntesis de conceptos de las ciencias sociales, biológicas y del comportamiento aplicados en el cuidado del individuo, la familia y la comunidad con fines de salud. Organizada como subsistema del sector salud, la enfermería puede demostrar y comprobar teorías y supuestos pertinentes para la máxima eficacia en cada uno de los niveles de atención.

Un sistema de esta naturaleza requiere la participación de la enfermería en la planificación, administración y coordinación de la

atención de la salud dentro de las respectivas instituciones y organismos que contratan al personal de este campo, así como en la programación local y nacional. El propio sistema fomenta las interconexiones para la dotación de personal y la colaboración interna, a través de los distintos ambientes, así como la colaboración con otros componentes del sector salud y otros sectores. Asimismo facilita las relaciones universitarias y el trabajo en grupos interdisciplinarios. Y más importante aún, atribuye a los administradores de enfermería la responsabilidad de analizar los problemas de salud de la comunidad en función de sus repercusiones para la profesión de enfermería en su sentido amplio, de especificar los objetivos del servicio, determinar los grupos a los que han de dirigirse las actividades, establecer normas de la profesión y concebir medidas de evaluación de acuerdo con las necesidades y el desarrollo tecnológico de la comunidad. Por otra parte, crea un clima propicio a los métodos innovativos para alcanzar las metas de la comunidad.

### ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La provisión de atención primaria como estrategia principal de salud merece especial consideración, puesto que representa la esencia de la contribución singular de la enfermería a la salud de la comunidad. La mayoría de los sistemas administrativos dependen del personal de enfermería para los elementos básicos de la atención primaria de salud—educación para la salud, cuidado de la salud de la madre, el lactante y el niño; inmunizaciones; prevención; localización de casos; tratamiento y transferencia de ciertos problemas de salud a otros servicios.

Uno de los hechos más importantes de la prestación de atención de la salud en fechas recientes ha sido el fortalecimiento de las funciones clínicas de la enfermería. Este movimiento ha permitido a las enfermeras una mejor preparación para extender sus funciones en la localización de casos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes, traumatismos y problemas afines. Además, gracias a una utilización más amplia del personal de enfermería, es posible emplear con mayor eficacia los servicios médicos, que pueden orientarse hacia la consulta, envío de pacientes y cuidados especializados. La aceptación de las enfermeras ayudantes del médico en esta am-

pliación de funciones ha procedido de manera progresiva, pero a medida que se han ido reuniendo indicaciones de su competencia para tomar decisiones acertadas respecto al diagnóstico y tratamiento, el valor del plan ha sido cada vez más manifiesto (6). Los estudios de pacientes que acuden a los servicios de atención primaria han revelado que entre el 75 y el 80% de las necesidades identificadas se refieren a la prestación de apoyo, un conocimiento experto del comportamiento, protección del paciente, medicación y tecnologías simples comunes a la enfermería y que no requieren la competencia del médico (7). Estos porcentajes pueden ser aún más elevados en el medio rural y en los países en desarrollo, donde las necesidades básicas de nutrición, saneamiento, atención materno-infantil y planificación de la familia ocupan un lugar prominente.

En 1977, los Ministros de Salud de las Américas, de acuerdo con las resoluciones adoptadas por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, reconocieron la función cada vez más importante de la enfermera y la partera para alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud, y recomendaron que todos los países de la Región utilizaran a estas profesionales de una manera más eficaz mediante su intervención en la planificación y administración de la atención primaria de salud (8). Pero para que estas funciones se desempeñen con la máxima eficacia, las perspectivas de la salud deben experimentar numerosos cambios, a saber:

1. Preparación de las enfermeras y parteras para la ampliación de sus funciones y atribuciones, con arreglo a las necesidades y planes de salud de los países.
2. Negociación y ajuste de las funciones médicas y de enfermería para reducir la duplicación y la competencia y, al mismo tiempo, obtener los mejores aportes por parte de ambas profesiones en la provisión de atención en grupos multidisciplinarios y servicios de referencia.
3. Normas y prácticas de salud basadas en estudios epidemiológicos y los principios de riesgo.
4. Redefinición y nuevo alineamiento de la enfermería y otras funciones de atención de la salud para determinar las que sean apropiadas para el personal de atención primaria y planificar su contratación, adiestramiento, supervisión y apoyo.

Estos cambios en el sistema de salud abrirán el camino a la prestación de servicios esenciales de salud a la población del mundo entero.

## PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LA SALUD

Otra de las estrategias fundamentales para mejorar la salud de la comunidad es la participación de esta en todos los aspectos del programa de atención de la salud. Esta participación no se limita a tener unos cuantos representantes no profesionales en el consejo de salud o en la junta de planificación. Es un concepto que significa que, los individuos, las familias y las sociedades, con ayuda para la interpretación de datos sobre salud y el conocimiento de posibles explicaciones científicas e intervenciones, pueden resolver sus propios problemas seleccionando entre varios planes los que les resulten funcionalmente más apropiados en sus circunstancias particulares. Una definición operativa de la participación de la comunidad en la atención de la salud es la siguiente: "Un proceso encaminado a desarrollar en individuos y grupos un sentido de responsabilidad para su propia salud y la de la comunidad, y la capacidad de participar concienzudamente y de manera constructiva en programas encaminados al bienestar de la población" (9). Es una estrategia explícita en el desarrollo y utilización del personal de atención primaria de salud, no solo como medio de ampliar los recursos humanos para una distribución más completa de la atención prestada sino también con respecto a los aportes de individuos de la comunidad al campo de la salud. Estas personas sirven de enlace entre las ciencias de la salud y su aplicación en la vida de la comunidad que representan. Pueden explicar las necesidades, esperanzas y patrones culturales al personal profesional, ayudar a formular intervenciones en contextos aceptables, identificar e interesar a los practicantes de la medicina tradicional y explicar el programa de salud a la comunidad. En pocas palabras, aportan una dimensión singular de entendimiento personal y capacidad de interpretación a la atención de la salud. Por esta razón constituyen un elemento inapreciable para el establecimiento de servicios, especialmente en comunidades rurales desatendidas y que no responden fácilmente, y para la prestación de cuidados elementales de primer nivel (10). Hay que tener también presente que el éxito de estos trabajadores de salud depende en gran parte de la medida en que la comunidad interviene en su selección, preparación y debida utilización.

## APOYO Y COORDINACION MULTISECTORIAL PARA LA SALUD

Ya se ha destacado la importancia de un enfoque multisectorial de la salud. Las enfermeras están familiarizadas, hasta cierto punto, con este medio de realizar cambios. Por ejemplo, las dedicadas a la salud pública a menudo colaboran estrechamente con el sistema educativo en la prestación de servicios de salud escolar; en cursos de higiene personal, vida familiar y desarrollo físico y sexual; cooperan con los maestros en la incorporación de la salud en los planes de enseñanza, y asesoran a grupos de padres sobre los riesgos y las medidas preventivas para los niños de edad preescolar y escolares. Del mismo modo, en las organizaciones ocupacionales e industriales podrían prestar servicios a grupos de trabajadores, y también podrían ponerse en contacto con las instituciones de asistencia social, vivienda, saneamiento y protección del medio físico para prestar ayuda en la solución de problemas de la comunidad en su esfera de responsabilidad. Con relativa frecuencia, las administradoras de enfermería colaboran con organismos reguladores, legislativos y políticos para introducir cambios en el sistema de salud u obtener apoyo para los servicios necesarios. Estos esfuerzos, aunque provechosos, no son suficientes.

La coordinación deficiente de los servicios del sector salud es bien conocida, y los ofrecidos por otros sectores apenas se toman en cuenta al considerar los recursos en este campo. El acopio de información sobre los problemas pertinentes también deja mucho que desear. En lo que concierne al verdadero poder de las enfermeras en cualquier país, el empleo de estrategias inter o multisectoriales es, en general, muy limitado. En la mayoría de los casos, la busca de ayuda para resolver problemas enclavados en la estructura social del país o de la comunidad en general suele limitarse a la estructura de salud. Y aun cuando se entre en contacto con fuentes externas, el enfoque tiende a ser restringido y categórico, en lugar de caracterizado por una amplia perspectiva, es decir, que considere a la salud y a su atención como una parte intrínseca del desarrollo de la comunidad y, por consiguiente, alcanzable a través de otros sectores predominantes que influyen en ese desarrollo. Todo eso presenta, en gran medida, nuevos caminos para las enfermeras—tanto individualmente como representando a organizaciones y esferas de interés especiales—para contribuir a la obtención de un mejor clima de salud y bienestar para todos.

## LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD

La educación es uno de los medios más poderosos para introducir cambios. El citado Comité de Expertos de la OMS atribuyó la práctica ineficaz en este campo a las lagunas en la preparación básica de las enfermeras: contenido insuficiente de epidemiología, estadísticas y principios de riesgo, de ciencias sociales y de la conducta y de desarrollo de la comunidad; todo ello unido a deficiencias en cuanto a la relación de la teoría y la práctica de enfermería con el conocimiento del ciclo continuo salud-enfermedad en función de agregados de población. La concentración precoz en el cuidado del enfermo hospitalizado y en el desarrollo de la aptitud para ajustar la atención al paciente individual con frecuencia da lugar a que el profesorado y las alumnas enfoquen también las experiencias en la comunidad, cuando se ofrecen, de manera análoga. Por consiguiente, se considera esencial una reorganización general de los planes de estudio de enfermería a fin de preparar a las enfermeras para asumir la responsabilidad de trabajar para alcanzar las metas de salud de la comunidad, independientemente del medio en que presten servicio. Esta reorganización llevaría aparejada la superación de las deficiencias mencionadas, ofreciendo a las alumnas de enfermería experiencias en la comunidad al comienzo del programa, incluidas las oportunidades de conocer distintos tipos de familias, trabajar en proyectos de la comunidad relacionados con la salud, identificando las necesidades de grupos, estudiando las diferencias de vulnerabilidad de los individuos y subgrupos y considerando los factores que determinan la diferencia. Por último, a medida que la estudiante adquiera competencia suficiente, se añadirían las experiencias con familias afectadas por serias dificultades, con el cuidado del enfermo en el hogar y en el hospital y con problemas más complejos de la comunidad. Desde el primer momento, hay que conceder importancia especial a la teoría en que se basa la práctica, a la prevención primaria, así como a la secundaria y terciaria, de enfermedades e incapacidades, a las técnicas de ayuda propia del individuo, la familia y la comunidad, y a los métodos de evaluación del ejercicio de la profesión. Estos últimos deben emplearse en función de la cobertura de los servicios, las prioridades y las normas de atención de la salud y, finalmente, de las respuestas de los pacientes y grupos a la atención ofrecida.

Este tipo de programa no disminuye la importancia de desarrollar



las aptitudes clínicas o el cuidado del enfermo hospitalizado. Por el contrario, su finalidad es enriquecer ambos aspectos, permitiendo a las estudiantes y graduadas efectuar adaptaciones apropiadas en el cuidado individual en todos los medios en que se desenvuelvan, a base de un conocimiento de las características de las comunidades, influencias y variedad de respuestas; intervenir de manera preventiva, restauradora y curativa, e influir en la familia y la comunidad en relación con la salud y el bienestar del paciente antes, durante y después de la hospitalización. El propósito consiste en preparar a las enfermeras para que puedan actuar en forma competente en la atención primaria de salud, de suerte que estén en condiciones de utilizar una gran diversidad de estrategias para la salud de la comunidad, tanto a nivel primario como secundario. Por último, el programa aspira a estimular en las enfermeras su capacidad creadora en el fomento de la salud, facultarlas para analizar las teorías y prácticas de actualidad, y ensayar nuevos procedimientos para mejorar la salud, bienestar, vitalidad y productividad de la población en su vida cotidiana.

## RESUMEN

Se examinan los conceptos de enfermería de salud de la comunidad y se describen estrategias básicas que sirven de ilustración de los métodos para ofrecer servicios de enfermería dentro de una estructura conceptual integrada. Se insiste particularmente en la interdependencia de las metodologías propuestas para ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar el estado de salud de todas las comunidades. Se advierte que la utilidad y forma de cualquier estrategia depende de las circunstancias locales, por ejemplo la magnitud de la necesidad, la disponibilidad de recursos, las esperanzas de la comunidad y los patrones de atención de la salud ya establecidos. Además, aunque es posible que se requiera una combinación de procedimientos distintos para influir materialmente en los innumerables problemas de salud, la mayoría de las comunidades solo pueden asimilar un número limitado en un momento determinado. Por consiguiente, el progreso tiene más probabilidades de éxito cuando el plan de salud establece prioridades y objetivos con respecto a la importancia de los programas y las orientaciones estratégicas.

Sobre esta base, las características predominantes de la enfermería

para la salud de la comunidad, aplicables a cualquier esfera de atención, son las siguientes:

- El análisis sistemático de los problemas de salud de la comunidad a base de toda la población que la integra con los resultados utilizados en los programas, concediendo prioridad a los grupos vulnerables, y evaluación de la eficacia de los servicios prestados.
- La extensión de la atención primaria de salud a todos los miembros de la comunidad, empleando tecnologías apropiadas y un sistema de referencia y apoyo interdisciplinarios.
- La concentración de los cuidados en la prevención de enfermedades e incapacidades en todos los servicios de enfermería—para atender a los individuos, familias, grupos vulnerables y comunidades.
- La inclusión de la población a ser atendida en la determinación de sus necesidades, en la planificación y prestación de cuidados, y en la evaluación de los efectos que estos ejercen en la salud de la comunidad.
- La utilización de enfoques intersectoriales para abordar los crecientes problemas básicos de salud, especialmente los que requieren una reforma en el seno de la estructura social de la comunidad.

Para que la enfermería pueda desarrollar sus posibilidades de mejorar la salud de la comunidad mundial es indispensable que las dirigentes de la educación y prestación de servicios en este campo reconozcan la necesidad de un cambio y colaboren en la reorganización de los planes de enseñanza básica y continua para incorporar los conceptos de salud de la comunidad como parte integrante del ejercicio de la profesión. Igualmente es esencial para un cambio oportuno intensificar el sentido de responsabilidad y obligación moral de la enfermería respecto a la salud de la comunidad.

#### REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Enfermería y salud de la comunidad. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Serie de Informes Técnicos 558. Ginebra, 1974.
- (2) Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria de salud*. Ginebra, OMS, 1978.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976*. Publicación Científica 364. Washington, D.C., 1978.
- (4) Terris, M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health*: 1037, 1975.
- (5) Organización Mundial de la Salud. *Índices estadísticos de la salud de la familia*. Serie de Informes Técnicos 587. Ginebra, 1976.
- (6) Sibley, J. C. *et al.* Quality-of-care appraisal in primary care: a quantitative method. *Ann Intern Med* 83:46-52, 1975.

(7) Bates, B. Nurse-physician dyad: collegial or competitive. En: *Three Challenges to the Nursing Profession*. Trabajos seleccionados de la Asociación Americana de Enfermeras. Nueva York, 1972.

(8) Organización Panamericana de la Salud. *Informe Final de la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS*. Resolución XXIV. Documento Oficial 152. Washington, D.C., 1978.

(9) Organización Panamericana de la Salud. Modern concepts of participatory planning. Documento mimeografiado No. 50-12. Washington, D.C., 1976.

(10) Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final y Documento de Referencia*. Documento Oficial 155. Washington, D.C., 1978.

---

### NURSING FOR COMMUNITY HEALTH: CONCEPTS AND STRATEGIES (*Summary*)

Concepts of nursing for community health are discussed and basic strategies are described to illustrate methods of implementing nursing services within an integrated conceptual framework. Emphasis is put on the interdependence of the methodologies proposed for extending health coverage and improving the health status of all communities. It also needs to be pointed out that the utility and form of any one strategy depend on the local circumstances—e.g., extent of the need, availability of resources, community expectations, and established patterns of health care. Furthermore, even though a combination of different approaches may be required to influence materially the plethora of health problems, the number that most communities can assimilate at any one time is finite. Therefore, progress is most likely when the health plan sets priorities and targets for both program emphasis and strategic directions.

With this background, the dominant characteristics of nursing for community health, applicable to any care setting, are:

- The systematic analysis of community health problems based on the population of the entire community with the findings used to program services, giving priority to vulnerable groups, and to evaluate the effectiveness of the services provided.
- The extension of primary health care to all in the community using appropriate technologies and an interdisciplinary referral and support system.
- The focus of care on prevention of illness and disability—evident throughout nursing services—in the care of individuals, families, risk groups, and communities.

- The inclusion of people to be served in assessments of their health needs, in planning and providing care, and in evaluating the effects of care on community health.

- The use of intersectoral approaches in mounting basic health problems, especially those requiring reform within the social structure of the community.

In order for nursing to fulfill its potential in bringing better health to the world community, it is essential for nursing leaders in education and service to recognize the need for change and to collaborate in revamping both basic and continuing educational plans to incorporate concepts of community health as an integral part of practice. In addition, a heightened sense of responsibility and accountability of nursing for community health is essential for timely change.

### ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS (*Resumo*)

O trabalho passa em revista os conceitos de enfermagem de saúde comunitária e contém uma descrição das estratégias básicas capazes de ilustrar os métodos para a prestação de serviços de enfermagem no âmbito de uma estrutura conceitual integrada. Destaca-se particularmente a interdependência das metodologias propostas para ampliar a cobertura dos serviços de saúde e para melhorar o estado de saúde de todas as comunidades. Adverte-se que a utilidade e a forma de qualquer estratégia dependem de circunstâncias locais tais como a magnitude das necessidades, a disponibilidade de recursos, as expectativas da comunidade e padrões já estabelecidos de atenção em saúde. Ademais embora seja possível necessitar de uma combinação de diferentes procedimentos a fim de influir materialmente sobre os inumeráveis problemas de saúde, a maioria das comunidades só podem assimilar determinado número de procedimentos num momento dado. Portanto, maiores são probabilidades de progresso quando o plano de saúde estabelecer prioridades e objetivos referentes à importância dos programas e às orientações estratégicas.

Nessas bases, as características predominantes da enfermagem de saúde comunitária aplicáveis a qualquer esfera de interesse são as seguintes:

- A análise sistemática dos problemas de saúde da comunidade, considerada toda a sua população, em face dos resultados obtidos nos programas, com prioridade para os grupos vulneráveis, e a avaliação da eficácia dos serviços prestados.

- A extensão dos cuidados primários de saúde a todos os membros da

comunidade, com o emprego de tecnologias apropriadas e de um sistema de apoio e referência interdisciplinar..

- A concentração dos cuidados na prevenção das doenças e incapacitações em todos os serviços de enfermagem, para o atendimento de indivíduos, famílias, grupos vulneráveis e comunidades.

- A inclusão da população a ser atendida na determinação de suas necessidades, no planejamento e na prestação de serviços e na avaliação dos efeitos que estes exercem sobre a saúde comunitária.

- O emprego de critérios intersetoriais para a abordagem dos crescentes problemas básicos de saúde e, em especial, os que requerem uma reformulação da estrutura social da comunidade.

Ressalta-se que, para que a enfermagem possa desenvolver suas possibilidades de melhorar a saúde da comunidade mundial, é indispensável que os responsáveis pela educação e a prestação de serviços nesse campo reconheçam a necessidade de uma reformulação e colaborem na reorganização dos planos de ensino básico e continuado a fim de incorporar os conceitos de saúde comunitária ao exercício da profissão. Da mesma forma, é essencial intensificar, para uma oportuna modificação, o senso de responsabilidade e compromisso moral da enfermagem para com a saúde da comunidade.

#### LES SOINS INFIRMIERS DE LA COLLECTIVITÉ: CONCEPTS ET STRATÉGIES (*Résumé*)

L'auteur examine les soins infirmiers de la collectivité et décrit les principales stratégies qui servent à illustrer les méthodes de prestation des services infirmiers dans le cadre d'une structure conceptuelle intégrée. Elle insiste en particulier sur l'interdépendance des méthodes proposées pour étendre la couverture des services de santé et améliorer l'état de Santé de toutes les collectivités. Elle signale que l'utilité et la forme des stratégies dépendent des conditions locales, et notamment de l'ampleur des besoins, de la disponibilité des ressources, des aspirations de la collectivité et des normes déjà établies de soins médicaux. De surcroît, bien qu'il soit possible de devoir recourir à une combinaison de techniques pour pouvoir influencer matériellement sur les innombrables problèmes de santé, la plupart des collectivités sont à peine en mesure d'en absorber, un nombre réduit à un moment donné. Par conséquent, les progrès seront d'autant plus vraisemblables que le plan de santé fixe les priorités et les objectifs à réaliser en fonction de l'importance des programmes et des orientations stratégiques.

Dans ce contexte, les principales caractéristique des services infirmiers à fournir pour garantir la santé de la collectivité, à tous les niveaux de soins, sont les suivantes:

- L'analyse systématique des problèmes de santé de la collectivité sur la base de la population tout entière qui la compose et des résultants obtenus par les programmes (accordant la priorité aux groupes vulnérables), et l'évaluation de l'efficacité des services rendus.
- L'extension des soins primaires de santé à tous les membres de la collectivité, utilisant pour ce faire des techniques appropriées ainsi qu'un système de référence et d'appui interdisciplinaires.
- La concentration des soins dans la prévention des maladies et accidents pour tous les services infirmiers en vue de pouvoir soigner les particuliers, les familles, les groupes vulnérables et les collectivités.
- L'inclusion de la population dont il faut prendre soin dans la détermination de ses besoins, dans la planification et la prestation des soins, et dans l'évaluation des effets que ceux-ci exercent sur la santé de la collectivité.
- L'utilisation de méthodes intersectorielles pour aborder les problèmes fondamentaux de plus en plus aigus de la santé, et en particulier ceux qui exigent une réforme au sein de la structure sociale de la collectivité.

Il ressort de l'étude effectuée que pour donner aux soins infirmiers la possibilité d'améliorer la santé de la collectivité mondiale, il est indispensable que les responsables de l'éducation et de la prestation des soins dans ce domaine soient conscients de la nécessité qu'il y a de changer la situation et participent à la restructuration des plans d'enseignement de base et de formation permanente en vue d'incorporer les concepts de la santé communautaire à l'exercice même de la profession. Enfin, il est essentiel de mettre en valeur le sens des responsabilités et de l'obligation morale que doivent assumer les services infirmiers dans l'amélioration de l'état de santé de la collectivité.

# La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud<sup>1</sup>

OSCAR ECHEVERRI<sup>2</sup> Y LIGIA M. DE SALAZAR<sup>3</sup>

---

## INTRODUCCION

La salud y una vida larga y feliz han sido metas que la humanidad siempre ha intentado alcanzar. El deseo incesante por disfrutar de "la salud" ha generado una gama riquísima de intervenciones que van desde la intercesión sacerdotal ante los dioses hasta la manipulación molecular de la materia. Sin embargo, los problemas de salud han disminuido más por las intervenciones de otros sectores que por aquellas ejecutadas por el "sector salud". Esta paradoja podría explicarse de tres maneras: 1) el sector salud no tiene el suficiente conocimiento ni los medios para resolver los problemas de salud; 2) el sector salud está utilizando ineficientemente el conocimiento y los medios disponibles para resolver los problemas de salud y 3) el conocimiento y los medios que está usando el sector salud no resuelven los problemas de salud.

En este documento no se analizarán estas tres premisas, pero sí se asume que el sector salud tiene suficientes conocimientos para disminuir notablemente muchos problemas de salud, que los recursos para las intervenciones de cuidado de la enfermedad (medicina) y del cuidado de la salud (salud de la comunidad) se están utilizando ineficaz e ineficientemente, y que es necesario modificar sustancialmente el contenido del sector salud, introduciendo nuevos conceptos y estrategias

---

<sup>1</sup> Este documento se basa en la investigación desarrollada por el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER), Universidad del Valle, Cali, Colombia, financiada en parte por el International Development Research Center (IDRC), Ottawa, Canadá.

<sup>2</sup> Médico, Director de CIMDER.

<sup>3</sup> Enfermera, Investigadora Asociada de CIMDER.

de acción tradicionalmente considerados como exclusivos de otros sectores, para que el sector salud sea eficiente y efectivo en el mejoramiento de la salud.

El supuesto anterior se basa en la experiencia acumulada durante los últimos dos siglos, la cual permite establecer que la salud y la enfermedad son resultados de la interacción positiva o negativa del hombre con su ambiente, y que esta interacción está condicionada por las fuerzas económicas, sociales, tecnológicas y políticas de la sociedad en que vive el hombre. Por lo tanto, la manipulación de las fuerzas condicionantes de la interacción hombre-ambiente debe ser aprendida y aplicada por el sector salud para que el resultado sea positivo (salud). Por otra parte, el conocimiento y los recursos actuales para el cuidado de la enfermedad deben manejarse más eficientemente para corregir el resultado de la interacción negativa (enfermedad) no controlable por el sector salud.

Los conceptos anteriores han tomado importancia en los últimos años hasta el punto de convertirse en el tema central de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud convocada conjuntamente por la OMS y el UNICEF en 1978. De esta Conferencia salió una declaración de políticas y estrategias cuya ejecución va a requerir un gran esfuerzo de los gobiernos, sus políticos, sus profesionales de la salud y las comunidades (1).

El Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER), de Cali, Colombia, ha experimentado el modelo de un sistema rural de servicios de salud, para probar la factibilidad de un conjunto de estrategias propuestas desde años atrás y ratificadas en la Conferencia de Alma-Ata. Estas estrategias fueron globalizadas en el siguiente concepto de atención primaria de la salud:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (2).



En la definición anterior se identifican claramente las siguientes estrategias:

1. Disponibilidad y accesibilidad geográfica, económica, cultural y social de los servicios para todos los individuos y familias de la comunidad.
2. Uso de tecnología accesible económica, social y científicamente.
3. Participación de la comunidad para garantizar el desarrollo de la autoayuda y la autodeterminación.
4. Participación intersectorial e inclusión del sector salud como parte del desarrollo general de la comunidad.

El *cómo* de estas estrategias ha sido escasamente explorado, sobre todo con un enfoque sistémico que garantice su mayor eficiencia y efectividad. CIMDER ha realizado un esfuerzo pionero de experimentar de manera sistémica las estrategias mencionadas con resultados que aseguran la factibilidad, eficiencia y efectividad del cuidado primario de la salud. A continuación se presenta un resumen del Sistema Rural de Servicios de Salud, haciendo énfasis en la aplicación de las estrategias mencionadas y en los resultados obtenidos.

## UN SISTEMA RURAL DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema Rural de Servicios de Salud (SRS) se basa en dos premisas fundamentales:

1. La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción positiva o negativa del hombre con su ambiente. Esta interacción está condicionada por las fuerzas económicas, sociales, tecnológicas y políticas de la sociedad en que vive el hombre.
2. La medicina puede ser exitosa solamente en el tratamiento de la enfermedad y el trauma, pero no es efectiva para promover y mantener la salud.

Por lo tanto, para que un sistema de servicios de salud sea efectivo, debe incluir no solo las intervenciones médicas, sino un conjunto multidisciplinario de otras acciones de las ciencias biológicas y sociales. Un sistema de servicios de salud basado en estas premisas, puede servir de punta de lanza para generar un proceso de desarrollo que finalmente mejore el nivel de salud, el nivel de vida, la condición social y el estilo de vida de una comunidad (3).

### *Objetivos del SRS*

Se propusieron tres objetivos generales para el SRS:

1. Poner a disposición del 100% de la población rural los servicios de cuidado primario de salud en un período de cinco años.
2. Mejorar la accesibilidad a los servicios de cuidado primario de salud para el 80% de la población rural en un período de cinco años.
3. Disminuir los problemas de mortalidad y morbilidad más prevalentes en la población rural. (Este objetivo fue desglosado en objetivos específicos, según grupos de riesgo, frecuencia, severidad, y grado de disminución esperado del problema en cinco años.)

Para lograr estos objetivos se desarrolló un sistema con los siguientes elementos: 1) servicios; 2) recursos tecnológicos; 3) recursos humanos; 4) administración, y 5) evaluación. Todo el SRS funciona con base en un sustrato clave: la organización comunitaria.

### *Organización comunitaria*

Después de un estudio sobre las condiciones demográficas, económicas, de salud, de tenencia de la tierra y grado de organización comunitaria (mediante una encuesta de hogares), se informó a la población mediante reuniones informales sobre la situación encontrada. De esta manera los agentes externos (grupo de investigación) estimularon la necesidad de organizarse, pero nunca se impuso un modelo organizativo, sino que por el contrario, se estimuló la discusión de iniciativas propias de los habitantes de la región, lo cual dio como resultado la conformación de grupos con elementos organizativos extraídos de varias organizaciones (cooperativas, empresas comunitarias, grupos de amistad, etc.).

La combinación y síntesis de estos elementos espontáneamente propuestos por la comunidad condujo a la formación de un sistema de organización asociativa (4) compuesto por diferentes grupos de acuerdo con sus intereses: núcleos comunitarios de producción, asociación de finqueros individuales y uniones familiares de salud. Todos estos grupos se integran mediante las diversas actividades en el proceso de producción (compra de insumos, cultivo de la tierra, cosecha, comercialización de productos, etc.) conformando las asociaciones de bienestar comunitario.

*Los núcleos comunitarios de producción (NCP) son organizaciones*

de campesinos sin tierra que, mediante el alquiler de lotes, realizan proyectos de producción agrícola y pecuaria, derivan su salario del grupo mismo y se reparten las utilidades de acuerdo con la participación en el trabajo. La totalidad de su tiempo está dedicada al núcleo comunitario.

*Las asociaciones de finqueros* son grupos de campesinos con tierra en forma asociada que realizan el trabajo agrícola de sus parcelas compartiendo la mayoría de las actividades de producción (compra de semillas, herramientas y otros insumos), preparan y cultivan la tierra, y comercializan sus productos. Las ganancias se reparten de acuerdo con el volumen del producto en cada parcela.

*Las uniones familiares de salud* (UFS) son grupos de 20-30 personas (cada una representando una familia) que por razón de vecindad se unen para desarrollar tres tipos de actividades:

a) Actividades recreativas productivas, consistentes en rifas, partidos de fútbol, "fritangas", loterías, etc., las cuales producen un margen de utilidad que se deposita en un fondo financiero de la UFS.

b) Actividades productivas, consistentes en la ejecución de proyectos de producción similares a los que hacen los NCP.<sup>4</sup>

c) Actividades de servicios, consistentes en el desarrollo de labores específicas de salud coordinadas entre la promotora de salud y la UFS (por ejemplo, construcción de letrinas, cloración de pozos, etc.). Todas estas actividades reciben el apoyo económico del fondo financiero de las UFS.

Aunque la descripción anterior es muy breve, se puede deducir de ella que la estrategia de organización comunitaria es factible, siempre y cuando existan incentivos económicos claramente establecidos. Muchas experiencias de participación comunitaria han demostrado que la organización lograda mediante el incentivo exclusivo de mejorar la salud solo dura unos cuantos meses.

La salud *per se* no es aglutinante permanente para fundamentar la organización de la comunidad. Por tanto, para que la estrategia de organización comunitaria sea factible y efectiva, debe tener como núcleo central el incentivo económico (ya sea la producción agrícola y pecuaria en la zona rural, o la pequeña industria, como la fabricación de calzado, vestido, pan, etc. tanto en zonas rurales como urbanas).

---

<sup>4</sup>La diferencia entre las UFS y los NCP consiste que los miembros de las primeras dedican parte de su tiempo a la labor productiva (la cual es remunerada como en los núcleos) y en que el 50% de las actividades del proyecto de producción se destinan al fondo financiero de la UFS.

### *Elementos del SRS*

*Servicios.* Para la organización de la red de servicios se consideraron las siguientes restricciones:

a) La distribución espacial de las familias rurales no cambiaría en mucho tiempo. Por tanto la distancia de viaje entre el usuario y la localización de los servicios actuales se mantendrá constante, pero la utilización es y será exponencial decreciente o creciente de acuerdo con la distancia existente entre ambos.

b) El relativo aislamiento físico, económico y cultural entre la familia rural y los servicios de salud actuales conduce a actuar autónomamente, pero de manera intuitiva y a veces peligrosa a uno de los miembros sobre los problemas de salud de la familia.

c) La construcción de facilidades adicionales en número y distribución adecuada resulta costosa e ineficiente.

Para resolver las restricciones descritas, CIMDER desarrolló como estrategia una nueva unidad de servicios de cuidado primario de salud cuyos recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros se mencionan a continuación:

- Recursos físicos: la vivienda de la promotora rural de salud.
- Recursos humanos: líderes familiares de salud, uniones familiares de salud (UFS) y promotora rural de salud.
- Recursos tecnológicos: cinta de tres colores, microlaboratorio, clorador de agua, micropuesto de salud, caja maestra, bandera de la salud, y manuales para educación en salud.
- Recursos financieros: las UFS financian los micropuestos de salud, definen el costo y pagan las curaciones y las drogas suministradas por la promotora. El Ministerio de Salud financia el salario de la promotora y otros insumos.

Este conjunto de recursos se asigna a la población rural que viva en un área de 2 km de radio, la cual se denomina área de isoservicio. El promedio de habitantes por área es de 800, con una variación desde 250 personas para poblaciones extremadamente dispersas hasta 1,250 para poblaciones nucleadas. En la experiencia de CIMDER la población por área de isoservicio oscila entre 670 y 1,250 (5). El resto de la red de servicios existe por fuera del área rural pero se considera parte integrante del SRS solo para la referencia de pacientes.

La concepción y operación del área de isoservicio (como estrategia para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios) disminuye sustancialmente las restricciones de distancia física, de aisla-

miento económico y cultural entre la familia rural y los servicios de cuidado primario de la salud a tal punto que genera una relativa autonomía de funcionamiento, no muy aceptada en la planificación convencional de los servicios de salud. Sin embargo, los resultados parciales indican que la efectividad del "área" se debe precisamente a su poca dependencia del resto del sistema (nivel local, regional y universitario) para resolver por lo menos las 2/3 partes de los problemas de salud del campesino. Por otra parte, la activa participación de la comunidad en el suministro de los servicios la hace cultural y económicamente más accesible.

Seguramente que las habilidades y destrezas del recurso humano en el manejo de una tecnología simple para el cuidado primario de la salud también ha sido factor determinante en la efectividad lograda por la estrategia (área de isoservicio) para mejorar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios.

*Recursos tecnológicos.* Están representados por varios instrumentos que maneja la promotora para suministrar el cuidado primario de salud. Estos instrumentos han sido el producto del esfuerzo de investigación hecho por CIMDER para resolver el problema de la falta de un "paquete tecnológico" fácil de usar por la promotora y cuya eficiencia y efectividad estuviera comprobada. Los instrumentos son los siguientes:

a) *La cinta de tres colores.* Es una cinta plástica que contiene varias escalas para medir, a través del perímetro braquial, el estado nutricional de los niños menores de seis años. La escala tiene tres colores que clasifican al niño como: bien nutrido (verde), desnutrido levemente (amarillo), y desnutrido moderada y severamente (rojo). La investigación hecha por CIMDER en grupos de población de 0-71 meses demuestran una confiabilidad (sensibilidad y especificidad) que oscila entre el 78% y el 90% dependiendo del grupo de edad que se esté midiendo (6).

b) *El microlaboratorio.* Es un maletín pequeño que contiene varios tipos de tiras reactivas para detectar alteraciones de la función renal, bacteriuria, alteraciones de glicemia y la azoemia. El uso de estas pruebas de laboratorio le ha permitido a la promotora referir oportunamente a personas cuyo diagnóstico precoz ha aumentado la eficacia del tratamiento y ha disminuido el riesgo de complicaciones. Por otra parte, la promotora ha adquirido mayor prestigio en la comunidad por el hecho de manejar ese tipo de tecnología "poderosa y misteriosa" que usan los profesionales a puerta cerrada (7).

c) *El clorador de agua.* CIMDER desarrolló un dosificador de cloro para pozos y aljibes cuya simplicidad y eficacia permite que la promotora lo cons-

truya, instale y controle en cualquier medio rural. Su costo de construcción es de EUA\$2 y su costo de funcionamiento, de \$1 al mes (8).

d) *El micropuesto de salud*. Consiste en una caja de madera de 45 x 55 x 25 cm, con varios compartimientos que contienen todo el equipo necesario para suministrar el cuidado primario de salud que puede prestar un médico en un puesto de salud. Actualmente la promotora está resolviendo exitosamente más del 48% de todos los problemas de salud de la población sin necesidad de referir los pacientes a otros niveles de complejidad mayor. Se espera que con un período mayor de experiencia, la promotora alcance a atender exitosamente por los menos el 65% de toda la morbilidad de la población campesina.

La experiencia obtenida permite asegurar que el micropuesto de salud, cuyo costo es de EUA\$100, reemplaza totalmente al puesto de salud, haciendo más accesible en todo sentido el cuidado primario de salud a la población de cada área de isoservicio (9).

e) *La caja maestra*. Uno de los problemas tecnológicos más frecuentes en todos los países de América Latina y de otras regiones del mundo es el de obtención y uso de información sobre los servicios de salud. CIMDER desarrolló un sistema de información simple, ágil y con cinco usos fundamentales: 1) diagnóstico del estado de salud en cada área de isoservicio; 2) programación semanal del trabajo de la promotora; 3) monitoría del sistema y supervisión del trabajo de la promotora; 4) evaluación de la efectividad del sistema; 5) información a la comunidad sobre su estado de salud mediante la bandera de la salud. Se denomina "caja maestra", porque consiste de una pequeña caja de madera de 35 x 15 x 13 cm, con una colección de cinco tarjetas para registrar la información sobre las actividades y el estado de salud en las familias de cada área, y dos tarjetas adicionales: una para clasificación de la morbilidad y otra para clasificar el riesgo obstétrico (10).

f) *La bandera de la salud*. Es parte del sistema de información pero de uso comunitario. Consiste de una bandera de seis colores que representan los problemas de salud más importantes en el área de isoservicio. En cada franja de color, la promotora coloca dos círculos con números que indican la magnitud del problema o el progreso logrado durante un período de seis meses. Esta bandera es izada en días de importancia para los campesinos y se utiliza para dar información semestral sobre los cambios ocurridos, estimulando así la participación comunitaria en las acciones colectivas para mejorar la salud de todos. Los colores son: rojo (niños desnutridos), naranja (episodios de diarrea), azul (niños sin vacunar), blanco (casas con agua clorada), amarillo (casas sin letrina), negro (muertes). Estos datos son por área de isoservicio y por períodos de un semestre.

g) *Los manuales*. CIMDER elaboró un *Manual de medicina para la familia campesina* a partir de los problemas planteados y soluciones propuestas por la población. Utilizando la técnica de "árboles de decisión" se sistematizó el curso de acción para resolver cada problema enfrentado por la promotora.

Luego se diseñaron unidades de instrucción programadas, se probaron con la UFS en términos de claridad del mensaje, uso del lenguaje propio de los usuarios, aprehensión y grado de aplicación de los conocimientos. En muchas ocasiones se respetó la etiología folklórica de los problemas, pero aplicando soluciones o terapia científicamente probadas. Este manual se utiliza como instrumento para adiestrar a la promotora y como instrumento que usa la promotora para adiestrar líderes familiares de salud.

Existen otros manuales para el manejo de cada uno de los instrumentos que la promotora utiliza y que eventualmente le servirán de base para dar charlas sobre algunas intervenciones en salud (11).

El proceso de desarrollo de la tecnología descrita ha sido uno de los esfuerzos de investigación más importantes que CIMDER ha hecho. El extraordinario desempeño que la promotora ha logrado con el uso de esta tecnología le ha permitido asumir un papel de liderazgo auténtico en la comunidad, y a la vez ha planteado importantes interrogantes sobre el papel de los profesionales en el cuidado primario de la salud en el SRS.

*Recursos humanos.* El área de isoservicio incluye cuatro tipos de personal para el suministro de cuidado primario:

a) *Líderes familiares de salud.* Son las personas que toman las decisiones en la familia sobre los problemas de salud. Sus funciones principales son dos: decidir sobre el manejo de problemas de salud que presenten los miembros de la familia, de acuerdo con el *Manual de medicina para la familia campesina* y participar asociadamente en la solución comunitaria de problemas de salud con su vinculación a una UFS. La identificación del líder en cada familia es hecha por la promotora, y su adiestramiento lo hace utilizando el *Manual* como instrumento en las reuniones de las UFS.

b) *Uniones familiares de salud.* Ya hemos descrito este recurso humano, por lo que solo debe agregarse aquí que el líder y las UFS son formas auténticas de participación de la comunidad en los servicios de salud ya que tienen funciones y actividades claramente establecidas alrededor de incentivos económicos y de salud.

c) *Parteras empíricas.* Este personal que existe en todas partes del mundo ha sido incorporado como recurso humano importante para la atención de partos normales después de un adiestramiento de dos semanas, basado en un estudio previo sobre las prácticas de cuidado obstétrico de un grupo de 26 parteras. El adiestramiento hizo énfasis en las prácticas apropiadas e inocuas ya en uso por las parteras y en la necesidad de desechar aquellas que se sospecharon o se identificaron como nocivas y reemplazarlas por otras intervenciones seguras y eficaces.

d) *Promotoras rurales de salud.* Son residentes en las áreas de isoservicio;

saben leer, escribir y sobre todo entender lo que leen, y son conocidas y aceptadas por sus vecinos. Asimismo están dispuestas y tienen tiempo para trabajar en el cuidado de la salud de sus familias vecinas después de recibir adiestramiento (12 semanas) para ejecutar cuatro funciones: organización y coordinación de UFS; suministro de cuidado primario de la salud; educación en salud de líderes, y planificación y registro de actividades.

En el desarrollo de los componentes del recurso humano, la enfermera juega un papel de liderazgo que debe aprender a través de la experiencia directa de campo y del ejercicio teórico constante sobre la organización comunitaria.

Del personal de salud brevemente descrito se deduce que la organización comunitaria es la clave para poder desarrollar el tipo de recursos humanos para el SRS. Asimismo se advierte que la comunidad sí puede participar como recurso humano en salud siempre y cuando haya una organización sustentada en actividades económicas que le aseguren su cohesión, interés y permanencia.

*Administración de los servicios.* Este componente incluye cuatro procedimientos básicos para operar y controlar el SRS:

a) *Apoyo financiero.* Las UFS aportan la financiación de los micropuestos de salud, eliminando así la necesidad de construir nuevas facilidades de salud. El Ministerio de Salud financia los salarios de las promotoras y la infraestructura de los niveles local, regional y universitario.

b) *Apoyo logístico.* Los suministros, inventarios y distribución de materiales para las áreas de isoservicio están bajo la responsabilidad del personal de supervisión y de las promotoras.

c) *Monitoría.* Mediante el subsistema de información, denominado "caja maestra", la promotora suministra los datos necesarios para controlar las actividades que se hacen en cada área de isoservicio y los cambios que ocurren en el nivel de salud. Los datos son manejados por la promotora para dar información a su comunidad mediante la "bandera de la salud" y también son enviados al nivel central para la toma de decisiones sobre el mantenimiento o los cambios que requiera el SRS.

d) *Coordinación.* Todas las actividades de las áreas de isoservicio se coordinan entre sí, con las organizaciones comunitarias y con los otros niveles del sistema, especialmente para la referencia de pacientes que requieren cuidado secundario o terciario.

*Evaluación.* Este componente crucial funciona desde la iniciación de operaciones del sistema, gracias a la información continua que suministra la "caja maestra".

Comparando los objetivos del SRS con los logros después de dos



años de operación, se puede afirmar que los objetivos de hacer disponible el servicio al 100% de la población y hacerlo accesible por lo menos al 80% se han cumplido en su totalidad mediante la estrategia del área de isoservicio. Esta estrategia es una respuesta concreta al problema de casi todos los servicios de salud del mundo de optimizar la cobertura de población con servicios de cuidado primario de salud.

A continuación se incluyen algunos datos cuantitativos sobre el logro de estos objetivos.

El promedio de contactos por persona/año con personal de salud (desde médicos hasta promotoras) para cuidado primario de salud fue de uno al iniciar el programa. Se fijó la meta de tres contactos por persona/año suministrados por la promotora con base en los siguientes cálculos:

Número de personas asignadas a una promotora:

875, distribuidas así:	Tiempo de una promotora:
198 niños menores de 6 años	Horas por año: 1,000 (200 días x 5 horas/día)
280 niños escolares	Minutos/año por promotora = 60,000
397 adultos. Incluyendo 100 parejas y 45 embarazadas	Duración de un contacto = 19 horas, 12 minutos (est.)
	Total de contactos = 3,238

Distribución de los contactos:

5 x año a 198 niños menores de 6 años =	990
2 x año a 280 escolares =	560
2 x año a 397 adultos =	794
2 x año a 100 parejas =	200
8 x año a 45 embarazadas =	360
2 x año a 167 viviendas =	334
Total	3,238

Total de contactos/persona/año (incluyendo actividades de saneamiento) =  $3,238 \div (805 + 167) = 3.1$

Durante un año (1978) cada promotora obtuvo en promedio los siguientes contactos:

Contactos promotora/niño menor de 6 años =	3.0
Contactos promotora/niño de 6-14 años =	1.4
Contactos promotora/adultos (15 y + años) =	2.5
Contactos promotora/embarazadas =	4.0
Contactos promotora/pareja =	2.0
Contactos promotora/saneamiento =	2.0
Total	14.9
Promedio 2.5	*

Es decir, se cumplió en un 81% la meta de cubrir con 3 contactos/persona/año con cuidado primario de salud suministrado por la promotora.

Otros indicadores del cambio en el estado de salud de la población son los siguientes:

a) Cambio en la mortalidad general:

De 8.8/1,000 (1974) a 6.8/1,000 (1978).

b) Cambios en el estado nutricional de los niños menores de 6 años:

	<u>Agosto de 1977</u>	<u>Diciembre de 1978</u>
Bien nutridos	47.6%	65.1%
Con desnutrición leve	31.1%	27.7%
Con desnutrición moderada y severa	18.8%	7.2%

c) Aunque aún no se han medido los cambios en la frecuencia y severidad de enfermedades inmunoprevenibles, se puede asegurar que estas han disminuido como consecuencia del cambio del estado inmunitario de los niños menores de 6 años:

<u>Estado inmunitario (vacunados contra)</u>	<u>Agosto de 1977</u>	<u>Diciembre de 1978</u>
DPT	6.5%	19%
Sarampión	9.0%	28%
Poliomielitis	7.0%	19%
Viruela	18.0%	15%
BCG	19.0%	46%

d) Por otra parte, asumiendo que la morbilidad tratada con éxito por la promotora significa disminución de la severidad de la morbilidad, se puede asegurar que los logros han sido notables. Por ejemplo:

De 1,582 episodios (42% del total) tratados por la promotora, 1,414 (89.4%) han sido tratados adecuadamente en el hogar y solo 168 (10.6%) han requerido tratamiento adicional en hospitales locales previa referencia por la promotora.

En el caso de la morbilidad por parasitismo, se ha logrado que la promotora desparasite periódicamente (cada 6-8 meses) al 40% de los niños menores de 6 años, lo cual implica disminuir la severidad del problema en una proporción similar.

e) El logro de objetivos en el grupo de madres y parejas puede estimarse parcialmente mediante los siguientes datos:

Todos los episodios de morbilidad en las embarazadas han sido detectados por la promotora. El 78% de ellos ha sido manejado con éxito por la promo-

tora, y del 22% que requirió referencia, una tercera parte fue hospitalizada y las 2/3 partes restantes necesitó tratamiento profesional ambulatorio.

En 181 partos ocurridos en 16 meses en la población servida por la promotora no ocurrieron defunciones maternas y las complicaciones posparto han sido las siguientes: hemorragia un caso; desgarro cuatro casos; infección cinco casos; mastitis un caso (en todas estas complicaciones se proporcionó tratamiento médico).

En un período de 16 meses el porcentaje de usuarios de métodos contraceptivos aumentó de 5% a 23%, mientras que la proporción que no quiere tener más hijos permanece constante (85% del total de las parejas).

## EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

La experiencia lograda con el Sistema Rural de Servicios de Salud desarrollado por CIMDER plantea una revisión y posiblemente un nuevo enfoque del papel de todo el equipo de salud. Por el momento, se hará un análisis del papel de la enfermera y su profesión sin perder de vista la evolución histórica de la profesión de enfermería y teniendo en cuenta el papel que la enfermera como profesional tuvo en el Sistema Rural de Servicios de Salud descrito.

La enfermería, como parte de las actividades para cuidar al individuo enfermo, es tan antigua como el dolor humano. Su reconocimiento como profesión tiene menos de 70 años de existencia; su evolución desde oficio hecho por personas religiosas o mujeres de bajo status social hasta convertirse en una profesión de nivel universitario (12) con una función creciente y de reconocida dignidad, está matizada por conflictos en la división del trabajo, en el juego del poder y en la autoridad en el campo de la medicina (13). Baste mencionar que la división primaria del trabajo (14) es notablemente acentuada (división del trabajo por sexo), a tal punto que el enfermero profesional prácticamente no existe en la enfermería occidental. Por otra parte, hay en el momento actual un reclamo constante y creciente de la enfermera profesional por el comando de ciertas actividades médicas, suscitado por su creciente dominio del conocimiento científico, lo cual, entre otros factores, va haciendo imposible el monopolio de la medicina por el médico. En efecto, algunas habilidades y destrezas que anteriormente eran difíciles de adquirir, peligrosas de ejercitar y de extraordinaria eficacia, se han vuelto accesibles y seguras de aplicar manteniendo su eficacia, mediante la experimentación rigurosa y

la aplicación controlada hecha por el mismo médico y la enfermera. Sin embargo, el médico trata de retener dichas habilidades y destrezas, hasta el punto de encontrarse especialistas que emplean 80% o más de su tiempo en resolver problemas de cuidado primario de la salud (15) que pueden delegarse a otro personal de salud. Otra fuente de conflicto en el juego del poder y la autoridad en el campo de la medicina ha sido la movilidad vertical creciente de la enfermera en la sociedad a partir de su profesionalización y de la igualación de derechos en el trabajo entre el hombre y la mujer.

En esta espiral del conflicto parece haber también una pérdida de la perspectiva sobre el papel de la enfermera en el cuidado del paciente y sobre el campo de acción de la enfermería como profesión. Por ejemplo, la descripción de la enfermera al lado del paciente, serena, afable, bondadosa, discreta, pulcramente vestida, de conversación agradable y optimista resulta para algunos idealista y quizás ridícula. En cambio, la descripción de una enfermera como administradora, supervisora, técnica, farmacéutica, contadora, dietista, directora del transporte de pacientes, médica auxiliar y hasta alimentadora de cerebros electrónicos para el manejo automatizado de un hospital, parece más aceptable y realista. Probablemente esta es una clara manifestación de la profesionalización de la enfermería caracterizada por una división creciente e incontrolada del trabajo a causa de una tecnología diversificada (pero no necesariamente apropiada) y una inevitable burocratización en el proceso de diferenciación de la profesión. Al fin y al cabo, la enfermería profesional es tan joven que puede experimentar con su contenido y en su práctica a riesgo de equivocarse y de suscitar recelos en los centros del poder monopolístico del saber médico, pero a la vez corre el peligro de desarticular el estereotipo de la profesión y caer en maquinaciones chauvinistas desde el punto de vista profesional.

La situación de la enfermería en la salud pública es mucho menos conflictiva y menos confusa. El campo de la salud pública, a causa de su amplísimo y complejo espectro, puede considerarse un "territorio de nadie": médicos, economistas, enfermeras, arquitectos, sociólogos, educadores, ingenieros y otros profesionales y técnicos forman un grupo multidisciplinario que puede tomar parte en la difícil tarea de mejorar la salud y contribuir al bienestar de una comunidad. Es casi imposible que una sola profesión reclame el monopolio del conocimiento para mejorar y mantener la salud del ser humano debido a sus características multidimensionales y multifactoriales. Sin embar-

go, los profesionales de las ciencias de la salud han tomado frecuentemente el liderazgo en la conducción de los esfuerzos multidisciplinarios para mejorar y mantener la salud. La enfermería, como otras disciplinas de las ciencias de la salud, ha servido solamente como sustituto profesional para que la enfermera aprenda un conjunto de conocimientos y destrezas adicionales que le permitan desempeñar un papel fundamental en las intervenciones para mejorar y mantener la salud de la comunidad. Evidentemente, la enfermería médica, especialmente en lo que respecta a la medicina preventiva, forma parte de las actividades que una enfermera debe ejecutar en un sistema de servicios de salud. Pero hay un conjunto de prácticas profesionales que se aplican en un sistema de salud y que la enfermera debe incorporar a su profesión para desempeñar un papel de liderazgo al cual debe aspirar como cualquier otro profesional de las ciencias de la salud que decida dedicar su vida profesional al mejoramiento y mantenimiento de la salud. Este conjunto de prácticas definen un papel muy diferente al que tiene la enfermera en la medicina, hasta el punto de volver contradictorio la denominación de enfermera para la profesional que se dedica exclusivamente a la salud de la comunidad. Al igual que el médico que se dedica a la salud pública, la enfermera debe reemplazar a Esculapio por Higea y tomar la denominación de salubristas. Esta común denominación y la aplicación de diversas disciplinas científicas con espíritu de excelencia profesional, es probablemente una fuente de emulación y competencia por el liderazgo, más que una fuente de conflicto entre los profesionales que se dedican a la salud de la comunidad. Sin embargo, para entrar sin desventajas en la competencia por el liderazgo es necesario que la enfermería refuerce en la formación de pregrado algunas disciplinas de salud pública, especialmente la epidemiología, las ciencias sociales y la administración, y sobretodo el manejo idóneo del método científico. Este esfuerzo implica posiblemente una reconsideración de la duración de la carrera de enfermería, ya que no se trata de reemplazar conocimientos o de adquirirlos con superficialidad. De igual manera, en la formación de posgrado, además de las disciplinas mencionadas, se deben incorporar experiencias teóricas y de campo en la organización de la comunidad. También, se deben incluir conocimientos básicos sobre las ciencias económicas y los diferentes modelos económicos existentes según el modo de producción.

En síntesis, la enfermera en la salud y el desarrollo debe desempeñar un papel de liderazgo dentro de un equipo multidisciplinario

(ya sea como directora de un programa, coordinadora de servicios, supervisora de personal, educadora en la comunidad, promotora en la organización y participación de la comunidad, etc.) con la satisfacción de contribuir con idoneidad profesional a mejorar la salud y el bienestar del ser humano.

## RESUMEN

En la primera parte de este artículo se hace un recuento de las interesantes experiencias del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER), de Cali, Colombia, con la aplicación de un modelo integrado de desarrollo de servicios de salud. En dicho sistema se han utilizado las estrategias siguientes: disponibilidad de los servicios para todos los individuos y familias de la comunidad; uso de tecnologías accesibles; participación de la comunidad, e inclusión del sector salud con otros sectores del desarrollo.

En la segunda parte se presenta un breve recuento del papel de la enfermera en la salud y el desarrollo, y se cuestiona la limitada visión que tradicionalmente se ha tenido del campo de acción de la profesión de enfermería. Se postula que para lograr la extensión de los servicios de salud y el desarrollo de la comunidad, la enfermera debe desempeñar una función de liderazgo dentro de un equipo multidisciplinario, ya sea como coordinadora de servicios, supervisora de personal, directora de programas, o educadora, y servir de enlace del sistema formal de salud para lograr la participación activa de la comunidad.

## REFERENCIAS

- (1) OMS/UNICEF. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* (Alma-Ata, URSS, 1978). Ginebra, 1978.
- (2) *Ibid.* Págs. 3-4.
- (3) Echeverri O. A conceptual framework for rural development. En: *Integrated Approach to Local Rural Development.* Marilyn Campbell (Ed.). Ottawa, Canadá, International Development Research Center (IDRC), Publicación 051e.
- (4) CIMDER: *Una estrategia de desarrollo rural para el Norte del Cauca.* Documento No. A-2 CIMDER, Cali, 1978.
- (5) Echeverri, O., H. Boenheim y P. Villafañe. *El perímetro braquial como medida del estado nutricional de los niños menores de 6 años.* En proceso de publicación, CIMDER, Cali.
- (6) Echeverri, O. *El microlaboratorio.* Documento SRS-149, CIMDER, Cali.

(8) Echeverri, O., A. Alzate, L. de Salazar, F. de Manrique y S. Villota. *Manual de medicina para la familia campesina*. Documento SRS 140, CIMDER, Cali.

(9) Echeverri, O. *El micropuesto de salud*. Documento SRS 145, CIMDER, Cali.

(10) Echeverri, O., A. Alzate, H. Boenheim, P. Villafañe y R. Arboleda. *La caja maestra*. Documento SRS 147, CIMDER, Cali.

(11) Ver referencia No. 8. Además existe un set de manuales que forman parte del paquete instruccional para el adiestramiento de la promotora. Fuente de información: CIMDER, Cali.

(12) Dolan, J. *History of Nursing*. W. B. Saunders Co., Toronto, 1968.

(13) Reverby, C. The emergence of hospital nursing: history is not destiny. *Health/PAC Bull* 66:7-16, 1975.

(14) Thurnwald, R. *Economics in Primitive Communities*. Londres, Oxford University Press, 1932.

(15) Echeverri, O. Community medicine as a health care system: rationale and patterns. En: *The Future of Academic Community Medicine in Developing Countries*. W. Latham (Ed.). Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1979. Pág. 80.

## HEALTH AND DEVELOPMENT OF A RURAL HEALTH SERVICE SYSTEM (*Summary*)

The first part of this article reviews the interesting experience of the Center for Multidisciplinary Research in Rural Development (CIMDER) of Cali, Colombia, in the application of a model for the integrated development of health services. The strategies used in the model were: services available to all individuals and families in the community, use of accessible technology, community participation, and cooperation between the health sector and other development sectors.

The second part briefly reviews the role of the nurse in health and development and takes issue with the traditional narrow view of the sphere of action of nursing as a profession. It is asserted that, in order to bring about the extension of health services and community development, it is necessary that the nurse serve in a position of leadership on a multidisciplinary team as either coordinator of services, supervisor of personnel, or education, and as liaison for the formal health care system with the community to enlist its active participation.

## A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DE UM SISTEMA RURAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE (*Resumo*)

Na primeira parte deste artigo, passam-se em revista as interessantes experiências do Centro de Pesquisas Multidisciplinares em Desenvolvimento

Rural (CIMDER), de Cali, Colômbia, com a aplicação de um modelo integrado de desenvolvimento de serviços de saúde. Foram utilizadas no sistema as seguintes estratégias: disponibilidade dos serviços para todos os indivíduos e famílias da comunidade; uso de tecnologias acessíveis; participação da comunidade; e inclusão do setor da saúde em outros setores do desenvolvimento.

Na segunda parte, passa-se brevemente em revista o papel da enfermeira na saúde e no desenvolvimento, e se questiona a limitada visão de que tradicionalmente tem sido objeto o campo de ação da enfermagem profissional. Sustenta-se que, para lograr a extensão dos serviços de saúde e o desenvolvimento da comunidade, deve a enfermeira desempenhar função de liderança no âmbito de uma equipe multidisciplinar, seja como coordenadora de serviços, supervisora de pessoal, diretora de programas ou educadora, bem como servir de elemento de ligação do sistema formal de saúde, para obter a ativa participação da comunidade.

#### LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DANS UN SYSTÈME RURAL DE SERVICES DE SANTÉ (*Résumé*)

La première partie de l'article fait l'historique des expériences les plus intéressantes faites par le Centre des recherches multidisciplinaires sur le développement (CIMDER) à Cali, Colombie au moyen d'un modèle intégré de développement des services de santé. Ce système a utilisé les stratégies suivantes: disponibilité des services pour tous les individus et familles de la collectivité; utilisation de technologies accessibles; participation de la collectivité et inclusion du secteur de la santé dans d'autres secteurs du développement.

La seconde fait une brève description du rôle que joue l'infirmière dans les domaines de la santé et du développement et signale la vision très limitée que l'on a par tradition eu du champ d'activité de la profession des soins infirmiers. Les auteurs arguent que pour obtenir l'extension des services de santé et garantir le développement de la collectivité, l'infirmière doit faire preuve d'un esprit d'initiative au sein d'une équipe multidisciplinaire, que ce soit à titre de coordonnatrice des services, de superviseur du personnel, de directrice des programmes ou d'éducatrice, et servir d'agent de liaison du système formel de santé pour obtenir la participation active de la collectivité.



# Formación de personal de enfermería para la atención de salud a la comunidad

FLOR DE MARIA PEÑA CAMPOS<sup>1</sup> Y ANTONIA PUENTE IRIARTE<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUCCION

La salud de la comunidad ha sido desde hace muchos lustros el objeto de la atención de enfermería en Perú, cuyas acciones están dirigidas a la población en su contexto social y a satisfacer las necesidades de salud de los individuos que la forman y a ayudar a la comunidad a alcanzar un nivel de salud cada vez mejor.

Las actividades iniciales fueron fundamentalmente de reparación, y con el tiempo la enfermera encontró en la prevención primero, y luego en la promoción, una perspectiva más amplia para ayudar a las personas, a las familias y a las colectividades en sus esfuerzos por superar sus problemas.

Han sido múltiples las adaptaciones que la enfermería ha tenido que hacer en función de los cambios ocurridos en la política y el sistema de salud como resultado del desarrollo socioeconómico del país, variando en consecuencia su quehacer y por lo tanto su imagen, muy especialmente en el campo de la salud pública. Las modificaciones más sustantivas se vinculan con la necesidad de contar con una enfermera cuya preparación sea más ajustada a la realidad nacional y con la capacitación del personal auxiliar como elemento de apoyo de las actividades.

A la luz de los acuerdos tomados en diversas reuniones interna-

---

<sup>1</sup>Especialista del Area Profesional de Salud, Dirección General de Educación Superior, Ministerio de Educación, Lima, Perú.

<sup>2</sup>Profesora Principal, Jefe de la Unidad Académica de Enfermería, Escuela de Salud Pública, Lima.

cionales, y en particular del Plan Decenal de Salud para las Américas, en 1972 (1), varios enfoques se han ensayado en el sistema de salud que llevaron a enfermería, a través de la atención integral de salud, a tratar a la persona, objeto de la atención, como un ser biopsicosocial en su interacción con su medio ambiente, y a esforzarse por comprender y aceptar la concepción de "equipo de salud" adoptados.

No obstante, la costumbre, o el desarrollo natural de la tecnología llevó al trabajador de salud, entre ellos a la enfermera, a proporcionar atención a problemas de salud agudos y a grupos de población bien definidos y concentrados en las grandes ciudades, olvidándose a las zonas menos pobladas y los asentamientos rurales, con la consiguiente agudización del problema de cobertura de servicios de salud, el que en la actualidad "deja de lado al 20% de la población que no cuenta con ningún servicio de salud y alrededor de un 30% que lo recibe esporádicamente" (2).

En este contexto, el análisis de la situación de salud en los últimos años reveló la ineficacia de las soluciones aplicadas, especialmente en las zonas rurales y urbano-marginales. Eso impulsó al país a la búsqueda de nuevos enfoques y estrategias para acelerar la extensión de cobertura de atención de la salud a toda la población. Así fue como en 1974 se adoptó el Servicio Civil del Graduando en Salud (SECIGRA-SALUD) que compromete al graduando, en el último ciclo de estudios profesionales, a prestar sus servicios durante un período de tiempo determinado a la población del área de influencia de un puesto de salud (3).

En el presente año el sector salud orientó los esfuerzos hacia cambios trascendentales en el sistema, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tiene como una de sus principales acciones prioritarias la atención primaria de salud.

Por otro lado, la Reforma del Sistema Nacional de Educación se vislumbró como una perspectiva importante para la adecuación de las pirámides ocupacionales en salud a las necesidades del país, a través de la formación de personal en un nivel intermedio en las Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), en el Primer Ciclo de Educación Superior. En 1975 se inició el primer programa de este tipo en enfermería, como una aproximación hacia modelos educativos para la atención primaria de salud, y como una respuesta a la escasez de personal frente al incremento de la demanda que plantea la atención primaria en el país (4).

## EL BACHILLERATO PROFESIONAL EN ENFERMERIA

Con la promulgación de la Ley General de Educación, se creó el Primer Ciclo de Educación Superior, como un nivel previo a la universidad, destinado a la formación de un nuevo tipo de profesional capaz de atender las necesidades reales del país. Este programa, orientado a formar profesionales de tipo generalista en base a perfiles delimitados, constituyó una oportunidad concreta para la creación de un recurso humano de salud capaz de atender las necesidades básicas de vastos sectores poblacionales habitualmente desprotegidos.

Un grupo de profesionales de salud perteneciente a las Universidades Cayetano Heredia y Nacional Mayor de San Marcos y a la Dirección General de Educación Superior, decidió asumir la formulación del proceso educativo del futuro bachiller destinado a la atención de salud en comunidades rurales y urbano-marginales.

El proceso planteado significó para enfermería la posibilidad de formar un recurso con ampliación de funciones que permitan dar una atención general de salud en el contexto de dicha disciplina, posibilitándole el retomar la atención comunitaria como su quehacer natural. Desde el punto de vista educativo este propósito se concretó en la caracterización del "Área Profesional de Salud", que está constituida por dos grandes elementos estructurales: Polivalencia y Profundización. La Polivalencia, base de esta formación, está dirigida a habilitar en funciones profesionales de índole general, pero delimitadas en su alcance y nivel de complejidad, que permitieran cubrir necesidades elementales a la vez que de mayor demanda. La formación polivalente facilita asimismo la movilización del futuro profesional de uno a otro sector del campo de la salud, de acuerdo a las necesidades de salud del país en un momento determinado.

La Profundización, por su parte, corresponde a un sector específico del área de salud, confiriendo mayor dominio de funciones que, formando parte de la polivalencia, son parte de una determinada disciplina profesional, por lo que son objeto de un trato más profundo y detallado a este nivel. Paralelamente, la Profundización comprende algunas otras funciones exclusivas de un determinado sector profesional. En este sentido, el Área Profesional de Salud ofrece dos opciones de Profundización: Enfermería y Salud Oral.

A continuación exponemos el Área Profesional de Salud con

Profundización en Enfermería como un modelo educativo para la atención primaria de salud en Perú.

### *Consideraciones básicas sobre el Bachillerato Profesional en Enfermería*

La formación profesional correspondiente al Primer Ciclo de Educación Superior se imparte a través de las "Áreas Profesionales" creadas a este nivel en relación con los campos o sectores de producción y de servicio del país. Su desarrollo se efectúa en las Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), y conduce a la obtención del bachillerato profesional. El bachillerato se imparte a través del "Área Profesional de Salud"; por ello, frecuentemente se hará referencia a esta al tratar aspectos del Bachillerato en Enfermería, dada su relación y sentido más amplio.

*Planificación y formulación del programa.* La fase de planificación del área profesional de salud se inicia con la conceptualización y caracterización de esta en base a la aplicación del método de análisis de necesidades y funciones (5). La secuencia metodológica comienza con el estudio de la realidad social en su sentido amplio y características relevantes de índole económica, cultural, geopolítica, entre otras; efectuándose un análisis crítico de esta situación y lo que implica respecto al nivel de vida y de desarrollo de la población. En este contexto se ubica la situación general de salud, apreciándose su estrecha relación con el medio social, así como sus características, condicionantes y factores causales. Luego, el análisis se orienta hacia el reconocimiento de necesidades y problemas sanitarios que, por su frecuencia, prevalencia y extensión son los de mayor impacto social, por tanto, prioritarias para la población y factibles de ser atendidas por su carácter elemental, habitualmente.

Surge sobre esta base la necesidad de establecer las diversas funciones requeridas para atender aquella situación; las mismas que por su índole variada y contenido social, trascienden la naturaleza y enfoque circunscritos y mayormente curativos de las tradicionales funciones sanitarias. Se procede luego al análisis interno de las funciones establecidas en el paso anterior, en base a una taxonomía que en nuestro caso partió del nivel de "función compleja" hasta el de "función elemental o básica", para después efectuar la selección y agrupación de tales funciones según determinados criterios y elementos de ordena-

miento que permitieran caracterizar el nuevo tipo de profesional de salud. Por ello y por la influencia que ejerce en el proceso educativo, este paso del método es de vital importancia para efectos del trabajo y objetivo propuestos. Así, en la selección de funciones se aplicaron los siguientes criterios, entre otros:

- Frecuencia de la función: De la frecuente a la infrecuente
- Nivel de complejidad tecnológica: De lo simple a lo complejo
- Nivel de generalidad: De lo general a lo específico
- Nivel de prevención: De lo promocional-preventivo a lo curativo
- Sujeto de atención en su dimensión social: Del grupo al individuo
- Ciclo vital humano: Del niño al adulto
- Asentamiento poblacional: De la población periférica a la población central

Las funciones seleccionadas ofrecen un carácter diferenciado e integral, pero de mediana o poca complejidad, resaltando su naturaleza promocional y preventiva sin dejar de estar presente cierto aspecto curativo en razón de la problemática analizada, apreciándose asimismo una clara orientación de funciones hacia grupos poblacionales y, dentro de estos a los de mayor vulnerabilidad. De este modo se configuró un perfil profesional de índole "polivalente" nítidamente delimitado, que evidenciaba estar destinado especialmente para la atención primaria de sectores poblacionales desprotegidos del país (6).

A fin de dar forma y definir al perfil profesional del bachiller, se procedió a la agrupación y ordenamiento de las funciones seleccionadas, para lo cual se consideraron dos aspectos principales. Por un lado, los niveles de prevención en salud aplicados para agrupar las funciones y formular el perfil profesional del Area de Salud, se resumieron en dos rubros: funciones correspondientes al nivel de promoción y de prevención o protección, y funciones correspondientes al nivel de diagnóstico y tratamiento.

Se consideró un tercer rubro que, sin pertenecer al esquema de niveles de prevención, formaba parte del perfil profesional en mérito a su concordancia con los criterios utilizados para la selección de funciones. Dicho rubro correspondió a administración e investigación.

Otro aspecto aplicado para el ordenamiento y formulación del perfil profesional del bachiller, fue el referido al tipo de funciones correspondientes a la actuación "Polivalente" y a la de "Profundización" en un sector del Area de Salud, que habían sido establecidas para este profesional.

La fase siguiente a la determinación del perfil profesional se orientó a caracterizar y formular el proceso educativo del nuevo personaje de salud que lo capacitaría para ejercitar el perfil señalado. A este respecto, las funciones fueron priorizadas en razón a su demanda social e influencia en la situación de salud analizada, para luego ser agrupadas, en base a factores de similitud.

Se procedió entonces a establecer los objetivos educacionales y a configurar la estructura curricular y su expresión a través del plan de estudios, que fue formulado en base a "bloques integrales de aprendizaje".

### *Estructura curricular del Area Profesional de Salud*

La estructura curricular de dicha área ofrece los siguientes elementos constitutivos:

1. Una formación general que comprende conocimientos y experiencias conducentes a ampliar la cultura y base científico-humanista del educando, y que es común para todos los estudiantes de ESEP, cualesquiera sea la carrera profesional que sigan.

2. Una formación profesional propiamente dicha, que a su vez está constituida por dos aspectos:

- La formación polivalente, que abarca los aspectos generales de salud para hacer posible su atención a nivel primario. Esta formación es común para todos los educandos del Area de Salud, permitiéndoles flexibilidad para la acción y capacidad para movilizarse entre las profundizaciones profesionales que actualmente ofrece dicha área y aquellas que podrá ofrecer en el futuro. En este sentido, la polivalencia constituye el aspecto realmente original de esta formación profesional y de significación vital para enfermería por la correspondencia que guarda en gran parte con su natural quehacer en la comunidad.

- La formación de profundización en un sector del área, que se orienta a dar mayores conocimientos y dominio de destrezas, tanto para aquellas funciones que formando parte de la polivalencia guardan mayor relación con el sector elegido para la profundización, como de aquellas que le son específicas. En una primera etapa, en el proceso curricular del Area Profesional de Salud, se han considerado dos profundizaciones que están dadas por enfermería (rol ampliado) y salud oral (7).

En términos de porcentajes, la formación general abarca aproximadamente el 40% de la duración total de los estudios, mientras que la polivalencia comprende otro 40% y la de profundización el 20%



La tendencia en la formación de personal con énfasis en salud comunitaria implica una capacitación que integre actividades de alfabetización, vigilancia del crecimiento y desarrollo y prevención de enfermedades (ESEP-Salud, Perú).



restante. Sin embargo, el tiempo dedicado a la polivalencia y profundización se incrementa con las prácticas que se desarrollan en períodos vacacionales al término de los semestres pares.

El proceso educativo del área comprende seis semestres académicos en total, a lo largo de los cuales se desarrolla la formación general, pero con un carácter decreciente. La formación profesional se inicia a partir del segundo semestre y continúa con un incremento proporcional a la disminución registrada en la formación general.

### *Plan de estudios*

La formación profesional se imparte a través de bloques integrales de aprendizaje, que reemplazan a las asignaturas. Estos bloques están centrados en la enseñanza-aprendizaje de funciones, identificadas a partir del análisis de problemas y necesidades de salud de la comunidad. Alrededor de cada función o de funciones agrupadas por su similitud o relación, se integran los conocimientos y habilidades requeridas para su dominio y el logro consiguiente de los objetivos educacionales que corresponden a cada bloque. Esta forma de integración permite que en el aprendizaje de las ciencias básicas se prescindan de los marcos rígidos, exageraciones y deficiencias de las asignaturas tradicionales. Y, en general, hace posible formular un plan de estudios articulado y funcional en razón a la incorporación oportuna y racional de aspectos científicos y técnicos conducentes a un aprendizaje profesional en un tiempo relativamente corto.

La estructura curricular que se expresa en el plan de estudios del Área Profesional de Salud y el ordenamiento del mismo, tienen los siguientes elementos integradores:

1. El desarrollo comunal, por el que todos los "bloques" educativos se orientan a la atención de salud de la comunidad, con intervención directa de esta, dentro del contexto de su desarrollo integral.
2. El análisis de funciones, que se origina en las necesidades de salud de la comunidad y orienta a los bloques educativos hacia la capacitación para desarrollar acciones que satisfagan aquellas necesidades.
3. Los niveles de prevención, que enfatizan y permiten avanzar de los aspectos promocionales y preventivos a los de recuperación y limitación del daño, así como de los aspectos fisiológicos a los patológicos—todo ello enfocado en el nivel de atención primaria.
4. El ciclo vital humano y familiar, como un proceso que comprende etapas subsecuentes del hombre, ubicado en el contexto familiar y social, lo



cual propicia la atención de la madre y niño en el hogar y la comunidad, para luego proyectarse al adolescente, adulto y anciano.

### *Aspectos innovadores del proceso de enseñanza-aprendizaje*

El fenómeno de enseñanza-aprendizaje que caracteriza la formación de este bachiller, ofrece diversos aspectos innovadores, entre los que resaltan:

- Un proceso basado en la realidad comunitaria, a partir de la cual se identifican y desarrollan los conocimientos necesarios para la atención de la salud, condicionándose de este modo una subordinación de la teoría a la práctica.

- Una formación profesional de tipo "polivalente" que, trasciende la usual preparación "sectorizada" o "especializada" de recursos humanos de salud, capacitando al bachiller para dar una atención integral de salud en general, a nivel primario o básico, en relación a necesidades prioritarias y no muy complejas de la población. Este aspecto es muy importante, por caracterizar la formación de un sujeto destinado a comunidades rurales y urbano-marginales, casi siempre en manos de personal con escasa o nula preparación, cuando no empírico. La polivalencia es lo realmente innovador para enfermería, al constituirse en posibilidad concreta para la ampliación de su papel habitual.

- Un proceso educativo que se origina y desarrolla en la comunidad, haciendo de este ambiente su preferente campo de enseñanza-aprendizaje, con el cual el alumno entra en contacto e interacción con ella desde el inicio de su formación.

- Un proceso curricular basado en el análisis de necesidades y funciones, como elemento estructurador de la enseñanza-aprendizaje, que genera una formación integradora, racional y acorde a las demandas reales de la comunidad y país.

- Una formación de primordial orientación promocional y preventiva, en razón de un concepto positivo de la salud, en el cual la enfermedad es solo un hecho episódico y evitable y por lo tanto no natural como tampoco ineludible.

- Un proceso educativo estructurado a través de bloques integrados y organizados de tal modo que su desarrollo va capacitando para el ejercicio de funciones completas conforme se avanza a lo largo del proceso.

- Una educación singularizada por su orientación a capacitar profesionalmente a un individuo joven, cuya edad oscila entre los 17 y 21 años al término de los estudios. La madurez y responsabilidad que esta formación confiere a los jóvenes bachilleres, rompe con la falta de responsabilidad y demás características conflictuales que generalmente se adjudican al adolescente.

### *Desarrollo y avances del programa*

En 1975, año en que empezaron a funcionar las ESEPS, siete de ellas, distribuidas en diversas regiones del país, ofrecieron el Area Profesional de Salud y seis contaban con la opción de enfermería. En conjunto, el Area de Salud recibió ese año un total de 420 alumnos. A partir de entonces, ha venido apreciándose aceptación e interés creciente hacia nuestros programas, expresados por su demanda de matrículas que ocupa los primeros lugares con respecto a las demás áreas profesionales del nivel ESEP (se ofrecen un total de 15 carreras profesionales). Al incremento de matrícula en los años siguientes, debe agregarse la creación de cuatro nuevas ESEPS que ofrecen Area de Salud y de ocho programas para trabajadores que funcionan en horario nocturno.

En general, la matrícula anual en el Area de Salud de cada ESEP que la ofrece oscila entre 50 y 80 estudiantes por promoción. Se aprecia asimismo que de las dos opciones de profundización, hay cierto predominio de enfermería que, en promedio, es elegida por 60% de los educandos del área.

En cuanto a los avances logrados, cabe destacar lo siguiente:

1. Perfeccionamiento del marco conceptual y su expresión en el desarrollo y adecuación curricular.

2. Énfasis en comunidad y atención primaria considerada en su amplio sentido, lo cual amerita mención especial, porque va más allá de una simple correlación teórica-práctica, y tiende a profundizar la integración docente-asistencial.

3. Son significativos los datos que aparecen a continuación sobre la primera promoción egresada en el primer semestre de 1978:

a) De los 420 alumnos que iniciaron la formación profesional en el área de salud, 227 (54%) se graduaron en el primer semestre de 1978. Considerando a los que repiten el curso y son incorporados en las promociones siguientes, la pérdida real de educandos se reduce a un 10%.

b) Del total de graduados, alrededor del 65% son mujeres. El 58% de egresados optó por la profundización de enfermería, apreciándose en este campo un predominio del sexo femenino (80%), mientras que en salud oral el 58% son varones. En conjunto, las edades de los graduados oscila entre 17 y 22 años.

c) Respecto al destino de estos graduados, alrededor del 60% se ha incorporado al sector salud bajo la denominación de Bachiller Profesional en Salud o está dispuesto a hacerlo para trabajar en comunidades rurales y urbano-marginales, mediante el plan nacional de extensión de cobertura. El

28% se ha decidido por seguir estudios universitarios o de otro tipo. Del 12% restante no se tienen datos exactos (8).

4. Un avance que interesa resaltar es el correspondiente a la coordinación entre los sectores de educación y de salud cuyos resultados se han traducido en:

a) Incorporación del bachiller profesional de salud para desarrollar el plan de extensión de cobertura a través de la atención primaria e integral. El plan tiene una duración inicial de cinco años para cubrir 1,200 puestos bases de salud. El bachiller ha quedado ubicado en el primer escalón del nivel "institucionalizado" de la atención y está destinado a apoyar la atención primaria (9).

b) Realización de un cursillo complementario de capacitación en aspectos mayormente administrativos, previa a la incorporación del bachiller profesional a los servicios del Ministerio de Salud.

c) Proposición para conformar una comisión bisectorial evaluadora, destinada a efectuar un proceso de seguimiento del bachiller incorporado al sector salud.

Con la aplicación de estos dispositivos legales, el empleo del bachiller profesional es un hecho que concreta el propósito esencial de nuestros programas, cuya generalización contribuirá a perfeccionar y consolidar este modelo de formación de personal de salud para la atención de la población desprovista de servicios de salud.

## RESUMEN

Se presenta un recuento de los esfuerzos que la enfermería ha venido haciendo en el Perú para adecuar su formación en función de las necesidades de salud de la población, en especial en áreas rurales y urbano-marginales, y de acuerdo con la política de extensión de la cobertura con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

En especial se reseña el programa de Bachillerato Profesional en Enfermería, detallándose su planificación en base a funciones seleccionadas, el proceso educativo, la estructura curricular y los avances alcanzados desde la implantación del programa.

Entre los aspectos innovadores de esta experiencia puede señalarse que la formación profesional se imparte a través de bloques integrales de aprendizaje, que reemplazan a las asignaturas. Estos bloques están centrados en la enseñanza-aprendizaje de funciones, identificadas a

partir del análisis de problemas y necesidades de salud de la comunidad. Alrededor de cada función o grupo de funciones, se integran los conocimientos y habilidades requeridas para su dominio y el logro consiguiente de los objetivos educacionales que corresponde a cada bloque.

#### REFERENCIAS

(1) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* (Chile, 1972). Documento Oficial No. 118. Washington, D.C., 1973.

(2) Ministerio de Salud, Perú. Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Lima, 1979.

(3) Perú. Servicio Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud Humana. Decreto Ley No. 19646-75.

(4) Perú. Informe de la Educación Peruana, Lima, 1974.

(5) Beltrán, R. "Análisis de funciones con propósitos curriculares". Lima, 1975.

(6) Beltrán, R. y F. Peña. Dirección General de Educación Superior. Área Profesional de Salud. I Ciclo. Documento de trabajo, circulación restringida. Ministerio de Educación, Lima, 1977.

(7) Ministerio de Educación, Perú. Elementos del Currículum del I Ciclo de Educación Superior. Documento oficial. Dirección General de Educación Superior. Lima, 1976.

(8) Peña, F. Escuela Superior de Educación Profesional (ESEP). Avances 1977-1978. Presentado en la II Reunión Anual del Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos. Lima, 1978.

(9) Plan de Extensión de Cobertura con Incorporación del Bachiller Profesional de Salud (Resolución Suprema 0009-78-SA/DS y Resolución Ministerial 0116-78-SA/DS), Lima, 1978.

---

#### THE TRAINING OF NURSING PERSONNEL FOR COMMUNITY HEALTH CARE (*Summary*)

The article reviews the efforts that nursing has been making in Peru to adjust training to the health needs of the population, particularly in rural and marginal urban areas, and in keeping with the policy of extending coverage by the strategies of primary care and community participation.

In particular, the program of the Professional Baccalaureate in Nursing is reviewed, and a detailed description of its planning is given on the basis of selected functions, the educational process, the curricular structure, and progress made since the program was launched.

Noteworthy among the innovative aspects of this experiment is the imparting of professional training in discrete learning blocks, which take the place of subjects. These blocks center on the teaching-learning of functions, which are identified through the analysis of community problems and health needs. Each function or group of functions serves as a focus around which are assembled the knowledge and skills required to master them and thus for attainment of the educational objectives of each block.

### FORMAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA (*Resumo*)

O artigo passa em revista as iniciativas que o setor da enfermagem tem adotado no Peru para adequar sua formação às necessidades de saúde da população, em especial em áreas rurais e marginais urbanas, e em função da política de extensão da cobertura mediante as estratégias de cuidados primários e participação da comunidade.

Em especial, resume-se o programa de Graduação Profissional em Enfermage, detalhando-se seu planejamento com base em funções selecionadas, o processo educacional, a estrutura curricular e os avanços registrados desde sua implantação.

Entre os aspectos inovadores dessa experiência pode-se assinalar que a formação profissional é ministrada por meio de blocos integrais de aprendizado, que substituem as disciplinas. Concentram-se esses blocos no ensino-aprendizado de funções, identificadas com base na análise de problemas e necessidades de saúde da comunidade. Em torno de cada função ou grupo de funções integram-se os conhecimentos e habilitações requeridos para o seu domínio e para a conseqüente obtenção dos objetivos educacionais que correspondem a cada bloco.

### FORMATION DE PERSONNEL INFIRMIER POUR LES SOINS DE SANTÉ À LA COMMUNAUTÉ (*Résumé*)

Cet article rend compte des efforts menés par le personnel infirmier au Pérou pour adapter sa formation aux besoins de la santé de la population, notamment dans les régions rurales et à la périphérie des villes, et conformément à la politique d'extension de la couverture selon les stratégies de soins de santé primaires et de participation de la communauté.

Il décrit notamment le programme de baccalauréat professionnel d'infirmier, en donnant des détails sur son élaboration d'après des fonctions choisies, sur le processus éducatif, sur la structure de l'enseignement et sur les progrès réalisés depuis le lancement de ce programme.

Parmi les aspects nouveaux de cette expérience, on peut signaler que la formation professionnelle est donnée au moyen de programmes complets d'apprentissage, qui remplacent les différentes disciplines. Ces programmes sont centrés sur l'enseignement et l'apprentissage des fonctions, identifiées à partir de l'analyse des problèmes et des besoins de la communauté en matière de santé. Autour de chaque fonction ou de chaque ensemble de fonctions sont dispensées les connaissances et développées les aptitudes requises pour leur maîtrise et la réalisation des objectifs d'éducation qui correspondent à chaque programme.

---

## LA ALIMENTACION INFANTIL Y EL DESARROLLO

En una reunión conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño (Ginebra, octubre de 1979) se puso de relieve la necesidad de que los gobiernos, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y la industria de alimentos infantiles emprendan, con carácter urgente, una acción encaminada a fomentar la salud y la nutrición de los lactantes y de los niños de corta edad en todo el mundo.

La reunión señaló las prácticas deficientes de alimentación de los lactantes y sus consecuencias que "oponen un grave obstáculo al desarrollo social y económico".

A pesar de las actividades desarrolladas desde hace tres decenios por los organismos nacionales e internacionales, este problema, que en gran parte es obra del hombre, sigue cobrando un pesado tributo en muertes y en incapacidad física y mental a largo plazo.

La reunión hizo recomendaciones para la adopción de medidas urgentes.

---

# Participación de la Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador en el desarrollo de la profesión

IRALDA DE NUÑEZ,<sup>1</sup> SOR PIEDAD ROJAS<sup>2</sup>  
Y CONSTANCE DE BAQUERO<sup>3</sup>

---

---

La enfermería como profesión en el Ecuador es relativamente joven. Las escuelas universitarias datan de 1942 y los cambios que se han operado con el transcurso del tiempo, tanto en lo científico como socioeconómico y de organización, han determinado la necesidad de modificar la estructura de las escuelas de enfermería.

La enfermería siempre atenta a proporcionar una mejor atención a la comunidad, se ha visto precisada a preparar el personal con una amplia fundamentación científica, técnica y humanista, que la ubica en un status superior. Para esto ha sido preciso unificar la preparación del recurso de enfermería y hacer cambios curriculares, lo cual fue posible a través de la creación en 1968 de la Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador (ASEDEE), que coordina la docencia, el servicio y el gremio.

Desde 1965 la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Ecuador había declarado en su "filosofía y objetivos" que, siendo la enfermería una profesión, debía tomar parte activa en la vida académica de la Universidad. En 1971, la educación de enfermería profesional se integró en su totalidad a nivel universitario y la Escuela Nacional de Enfermería elevó a categoría de profesores universitarios a todos sus docentes.

En un seminario realizado en ese año se conoció la realidad de enfermería a nivel profesional y no profesional, así como su oferta y demanda, y se recomendó que se formulara una política nacional de

---

<sup>1</sup>Directora, Escuela Nacional de Enfermería, Universidad Central, y Presidenta Encargada de la Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador, Quito, Ecuador.

<sup>2</sup>Decana de la Facultad de Enfermería de Quito.

<sup>3</sup>Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería, Quito.

enfermería y se establecieran normas mínimas para el funcionamiento de la ASEDEE. En 1972 se aprobó la política formulada por la ASEDEE en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, y fue puesta en vigencia. Esto dio como resultado la unificación de criterios entre docencia y servicio, especialmente en lo que se refiere a la preparación del personal de enfermería que más necesita el país.

Se dividió la carrera de enfermería en dos ciclos: el primero, de tres años, forma a la enfermera capaz de dar asistencia integrada al paciente en las áreas medicoquirúrgica, salud mental, salud comunitaria, maternoinfantil y principios de administración, para luego realizar un año de enfermería rural en el área y lugar donde el Ministerio de Salud Pública le designe. Al finalizar este año, el título debe ser legalizado por la ASEDEE. En el segundo ciclo de la carrera se profundizan conocimientos en las áreas medicoquirúrgica, salud comunitaria y de salud mental, así como en investigación, administración y liderazgo, para optar por la Licenciatura.

La política nacional de enfermería especifica las cifras que propuso el Ministerio de Salud Pública como meta de producción de enfermeras y auxiliares hasta 1980. En la formación de personal auxiliar se ha sobrepasado la meta; no así en la formación de personal profesional, debido en parte a la alta deserción de estudiantes. Este fenómeno obedece a falta de orientación vocacional a nivel de educación media, bajo rendimiento académico, malas condiciones de trabajo de la enfermera y escasos incentivos profesionales.

En 1977 se comenzó la evaluación de los programas de introducción a la enfermería, medicoquirúrgico, salud comunitaria y maternoinfantil, para realizar cambios y adaptaciones pertinentes. Se han mantenido cursos permanentes y adscritos para la formación del personal no profesional (auxiliares de enfermería, auxiliares instrumentistas y secretarías clínicas).

Para la capacitación de docentes, ASEDEE utiliza los cursos de metodología educativa ofrecidos por el CLATES de Río de Janeiro.

Con el propósito de aumentar el número de recursos de enfermería, para responder a las demandas de salud del país, ASEDEE asesoró en la creación de dos Escuelas.

Del 28 de mayo al 1 de junio de 1979, las Escuelas y Facultades de Enfermería del Ecuador y las representantes de las instituciones de servicios de salud que colaboran con docencia se dieron cita en Quito, para llevar a efecto el Primer Seminario Taller de Evaluación y Reformulación de la Política Educativa de Enfermería del Ecu-



durante este Seminario-Taller, se consideró que dicha política no puede ser una declaración aislada del contexto de la realidad nacional, lo que hizo evidente la necesidad de realizar un análisis de los factores socioeconómicos, de salud y educacionales que fundamenten la nueva política.

Al hacer este análisis se consideró que, a pesar de los esfuerzos desplegados a diferentes niveles, aún se confrontan aspectos de salud no superados, como son los referentes a morbilidad materno-infantil, enfermedades transmisibles controlables y prevenibles, saneamiento ambiental, índices de desnutrición y enfermedades carenciales, asignaciones presupuestarias, cobertura rural de servicios de salud, enfoque predominante curativo e individual antes que social. Todos estos aspectos directa o indirectamente afectan a las estructuras curriculares del país y el porcentaje de analfabetismo existente, sobre todo en el área rural.

Como organismo coordinador y asesor de la educación en enfermería en Ecuador, la ASEDEE tiene la responsabilidad de:

- Establecer los lineamientos que orientan la creación y funcionamiento de las escuelas y facultades de enfermería, y la programación, ejecución y evaluación de los programas curriculares, a fin de que, de acuerdo con las exigencias de la Universidad y las necesidades de salud del país, el estudiante tenga una relación temprana con la comunidad, una experiencia amplia para que pueda desempeñar funciones con diferente grado de complejidad y la capacitación necesaria para desempeñarse como miembro del equipo de salud.
- Definir los diferentes componentes del recurso humano en enfermería, en dos niveles de formación: el profesional (enfermeras, licenciadas en enfermería, enfermeras con especialización) y el no profesional (auxiliares de enfermería con diversificación para el área rural y urbana).
- Establecer los requisitos de ingreso y el tiempo de la duración de la formación del personal y las metas de producción, de acuerdo con las metas fijadas por el Ministerio de Salud Pública.
- Establecer las funciones generales de enfermería a nivel profesional y no profesional.
- Propender a la preparación de recursos docentes y a la interrelación de la docencia y el servicio.
- Fijar la evaluación quinquenal de la política, en base a objetivos, metas de producción y programas curriculares.
- Recomendar a la Secretaría Ejecutiva de la ASEDEE la recolección continua y sistemática de datos en relación con la aplicación de la política en cada una de las escuelas y facultades miembros.

La Asociación evaluará y reestructurará en 1979 el plan de estudio de enfermería para adecuarlo a la política nacional de salud y a la política educativa de enfermería, en relación con las expectativas de los servicios de salud y de la sociedad toda, y enmarcando a la enfermera en la realidad de la problemática socioeconómica de las masas populares, en especial para dar una mayor y mejor atención al área rural.

Con este propósito el sector docente de enfermería está empeñado en llevar adelante una actividad tipo taller-seminario para evaluar el plan curricular, que se llevará a cabo con la colaboración del grupo de servicio, para mejorar la atención de enfermería, y la formación de la enfermería. Esta evaluación comprenderá los siguientes aspectos: objetivos y enfoques del currículo de las escuelas de enfermería; objetivos generales y descripción de cada programa; características de los estudiantes; recursos humanos y materiales para el proceso de enseñanza-aprendizaje; desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje, y efectos e impacto del proceso.

Con esta actividad se hará también un análisis consciente de los convenios y programas nacionales e internacionales relacionados con salud (Pacto Andino, Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, programas de fomento y promoción del área rural llevados a cabo a través de una acción real del Banco Central del Ecuador y en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y otros).

El sector de educación en enfermería con el de servicios de salud y en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, esperan poder clarificar, definir y adecuar para el Ecuador el concepto de atención primaria aprobado en la Declaración de Alma-Ata, considerando que es muy necesario para la reformulación de planes y programas de la formación de los recursos humanos de enfermería a nivel de pregrado.

ASEDEE está consciente también de la redefinición del papel de la enfermera ecuatoriana, lo que supone la ampliación de conocimientos de acuerdo con la demanda del sistema de salud y tomando en cuenta su status profesional; de ahí la necesidad de realizar en un futuro inmediato cursos posbásicos y de posgrado.

Se considera que los cursos de especialización son necesarios para:

- Satisfacer las necesidades de desarrollo profesional de la enfermera en una determinada área de trabajo.
- Facilitar una mejor distribución y utilización de los recursos de enfermería, de acuerdo a sus conocimientos especializados.
- Ayudar a dotar al sector servicio del personal de enfermería que asegu-

re la provisión de una atención especializada y continua, tanto a la persona sana como enferma.

Las unidades académicas de enfermería del Ecuador, con esta formación posbásica y de posgrado pretenden preparar una profesional de enfermería dentro de estos postulados y desarrollar además sus potencialidades como persona, es decir como un ser social que debe cumplir al máximo su cometido.

## RESUMEN

Se presenta una breve síntesis del desarrollo de la enfermería en Ecuador, en especial después de la implantación de la política nacional de enfermería en 1972. La carrera está dividida en dos ciclos: el primero capacita a la enfermera para dar asistencia integrada al paciente en las áreas de salud mental, materno-infantil, médicoquirúrgica, salud comunitaria y administración, para luego realizar un año de práctica rural. En el segundo ciclo se profundizan los conocimientos en las áreas señaladas, así como en investigación, para optar por la licenciatura.

También se da cuenta de las funciones que corresponden a la Asociación, en lo que respecta a la docencia, el servicio y el gremio.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrade, Mena, Muñoz, Estupiñán. *Política nacional de educación superior*. Mesa Redonda. Quito, 1979.
- Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador (ASEDEE), *Política Nacional de Educación en Enfermería*. Guayaquil, 1972.
- ASEDEE, *Política Nacional de Educación en Enfermería*. Quito, 1979.
- ASEDEE, *Oferta y Demanda de personal de Enfermería en el Ecuador*. Seminario. Guayaquil, 1972.
- ASEDEE, *Evaluación de salud rural*. Seminario. Quito, 1975.
- Egas, O. *Política Nacional de Salud*. Conferencia. Quito, 1979.
- Granda, E. *Política Nacional de Recursos Humanos*. Conferencia. Quito, 1979.
- Núñez, I. B. de. *Importancia de cursos posbásicos y de posgrado en enfermería*. Conferencia. Quito, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Chile, 1972). Documento Oficial No. 118, Washington, D.C., 1973.
-

**PARTICIPATION OF THE ASSOCIATION OF NURSING  
SCHOOLS OF ECUADOR IN THE DEVELOPMENT  
OF THE PROFESSION (Summary)**

A brief summary is given of the development of nursing in Ecuador, particularly since the introduction of the national nursing policy in 1972.

The training course is divided into two parts. The first qualifies the nurse to give comprehensive care to the patient in the areas of mental health, maternal and child health, surgical medicine, community health, and administration — after which she engages in rural practice for one year. The second part involves further studies in the areas mentioned and research by those who wish to go on to the licenciante degree.

Also described are the functions of the Association in regard to teaching, the nursing service, and the interests of the profession.

**PARTICIPAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM  
DO EQUADOR NO DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO (Resumo)**

O artigo sintetiza o desenvolvimento da enfermagem no Equador, principalmente depois da implantação da política nacional de enfermagem, em 1972. Divide-se a carreira em dois ciclos: o primeiro capacita a enfermeira a prestar assistência integrada ao paciente nas áreas de saúde mental, materno-infantil, médico-cirúrgica, comunitária e sua administração, ao que se segue um estágio de um ano em zona rural. No segundo ciclo são aprofundados os conhecimentos nas mencionadas áreas e em matéria de pesquisa, de modo a abrir opção para a graduação.

O artigo também discorre sobre as funções que cabem à Associação no tocante ao ensino, ao serviço e à agremiação sindical da classe.

**PARTICIPATION DE L'ASSOCIATION DES ÉCOLES  
D'INFIRMIÈRES DE L'EQUATEUR AU DÉVELOPPEMENT  
DE LA PROFESSION (Résumé)**

Cet article présente une brève synthèse du développement des soins infirmiers en Equateur, notamment à la suite de la mise en oeuvre de la politique nationale en matière de soins infirmiers, en 1972.

Les études se divisent en deux cycles: le premier, au cours duquel l'infirmière acquiert les compétences requises pour prêter une assistance intégrée au patient dans les domaines de la santé mentale, de la protection maternelle et infantile, de la médecine et de la chirurgie, de la santé communautaire et

de l'administration, et se termine par une année de stage en milieu rural. Au cours du second cycle, l'infirmière approfondit ses connaissances dans les domaines indiqués, et se livre à des recherches, pour pouvoir préparer une licence. Cet article expose également les fonctions de l'Association, notamment son rôle dans le domaine de la formation, les services qu'elle dispense et son organisation.



# Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil

CARLYLE GUERRA DE MACÊDO, ISABEL DOS SANTOS  
E CESAR AUGUSTO DE BARROS VIEIRA<sup>1</sup>

---

---

## CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) foi iniciado no Brasil, em 1976, pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, com a cooperação direta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS). Visava "promover a adequação (quantitativa e qualitativa) da formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, através da progressiva integração das atividades de capacitação na realidade do Sistema de Saúde" (1).

As origens do PPREPS remontam ao ano de 1974, quando o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial para estudar a situação e as perspectivas dos recursos humanos na área da saúde e propor soluções a serem incorporadas no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

Em seu Relatório Final (2), o Grupo de Trabalho constatou sérias distorções na disponibilidade e na oferta das diferentes categorias de pessoal, bem como separação entre os sistemas formador e utilizador, em face das diretrizes políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde e de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Para equacionar os problemas identificados, o Grupo segeriu um Programa destinado a cobrir três grandes áreas de ação:

- a) a do planejamento de recursos humanos;
- b) a da preparação direta de pessoal; e
- c) a de apoio à preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde.

Foram, então, celebrados acordos entre o Governo Brasileiro e a

---

<sup>1</sup>Integrantes do Grupo Técnico Central do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

OPS/OMS para implementar a terceira dessas áreas, dos quais resultaram a constituição de uma Comissão de Coordenação (CC/PPREPS), responsável pela condução do Programa; e de um Grupo Técnico Central (GTC/PPREPS), encarregado da coordenação e da cooperação técnicas aos projetos integrantes do Programa (3, 4).

A CC/PPREPS estava formada por representantes dos Ministérios e da OPS/OMS, sendo presidida pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde e secretariada pelo Coordenador do GTC/PPREPS. Este foi composto de 5 profissionais (dos quais um era internacional e os outros, nacionais) e de 6 funcionários de secretaria e apoio, todos contratados pela OPS/OMS com fundos transferidos pelo Governo.

Pelos acordos firmados, as responsabilidades institucionais ficaram assim distribuídas:

- a) Ministério da Saúde: condução política e técnico-normativa do Programa e apoio financeiro ao funcionamento do GTC e à execução dos projetos (através da Fundação Oswaldo Cruz);
- b) Ministério da Educação e Cultura: condução política e técnico-normativa do Programa;
- c) OPS/OMS: constituição e manutenção do GTC/PPREPS e cooperação técnica e financeira de seus fundos regulares.

Os instrumentos preferenciais de ação utilizados pelo PPREPS foram constituídos de projetos executados por Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades, financiados por recursos do Programa e de outras fontes e apoiados tecnicamente pelo GTC.

Uma ampla articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, a níveis federal, estadual e local, proporcionou aos projetos respaldo institucional, técnico e financeiro.

Para efeitos de administração interna, o PPREPS foi dividido em três subprogramas: Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (correspondente aos projetos executados pelas Secretarias Estaduais de Saúde), Integração Docente-Assistencial (projetos sob a responsabilidade de Universidades) e Coordenação-Administração (relativo às atividades da Comissão de Coordenação e do GTC).

A estruturação do Programa e os contatos iniciais foram realizados a partir de agosto de 1975 por um grupo de consultores da OPS, contratados *ad hoc* no país para a elaboração do plano de ação. Em março de 1976, o GTC estava definitivamente institucionalizado, iniciando então a fase de contato com as entidades executoras para elaboração dos respectivos projetos.

Este trabalho descreve e analisa a experiência do PPREPS desde sua implantação até o final de 1978; e, embora parta da descrição global do Programa, limita-se a focar um de seus componentes principais, isto é, Treinamento de Pessoal.

## OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS GERAIS

O PPREPS teve três objetivos principais, intimamente relacionados e tendentes, a médio e longo prazo, ao propósito comum de “adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços, com cobertura máxima possível e integral, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta”.

### *Treinamento*

O primeiro objetivo era preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão da cobertura e a melhoria dos serviços. Estimou-se, inicialmente, um número de cerca de 170.000 pessoas a serem capacitadas em todo o país, abrangendo diferentes níveis e categorias. Essa meta, baseada no relatório do Grupo Interministerial, seria redimensionada a partir do contato direto com as necessidades e possibilidades concretas de cada Estado e região. Após o primeiro ano, foi fixada em 60.000 para o período 1976/79. Além disso, incluía tanto a formação de pessoal a ser contratado como a atualização e o aperfeiçoamento dos quadros existentes. O cumprimento deste objetivo envolvia também o desenvolvimento da capacidade de treinamento, em termos docentes, tecnológicos e de supervisão e informação.

Como estratégias para este objetivo, foram definidas:

- a) a ampla articulação e cooperação interministerial;
- b) o aproveitamento da capacidade instalada e das iniciativas em implementação;
- c) a consideração das Secretarias Estaduais como instituições nucleares para a organização do Sistema Nacional de Saúde a nível operacional;
- d) o apoio à elaboração e à implementação de projetos globais de treinamento para todo o sistema estadual de saúde;



- e) a exploração e o aproveitamento das formas de intercomplementariedade entre saúde-educação e dos mecanismos de educação profissionalizante por via regular ou supletiva;
- f) a priorização do atendimento das necessidades do setor público;
- g) a capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes aos quadros institucionais dos serviços de saúde;
- h) a ênfase no treinamento integrado ao serviço, de caráter polivalente, na utilização de instrutores/supervisores de nível médio e no desenvolvimento de metodologias educacionais correspondentes;
- i) a incorporação a médio prazo das atividades de capacitação de pessoal de nível médio e elementar no conjunto das atividades de regionalização docente-assistencial respectivo.

### *Integração docente-assistencial*

Como segundo objetivo, o PPREPS se propôs apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes. Esta atividade englobaria a redefinição organizacional e operacional do sistema de serviços de cada região, a formulação dos programas docentes específicos e a criação de mecanismos de articulação e integração estrutural-funcional entre os dois sistemas. No caso, o PPREPS voltaria seu apoio sobretudo para a concretização dos mecanismos de articulação e integração.

A criação dessas regiões objetivaria, ainda, a experimentação de modelos; métodos e procedimentos que viabilizassem a regionalização dos serviços e a articulação técnica e administrativa entre as múltiplas instituições do setor, passíveis de aplicação em outras regiões.

As estratégias específicas para este objetivo preconizavam:

- a) partir da análise sócio-política do país e das regiões identificando mecanismos de auto-reprodução e possibilidades de mudança e procurando atuar sobre elementos conjunturais favoráveis à integração docente assistencial;
- b) utilizar as Secretarias Estaduais e as Universidades como entidades nucleares dos sistemas de serviços e de educação;
- c) assegurar o posicionamento dos setores saúde e educação nos planos de desenvolvimento e o apoio do sistema de planejamento;
- d) estudar a dependência técnica, política e conômica entre os diferentes componentes do sistema relacionados com o Programa;
- e) estabelecer hipóteses de relacionamento político entre os diferentes centros de decisão do Sistema Nacional de Saúde, para possibilitar a harmonização de interesses e ações comuns;

- f) partir da organização dos serviços para identificar necessidades de pessoal e conteúdos de capacitação;
- g) preservar as responsabilidades das instituições de serviço e de educação ampliando a cooperação mútua;
- h) aproveitar oportunidades para desenvolver tanto experiências globais quanto parciais de integração docente-assistencial.

### *Sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde*

O terceiro grande objetivo do PPREPS foi apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivos. Este foi um objetivo complementar e instrumental com relação aos anteriores, tendo como propósito aproveitar oportunidades geradas na implementação daqueles. Buscaria ajudar a criação de mecanismos que assegurassem continuidade dos esforços para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, como parte integrante das atividades permanentes dos Sistemas de Saúde e Educação. Além disso, os Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde seriam os principais instrumentos técnico-operativos do PPREPS.

Por se tratar de área complementar e instrumental, a ser realizada na medida do cumprimento dos outros objetivos, as mesmas estratégias, especificadas anteriormente, se aplicariam neste caso.

### FORMAS OPERACIONAIS ADOTADAS

Os meios e formas utilizados para operacionalizar as metas de capacitação de pessoal, previstos nos Projetos Estaduais do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, já estavam praticamente determinados pelas diferentes realidades sócio-econômicas das localidades em que os projetos atuaram. Assim, nesta primeira etapa de execução, elas refletem em grande parte as políticas vigentes dos setores da educação, saúde e desenvolvimento de recursos humanos e a própria capacidade gerencial dos órgãos executores dos projetos.

A identificação e compreensão desses aspectos serviram de balisamento no processo de seleção, dentre as alternativas operacionais possíveis, daquelas que oferecessem condições de trabalhar, em forma de processo, se não a totalidade, pelo menos parte, dos componentes dessa realidade.

Assim sendo, embora as metas quantitativas previstas pelos projetos os configurassem como programas de treinamento em larga escala, evitou-se a utilização de tecnologias educacionais já consagradas para este fim em outros setores de atividades, porém exóticas ao meio em questão.

Optou-se por alternativas em que as atividades de treinamento não constituíssem um fim, mas um mecanismo que além de cumprir sua função específica naquele nível, também proporcionasse oportunidades, a todos os participantes no processo, de analisar criticamente as propostas vigentes de serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos em face das reais necessidades da população a que serviam. Permitisse ainda a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência.

### *Cursos de qualificação profissional a nível de 1o. grau*

A maior demanda de treinamento foi representada pelas categorias profissionais de nível de instrução primária, já empregadas no setor saúde, previstas para implantação de novos programas, ou que exerciam alguma atividade de saúde na comunidade.

Dentre elas destacamos a de atendente de enfermagem, tanto para a área hospitalar como para os serviços de saúde pública, e a das parteras empíricas.

A alternativa utilizada para qualificar profissionalmente esse grupo ocupacional foi a programação e realização de cursos localizados em unidades de saúde que concentravam o maior número delas.

Esses cursos se assinalaram pelo seguinte:

- a) grande descentralização ao nível do sistema de prestação de serviço;
- b) máxima utilização do pessoal local como instrutor/supervisor;
- c) caráter de continuidade, embora tivessem uma fase inicial intensiva e formal;
- d) caráter eminente de capacitação em serviço.

### *Cursos de qualificação profissional a nível de 2o. grau*

Esta alternativa foi utilizada para viabilizar a capacitação daquelas categorias profissionais de nível médio, necessárias principalmente à implantação dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e saneamento, tais como: visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento, auxiliares de laboratório e agentes-de administração.

Esta última categoria foi treinada para o desempenho das atividades de apoio de administração financeira, de pessoal, material e serviços de secretaria.

Embora essas categorias profissionais constituíssem clientela natural da rede de ensino regular e supletivo do sistema de educação, nesta fase de emergência encarregou-se delas o Setor Saúde, levando em consideração o estabelecido em lei sobre a matéria.

Esses cursos de maneira geral apresentaram as seguintes características:

a) Localização regional, isto é, em sedes de microrregiões ou capitais que dispunham de infra-estrutura de serviços de saúde e recursos humanos para o desempenho das funções de instrutor/supervisor, necessárias à execução da programação específica de qualificação das diferentes categorias profissionais objeto dos projetos.

b) A titulação dessas habilitações profissionais foi efetivada mediante avaliação dos candidatos no próprio processo de formação, quando os cursos em questão tiveram aprovação prévia dos órgãos competentes do sistema de educação; ou mediante a realização de exames de suplência profissionalizante dos candidatos, após a conclusão dos cursos realizados sem aprovação prévia.

c) De maneira geral, esses cursos se desenvolveram dentro de um cronograma cuja previsão estabelecia um período concentrado na unidade sede do treinamento e outro descentralizado em diferentes unidades de saúde.

d) Os conteúdos programáticos foram ministrados de forma eminentemente prática, reservando-se as questões teóricas apenas para explicar a realidade vivenciada pelos treinandos.

e) Quanto às cargas horárias, variariam de 300 a 800 horas, de acordo com as responsabilidades específicas a serem desempenhadas pelas categorias profissionais dentro da estrutura de saúde.

Em alguns projetos, essas cargas horárias foram cumpridas seqüencialmente, isto é, em módulos alternados com período de prática na unidade de saúde, sede do treinando. As experiências de condução dos treinamentos, com alternância de períodos formais concentrados e prática descentralizada nas unidades de origem dos treinandos, contribuíram para adequação dos conteúdos programáticos às reais necessidades dos serviços e, ainda, propiciaram a participação dos alunos em sua reorganização.

### *Seminários, encontros, jornadas*

Estas modalidades pedagógicas foram reservadas à capacitação do pessoal de nível superior que exercia funções de direção de serviços de saúde e/ou coordenação de projetos e programas, a níveis local,

regional e central, no sistema estadual de prestação de serviços, e que co-participou no processo de desenvolvimento de recursos humanos.

Os eventos em questão se caracterizaram por sua curta duração e grande descentralização quanto ao local de ocorrência, tanto a nível dos Estados como de macrorregiões e país, e pelo fato de terem tido participação interinstitucional e profissional.

A preocupação básica dessas atividades foi levar os grupos a uma tomada de consciência quanto à problemática de recursos humanos nos seus vários aspectos de recrutamento, seleção, qualificação, distribuição, utilização e educação continuada, em face das propostas de serviços de saúde para atender às necessidades da população.

#### *Estágios em unidades de saúde da rede de prestação de serviço de saúde*

Esta modalidade de treinamento foi intensivamente utilizada dentro de um enfoque de educação continuada, visando ao aperfeiçoamento de pessoal a todos os níveis, após concluída a capacitação básica.

A identificação das necessidades e aspirações dos grupos foi realizada através do processo de supervisão que deu respaldo técnico às ações realizadas a nível operacional.

#### *Cursos de capacitação de instrutor/supervisor*

Um dos grandes desafios enfrentados pelas direções dos projetos relacionava-se com o nível das disponibilidades quantitativas e qualitativas de pessoal para exercer as funções de instrutor e supervisor no desenvolvimento das atividades de capacitação de recursos humanos. A carência observada foi mais acentuada na área da saúde pública, dada a escassez de serviços com essa finalidade nos Estados onde os projetos se desenvolveram.

Os cursos programados e executados com esse fim apresentaram as seguintes características básicas:

a) conteúdo programático abrangendo aspectos de pedagogia e didática e da área profissional específica;

b) em sua grande maioria; foram assumidos pelo Setor Saúde em caráter de emergência. Cumpre ressaltar que em alguns Estados esta atividade foi cumprida pelas Faculdades de Educação de Universidades;

c) desenvolveram-se dentro de um enfoque de treinamento em serviço em que ao mesmo tempo a prática do curso representava experiência pedagógica e trabalho profissional

No período de três meses foram capacitados 20 instrutores de nível superior, 40 instrutores de nível médio, 100 atendentes de saúde pública e foram organizadas 15 unidades sanitárias, simultaneamente, dentro de um processo integrado.

## RESULTADOS

O PPREPS começou a ser implantado no ano de 1976, tendo sido constituído por um total de 16 projetos, dos quais:

- a) 11 de Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, de responsabilidade de Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) 4 de Integração Docente Assistencial, a cargo de Universidade; e
- c) 1 de Tecnologia Educacional de Cooperação com os demais projetos, executado pelo NUTES/CLATES.

Os projetos de Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde foram coordenados, em cada Estado, por um núcleo central, e executados pelos Centros ou Delegacias Regionais de Saúde, em graus variados de descentralização, segundo as características e as condições locais. Além disso, contaram com o apoio e a participação de várias outras instituições, sobretudo do Setor Educação.

Foram capacitadas 38.548 pessoas, sendo 19.029 (49,4%) de nível elementar, 10.771 (27,9%) de nível médio e 8,748 (22,7%) de nível superior (15).

Dentre as categorias de nível elementar, destacaram-se os chamados agentes comunitários (parteiras leigas, lideranças comunitárias e trabalhadores de saúde voluntários, etc.), os atendentes polivalentes de enfermagem e os auxiliares de saneamento.

Entre as de nível médio, enfatizou-se a capacitação de visitantes, auxiliares e técnicos de enfermagem, saneamento, laboratório, nutrição, vigilância epidemiológica, estatística, administração e professores de 1o. grau.

No nível superior, a maior proporção foi representada pelos profissionais de nível local (médicos, enfermeiros, odontólogos, etc.) e por supervisores de nível regional e central.

As metas de capacitação foram estabelecidas a partir das necessidades dos programas de saúde em cada Estado. Esses programas compreendiam não só ações tradicionalmente desenvolvidas pelas Secretarias (saúde materno-infantil, nutrição, vigilância e controle de doenças transmissíveis, etc.) mas também, e principalmente, a extensão de cobertura de serviços de saúde. O principal programa de extensão de cobertura com que o PPREPS cooperou foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cobrindo toda a região Nordeste do país.

A capacitação de pessoal para o PIASS ensejou a experimentação de novos enfoques que permitiram obter, nos diferentes Estados, modelos de desenvolvimento de recursos humanos, alternativos das práticas tradicionais das Secretarias neste campo.

Diagnósticos de estoques e necessidades; definição de perfis profissionais e conteúdos educacionais; desenho de currículos e incorporação de novas metodologias de treinamento; aprimoramento dos processos de recrutamento e seleção; regionalização e descentralização das atividades de recursos humanos; articulação entre aprendizado e prática, entre docência e supervisão; preparação de recursos informacionais e ajudas educacionais; desconcentração do conhecimento científico; promoção da participação comunitária; aproveitamento das aberturas da legislação do ensino profissionalizante, estabelecimento de políticas, carreiras e quadros de pessoal; modernização de processos administrativos, etc. são as principais características e componentes dos modelos desenvolvidos pelos Estados.

## AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS

Até o começo da execução do PPREPS, a preocupação com o desenvolvimento de recursos humanos voltava-se apenas para o treinamento, como um componente marginal dos programas de saúde restrito ao atendimento das respectivas necessidades. Não havia um enfoque global dos problemas de recursos humanos nem se estabeleciam políticas e programas de ação abrangentes para os superar.

O PPREPS surgiu ainda na fase da supremacia dos programas especiais de saúde, em que o espaço para refletir recursos humanos era bastante limitado. A partir, porém, da emergência dos programas de extensão de cobertura, as Secretarias foram desafiadas a recrutar, seleccionar, capacitar, contratar, pôr em serviço e supervisionar

grande número de profissionais de distintos níveis, em regiões diferentes, simultaneamente.

Isso ensejou melhor receptividade para as proposições do PPREPS que buscavam, a um só tempo, equacionar os novos encargos decorrentes da extensão de cobertura, assumir as práticas tradicionais para não comprometer a continuidade dos programas especiais e, a partir dessa experiência concreta, estabelecer novos conceitos, práticas e instrumentos de desenvolvimento de recursos humanos ajustados à realidade dos serviços e às necessidades da população.

O PPREPS fez uma opção de trabalho no processo político, técnico e social vivido pelas Secretarias, sem modelos apriorísticos, mas mediante a consideração básica de cada realidade, buscando as alternativas mais aderentes aos contextos respectivos. A hipótese inicial de trabalho sofreu, assim, reinterpretações a nível de cada um dos Estados trabalhados, para alcançar respostas técnicas viáveis politicamente em cada um deles.

Mais que resultados quantitativos, a experiência PPREPS demonstrou o caráter global do processo de desenvolvimento de recursos humanos para saúde e a subordinação de seus componentes à evolução do todo, dentro do contexto sócio-político e administrativo em que se desenvolveu. Trata-se de um processo social de lenta e difícil maturação tanto mais quanto esteja referido a situações institucionais complexas e contraditórias.

As atividades de capacitação de recursos humanos, como parte desse processo, não podem ser desenvolvidas em sua plenitude e alcançar seus objetivos finais—a melhoria da prestação de serviços—senão na medida em que todo o processo se cumpra. Quando o desenvolvimento dos serviços não ocorre e não há efetiva condução política, a preparação de recursos humanos é comprometida em si mesma e não existem as condições necessárias para uma adequada definição de objetivos, conteúdos, métodos e instrumentos de capacitação e para a utilização do pessoal capacitado e sua educação contínua.

Mais ainda, as mudanças propostas na área da capacitação somente se concretizam realmente quando alicerçadas em mudanças correspondentes nas práticas de saúde, na organização dos serviços e em sua prestação e nos conceitos, atitudes e ação dos agentes envolvidos. Esse processo de mudança é necessariamente lento, em termos de setor, pela inércia e resistência das forças conservadoras que nele intervêm.

A partir de 1979, com a instalação de novo Governo, as mudanças nas formas de cooperação levarão os Ministérios a assumir mais dire-



tamente os encargos de coordenação das atividades de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, até então realizadas pela OPS/OMS, que passará a prestar novas modalidades de cooperação.

Na fase de transição que se seguirá, será fundamental assegurar a preservação dos espaços conquistados nos anos anteriores, para consolidar resultados já alcançados, avançar sobre objetivos ainda não buscados ou retomar outros que não se conseguiu atingir. Para tanto, cumpre corrigir as falhas verificadas na etapa inicial e enfatizar as estratégias que se revelaram acertadas. Até aqui, pode-se dizer, as prioridades foram implantação e quantidade; de agora em diante devem ser consolidação e qualidade.

Algumas áreas, menos trabalhadas ou abordadas marginalmente no período encerrado, merecerão destaque todo especial doravante. Entre elas, o planejamento, a avaliação e a investigação sobre o processo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde; a criação e o aperfeiçoamento de modelos e instrumentos de supervisão e educação continuada; o apoio aos centros de ensino, pesquisa e pós-graduação em saúde coletiva e a preparação e a disseminação de informação científica e tecnológica em saúde, com ênfase nos temas sobre atenção primária.

Também cabe reestudar a cooperação da OPS/OMS com os órgãos nacionais. Porque, se, por um lado, a delegação de certas funções nitidamente nacionais à OPS impediu que viessem a ser assumidas pelos Ministérios, por outro, algumas modalidades de cooperação foram pouco ou nada aproveitadas. Para que se possa fazer reverter essa tendência, é necessário ter em conta que, quanto mais ajudar o País a assumir os papéis que lhe cabem, mais qualificada será a cooperação da Organização.

## RESUMO

Neste trabalho é apresentada e analisada a experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) no Brasil, entre os anos de 1976-1978. Descrevem-se características e objetivos e estratégias gerais, as modalidades operacionais adotadas e os resultados alcançados. Faz-se uma avaliação do conhecimento adquirido sobre o processo de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e sua natureza política e social, abordando-se finalmente algumas perspectivas para a sua continuidade no período seguinte.

## REFERÊNCIAS

- (1) PPREPS—Program de Trabalho, 1976.
  - (2) Grupo de Trabalho Interministerial sobre Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final, 1974.
  - (3) Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, 1973.
  - (4) Acordo Complementar e Aditivo ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, 1975.
  - (5) PPREPS—Relatório Anual, 1978.
- 

### UNA EXPERIENCIA DE FORMACION DE PERSONAL DE SALUD EN BRASIL (*Resumen*)

El artículo analiza la experiencia del Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS) en Brasil, durante 1976-1978. Describe las características, objetivos y estrategias generales, las modalidades operativas adoptadas y los resultados alcanzados. Hace una evaluación de los conocimientos adquiridos sobre el proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud y su naturaleza política y social, abordando, al final, algunas perspectivas para su continuidad en el futuro.

### AN EXPERIENCE IN TRAINING HEALTH PERSONNEL IN BRAZIL (*Summary*)

This paper analyses the experience of the Strategic Health Personnel Training Program (PPREPS) in Brazil during 1976-1978. It describes the Program's general characteristics, objectives, and strategies, operational methods, and results. The article also evaluates information regarding the health-related human resource development process and its political and social context. Finally, several perspectives are considered for its continuity in the future.

### UNE EXPÉRIENCE DE FORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ AU BRÉSIL (*Résumé*)

L'article présente et analyse l'expérience du Programme de Formation Stratégique du Personnel de Santé (PPREPS) au Brésil, en 1976-1978. Il

décrit les caractéristiques, les objectifs et les stratégies générales du Programme, les méthodes employées et les résultats accomplis. Il évalue les connaissances acquises sur le processus de valorisation des ressources humaines et sa nature politique et sociale. Enfin, il traite les possibilités d'en poursuivre l'exécution pendant la période suivante.

---

### ENSEÑANZAS DE ENFERMERIA PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD\*

En vista del considerable interés que muestran los países por el desarrollo de programas de formación orientados al servicio de la comunidad, para todas las categorías de personal de salud, el programa de la OMS a plazo medio para formación y perfeccionamiento del personal de salud incluye la readaptación y el desarrollo de programas básicos de enseñanzas de enfermería, con objeto de que respondan mejor a las necesidades de la comunidad en materia de salud.

Para facilitar el esfuerzo de los países que proceden a readaptar sus planes de estudios de enfermería, la OMS ha preparado un proyecto de prontuario para la preparación de planes de enseñanza de la enfermería para la salud de la comunidad. En él se trata de la atención primaria de salud, la asistencia sanitaria centrada en la comunidad, las diferencias entre las enseñanzas de enfermería tradicionales y las orientadas hacia la comunidad, la formulación del plan de estudios, la evaluación de programas, la aplicación de un nuevo plan de estudios, y otros muchos temas. El proyecto de prontuario fue revisado por posibles usuarios de nueve países, y los comentarios de éstos se están incorporando a una versión revisada. El prontuario revisado se ensayará sobre el terreno este año, antes de darse por terminado en 1981.

---

\*Crónica de la OMS, Vol. 34, No. 3, 1980.\*

---

# La investigación en enfermería: un campo interdisciplinario

LILLIAN K. GIBBONS<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

La investigación en enfermería está adquiriendo una importancia creciente en las esferas internacionales de esta profesión. Esta mayor conciencia de la relación entre la investigación y el ejercicio profesional de la enfermería va acompañada de un convencimiento cada vez más firme de que cabe esperar que, en el futuro, todas las enfermeras profesionales se dedicarán en mayor o menor medida a esta actividad (1), ya sea de manera directa, indirecta o incidental. La actuación directa implica una participación y una responsabilidad en la preparación y ejecución de estudios de investigación; la participación indirecta supone colaboración en algunos aspectos de las investigaciones pero sin asumir una responsabilidad esencial en el diseño y ejecución del estudio y, por último, la incidental se refiere al aprovechamiento de los resultados de investigaciones, aplicando los conocimientos adquiridos en materia de atención de la salud mediante las investigaciones realizadas por otros. La aplicación inteligente de los resultados de investigaciones lleva implícita la capacidad para juzgar la idoneidad de esos resultados. El presente trabajo ofrece los antecedentes de la evolución de la investigación en materia de enfermería, describe el proceso de la investigación y examina sus repercusiones para las enfermeras profesionales y la profesión de enfermería.

La investigación, en el sentido más amplio de la palabra, se define como la aplicación de los procedimientos o métodos científicos a la solución de cuestiones esenciales acerca de hechos significativos (2). Con

---

<sup>1</sup>Asesora Regional en Enfermería, División de Servicios Integrados de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

ella se trata de resolver problemas, hallar respuestas a cuestiones o explicar la relación entre factores o acontecimientos. Para cualquier estudio la formulación propiamente dicha del problema objeto de investigación es decisiva. En una ocasión, Einstein afirmaba que el planteamiento de cuestiones nuevas, posibilidades nuevas o relacionadas con viejos problemas desde una nueva perspectiva exige imaginación creadora. Así pues, la investigación requiere inventiva. Es una manera de pensar creadora y con precisión científica. Para plantear cuestiones es preciso tener cierta conciencia y curiosidad de lo que está ocurriendo en el mundo que nos rodea, y supone que los profesionales de la salud proceden activamente a la búsqueda de nuevos conocimientos en lugar de limitarse a un aprendizaje pasivo. Las enfermeras han de aprender a generar cuestiones; cuestiones que representen un reto al ejercicio de la profesión, a los programas educativos y las instituciones de prestación de servicios. En definitiva, este proceso llevará a la consecución de nuevos conocimientos y métodos para mejorar el efecto de la profesión sobre la sociedad.

La formulación apropiada de cuestiones significativas para la investigación depende de los que, como las enfermeras, se han comprometido a ampliar la base de los conocimientos para perfeccionar la práctica de la profesión. Las actividades de investigación en el campo de la enfermería se orientan a contribuir un caudal de conocimientos científicos en evolución acerca del hombre y el comportamiento humano y la acción recíproca de las fuerzas múltiples de las que dimanan la salud o las enfermedades. La investigación vista desde este ángulo puede ser estimuladora e interesante. Recurriendo a las teorías de las ciencias físicas y de la conducta, la investigación de enfermería aspira a un mejor conocimiento de la relación entre la salud y las enfermedades y el comportamiento humano, así como de la repercusión del sistema de atención de la salud sobre problemas de salud definidos. Esta orientación puede suscitar ciertas preocupaciones que incitarán a las enfermeras a plantear cuestiones como las siguientes:

- ¿Hasta qué punto los servicios de salud contribuyen a que la población conserve y fomente la salud?
- ¿Cómo se ayuda al individuo a conservar la salud?
- ¿Cómo hacen frente a las enfermedades los individuos o en qué medida son eficaces las intervenciones de enfermería para ayudarles a este respecto?
- ¿Cómo se estimula a la población a que utilice las medidas sanitarias dis-

ponibles para evitar las enfermedades o hasta qué punto son efectivas esas medidas?

- ¿Cómo prevenir las enfermedades entre los grupos muy expuestos?
- ¿Por qué nuestros servicios satisfacen las necesidades de la minoría y no de la mayoría?

Estas áreas problema o cuestiones son totalmente apropiadas para las actividades de investigación de enfermería en el momento actual y en el futuro. La búsqueda de soluciones viables a los múltiples dilemas de la atención de la salud con que se enfrentan todos los profesionales de este campo, incluidas las enfermeras, requiere actividades de investigación que obligan a la colaboración de todos ellos.

## LA INVESTIGACION Y LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

La función de las organizaciones internacionales en apoyo de las investigaciones de enfermería ha ido evolucionando a través de varias etapas. A raíz de la Primera Reunión del Comité de Expertos de la OMS en Enfermería, celebrada en 1950 (3), en la que se expresaron las preocupaciones de sus miembros, se preparó una guía de encuestas para uso de todos los países como medio de realizar un estudio de los servicios de enfermería en sus aspectos más amplios (4). Arnstein, quien concibió esa guía, estaba persuadida de la importancia de la participación de la comunidad en todas las fases de las actividades del programa y estimuló la intervención de ciertos grupos en estos estudios de los servicios de enfermería. La misma convicción en cuanto a la participación de la comunidad se observa en los documentos recientes de la OMS y la OPS sobre la atención primaria de salud (5,6).

Diez años después, se convocó una reunión de un grupo científico de la OMS sobre enfermería con el objeto de identificar los problemas de la investigación en este campo. De esta reunión surgió una metodología para identificar los problemas de enfermería y posteriormente fue ensayada en cuatro centros (7). Igualmente, en 1965 la OMS patrocinó el establecimiento de métodos para estudiar las normas de dotación de personal en hospitales y otras instalaciones de salud (8). Poco después, en 1966, el Comité de Expertos de la OMS en Enfermería prestó atención nuevamente a las investigaciones, al mismo tiempo que fomentaba la indagación sistemática de una mayor variedad de problemas de

enfermería mediante el empleo de una metodología apropiada para cada ambiente y problema de investigación (9). En esta reunión, la necesidad de que todos los países prepararan a un importante grupo de enfermeras para las actividades de investigación fue objeto de particular atención. Se insistió de manera especial en el procedimiento interdisciplinario para resolver los problemas de investigación en los países en desarrollo y se encargó a las enfermeras que realizaran estudios en colaboración con los colegas de los campos de la medicina y las ciencias sociales. Se seleccionaron para la investigación determinados problemas, tales como la utilización de varias clases de personal, políticas de personal, costes de los servicios y diseño de equipo no médico. Se encomendó a los países que establecieran medios para preparar investigadoras de enfermería y que asignaran fondos a todas las fases de la investigación, incluidos los medios de divulgación de los resultados obtenidos. Recomendaciones análogas se formularon en la Región de las Américas. El Comité Asesor de la OPS en Enfermería, en 1968, al referirse a la función de esta profesión en la planificación nacional de salud en los países latinoamericanos, destacó la importancia de preparar a enfermeras de la Región para realizar investigaciones en campos pertinentes a esa planificación (10). Las recomendaciones de esta reunión promovieron estudios de organizaciones y programas de servicios de enfermería así como de programas educativos y sus resultados. A continuación de la reunión, se procedió a la publicación de una guía que serviría de ayuda al desarrollo del tipo de estudios recomendados por el Comité (11). Para favorecer la participación de la enfermería en la planificación de salud se necesitaban urgentemente estudios sistemáticos que documentaran la planificación y programación en ese campo. La Guía de Verhonick sirvió de medio para fomentar estudios descriptivos que aportarían datos reales sobre la verdadera situación de la enfermería en todos sus aspectos en las Américas. Esta publicación, extensamente distribuida por toda la Región a escuelas de enfermería, ministerios de salud y asociaciones de enfermeras profesionales, contiene una extensa pero simple descripción del proceso necesario para establecer y llevar a cabo estudios fundamentales sobre enfermería. Posteriormente, en programas universitarios se empleó con las enfermeras esta publicación como guía para la preparación de tesis.

Después de la Reunión Especial de Ministros de Salud en Chile en 1972, la Organización Panamericana de la Salud estableció un grupo de trabajo para que elaborara otra guía que sirviera de ayuda a los

países en la ejecución de estudios sobre los factores que influyen en el desarrollo de la enfermería (12). Este fue otro de los incentivos para que las enfermeras emprendieran algunos estudios importantes sobre la profesión. Esta guía, todavía más condensada que la de Verhonick, tiene una gran aplicación en cuanto a ofrecer orientación en el proceso y dirección de estudios sobre enfermería.

La monografía más reciente de la OMS sobre investigaciones de enfermería, que fue preparada por Chater en 1975 (13), presenta una versión completa, aunque condensada, del proceso de la investigación y su aplicación a la enfermería. Para Chater, la investigación, enteramente fundada en el método científico, constituye la base de los conocimientos de la profesión de enfermería. Esta publicación debería estar al alcance de todas las enfermeras profesionales.

En fechas más recientes, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), persuadido de la importancia de las investigaciones de enfermería socialmente pertinentes y en el momento oportuno, preparó una serie de directrices sobre dichas investigaciones, para uso de las asociaciones nacionales de enfermeras. Estas directrices fueron adoptadas por el Consejo de Representantes Nacionales en Tokio en 1977. El CIE aboga por el establecimiento de un grupo de investigaciones de enfermería en el seno de las asociaciones nacionales de enfermeras de cada país y propone que las funciones de estos grupos sean las siguientes:

1. *Educación.* Promover una apreciación y un conocimiento de las investigaciones mediante el fomento de cursos, seminarios y reuniones de trabajo sobre investigación.

2. *Coordinación.* Explorar y establecer medios para encauzar la coordinación y cooperación con grupos privados y públicos interesados en las investigaciones de enfermería y relacionadas con la salud.

3. *Encuestas.* Colaborar con otros grupos en el estudio del alcance y orientación de las investigaciones pasadas y presentes.

4. *Plan modelo.* Participar en la elaboración de un plan de investigaciones a largo plazo que sirva de guía a los investigadores en la selección de proyectos.

5. *Facilitación.* Facilitar la investigación, mediante la identificación de las fuentes a las que se pueda recurrir para recibir orientación, formular consultas y conocer resultados obtenidos, y establecer un sistema de información en materia de investigaciones de enfermería.

6. *Divulgación.* Estimular la divulgación de los resultados de investigaciones y fomentar la debida aplicación de las recomendaciones.



El creciente ímpetu internacional que están cobrando las investigaciones es un elemento decisivo para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, establecida por los gobiernos (6). En cada país es necesario un grupo de enfermeras dotadas de la competencia requerida para colaborar con otras disciplinas en el estudio del complejo campo de la atención de la salud. En consecuencia, la OMS se está ocupando actualmente de un proyecto multinacional de investigaciones de enfermería en el que participan varios países de distintas partes del mundo. Este proyecto, denominado "Preparación y movilización de las parteras tradicionales para la atención de la madre y el niño", tiene por objeto analizar varios factores decisivos para introducir nuevas modalidades en esa asistencia, y constituye un excelente medio de fomentar la participación de las enfermeras en la investigación.

### PERSPECTIVAS HISTORICAS DE LAS INVESTIGACIONES DE ENFERMERIA

La historia nos ofrece importante información sobre la evolución de las investigaciones. En el siglo XIX, Florence Nightingale preparó el terreno para la participación de la enfermería moderna en las investigaciones. En efecto, la investigación de problemas de salud ocupó una proporción de sus actividades mucho mayor que la referente a la administración de servicios de enfermería (14). Sus conocimientos de estadística quedaron demostrados por la competencia con que reunió, analizó e interpretó datos sobre las prácticas de salud de su época. Su profundo espíritu de indagación se basaba en el pragmatismo. Al escribir acerca de las elevadas tasas de mortalidad en los hospitales, se planteaba la cuestión de por qué ocurrían las defunciones y por qué las tasas variaban de un hospital a otro (15). Sus estudios le permitieron conocer mejor los factores asociados a las variaciones de las tasas de morbilidad, mortalidad y restablecimiento, al mismo tiempo que le hicieron lamentar la insuficiencia de los datos disponibles. Con el buen juicio que le caracterizaba, pregonó el mensaje de la responsabilidad de rendir cuentas de los costos y la necesidad de determinar los efectos del tratamiento y la hospitalización sobre los resultados de la atención del enfermo.

El conocimiento del pasado ayuda a comprender el presente y a elucidar el futuro (16). El examen de la evolución histórica de las investi-

gaciones de enfermería desde la época de Florence Nightingale hasta nuestros días revela un avance continuo y unos cambios en los campos principales de estudio. La evolución de las investigaciones de enfermería sigue, hasta cierto punto, la misma trayectoria que las modificaciones del concepto y función de esta profesión.

Los estudios de Florence Nightingale en el siglo XIX fueron concebidos desde el punto de vista epidemiológico. Para defender sus ideas sobre el mejoramiento de la atención de la salud y persuadir a los gobiernos de que modificaran sus sistemas de servicios de salud utilizó datos de morbilidad y mortalidad. Desde fines del siglo pasado hasta después de la Segunda Guerra Mundial la enfermería estuvo ceñida a las actividades de asistencia hospitalaria bajo la dirección de personal médico. La imagen de esta profesión era la asistencia de los enfermos, siguiendo religiosamente las instrucciones de los médicos u otras autoridades (17). Este concepto de la enfermería, que fomenta la dependencia y desvaloriza la independencia y la facultad creadora, no se prestaba a generar individuos con un pensamiento crítico y un espíritu de indagación científica y con una inclinación a conceptualizar acerca de la naturaleza de su profesión.

En el decenio de 1930, el *American Journal of Nursing* empezó a publicar artículos que sugerían la necesidad de que las estudiantes de enfermería tuvieran la libertad de formular críticas. Surgió entonces un movimiento hacia el pensamiento crítico en la enfermería, y el procedimiento de enseñanza de esta disciplina dejó de ser el de aprendizaje para dar a paso a la preparación académica para adquirir conocimientos (7). En los decenios subsiguientes, las investigaciones de enfermería se centraron en los campos principales de interés de la profesión en aquellos años.

Los informes publicados sobre las actividades de investigación en materia de enfermería en los años treinta, cuarenta y cincuenta se referían en gran parte a la labor realizada a este respecto en los Estados Unidos. En el decenio de 1930, la atención se centró en la enseñanza de enfermería y las encuestas sobre los puestos de esta profesión (10,11). En los de 1940 y 1950 surgieron una serie de estudios sobre problemas administrativos, tanto referentes al servicio como a la enseñanza de enfermería (18,19). En esa misma época, las normas de enfermería y la función de las relaciones interpersonales del personal de este campo fueron con frecuencia temas de investigación (17). En los dos decenios siguientes se observó un cambio en el tipo de investigaciones de enfermería (20). Si bien se seguían investigando algunos de los te-

mas que primeramente interesaron a las enfermeras, se observó una preocupación creciente por el ejercicio de la profesión y la modificación de la función de la enfermera para mejorar la atención del enfermo (17). Las dirigentes de enfermería empezaron a proclamar en el mundo entero que la investigación debía formar parte integrante de las actividades de toda enfermera profesional. En los círculos académicos se consideraba a la investigación como un importante medio de lograr una base científica para el ejercicio de la profesión y el *modus operandi* para evaluar las prestaciones de la asistencia del paciente. Hoy, las publicaciones científicas de todo el mundo ponen de manifiesto este compromiso, cada vez más firme en el seno de la profesión de enfermería, de investigar la atención del paciente (21). Abundan las publicaciones de enfermería con informes de estudios sobre la calidad de la asistencia prestada y otros encaminados a validar o mejorar el ejercicio de la profesión (22,23,24).

Todavía se sigue sintiendo en escala mundial la influencia de Florence Nightingale en la enfermería. Por ejemplo, en el Reino Unido, la Sociedad de Investigaciones del Real Colegio de Enfermería, establecido en los años cincuenta, se dedica activamente a fomentar las investigaciones de enfermería. Recientemente patrocinó una conferencia en Londres en la que se presentó la evolución histórica de las investigaciones en el país desde 1940 hasta la actualidad (25). En la conferencia se destacaron los múltiples y variados aspectos de la investigación de problemas de enfermería y su importancia para el ejercicio de la profesión.

Cada vez con más frecuencia se están introduciendo cursos de investigación en programas de enseñanza básica y posbásica del Reino Unido, y lo mismo viene ocurriendo en las Américas en todos los niveles de enseñanza de enfermería. Muchos programas universitarios de América Latina exigen a las alumnas que terminen una tesis antes de la graduación. Un reciente examen de los temas de estas tesis presentadas en la Universidad Nacional de Honduras, la Universidad Nacional de Panamá y la Universidad del Valle en Cali, Colombia, sugiere que más del 50% de las investigaciones de enfermería sobre la atención del paciente se concentran en el comportamiento de este y en factores relacionados con ciertos problemas de salud. Otras cuestiones de interés son el acatamiento de los principios y la educación para la salud. Es muy alentador el interés observado en estudios de tipo epidemiológico relacionados con grupos muy expuestos y en otros basados en la población en los países en desarrollo. Los resultados de estos estudios

deben tener cabida en revistas científicas. Es de importancia vital y de urgente necesidad que entre las enfermeras y entre los países se comparta ese tipo de interés.

## EL METODO CIENTIFICO

El proceso de la investigación encierra diversas actividades íntimamente relacionadas que llevan a una serie de conclusiones sobre ciertos fenómenos. Empieza con un problema perfectamente definido y termina con la enunciación de los resultados obtenidos (2). El método, empírico por naturaleza, se denomina método científico y consiste en aplicar una serie de procedimientos objetivos para hallar respuestas fidedignas a cuestiones concretas. El procedimiento científico se funda principalmente en observaciones y en su medición y análisis. Sirve, asimismo, para proteger la objetividad, norma fundamental de la ciencia (26). Por lo general, el proceso de la investigación comprende las etapas siguientes:

1. Definición del problema objeto de investigación.
2. Examen de las publicaciones pertinentes.
3. Formulación de la hipótesis o cuestión.
4. Descripción del diseño del estudio.
5. Especificación de los métodos de acopio de datos.
6. Análisis de los datos e interpretación de los resultados.
7. Preparación de las conclusiones y determinación de las repercusiones del estudio.

Si bien esas etapas o actividades del proceso de la investigación sugieren que existe un orden de sucesión prescrito de los procedimientos, y que cada etapa presupone la terminación de la anterior, en realidad no ocurre así. El proceso consiste en una serie de actividades interdependientes, incluidas otras muchas no enumeradas en la exposición general del proceso de la investigación.

Una importante actividad esencial para el método científico es el proceso de razonamiento denominado formación de conceptos. Se trata de una manera lógica, científica de razonar para identificar o inferir relaciones entre hechos (13). La aplicación de los conocimientos y teorías en relación con los hechos que circundan el problema que se investiga genera la formación de conceptos. Chater la califica como una forma de especulación. En el campo de la investigación, la espe-

culación es una manera disciplinada de hacer conjeturas acerca de las relaciones entre hechos firmes, hechos mensurables y que pueden ser comprobados. Con la determinación de estas relaciones se forma la teoría.

Para establecer la estructura de un estudio son indispensables las teorías. Luego, la estructura se convierte en los cimientos de la investigación y sirve de guía al estudio desde el principio hasta el fin. La estructura elaborada para un estudio de enfermería puede tener su origen en una teoría de esta disciplina o en otras relacionadas con la salud, como la psicología, la sociología y la economía, o en los resultados obtenidos en otras investigaciones (13). Una estructura bien concebida permitirá llevar a cabo un estudio bien organizado.

La definición de un problema no es difícil si se empieza por un examen efectivo de las publicaciones y una estructura bien concebida. El problema objeto de investigación debe prestarse a la medición de una manera válida, científicamente fidedigna. Por eso, un problema claramente planteado ya está medio resuelto. El planteamiento no deja lugar a dudas en cuanto a las etapas que deben seguirse para hallar las respuestas deseadas. Asimismo, aclara las variables o conceptos que encierra el problema, y sirve de guía para determinar las medidas que se seleccionarán para cuantificar las variables dependientes o los factores del resultado del estudio. También ofrece orientación para seleccionar un diseño o el plan de actividades que se utilizará para responder a las cuestiones con la mayor validez, objetividad, precisión y economía posibles. El diseño rige todas las fases del acopio y análisis de datos y sugiere las posibles conclusiones del estudio.

El presente trabajo no pretende examinar una diversidad de diseños o métodos sino destacar el hecho de que, sea cual fuese el que se elija para un estudio, debe garantizar la máxima objetividad. Naturalmente, la selección del diseño depende de la clase de estudio. Si se decide estudiar la relación de causa y efecto entre variables, se selecciona un diseño experimental (con un grado determinado de validez interna y externa). Por el contrario, si se va a explorar un campo que, hasta el momento, no ha sido investigado en enfermería, se emplea a menudo un diseño no experimental. Pero el rigor de la ciencia es aplicable independientemente de que el estudio sea o no experimental. El avance ordenadamente sistemático en el proceso de la investigación, del principio al fin, requiere medir objetivamente lo que se está estudiando, determinando o evaluando. Otro de los factores de todo diseño debe ser la reducción al mínimo de la tendenciosidad.

En la mayor parte de las investigaciones que se llevan a cabo en servicios de enfermería y de salud se incluyen pacientes o comunidades. Estos campos de estudio no se prestan fácilmente al tipo de control que exigen las investigaciones de diseño experimental. No obstante, conviene recordar que deben tomarse todas las precauciones posibles para garantizar la objetividad y eliminar cualquier sesgo. Solo así se podrá confiar en los resultados del estudio.

## EL METODO CIENTIFICO EN LA ENFERMERIA

¿Cuál es la relación entre el proceso científico y la enfermería? El ejercicio de la profesión, o la atención de enfermería, encierra numerosas actividades a las que tradicionalmente se hace referencia como el proceso de la enfermería. Este proceso, definido en términos simples, es la aplicación del método científico a la atención de enfermería (27, 28), y consta de cuatro etapas básicas: definición, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso de la enfermería, como el de la investigación, entraña una serie de actividades interdependientes, incluidas otras muchas que no figuran en las etapas acabadas de enumerar. La enfermería, que se ocupa de problemas de orden práctico, se sirve de este proceso que es una adaptación del proceso de la investigación. Cabe esperar que la enfermera, al seguir este modelo sistemático en la práctica, utilizará su juicio crítico al aplicar el plan de enfermería a cada paciente o a la comunidad. Fundamentalmente, el proceso de enfermería aborda los problemas del enfermo o de la comunidad con menos rigor que el proceso de la investigación, pero sin dejar de incluir la misma evaluación sistemática de datos, definición de problemas, formulación y ensayo de hipótesis y evaluación de los resultados (29). Esta es la base de la planificación de la asistencia de enfermería. En el Cuadro 1 se presenta una comparación de los dos enfoques diferentes, pero con similitudes, para resolver problemas.

Las diferencias entre los dos procesos residen esencialmente en el grado de rigor con que se emplea el proceso científico en comparación con la práctica de enfermería. En estudios de investigación hay que aplicar estrictamente el método científico para obtener el tipo de diseño que controle los factores objeto de investigación con la mayor eficacia posible. Las situaciones de atención del paciente, en las que generalmente no son viables los controles, no permiten este tipo de preci-

**Cuadro 1. El proceso de la investigación comparado con el proceso de la enfermería.**

Proceso de la investigación	Proceso de la enfermería
1. Definición del problema de investigación	1. Determinación, observación y definición de los problemas del cliente*
2. Examen de publicaciones	2. Examen de la información pertinente —determinación del estado de salud del cliente —examen de todos los datos pertinentes
3. Formulación de hipótesis	3. Obtención de impresiones y presentimientos y definiciones de enfermería de problemas concretos a base de hechos y lo que pueden significar
4. Descripción del diseño del estudio	4. Establecimiento de un plan de acción y metas a base de supuestos sobre hechos
5. Especificación de los métodos de acopio de datos	5. Aplicación de procedimientos y tratamientos, planificación de las pruebas de los efectos del plan sobre la solución de los problemas del cliente
6. Análisis de datos	6. Evaluación de los efectos del plan mediante el análisis y la interpretación de los efectos de las intervenciones de enfermería
7. Conclusiones y repercusiones de los resultados	7. Conclusiones respecto a la necesidad de modificar o terminar las intervenciones

\*Se entiende por cliente el paciente o la comunidad, es decir, el que recibe la intervención de enfermería.

sión. Otra de las diferencias estriba en el factor de tiempo. En la práctica, la enfermera debe actuar rápidamente para remediar los problemas de salud del paciente o de la comunidad. El enfermo aquejado por fuertes dolores o en una situación angustiosa no puede aguardar varias horas o días en espera de que la enfermera prepare un riguroso marco conceptual y diseño para actuar. Del mismo modo, una comunidad que se enfrenta con un problema como, por ejemplo, la deshidratación aguda, no va a esperar los resultados de la investigación sino que procederá a la intervención inmediata. Ahora bien, ello no significa que la enfermera no se funda en una base científica para sus intervenciones prácticas. Todas las intervenciones de enfermería profesional tienen su origen en la ciencia.

Otra de las diferencias que se observan entre estos dos procedimientos se relaciona con el aspecto que constituye un problema. En la investigación, es preciso definir perfectamente el problema y reducirlo a

una porción muy pequeña admisible, por lo común limitándolo a una cuestión. Raro es el caso en que los pacientes o las comunidades se enfrentan con un solo problema, pues en general plantean una serie de ellos. Es de esperar que la enfermera organice estos problemas de una manera que le permita abordarlos sistemática y eficazmente.

Posiblemente existan otras varias divergencias entre estos métodos pero hay una que no deja lugar a dudas, a saber, la posibilidad, a base de los resultados fidedignos de la investigación, de generalizar a poblaciones mayores. En la práctica, la enfermera no puede generalizar sus éxitos o fracasos con intervenciones prescritas sobre la base de una respuesta de la comunidad o el individuo a la atención prestada. En cambio, los resultados de las investigaciones pueden generalizarse a poblaciones mayores cuando el diseño de la investigación responde de la validez interna y externa.

De ahí la afirmación de que el proceso de la enfermería no es investigación por cuanto carece de las mediciones rigurosas y del control que requiere esta última. Pero ello no significa una negación de las dimensiones científicas de este método. En la actualidad, es preciso examinar de manera especial este proceso, con sus posibilidades de deducir la calidad de la atención de enfermería de la importancia que recibe y su medición. Las enfermeras responden de sus servicios y deben participar en la evaluación de los efectos de sus prácticas. El elemento evaluación del proceso de enfermería atestigua la importancia de esta actividad en la práctica científica de la profesión, y se planifica en todos los aspectos de la misma. Debería también incorporarse en cada una de las facetas de la planificación de programas de enfermería.

Como ya se indicó anteriormente, la evaluación puede conducir a la rendición de cuentas, ante la profesión y ante los consumidores. En el primer caso, dará lugar al establecimiento de medidas eficaces de la calidad de la atención y de medios para perfeccionar el caudal de conocimientos de enfermería al servicio de la profesión. En el segundo recordará a las enfermeras su función como defensoras del consumidor y, por lo tanto, servirá de guía para el alcance de su metodología. Si las enfermeras en su investigación o evaluación se inclinan por el enfoque del consumidor, no se considerarán como protectoras de la enfermería sino que su función defensora se reflejará en los estudios que realicen con respecto a la atención del paciente. ¿Qué beneficios para el cliente aumentan o no aumentan con la asistencia recibida? ¿Cuál es el aporte de las enfermeras en el mejoramiento del estado de salud de las poblaciones? ¿Analizan sistemáticamente las necesidades de aten-



ción de la salud de la sociedad? En caso negativo, deben participar estrechamente en la medición de estas necesidades de la población así como en la determinación de los medios necesarios para contribuir a satisfacer las necesidades de los individuos. La manera en que las enfermeras responden ante la sociedad como profesionales de la salud se determinará por sus tentativas para mejorar la calidad de la atención prestada.

## EL METODO CIENTIFICO EN LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD

El examen presentado del proceso de la investigación se ha concentrado en el propio proceso y su aplicación al mejoramiento de la atención de enfermería. Las investigadoras de enfermería están participando también cada vez más en las investigaciones en el campo de los servicios de salud, en colaboración con miembros de diversas otras disciplinas en este campo relativamente reciente. Las investigaciones de los servicios de salud se centran en la organización, distribución y efecto de los servicios sobre una determinada población y se refieren también al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud (30, 31). Puesto que la enfermería constituye un elemento esencial de la atención de la salud, es indispensable la colaboración de las enfermeras con los profesionales de otras disciplinas en los complejos sectores asociados a la prestación de servicios de salud y el estudio de sus efectos subsiguientes sobre la población.

El Comité de Investigaciones sobre Servicios de Salud, patrocinado por la OPS, viene dedicando especial atención a la necesidad de llevar a cabo diversos estudios de investigación sobre la prestación de servicios de salud en la Región. En el proceso de evaluación de los programas de atención de la salud se aplican los mismos principios generales examinados en la parte referente al campo general de la investigación.

## CONCLUSION

Si bien el considerar a las enfermeras profesionales como investigadoras tal vez no se ajustaría a la realidad, el espíritu de indagación y juicio crítico son indispensables para todas las profesiones. Todo profesional debe sentir una curiosidad intelectual por averiguar por qué,

dónde y de qué manera ocurren las cosas. Por eso no está fuera de la realidad esperar que las enfermeras muestren esta actitud indagadora con respecto a sus prácticas y al extenso campo de la enfermería. La consecución de conocimientos científicos, esencialmente como medio de mejorar la salud de todos los pueblos, es lo que impulsa al movimiento de investigación. La enfermería debe mantener la iniciativa en este campo en un esfuerzo conjunto con otras disciplinas para resolver cuestiones decisivas relacionadas con la salud y el sistema de prestación de servicios de salud. Por eso es tan esencial este compromiso de la investigación de descubrir medios de relacionar el sistema actual de atención de la salud con las necesidades de la población.

El método científico es el alma de la investigación. La distinción entre investigaciones básicas, el proceso de la enfermería, la investigación de los servicios de salud o la evaluación de programas reside no en el método empleado sino en el uso que se dé a los conocimientos requeridos, por ejemplo, para aumentar los conocimientos disciplinarios, mejorar la atención de enfermería, perfeccionar la prestación de servicios de salud. La cuestión que hay que plantear no es la de si todas las enfermeras deberían prepararse para la investigación sino cuál sería la aportación de un conocimiento de este proceso a la práctica de enfermería. El efecto definitivo sobre la enfermería ejercido por la mayor importancia concedida a la investigación debe juzgarse por el creciente número de enfermeras familiarizadas con el proceso de la investigación y que pueden aplicarlo a su profesión.

## RESUMEN

El presente trabajo destaca la importancia que está adquiriendo la investigación en el campo de la enfermería, y describe su evolución histórica a partir de las iniciativas de Florence Nightingale en el siglo pasado, así como el impulso que le han dado las organizaciones internacionales.

El proceso de la investigación, empírico por naturaleza, se conoce como el método científico y consiste en la aplicación de una serie de procedimientos objetivos para hallar respuestas fidedignas a cuestiones concretas. Una de sus características es la formación de conceptos, es decir, un razonamiento lógico, científico, para identificar o inferir relaciones entre hechos. La atención de enfermería abarca numerosas actividades a las que tradicionalmente se hace referencia como el

proceso de la enfermería que, expresado en términos simples, no es más que la aplicación del método científico en este campo. Las diferencias entre los dos procesos estriban esencialmente en el grado de rigor que se emplea en el proceso científico en comparación con la práctica de enfermería, aunque sin menoscabo de las dimensiones científicas de esta última. Tal vez sería exagerado considerar como investigadoras a todas las enfermeras profesionales. Sin embargo, cabe esperar que muestren una curiosidad intelectual por indagar en su extenso campo, y deben mantener la iniciativa a este respecto, en un esfuerzo conjunto con otras disciplinas, para resolver cuestiones relacionadas con la salud.

#### REFERENCIAS

(1) Henderson, V. y C. Nite. *Principles and Practice of Nursing*, 6ª ed. Londres, Macmillan Co., 1978.

(2) Sellitz, C., L. Wrightsman, y S. Cook. *Research Methods in Social Relations*, 3ª ed. Nueva York, Halt, Rinehart and Winston, 1976.

(3) Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Enfermería. Primer Informe*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 24, 1950.

(4) Arnstein, M. Guide for national studies of nursing resources. *Bull WHO*, Supplement 7, 1953.

(5) Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Washington, D.C., 1977). Informe Final y Documento de referencia*. Washington, D.C. Documento Oficial No. 155, 1978.

(6) Organización Mundial de la Salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, USSR, 1978)*. Ginebra, 1978.

(7) Glass, H.P. Research: An international perspective. *Nurs Res* 26(3):230-236, 1977.

(8) Creeland, L. Quality care in the right quantity. *Int Nurs Rev* 15:102-110, 1968.

(9) Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Enfermería. Quinto Informe*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 347, 1966.

(10) Organización Panamericana de la Salud. *Comité Técnico Asesor en Enfermería*. Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS No. 180, 1969.

(11) Verhonick, P.J. *Métodos de estudios descriptivos en enfermería*. Washington, D.C., Publicación Científica No. 219, 1971.

(12) Organización Panamericana de la Salud. *Guía para investigaciones sobre el desarrollo de la enfermería en América Latina*. Washington, D.C., Publicación Científica No. 285, 1974.

(13) Organización Mundial de la Salud. *Understanding Research in Nursing*, por S. Chater. WHO Offset Publication No. 14, 1975.

(14) Nightingale, F. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Londres, Harrison, 1860.

(15) Nightingale, F. *Notes on Hospitals*, 3ª ed. Londres, Longman, Green, Roberts, and Green, 1863.

(16) Schlotfeldt, R. Reflections on nursing research. *Am J Nurs* 60(40):492-494, 1960.

(17) Gortner, S. y H. Nahm. An overview of nursing research in the United States. *Nurs Res* 26(1):10-33, 1977.

(18) Brown, E.L. *Nursing For the Future*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1948.

(19) Ginzberg, E. *A Program for the Nursing Profession*. Nueva York, Macmillan Co., 1948.

(20) Abdellah, F. y E. Levine. *Better Patient Care Through Nursing Research*. Nueva York, Macmillan Co., 1979.

(21) de Tornay, R. Nursing research—The road ahead. *Nurs Res* 26(6):404-407, 1977.

(22) Bloch, D. Evaluation of nursing care in terms of process and outcome: Issues in research and quality assurance. *Nurs Res* 24(4):256-263, 1975.

(23) Gortner, S., D. Bloch y T. Phillips. Contribution of nursing research to patient care. *J Nurs Admin*, marzo-abril, 1976.

(24) Lindeman, C.A. Nursing interventions with the presurgical patient: Effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching. *Nurs Res* 21(3):196-209, 1972.

(25) U.K. nurses discuss research. *International Nurs Rev* 26(3):90-91, 1979.

(26) Nachmias, D. y C. Nachmias. *Research Methods in the Social Sciences*. Nueva York, St. Martin's Press, 1976.

(27) Marriner, A. *The Nursing Process*. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1975.

(28) Yura, H. y M. Walsh. *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. Nueva York, Appleton-Century-Crafts, 1973.

(29) Mitchell, P.H. *Concepts Basic to Nursing*. Nueva York, McGraw-Hill, 1973.

(30) Lewis, C.E. Health services research and innovation in health care delivery: Does research make a difference? *N Engl J Med* 297(8):423-427, 1977.

(31) Mechanic, D. Prospects and problems in health services research. *Milbank Mem Fund Q* 56(2):127-139, 1978.

---

## RESEARCH IN NURSING: AN INTERDISCIPLINARY ACTIVITY (*Summary*)

This paper describes the growing importance of research in the nursing field and reviews its development since Florence Nightingale's day in the last century, and its revitalization with the help of the international organizations.

Research, an empirical process by nature, is the application of the scientific method, in which reliable solutions to concrete problems are found by objective procedures. One of its characteristics is the framing of concepts, that is, the development of a logical, scientific chain of reasoning by which relationships between facts are established or inferred. Nursing embraces

many activities that are traditionally referred to as the nursing process which, stated simply, is no more than an application of the scientific method. That it is applied with greater rigor in the sciences themselves does not detract from the scientific dimensions of nursing practice. It is perhaps going too far to regard all professional nurses as researchers. They may, however, be expected to have the intellectual curiosity to pursue lines of inquiry in their extensive field. They should continue to do so as participants in a joint effort with other disciplines to solve problems relating to health.

#### PESQUISA EM ENFERMAGEM: UM CAMPO INTERDISCIPLINAR (*Resumo*)

O presente trabalho destaca a importância que vem adquirindo a pesquisa no campo da enfermagem e descreve sua evolução histórica a partir das iniciativas de Florence Nightingale, no século passado, bem como o impulso dado a essa pesquisa pelas organizações internacionais.

Empírico por natureza, o processo da pesquisa é conhecido como método científico que consiste na aplicação de uma série de procedimentos objetivos para encontrar respostas fidedignas a indagações concretas. Uma de suas características é a formação de conceitos, vale dizer, um raciocínio lógico e científico, para identificar ou inferir relações entre fatos. A atenção de enfermagem abrange numerosas atividades, tradicionalmente mencionadas como o processo de enfermagem, o qual, expresso em termos simples, nada mais é do que a aplicação do método científico nesse campo. As diferenças entre os dois processos fundamentam-se, em essência, no grau de rigor que se emprega no processo científico em comparação com a prática da enfermagem, embora sem menosprezar as dimensões científicas desta última. Seria talvez excessivo considerar como pesquisadoras todas as enfermeiras profissionais. Contudo, é de esperar que elas revelem curiosidade intelectual para fazer indagações no âmbito de seu extenso campo. Nesse sentido, devem também manter a iniciativa, em esforço conjunto com outras disciplinas, com vistas a resolver questões relacionadas com a saúde.

#### LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DES SOINS INFIRMIERS, UN CHAMP D'ACTIVITÉS INTERDISCIPLINAIRES (*Resumé*)

Le présent travail souligne l'importance qu'acquiert la recherche dans le domaine des soins infirmiers et décrit son évolution historique à partir des initiatives prises par Florence Nightingale le siècle passé ainsi que l'élan que lui ont donné les organisations internationales.

Le processus de recherche, empirique de nature, est connu sous le nom de méthode scientifique et consiste en l'application d'une série de procédures objectives pour trouver une réponse digne de foi à des questions concrètes. Une de ses caractéristiques est la formation de concepts, c'est-à-dire un raisonnement logique et scientifique qui permet d'identifier ou de déduire des relations entre les faits. Les soins infirmiers englobe de nombreuses activités que l'on appelle par tradition le processus infirmier qui, en termes simples, n'est rien d'autre que l'application de la méthode scientifique dans ce domaine. Les différences entre les deux processus résident essentiellement dans le degré de rigueur qu'utilise le processus scientifique par rapport à la pratique sans préjudice toutefois des dimensions scientifiques de celle-ci. Il serait peut-être-exagéré de considérer comme chercheurs toutes les infirmières professionnelles. Néanmoins, il faut espérer qu'elles fassent preuve d'une certaine curiosité intellectuelle pour les recherches dans leur vaste champ d'activités et demeurent à l'avant-garde en collaboration avec d'autres disciplines pour résoudre les problèmes de santé.

---

#### SE ORGANIZA COLEGIO DE ENFERMERAS EN PERU

A fines de 1979 se instaló la primera directiva del Colegio de Enfermeras del Perú; la Srta. Antonia Puente Iriarte fue elegida como Decano. El Colegio es el organismo rector del ejercicio profesional de la enfermería en el país. Su fin principal es velar por un idóneo ejercicio de la profesión, dentro de los cánones de la ética y deontología profesional. Según la ley, la colegiación es requisito indispensable para el ejercicio profesional.

La primera directiva tiene la responsabilidad de organizar el Colegio y sentar las bases doctrinarias y estructurales de la institución. Durante el ejercicio de su mandato (dos años), se propone lograr el diagnóstico de la situación de enfermería en el país; programas de desarrollo profesional y de investigación en enfermería; la organización de un centro de información; la edición de un órgano de difusión profesional; el reconocimiento de la especialización en enfermería y un programa de previsión y asistencia social.

---

# Formación del personal auxiliar

ALICE T. MEYER<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

En cualquier examen de la enseñanza del personal de enfermería en América Latina es preciso considerar debidamente la función que desempeñan las auxiliares en los sistemas de salud, la formación y utilización de este personal, así como su supervisión y perfeccionamiento. Además, se deben identificar los obstáculos que entorpecen la utilización eficaz de los auxiliares de salud y adoptar estrategias que faciliten su empleo productivo en los servicios de salud.

Se calcula que en América Latina hay en la actualidad poco más de 310,000 auxiliares de enfermería y que este grupo se encarga del 80% aproximadamente de la atención directa del paciente, tanto en los hospitales como en los programas de salud de la comunidad. Se considera también, a base de conjeturas, que más del 50% de las auxiliares de esta región no reciben más preparación que la que adquieren con la experiencia del aprendizaje o mediante programas de enseñanza durante el servicio. Únicamente alrededor de una tercera parte de las 36,000 auxiliares de enfermería que se necesitan todos los años en América Latina se están preparando en programas docentes oficialmente organizados. Por consiguiente, si bien el contingente de auxiliares de enfermería formadas en programas de enseñanza organizados ha aumentado numéricamente todos los años desde que se celebró la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en 1972, la proporción de las que han recibido preparación oficial en realidad está disminuyendo.

Como muestra el cuadro 1, la proporción de auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes permaneció esencialmente invariable de 1964 a 1976 (1). Mientras tanto, entre 1950 y 1970 la población total de América Latina aumentó en un 73%. La tasa de crecimiento anual

---

<sup>1</sup>Asesora en Educación de Auxiliares de Enfermería, Area II, OPS/OMS, México, D.F.

Cuadro 1. Número de auxiliares de enfermería y razones por 10,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1964 a 1976.

Región	Auxiliares de enfermería							
	1964		1968		1972		1976	
	Número	Razón	Número	Razón	Número	Razón	Número	Razón
América del Norte	701,517	34.4	1,132,833	51.5	1,434,062	62.9	1,597,450	67.2
Mesoamérica	63,749	8.2	72,926	8.6	60,932	6.6	93,521	9.0
América del Sur	113,988	7.2	151,530	9.0	203,550	10.5	216,539	10.5

Fuente: Referencia 1.

de la población entre 1970 y 1975 fue de 2.7% y según las proyecciones hechas, disminuirá ligeramente entre 1979 y 1985 (1).

Simultáneamente con el crecimiento de la población han aumentado las aspiraciones sociales en América Latina. Para satisfacer estos legítimos anhelos, las autoridades nacionales han tenido que emprender programas de planificación social y económica. En la mayoría de los países, el sector salud ha sido incluido en el proceso de la planificación. Como la totalidad de la demanda de servicios profesionales de salud es mucho mayor de la que pueden satisfacer la mayoría de los países, se ha recomendado encarecidamente la utilización adecuada de personal auxiliar bien preparado (2). Los países industrializados también podrían emplear mejor sus recursos y aumentar la productividad del personal profesional mediante una mejor utilización de los auxiliares (2). Sin embargo, son pocos los países en que la retórica y las resoluciones se traducen en planes concretos y, en consecuencia, persiste la escasez de ambas clases de personal.

## FUNCION DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Los servicios de salud de América Latina—como los de cualquier país del mundo—no pueden funcionar de manera satisfactoria si no utilizan de manera eficaz al personal auxiliar. Los auxiliares son miembros remunerados del grupo de salud que, aunque no han recibido una formación de nivel profesional, están preparados para asumir determinadas responsabilidades. El personal auxiliar trabaja bajo la supervisión directa o indirecta de un profesional, el cual, por lo común, se dedica al mismo campo ocupacional o profesional (3).



En América Latina la preparación de auxiliares de enfermería suele estar a cargo de enfermeras profesionales, pero también participan en esta labor otros profesionales. Los auxiliares se consideran como miembros del equipo de salud.

En los sistemas de atención de la salud de América Latina se emplean varios tipos de auxiliares de enfermería y auxiliares de salud. Tal vez el más comúnmente conocido es la auxiliar de enfermería polivalente, la cual, por lo regular, ha recibido un mínimo de siete u ocho años de educación, ha sido preparada en un programa de estudios oficialmente reconocido por el gobierno, y está en condiciones de trabajar en los servicios preventivos o curativos de salud. En la actualidad se está formando un segundo tipo de auxiliar de salud que puede prestar servicios básicos de salud en zonas de difícil acceso, donde no se dispone de profesionales de salud a tiempo completo. Estas auxiliares generalmente proceden del medio rural en el que prestarán servicio en el futuro, y en su mayoría han terminado la enseñanza primaria. Para que su labor resulte satisfactoria, han de saber relacionarse y comunicarse con los miembros de la comunidad a la que esperan atender, actuando de enlace entre los grupos de población a los que prestan servicio, los trabajadores de salud del lugar y los funcionarios del sistema oficial de salud.

En años recientes, las autoridades de salud de los países latinoamericanos han reconocido que el personal auxiliar de enfermería asume una función permanente y definida en la prestación de servicios de salud, tanto preventivos como curativos; que la función es de carácter coordinador; que este personal debe estar capacitado para identificar y prestar asistencia a los grupos más vulnerables de una comunidad determinada en cuestiones relacionadas con la salud, y que también debe estar familiarizado con los recursos de la comunidad para poder enviar debidamente a otros servicios a los pacientes que así lo requieran.

## PREPARACION DEL PERSONAL AUXILIAR

Los programas de capacitación del personal auxiliar han de basarse en firmes principios de aprendizaje, y prestar atención especial a la obtención de cambios de comportamiento; su procedimiento didáctico debe ser más práctico que teórico, y deben incluir experiencias de aprendizaje que preparen a las alumnas para las situaciones

de la vida real con que habrán de enfrentarse en el futuro. En el campo de la salud, todos los programas docentes, incluidos los destinados al auxiliar, deben encaminarse hacia el reforzamiento del principio de que este ha de prestar servicio como miembro de un equipo de salud multidisciplinario.

Las auxiliares de enfermería que se dedicarán principalmente a prestar servicios curativos de salud deben aprender a atender los casos graves de enfermedad, así como a los convalecientes en un medio institucional. También deben saber cómo cuidar a estos pacientes de una manera técnicamente exenta de riesgos y ofrecerles apoyo emocional, así como reaccionar debidamente ante las situaciones de urgencia más comunes que ocurren en los hospitales e instituciones semejantes. Asimismo, se les debe dar apoyo para que aprendan a desenvolverse dentro de la estructura orgánica de un hospital o institución de salud.

Las auxiliares de salud que van a trabajar bajo supervisión intermitente en programas de salud de la comunidad han de contar con algunos de los conocimientos teóricos y prácticos básicos que posee la auxiliar de enfermería. También requieren por lo menos una preparación elemental en materia de epidemiología, estadísticas, saneamiento ambiental y en ciertas técnicas simples de administración. El personal auxiliar, lo mismo que el profesional, necesita adiestramiento básico y complementario en el desarrollo de aptitudes para la comunicación, incluido el necesario para efectuar entrevistas provechosas. Igualmente tienen que aprender a colaborar eficazmente con grupos, enseñar debidamente las buenas prácticas de salud e identificar las desviaciones obvias del estado normal de salud y transferir al paciente a los servicios procedentes.

La duración de los programas de estudios para auxiliares de enfermería y de salud dependerá de la naturaleza de las actividades que vayan a desarrollar en su trabajo. Estas actividades sirven de guía al profesorado para determinar los objetivos educativos, seleccionar experiencias de aprendizaje para los alumnos y determinar los mecanismos de evaluación del estudiante y del programa. En general, los cursos o centros de adiestramiento deben estar situados cerca de las futuras zonas de trabajo. Huelga decir que el éxito de los programas dependerá de la obtención de los recursos humanos y materiales que exige la consecución de los objetivos de la enseñanza.

Nunca será excesiva la importancia que se conceda a un buen profesorado para los programas de capacitación de personal auxiliar.

Para que sus enseñanzas sean pertinentes, el instructor debe conocer la realidad del país. Asimismo debe reunir los requisitos profesionales y las características personales que faciliten el aprendizaje de los alumnos. El instructor dirigirá las experiencias de aprendizaje en las áreas clínicas en todo momento. La razón instructor-alumno debe ser suficiente para permitir a las profesoras de enfermería dedicar la atención individual que necesiten las estudiantes. Este aspecto es sumamente importante, en particular en la primera parte del programa docente, cuando las alumnas aprenden nuevas formas de comportamiento que, con toda probabilidad, adoptarán de manera permanente en el futuro.

El personal docente de los programas para auxiliares también debe reconocer el hecho de que las auxiliares de enfermería no son enfermeras diplomadas de categoría inferior. Las actividades que realiza la auxiliar son normalmente de tipo rutinario y no suponen el mismo grado de responsabilidad científica para el diagnóstico, tratamiento y evaluación que se exige a una enfermera profesional. Sin embargo, ocurre comúnmente que las instructoras de programas para auxiliares tratan sin darse cuenta de adaptar un programa tradicional de tres años de enfermería a un curso de ocho o diez meses para auxiliares. El profesorado debe aprender a identificar lo que necesitan saber las auxiliares y ajustar el contenido de las enseñanzas al nivel de las alumnas, a fin de que aquellas puedan desempeñar sin riesgo alguno y de manera eficaz las funciones que se les delegan. Las instructoras también deben limitar sus enseñanzas a lo que es pertinente a las funciones del personal auxiliar.

Se supone que todo el personal auxiliar de enfermería ha recibido preparación en programas oficiales o está siendo adiestrado durante el servicio para asumir las responsabilidades que le corresponden. Un gran número de países ha respaldado la meta de "salud para todos en el año 2000", pero este objetivo no podrá alcanzarse si prosigue la práctica de contratar personas no capacitadas para desempeñar las funciones de personal auxiliar de salud en la atención del enfermo y el convaleciente o para participar como trabajadores remunerados en los programas de salud de la comunidad cuando carecen de la formación apropiada. Las auxiliares de enfermería y los trabajadores de salud de la comunidad tienen el derecho y la obligación de adiestrarse y perfeccionarse para poder desempeñar un papel cada vez más importante en la prestación de atención de la salud en la comunidad, tanto en los programas preventivos como curativos (4).

## UTILIZACION DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

La estructura esencial para el empleo eficaz del personal auxiliar de enfermería y de salud es un sistema de salud organizado que ofrezca constantemente oportunidades para la capacitación, supervisión y transferencia de pacientes (3). Las buenas organizaciones de salud reconocen y recompensan las aptitudes individuales y colectivas de todos los miembros del equipo de salud, incluidos los aportes del personal auxiliar. Aunque los incentivos económicos constituyen un factor importante para contratar y retener al personal, el valor del reconocimiento por los colegas de las contribuciones personales al sistema de atención de la salud reviste la misma importancia y no debe subestimarse.

Las ventajas económicas de la utilización apropiada del personal auxiliar son obvias. Cuando los auxiliares se utilizan debidamente, los profesionales están en libertad de emplear con más provecho sus conocimientos especiales (5). El empleo adecuado del personal auxiliar incrementa también la productividad total de una determinada organización, de suerte que la combinación de las aptitudes del personal técnico y profesional ejerce un mayor efecto. El personal auxiliar complementa y suplementa la labor de los profesionales; contribuye a facilitar la extensión de la cobertura de los servicios de salud a los grupos de población mal atendidos y, en función del costo-eficacia, ofrece una oportunidad a las autoridades nacionales de salud para prestar servicios apropiados a un precio más proporcionado a lo que el país puede pagar (5).

Por el contrario, el empleo impropio del personal auxiliar como sustituto de los profesionales de salud resulta costoso desde el punto de vista humano y económico. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS., un grupo representativo de la comunidad mundial de naciones declaró que la salud es un derecho humano fundamental que exige una acción combinada de los sectores social, económico y de salud (4). Esta declaración presupone una atención eficaz y exenta de riesgos. La utilización del personal auxiliar como sustituto del profesional de salud puede constituir una amenaza y un desfavor a la población que recibe el servicio. Por la misma razón, hay que reconocer que los auxiliares de salud bien preparados pueden ofrecer y ofrecen una atención de calidad aceptable, no solo en hospitales sino también en

programas urbanos de salud de la comunidad, lo mismo que en zonas relativamente aisladas o remotas de países de todo el mundo. Ahora bien, el emplearlos en sustitución de los profesionales o subutilizarlos como secretarios, mensajeros o sirvientes constituye un desperdicio de recursos humanos y resulta económicamente costoso.

Para utilizar eficazmente al personal auxiliar, es preciso comprender la importancia de sus aportes a los sistemas de atención de la salud. Ello implica el reconocimiento y respeto mutuo de todos los miembros del equipo de salud, incluidos los auxiliares. El respeto por las contribuciones de los distintos miembros del equipo de salud favorece el espíritu de colaboración y generalmente, se traduce en una atención del paciente de mejor calidad y en una mayor satisfacción en el trabajo de todo el personal de salud. Y si los profesionales quieren ser honestos, tendrán que admitir que los sistemas de salud son casi inoperables si no cuentan con la colaboración de un personal auxiliar bien preparado.

## SUPERVISION Y DESARROLLO CONTINUO

El éxito de la utilización del personal auxiliar de salud depende de una supervisión competente y estimuladora. La supervisión puede definirse como el arte de trabajar con un grupo de personas sobre las cuales se ejerce autoridad de una manera que permite alcanzar satisfactoriamente las metas concretas del trabajo con base en planes y normas establecidas.

La supervisión en los programas de salud es por lo común un esfuerzo de doble dirección, una hacia el reforzamiento de las actividades de atención y otra hacia el perfeccionamiento personal de los que se dedican a ese campo (6). Se supone que el auxiliar de enfermería y de salud ha de trabajar bajo la dirección técnica de profesionales. En los hospitales y otras instituciones que ofrecen atención completa, la supervisión es directa y continua; normalmente ocurre lo mismo con los programas de salud de la comunidad en las zonas urbanas. En cambio, en los programas periurbanos y de zonas rurales de difícil acceso, la supervisión se lleva a cabo de manera intermitente e indirecta por una serie de razones.

Para que los programas de supervisión alcancen sus metas deben poseer un mínimo de infraestructura, lo que supone la disponibilidad de recursos humanos y materiales suficientes: los supervisores

deben tener a su disposición medios de transporte confiables, suministros y equipo esenciales, normas bien definidas de atención, manuales actualizados y las instalaciones indispensables para lograr los objetivos del programa. En las asignaciones presupuestarias debe figurar la evaluación regular y repetida de los programas y del personal.

El resultado satisfactorio de los programas de supervisión en los servicios de salud depende de una cuidadosa selección de las personas que desempeñarán esta función clave. Las supervisoras de enfermería deben poseer competencia profesional, una amplia experiencia y un conocimiento de los problemas y condiciones locales, regionales y nacionales que afectan a la programación de la enfermería y la salud. Por encima de todo, la supervisora debe estar dotada de características personales que le permitan fomentar el perfeccionamiento de los demás. Las buenas supervisoras son personas maduras que reconocen que su labor se realiza a través de otras—incluidos los auxiliares—y que están en condiciones de obtener satisfacción personal y profesional con los éxitos y perfeccionamiento del personal a su cargo. En América Latina existen unas seis auxiliares de salud por cada enfermera diplomada, y las actividades de supervisión constituyen una importante responsabilidad de las enfermeras profesionales.

Quizás algunos de los fracasos de los programas de supervisión en los servicios de enfermería se deban a la polarización que se ha producido a través de los años entre las enfermeras que se dedican a la prestación de servicios y a la educación. Es necesario intensificar los esfuerzos para obtener la colaboración de las enfermeras de los servicios de salud en la planificación y evaluación de los programas docentes de enfermería; al mismo tiempo, las educadoras de enfermería deben reincorporarse periódicamente y de manera planificada al ejercicio de la profesión, a fin de que los programas de enseñanza preparen mejor a las alumnas para la labor que se espera de ellas en los servicios de salud. Las enfermeras que se dedican a la enseñanza y las que ejercen la profesión tienen una meta común: la prestación de cuidados de enfermería eficaces y exentos de todo riesgo.

El personal auxiliar de enfermería y de salud se perfecciona y crece cuando se establece y mantiene una comunicación abierta con los profesionales y cuando se estimula a los auxiliares a que participen en la identificación de sus propias necesidades para la supervisión y educación continua. La situación ideal es la que se logra cuando el personal de salud "absorbe" y adopta las metas y normas

de los programas: en este caso, la supervisión formal ofrece oportunidades al personal y al supervisor para explorar métodos nuevos y dinámicos de ofrecer una mejor atención de salud, así como para fomentar el perfeccionamiento profesional y personal.

## ESTRATEGIAS PARA EL FUTURO

Casi todos los países de América Latina tienen buenas intenciones con respecto a la necesidad de disponer de auxiliares de enfermería con mejor preparación y en cantidad suficiente para alcanzar las metas nacionales. Sin embargo, solo unos cuantos conceden prioridad, en forma de asignaciones presupuestarias, para la formación de personal docente, ofrecen una remuneración apropiada para atraer y retener a un profesorado bien capacitado, o establecen y prestan apoyo a centros adecuados de formación de auxiliares. Y aún es más reducido el número de países que asignan fondos para equipo, suministros, libros de consulta, textos y medios complementarios indispensables para la enseñanza del personal auxiliar. En algunos casos, el personal profesional y el auxiliar de enfermería, al terminar sus programas de estudios, se encuentran con que no se han creado puestos para absorber al nuevo grupo, y permanecen sin trabajo durante muchos meses. Tanto las profesionales como las auxiliares emigran a menudo en busca de condiciones de empleo social y económicamente más convenientes. ¿Cómo podrían resolverse estos problemas?

Si un país intenta seriamente ofrecer atención de salud a todos sus ciudadanos en un futuro previsible, no cabe la menor duda de que el personal auxiliar de enfermería y de salud desempeñará una importante función en la prestación de ese servicio. Por eso, debe dirigirse la atención hacia la aplicación de las estrategias que contribuirán a alcanzar esa meta.

Habida cuenta de que existe una mayor conciencia sobre la labor destacada que desempeña el personal auxiliar en los sistemas de servicios de salud, una estrategia importante es la de estimular asignaciones presupuestarias más apropiadas para la formación, supervisión y perfeccionamiento continuo de esta categoría de personal. Si no se dispone de fondos suficientes, poco podrá avanzarse en la extensión de la atención de la salud o en el mejoramiento de su calidad.

En segundo lugar, es preciso reforzar y coordinar la planificación y análisis de los recursos humanos para la salud a fin de seguir un proce-

dimiento coherente orientado hacia el desarrollo de todos los recursos humanos del sector salud. Como se observa en el cuadro 2, la producción actual de auxiliares de enfermería es insuficiente. Evidentemente, es esencial un procedimiento más racional para la formación del personal de salud que los países necesitan. En muchos de los de América Latina se requiere un personal técnico y auxiliar mejor preparado y más numeroso para suplementar y complementar la labor de los profesionales de salud.

Una tercera estrategia que debería adoptarse consiste en fortalecer los programas de preparación de personal docente para todas las categorías de trabajadores de salud, incluidos los instructores de auxiliares. Lo ideal sería que esta preparación fuera multidisciplinaria, basada en la comunidad y orientada hacia ella, y encaminada a satisfacer las necesidades de todos los grupos de población (7). Para el adiestramiento se emplearía tanto la tecnología didáctica más compleja como métodos de enseñanza-aprendizaje y experiencias que podrían ser utilizadas satisfactoriamente en sectores rurales y aislados, donde se ofrecen programas para lugares de difícil acceso. Deben establecerse centros de formación de profesores para todas las categorías de personal; estos centros podrían servir también para elaborar y distribuir material de enseñanza-aprendizaje útil no solo para los profesionales de salud sino también para la formación y actualización del personal técnico y auxiliar.

En todos los países del mundo, tanto en los industrializados como en los menos desarrollados, existen grupos de población necesitados. Si se acepta que todo individuo tiene el derecho a recibir servicios apropiados de salud, la función del personal auxiliar en la prestación de aten-

Cuadro 2. Número de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1972 y 1976.

Región	1972			1976		
	Razón por 10,000 habitantes			Razón por 10,000 habitantes		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería
América del Norte	15.5	37.8	62.9	16.4	46.4	67.2
Mesoamérica	6.1	3.5	6.6	6.9	5.4	9.0
América del Sur	7.4	2.3	10.5	8.0	2.4	10.5

Fuente: Referencia 1.



ción de la salud se destaca de manera particular. Y si esta función se reconoce universalmente, el compromiso de alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000" se ajustará a la realidad.

## RESUMEN

La autora destaca el papel esencial que desempeña el personal auxiliar de enfermería en los servicios de salud. Hace hincapié en la necesidad de que dicho personal sea formado en programas de capacitación debidamente organizados, que incluyan experiencias de aprendizaje que preparen a las alumnas para las situaciones de la vida real con que habrán de enfrentarse en el ejercicio de sus funciones.

Señala las ventajas de la utilización de la auxiliar, que incrementa la productividad del sistema de salud y permite el empleo del personal de nivel superior en las actividades de mayor envergadura.

Asimismo se refiere a la importancia de una supervisión competente y estimuladora del personal auxiliar, a través de la cual sea posible su perfeccionamiento continuo.

Por último, formula una serie de estrategias para el futuro en la capacitación de auxiliares de enfermería en América Latina.

## REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976*. Publicación Científica de la OPS 364. Washington, D.C., 1978.
  - (2) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Documento Oficial de la OPS 118. Washington, D.C., 1973.
  - (3) Organización Panamericana de la Salud. *Adiestramiento del personal auxiliar*. Informe Final de un Grupo de Estudio. México, D.F., 1966.
  - (4) Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria de salud*. OMS, Ginebra, 1978.
  - (5) Fendall, N.R.E. *Auxiliaries in Health Care*. Baltimore, Maryland, Johns Hopkins Press, 1972.
  - (6) Perrodin, C. M. *Supervisión de los servicios de enfermería*. México, Centro Regional de Ayuda Técnica. Ed. Interamericana, 1965.
  - (7) Organización Mundial de la Salud. *Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programs*. Ginebra, 1978.
-

### AUXILIARY STAFF TRAINING (*Summary*)

The writer highlights the essential role played by auxiliary nursing staff in health services. She stresses the need that such staff be trained in well-organized programs that include learning experience that prepare the student for real-life situations that will be encountered on the job.

She cites the advantages of employing auxiliaries, who increase the productivity of the health system and release higher-level personnel for more demanding tasks.

She also refers to the importance of competent supervision capable of stimulating auxiliaries to occupational self-improvement.

Finally, she outlines a series of strategies for the future training of nursing auxiliaries in Latin America.

### FORMAÇÃO DO PESSOAL AUXILIAR (*Resumo*)

Destaca a autora o papel essencial que o pessoal auxiliar de enfermagem desempenha nos serviços de saúde, pondo em destaque a necessidade de que esse pessoal seja formado em programas de capacitação devidamente organizados, que incluam experiências de aprendizagem que preparem as alunas para as situações da vida real com que deverão defrontar-se no desempenho de suas funções.

Assinala as vantagens da utilização da auxiliar, que aumenta a produtividade do sistema de saúde e permite o emprego do pessoal de nível superior nas atividades de maior envergadura.

Refere-se também à importância de uma supervisão competente e estimuladora do pessoal auxiliar, através da qual seja possível seu contínuo aperfeiçoamento.

Formula, finalmente, uma série de estratégias para o futuro na capacitação de auxiliares de enfermagem na América Latina.

### FORMATION DU PERSONNEL AUXILIAIRE (*Résumé*)

L'auteur souligne le rôle essentiel que joue le personnel auxiliaire infirmier dans la prestation des services de santé. Elle insiste sur la nécessité pour ce personnel d'être formé dans le cadre de programmes de formation bien organisés comprenant des travaux pratiques qui préparent les étudiants à faire face à des situations réelles comme celles qu'ils devront affronter dans l'exercice de leurs fonctions.

L'auteur mentionne les avantages qu'offre l'utilisation de l'auxiliaire, et

notamment l'accroissement de la productivité du système de santé et le recours à un personnel de niveau supérieur pour l'exécution des activités de grande envergure.

Elle signale par ailleurs l'importance que revêt une supervision compétente et stimulante du personnel auxiliaire par le jeu de laquelle il sera possible le perfectionner sur une base permanente.

Enfin, elle formule une série de stratégies à employer dans l'avenir pour assurer la formation d'auxiliaires de soins infirmiers en Amérique latine.

---

#### RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN CHILE

El Gobierno de Chile ha solicitado la publicación de los siguientes datos sobre recursos humanos en ese país para 1977, en relación con la información que apareció en el Vol. 13, No. 1 (1979) de *Educación médica y salud*:

No. de médicos .....	6,516
Tasa por 10,000 habitantes .....	6.1
No. de enfermeras .....	3,201
Tasa por 10,000 habitantes .....	3.0
No. de odontólogos .....	3,250
Tasa por 10,000 habitantes .....	3.1

---

## Reseñas

---

---

### FORMACION DE TECNICOS MEDIOS DE SALUD EN LA AMERICA LATINA

Son múltiples los programas que se desarrollaron en distintos países latinoamericanos en el pasado decenio en relación con la formación de personal técnico medio. Estos programas se organizaron con proyección a los planes nacionales de salud y de manera particular para llenar las necesidades generales de los servicios de salud. Se orientaron a la formación de dos tipos de técnicos: los "monovalentes" que cumplen su trabajo como colaboradores del personal profesional —tal es el caso de los técnicos de laboratorio, radio-diagnóstico, fisioterapia, anatomía patológica— y los "polivalentes", que generan sus actividades en coordinación con el personal profesional y auxiliar —siendo esta la situación del trabajador sanitario, el educador de la salud y los técnicos polivalentes para la atención primaria en servicios básicos de los sistemas regionalizados de salud.

En diferente magnitud y grado de desarrollo, los programas de formación y capacitación de técnicos medios alcanzaron una dimensión nacional o interpaíses. En el primer grupo, se destaca la consolidación del programa nacional de docencia médica media de Cuba, cuya estructura administrativa-docente permite mantener en forma regular una matrícula de 15,000 alumnos. En otros países, como Brasil, Costa Rica, Honduras y la República Dominicana, los esfuerzos de los Ministerios de Salud y de las universidades se orientan primeramente a lograr la definición de políticas nacionales para lograr después la organización de amplias redes de centros y unidades docentes. Los países de habla inglesa del Caribe y los del Pacto Andino realizaron estudios complementarios para determinar las necesidades y el tipo de personal técnico medio requerido y establecieron programas de mediano plazo para formar un programa más amplio de capacitación de personal. Asimismo, los países del Pacto Andino están organizando un centro interpaíses, con sede en Caracas, para coordinar los esfuerzos que en este campo cumplieron individualmente Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

La Organización Panamericana de la Salud, a través de sus divisiones técnicas, ha colaborado con los distintos programas nacionales o interpaíses, y de manera particular en la realización de talleres internacionales que permitieron abordar el análisis de temas de carácter general, tales como el régimen laboral, la reasignación de funciones, la estructura de personal, la movilidad social y laboral, la educación continua, la producción conjunta

de material educacional, la determinación de las características del espacio físico y de laboratorios multidisciplinarios para la formación teórico-práctica, y la elaboración de modelos de integración de estudio-trabajo y de la incorporación temprana del estudiante a los servicios.

El Primer Taller Internacional para el Desarrollo de la Formación de Técnicos Medios de Salud, tuvo lugar en Camagüey, Cuba, en abril de 1979, con la participación de delegados de Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Se plantearon durante el Taller nuevas formas de trabajo cooperativo entre países en desarrollo, y se sugirió que en la elaboración de un programa de este tipo se contemplen las siguientes actividades:

- Recolectar información sobre material didáctico existente en la actualidad en los países latinoamericanos.
- Elaborar esquemas para establecer un sistema permanente de registros del material que se produce en la América Latina.
- Buscar la metodología más apropiada que permita estructurar un programa de educación continua para la superación del personal básico y docente, cuya aplicación sea factible a los países participantes.
- Establecer un programa de producción de material educacional y la publicación periódica de este material.
- Organizar en forma periódica talleres que permitan conocer el avance de este programa.
- Realizar actividades encaminadas a la estructuración de normas relacionadas con la planificación y administración de estos recursos.
- Diseñar un sistema de cursos, talleres, seminarios viajeros y otras actividades para la capacitación del personal directivo y docente.
- Realizar actividades de intercambio a nivel directivo y docente entre los países participantes en el programa.

El Segundo Taller Internacional tendrá lugar en Caracas en el curso del presente año.

## CIENCIA Y TECNOLOGIA PARA EL DESARROLLO<sup>1</sup>

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ciencia y Tecnología para el Desarrollo se celebró en Viena del 20 al 31 de agosto de 1979, con participación de centenares de delegados de numerosos países del mundo. En un documento de base preparado por la OMS para la Conferencia,<sup>2</sup> se ponen de manifiesto las notorias desigualdades en el nivel de salud de la población de los países desarrollados y de los países en desarrollo. Asimismo, el documento expone los principales problemas de salud y los obstáculos que se presen-

<sup>1</sup>Información tomada de *Crónica de la OMS* 33 (1979).

<sup>2</sup>*Ciencia y tecnología para el fomento de la salud en los países en desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979 (A/CONF.81/BP/WHO).

tan para resolverlos, y ofrece también una solución mediante el sistema de atención primaria de salud y la programación sanitaria por países.

La *Crónica de la OMS* presentó el documento en dos partes, en sus números de noviembre y diciembre de 1979, y en ese último incluyó asimismo un informe especial sobre la Conferencia.

Por considerar que son de especial interés para nuestros lectores, transcribimos a continuación las secciones del documento de la OMS referentes a capacitación de personal e información.

\* \* \*

### *Formación y perfeccionamiento del personal de salud*

La proporción de médicos y de camas de hospital por número de habitantes constituye con frecuencia un indicador engañoso de las necesidades en recursos de personal de salud, sobre todo en los países en desarrollo. Es fundamental para la acción sanitaria la disponibilidad, en número suficiente, de personal de salud que haya sido adiestrado en función directa de las necesidades de la población a la que debe atender. En lo que atañe a los recursos de personal de salud, la situación mundial sigue caracterizándose por la escasez general, un desequilibrio considerable y una acusada mala distribución entre las zonas rurales y las urbanas. Hace falta una planificación considerablemente más eficaz, dentro del contexto general de la planificación sanitaria nacional, de los tipos de personal necesarios y de su número respectivo. Cada país debería fijar sus propios objetivos de manera eficaz, teniendo en cuenta sus prioridades, tal como se definen en la programación sanitaria por países, en la planificación sanitaria nacional o en cualquier otro proceso análogo.

En el primer plano de contacto entre los individuos y el sistema de asistencia sanitaria, la atención primaria de salud corre a cargo de los agentes de salud de la comunidad organizados en equipo. Los tipos de agente de salud variarán según los países y las comunidades, en función de las necesidades y los recursos de que se dispone para satisfacerlas. Así, pueden ser agentes de salud personas con una educación limitada a las que se haya dado una formación elemental sobre atención de salud, "médicos descalzos", ayudantes de medicina, enfermeras diplomadas o prácticas, "feldshers" y médicos generalistas, así como las personas que ejercen la medicina tradicional.

Para muchos países en desarrollo, la solución más realista para alcanzar la cobertura de toda la población con la atención de salud indispensable consiste en emplear a agentes de salud de la comunidad que puedan ser adiestrados en un corto periodo de tiempo con miras a desempeñar ciertas funciones específicas. En algunos casos puede confiárseles una amplia variedad de actividades de atención de salud; en otros, será preferible restrin-

gir sus funciones a ciertos aspectos de esa atención, dejando que toda la gama de servicios corra a cargo de un equipo de agentes de salud, cada uno de cuyos miembros desempeñará tan solo un grupo determinado de funciones. En muchas sociedades es preferible que esos agentes de salud procedan de la misma comunidad donde han de trabajar y sean elegidos por ella, para que puedan contar con su apoyo. Cuando proceden de otras comunidades, es importante que se integren socialmente al modo de vida de la comunidad en la que han de ejercer. Se les da una formación sencilla, durante un corto período, con objeto de capacitarles para realizar las tareas que responden a las necesidades expresadas de la comunidad; esa formación puede ampliarse gradualmente hasta abarcar otras funciones adicionales, según lo requieran las necesidades. Como deberán dedicar gran parte de su tiempo a impartir educación sanitaria, habrá que prepararles debidamente para esta actividad.

Los agentes de salud de la comunidad deben ser adiestrados y perfeccionados continuamente para que puedan desempeñar un papel cada vez más importante en la prestación de atención primaria de salud. Su formación y su perfeccionamiento deben basarse en una definición clara de los problemas planteados, de las tareas que deberán realizar, y de los métodos, técnicas y equipo que habrán de emplear. La mejor manera de dar formación a los agentes de salud de la comunidad es el empleo de los métodos modernos de enseñanza/aprendizaje; en lo posible, conviene darles esa formación en las proximidades del lugar donde vive la comunidad a la que habrán de atender. La duración del adiestramiento se determinará, en lo posible, en función de los objetivos del mismo y de los resultados de las pruebas preliminares a que se someta a los candidatos, ya que la formación deberá adaptarse a su grado de alfabetización. También debè tenerse presente la necesidad de enseñarles a trabajar en equipo y de hacerles comprender la relación que existe entre su acción y la de los representantes de otros sectores afines, puesto que la cooperación entre unos y otros puede obrar grandes efectos en el desarrollo de la comunidad. En los programas de formación continua debe tenerse en cuenta la necesidad de una capacitación administrativa y de una supervisión responsable. Paralelamente a la educación continua hay que ofrecer a los agentes de salud de la comunidad posibilidades de carrera y oportunidades de ascenso profesional.

*Obstáculos.* Mencionaremos los siguientes:

- Unas condiciones de trabajo, de servicio y de vida poco atractivas para los agentes de salud, sobre todo en las zonas rurales, a lo que se suma la falta de perspectivas de carrera y de satisfacción profesional.
- La falta de una política que fomente el concepto de "equipo de salud", tanto en la formación como en el servicio, y el desaprovechamiento de los mejores elementos que practican la medicina tradicional.

- La escasez de instructores en las ciencias de la salud que sean competentes, no solo en su respectiva especialidad, sino en materia de planificación de la enseñanza y de procesos educativos. Como resultado de ello, es muy frecuente que los planes de estudios, los métodos de enseñanza y los instrumentos de evaluación sean inadecuados para la formación eficaz de equipos de agentes de salud capaces de atender las necesidades sanitarias de la comunidad. Muchas veces los programas de enseñanza están orientados hacia la atención curativa en el seno de instituciones más que hacia el fomento de la salud, la prevención y la rehabilitación.

- Una grave escasez general de materiales de enseñanza y aprendizaje para todas las categorías de agentes de salud. Entre esos materiales se incluyen libros de texto y manuales, medios audiovisuales, medios para el autoaprendizaje y otros procedimientos innovadores para facilitar la adquisición de conocimientos.

### *Necesidades en materia de información*

Gran parte de la bibliografía publicada por la comunidad científica y tecnológica mundial es inaplicable a las necesidades del sistema general de salud propio de los países en desarrollo, con la única excepción, quizá, de los laboratorios universitarios más adelantados y de las grandes instituciones de investigación. Las necesidades de estos últimos pueden atenderse mediante los diversos servicios especializados de extractos bibliográficos, las revistas y las bibliotecas nacionales y regionales que tienen organizada la difusión y distribución de su fondo. Para evitar el peligro de inundar la red de información con datos inútiles e inutilizables, conviene proceder a una selección de las necesidades de información que guarden relación directa con los acuciantes problemas de atención de salud que se plantean en un país determinado.

Así, para planificar y administrar la atención primaria de salud es indispensable disponer de la clase de información adecuada, pero conviene mantener en el mínimo necesario el acopio de datos. Es importante identificar solamente la información de interés que habrá de utilizarse en la comunidad o en el escalón superior inmediato. En muchos casos es más importante empezar por reunir información cualitativa sobre la situación sanitaria y demográfica que empeñarse en reunir datos precisos cuantificados. La precisión cuantitativa podrá alcanzarse gradualmente con el tiempo. Cada escalón del sistema de salud tiene sus propias necesidades de información sobre atención primaria de salud, y la misma información puede requerir un grado diferente de elaboración y de coordinación en cada escalón.

Para que sea de utilidad práctica, la notificación de datos de un escalón a otro debe efectuarse en las dos direcciones, y transmitir únicamente los datos que el otro escalón necesita realmente. En general, estos datos serán de dos



tipos: información que requiere como respuesta una acción inmediata, e información que sirva de base para la deducción de datos más generales para la evaluación y para la subsiguiente modificación de los programas si es necesario.

El acopio y análisis de los datos necesarios debe formar parte integrante de las actividades de atención primaria de salud y de sus servicios de apoyo; no deben efectuarse de manera independiente. Conviene incluirlos en los planes desde el principio, y la información debe reunirse o transmitirse únicamente con los dos objetivos mencionados y restringirse al mínimo necesario.

Los países en desarrollo pueden fomentar más activamente el intercambio sistemático de informaciones sobre su experiencia en política y planificación sanitarias, creación de la infraestructura sanitaria, y adquisición, perfeccionamiento y aplicación de conocimientos en materia de salud. A este respecto, cabría organizar centros de información regionales y subregionales. Los países en desarrollo podrían también establecer mecanismos para facilitar la difusión y el intercambio de los conocimientos y de la experiencia que hayan adquirido en el sector de la salud, con el fin de que puedan compararse y utilizarse plenamente sus logros y especializaciones respectivos.

*Obstáculos.* No se dispone del tipo de información sanitaria que necesitan los agentes de salud de la comunidad, sobre todo los que tratan de fomentar el desarrollo de la atención primaria de salud en las zonas rurales. Por otra parte, la información técnica reciente suele ser de difícil acceso para los investigadores de las universidades y de las principales instituciones.

## EDUCACION CONTINUA PARA INGENIEROS

La Primera Conferencia Mundial de Educación Continua para Ingenieros—celebrada en la Ciudad de México en abril de 1979—constituyó un importante evento al que asistieron más de 600 participantes de 56 países.

Fue auspiciada por la Universidad de México, la Asociación Americana de Educación en Ingeniería, la UNESCO, la OPS, la Unión Panamericana de Asociaciones de Ingeniería y la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas de México.

La Conferencia proporcionó la oportunidad de intercambiar ideas e informaciones sobre programas de educación continua para ingenieros y demostró ser un foro propicio para la discusión de temas de interés internacional en ese campo.

De las sesiones celebradas en esa ocasión emanaron una serie de observaciones y comentarios sobre tendencias en la programación de actividades de educación continua, entre ellas las siguientes:

- Los cursos diseñados para un país no siempre resultan útiles en otros países.
- La tecnología educacional se utiliza muy poco en todo el mundo.
- Para que los programas tengan éxito, ha de haber un compromiso e interés por parte de los estudiantes y de los empleadores.
- Del 10 al 20% de los ingenieros de cada país participan anualmente en actividades de educación continua.
- En los países en desarrollo, el gobierno desempeña una función importante en lo que respecta a la educación continua.
- La experiencia de Francia en cuanto a la legislación sobre educación continua puede ser de utilidad.
- Se observa la tendencia a que los Gobiernos participen de manera activa en la promoción de la educación continua para asegurarse de que esta actividad se hace realidad en sus países.
- No parece existir una definición uniforme de "ingeniero" que pueda utilizarse en los diferentes países, por lo que esto ha de tenerse en cuenta al analizar la información sobre actividades de educación continua para estos profesionales en los distintos países.
- Las compañías multinacionales más importantes están invirtiendo gran cantidad de fondos en actividades de educación continua para ingenieros.

La Universidad de Wisconsin-Extension, en Madison, Wisconsin, EUA, ha publicado (en inglés) un resumen y evaluación de las labores de la Conferencia.<sup>3</sup>

---

"El conocimiento que se adquiere en la ciencia es el resultado de una actividad social, denominada investigación científica, cuyas aplicaciones prácticas producen el desarrollo tecnológico, mediante el cual el hombre transforma al mundo para satisfacer sus necesidades y mejorar las condiciones de su vida".

Eli Gortari. *Iniciación a la lógica*. Ed. Grijalbo. México, 1974.

---

<sup>3</sup> *First World Conference on Continuing Engineering Education—Summary and Evaluation*, 1979. J. P. Klus, J. A. Jones (eds.), University of Wisconsin-Extension, 432 North Lake Street, Madison, Wisconsin 53706, EUA.

# Noticias

---

---

## PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCION DE LA OPS

Durante noviembre y diciembre de 1979 se celebraron en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., cuatro reuniones de Comités del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción de la OPS. Constituidos por especialistas en ciencias de la salud, los Comités revisan y seleccionan libros de texto y material de instrucción esenciales para dar apoyo a los planes de estudios en el campo de la salud en América Latina.

Las disciplinas analizadas fueron psiquiatría, cirugía, obstetricia para enfermeras y parteras, y medicina veterinaria.

El material seleccionado por los Comités permitirá atender las necesidades de los programas y cursos vigentes en estos campos.

Los libros de texto se venden a los estudiantes a precios reducidos, con arreglo al Programa Ampliado. El Banco Interamericano de Desarrollo contribuyó al financiamiento del Programa Ampliado con la concesión de un préstamo de \$5 millones, aprobado en 1978, a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), institución vinculada a la OPS.

Con la firma del acuerdo básico del Programa Ampliado por los Gobiernos de El Salvador, Guatemala y la República Dominicana, la lista de países de habla española o portuguesa cuya participación se contempló en el acuerdo original con el BID está casi completa.

Una vez que se suscribe un acuerdo con un país, cualquier institución nacional que capacita o emplea personal de salud puede participar en el programa.

## SEMINARIO SOBRE PERSONAL DE SALUD EN EL CARIBE

Del 30 de octubre al 1 de noviembre de 1979 se celebró en Bridgetown, Barbados, un seminario sobre personal de salud de los países del área del Caribe, en el que participaron personas procedentes de algunos de estos países. Fue organizado por la OPS, con los auspicios del Gobierno de Barbados.

El Seminario tuvo por objeto ayudar a los participantes a comprender:

- las relaciones que existen entre el desarrollo del sistema de salud y la

planificación, la producción y la administración adecuada del personal de salud;

- la justificación del desarrollo integrado del sistema de salud y del subsistema de personal de salud;
- los elementos, la dinámica y las relaciones recíprocas de la planificación del personal, la preparación de personal y la administración del mismo, y
- las necesidades orgánicas del subsistema de personal de salud.

Varios países del Caribe han iniciado una reorganización completa de sus servicios de salud con la intención de ampliar el alcance de los mismos. Con este propósito, algunos de esos países están reforzando la atención primaria, estrategia que puede tener consecuencias importantes en lo que respecta a los recursos de salud. La Organización está apoyando esa tarea de diferentes maneras: por conducto de los proyectos por países en lo que se refiere a la atención primaria de salud o al mejoramiento del sistema de salud, tarea que incluye el perfeccionamiento del sistema de administración, o directamente mediante proyectos de perfeccionamiento del personal de administración.

El seminario sirvió para establecer un criterio realista y sistemático de los problemas del personal y de esta manera ayudar a los países en su actual reorganización de los servicios de salud. En 1980 y 1981, se celebrarán otros dos seminarios y se proporcionarán los servicios de asesoramiento que sean necesarios.

## SEMINARIO SOBRE "LA SALUD PARA TODOS"

En agosto y septiembre de 1979 funcionarios de salud de distintos países se reunieron con el personal de la OPS de Washington y del campo, para celebrar una serie de seminarios destinados a examinar la formulación de estrategias con el fin de alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". Esta meta fue adoptada mediante una resolución de la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, y la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (URSS) la hizo suya.

Las estrategias tomarán la forma de declaraciones de política gubernamentales relacionadas con amplios sectores del desarrollo social y económico. Su formulación constituirá una actividad nacional, desarrollada en cada uno de los países. La contribución de la OPS consistirá en dar orientaciones y directivas. Los seminarios actuales forman parte de una actividad mundial en la que participan todos los gobiernos.

Además de elaborar estrategias nacionales, los países sugirieron estrategias regionales. Sobre la base de estas sugerencias, se elaboraron estrategias regionales para su presentación al Consejo Directivo. Con la aprobación del Con-

sejo Directivo, la contribución de la OPS fue enviada a Ginebra para su integración con las de otras regiones de la OMS a fin de elaborar estrategias mundiales.

En los seminarios mencionados, los participantes examinaron un documento preparado por el personal de la OPS en el que se ofrece un marco conceptual para estudiar estrategias de la "salud para todos" que tengan en cuenta las condiciones sanitarias y socioeconómicas de cada país.

Además de las estrategias para "la salud para todos", los seminarios se ocuparon también de la evaluación del actual Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. En sus respectivas contribuciones a la evaluación, los Gobiernos utilizarán la misma metodología que se empleó durante el examen efectuado en 1975, cuando ya había transcurrido la mitad del período del Plan.

## NECESIDAD DE INVESTIGACIONES DE TRASCENDENCIA SOCIAL

El Comité Asesor de la OMS sobre Investigaciones Médicas clausuró su reunión anual en Ginebra en noviembre de 1979, haciendo un llamamiento para que se preste mayor atención a los problemas de los sectores de menores ingresos en el mundo.

Los distinguidos especialistas que integran el Comité señalaron que solo una fracción de la inversión anual en investigaciones médicas, o relacionadas con la medicina (estimada en EUA\$5,000 millones) se destina a atender las necesidades de salud de la mayoría de la población mundial.

El Comité tomó nota de los progresos realizados por la OMS en la reorientación del orden global de prioridad de las investigaciones.

## CURSO DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES

La Federación Internacional de Hospitales ofrecerá en Londres su vigésimo curso para administradores de hospital y de servicios de salud de alto nivel, del 8 de julio al 29 de septiembre de 1980. El propósito del curso es mejorar el conocimiento de los participantes en relación con:

- La naturaleza de la administración (proceso de toma de decisión, establecimiento de objetivos y prioridades para el desarrollo de los servicios de atención de salud, y la gestión del cambio).
- Gestión de personal (planificación de recursos humanos, la formulación y evaluación de estructuras de adiestramiento, función de la educación en el desarrollo del administrador).
- Servicios de administración (registros médicos, evaluación de datos, investigación operativa).

- La organización y administración de servicios de apoyo en la prestación de servicios de salud.
- Sistemas de planificación de servicios integrales de atención de salud.
- Métodos para evaluar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud y hospitales.
- Sistemas de atención de salud en países en desarrollo, con especial atención a los problemas comunes y posibles soluciones en cada país.

Unas 25 personas podrán participar en el curso. Los candidatos deberán ocupar posiciones de alto nivel en los servicios de salud de sus propios países. La selección final será hecha por la Federación en colaboración con el Consejo Británico.

El curso consistirá principalmente en conferencias y seminarios, pero también ofrecerá oportunidad de tomar parte en ejercicios, estudios de casos y proyectos.<sup>1</sup>

---

#### "CERO" VIRUELA

La declaración de que en el Cuerno de Africa ya no existe la viruela fue el paso final y decisivo para poder confirmar que esta temible enfermedad ha sido erradicada en todo el mundo. El anuncio fue hecho el 26 de octubre de 1979, dos años después de haberse registrado en Somalia el último caso de viruela endémica y después de que una comisión internacional examinara los informes sobre las investigaciones y las actividades de vigilancia que se realizaron durante los dos últimos años en los cuatro países del Cuerno de Africa (Djibouti, Etiopía, Kenia y Somalia). Más de 6,000 agentes nacionales de salud participaron en la búsqueda de cualquier posible brote residual de la enfermedad.

La declaración oficial de la victoria sobre la viruela se hará en mayo de 1980, durante la Asamblea Mundial de la Salud.

---

<sup>1</sup>Para mayor información, dirijase a International Hospital Federation, 126 Albert Street, London NW 17 NX, England.

# Libros

---

---

## PUBLICACIONES DE LA OPS<sup>1</sup>

Serie de Publicaciones Científicas, 1979<sup>2</sup>

**No. 373. Orientaciones sobre quimioterapia de la malaria humana.** (26 págs.). Precio: EUA\$1.00. ISBN 92 75 31373 3.

El deterioro de la situación de la malaria y los problemas relacionados con la persistencia de la transmisión hacen necesario un nuevo enfoque para la utilización de métodos combinados y de nuevas medidas de lucha.

El uso de los medicamentos antimaláricos desempeña una función importante en la selección de los métodos; sin embargo, la distribución de los fármacos ha de hacerse en forma adecuada y conforme a la situación en cada lugar.

En este trabajo se presenta información sobre los ciclos evolutivos de los plasmidios humanos, mecanismos de acción de los medicamentos antimaláricos, resistencia a los mismos, toxicidad en mamíferos y humanos, aplicación práctica de los esquemas de tratamiento y seguimiento de casos.

Publicada también en inglés (*Guide to the Chemotherapy of Malaria*) y en portugués (*Orientações sobre quimioterapia da malária humana*).

**No. 374. La comercialización de animales y sus productos y la salud animal.** (198 págs.). Precio: EUA\$5.00. ISBN 92 75 11373 4.

Esta publicación contiene los documentos de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, llevada a cabo en la Sede de la OPS en abril de 1978.

Además de los discursos introductorios y del Informe Final de la reunión, este libro se divide en dos partes:

---

<sup>1</sup>Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

<sup>2</sup>La última lista de esta serie (Nos. 356-372) se publicó en *Educación médica y salud* 13(1), 1979, 101-108.

I Parte—Nutrición humana y productos de origen animal, en donde se discute el consumo de carne roja, leche y productos lácteos en la región; la situación de la fiebre aftosa en relación con el mercado mundial de carne roja, y las condiciones sanitarias para la adecuada comercialización de la leche, productos lácteos, lana, pieles y semen.

II Parte—La fiebre aftosa y la comercialización de animales, con varios trabajos que tratan de los requisitos y condiciones en áreas libres de fiebre aftosa y de los aspectos técnicos y legislativos a considerar en el mercado de exportación/importación de productos de origen animal entre países exentos e infectados con dicha enfermedad.

Publicada también en inglés (*Marketing of Animals and Their Products and Animal Health*).

**No. 375. Dengue in the Caribbean, 1977.** (198 págs.). Precio: EUA\$8.00  
ISBN 92 75 11375 0.

En 1977 se produjo una pandemia de dengue en el Caribe que resultó rara con respecto al número de casos notificados y la extensión geográfica que abarcó. Se debió, por una parte, a la introducción de un nuevo serotipo, el dengue 1, y por la otra, a la extensión gradual de la zona de reinfestación de *Aedes aegypti*.

En mayo de 1978 se convocó un grupo de trabajo en Jamaica, con el auspicio de la OPS y varias instituciones de los E.U.A., en el que participaron representantes de 15 unidades políticas del área. El grupo examinó las actividades de vigilancia epidemiológica y de laboratorio y las consecuentes campañas de control de vectores.

Esta publicación comprende las presentaciones de los participantes en la reunión del grupo.

**No. 376. Control de tuberculosis en América Latina. Manual de normas y procedimientos para programas integrados.** (238 págs.). Precio: EUA\$8.00.  
ISBN 92 75 31376 8.

Este manual sintetiza la experiencia de los países de América Latina en la organización de las actividades de control de la tuberculosis en los últimos años. Las normas y procedimientos que se describen son sencillos, de bajo costo y tienen el valor de haber sido aplicados con éxito en las condiciones propias de los países latinoamericanos.

La transformación radical registrada en este período incluye, en primer lugar, la integración de las actividades de control a los servicios generales de salud. El manual ilustra el proceso de transición desde el antiguo al nuevo sistema y ofrece un modelo simple de estructura, con opciones que permitan



adaptarlo a condiciones diferentes. También analiza los métodos vigentes en materia de localización de casos y tratamiento de la tuberculosis, y ofrece información sobre adiestramiento, programación, supervisión, investigación y problemas legislativos inherentes a la integración de los servicios tradicionales de control a los servicios generales de salud.

**No. 377. Técnicas de aislamiento para uso en hospitales.** (108 págs.). Precio: EUA\$3.00. ISBN 92 75 31377 6.

Este libro resulta muy útil para mantener al día al personal de los hospitales sobre las precauciones necesarias para evitar la propagación de infecciones, así como las responsabilidades que le incumben al respecto. Explica la manera de utilizar el sistema de tarjetas de aislamiento, que comprende las categorías de: aislamiento estricto, aislamiento respiratorio, aislamiento protector, precauciones entéricas y precauciones con piel y heridas.

Es la traducción del conocido manual *Isolation Techniques for Use in Hospitals*, 2ª edición, 1975, de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los EUA.

**No. 378. Genética craneofacial**—Carlos F. Salinas (ed.). (262 págs.). Precio: EUA\$8.00. ISBN 92 75 31378 4.

Este libro constituye una contribución importante para los países de América Latina ya que existen muy pocas publicaciones en español sobre este tema.

Avances muy recientes en técnicas citogenéticas han permitido detectar aberraciones morfológicas imposibles de descubrir anteriormente. En consecuencia, la lista de trastornos hereditarios que en 1958 era de 412, en 1978 se había elevado a 2,811 trastornos mendelianos.

El libro comprende una recopilación de trabajos escritos por especialistas destacados en genética médica en general y en genética craneofacial en particular. Ofrece un panorama global y actualizado de la genética clínica, incluyendo nociones básicas, nomenclatura y clasificaciones. Asimismo, se estudian estos trastornos por regiones anatómicas.

Termina con cuatro capítulos sobre un tema crucial: el asesoramiento genético, es decir, la posibilidad de distinguir entre simples adivinanzas ciegas y el cálculo científico del riesgo implícito en las enfermedades genéticas.

**No. 379. Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo.** Vol. I—B. M. Kleczkowski y R. Pibouleau (eds.). (174 págs.). Precio: EUA\$4.00. ISBN 92 75 31379 2.

Es la traducción del primer volumen de una nueva serie de publicaciones de la OMS dedicada a los problemas de planificación, diseño y arquitectura

de hospitales y otras instalaciones de atención médica en los países en desarrollo. Cada volumen contendrá una selección de artículos relacionados con el tema central: proporcionar servicios de salud de la manera más eficiente y económica.

Los cinco artículos del presente volumen se refieren a la importancia de la legislación y la administración para las instalaciones de asistencia médica y planificación regional, y programación funcional en el proceso de planificación, racionalización en las instalaciones, técnicas avanzadas de construcción, e influencia del clima en los edificios.

Edición original en inglés: *Approaches to planning and design of health care facilities in developing areas. Volume 1.* Ginebra, 1976, 145 págs. (OMS, Publicaciones en Offset, No. 29). ISBN 92 4 170029 7.

**No. 380. Animal Disease Prevention in Developing Countries: Its Relationship to Health, Nutrition, and Development.** (64 págs.). Precio: EUA\$4.00. ISBN 92 75 11380 7.

Esta publicación contiene varios trabajos presentados en una sesión sobre salud pública veterinaria de la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, que se realizó en Miami, Florida, en 1976.

En esta reunión se llegó a la conclusión de que la malnutrición es el problema de salud más serio del mundo actual, el cual no va a resolverse solo mediante la producción de alimentos, sino que necesitará un enorme incremento de proteínas de origen animal.

Los países en desarrollo no solo producen menos proteína animal de la que podrían producir, sino que pierden parte de ella a consecuencia de enfermedades, falta de tecnología y un sistema obsoleto de atención de la salud animal.

**No. 381. Condiciones de salud del niño en las Américas.** (238 págs.). Precio: EUA\$5.00. ISBN 92 75 31381 4.

Este libro representa una contribución de la OPS al Año Internacional del Niño. Se trata de un análisis amplio de todos los aspectos relacionados con la salud infantil, realizado por especialistas en cada uno de los campos abordados. Básicamente, recopila y analiza la información estadística vinculada con la salud infantil que se encuentra dispersa en distintas publicaciones. De este modo, el pediatra dispondrá de una serie de referencias actualizadas y organizadas en forma sistemática, relacionadas con su esfera de actividad.

Asimismo, se traza un panorama global de la situación nutricional y las condiciones de saneamiento ambiental en América Latina como factores condicionantes de la salud del niño.

**No. 382. Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Vol. II—**B. M. Kleczkowski y R. Pibouleau (eds.). (166 págs.). Precio: EUA\$4.00. ISBN 92 75 31382 2.

En el segundo volumen de la serie, se describe la composición de un equipo multiprofesional completo de planificación y los mecanismos que utiliza para su labor. En otro artículo se analiza la planificación regional de instalaciones de salud desde los puntos de vista del planificador sanitario y del arquitecto, respectivamente. Además, se describen el procedimiento general de planificación de un centro de atención de salud, un estudio de las normas y exigencias técnicas en las instalaciones y las funciones de un centro de salud en relación con su planificación y su arquitectura.

Edición original en inglés: *Approaches to planning and design of health care facilities in developing areas. Volume 2.* Ginebra, 1977, 145 págs. (OMS, Publicaciones en Offset, No. 37). ISBN 92 4 170037 8.

**No. 383. Four Decades of Advances in Health in the Commonwealth Caribbean.** (163 págs.). Precio: EUA\$4.00. ISBN 92 75 11383 1.

El libro representa un recuento histórico de la evolución de los servicios de salud durante 40 años en la Comunidad del Caribe y consta de cuatro partes: estudio de los servicios de salud y la atención de salud; experiencias sobre el terreno; cambios en las características de la atención de salud, y el futuro de la cooperación regional.

Contiene una serie de trabajos presentados en un simposio celebrado en Barbados en 1977, en el que se rindió homenaje al Dr. Maurice A. Byer, del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales, por su labor y contribución a los servicios de salud del Caribe.

**No. 384. Evaluación del programa nacional de fortificación de azúcar con vitamina A.**—Por Guillermo Arroyave *et al.* 90 págs. Precio: EUA\$5.00. ISBN 92 75 11384 X.

Investigaciones epidemiológicas realizadas por el INCAP en los países de Centro América y Panamá confirmaron la existencia de una gran hipovitaminosis A generalizada en la población. Se elaboró un método para fortificar el azúcar con palmitato de retinol como un medio de prevenir esta avitaminosis y se desarrolló un programa de control de hipovitaminosis A que se cumplió con gran éxito. La fortificación del azúcar con vitamina A es hoy obligatoria en cuatro de los países del área centroamericana.

Esta publicación da cuenta de la evaluación del programa en Guatemala, que constituye un modelo que podría generalizarse bajo condiciones ecológicas, sociales y políticas similares.

Publicada también en inglés (*Evaluation of Sugar Fortification at the National Level*).

**No. 385. Normas para la erradicación de la carencia de vitamina A y la xeroftalmía.** (76 págs.). Precio: EUA\$2.50. ISBN 92 75 31385 7.

El Grupo Consultivo Internacional sobre la Vitamina A (GCIVA), que ofrece consultas y orientación a las instituciones interesadas en el control de la carencia de esa vitamina y de sus secuelas, la xeroftalmía y la ceguera, publicó el presente informe, que contiene recomendaciones sobre el tema.

En esta publicación, traducción del original en inglés (*Guidelines for the Eradication of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*), el GCIVA examina la manera de determinar el estado nutricional de una población en relación con la vitamina A, la selección y evaluación de estrategias para remediar la carencia de dicha vitamina, los campos que requieren investigación y las metodologías que han de emplearse para eliminar los trastornos que produce la carencia de vitamina A.

**No. 386. Inter-American Investigation of Mortality in Childhood: Report on Household Samples.** (150 págs.). Precio: EUA\$5.00. ISBN 92 75 11386 6.

La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, llevada a cabo entre 1968 y 1972 en 15 localidades de las Américas, estudió a fondo las causas de mortalidad excesiva en la infancia y en la niñez temprana. Centró su atención en la interacción de múltiples causas de mortalidad y en los factores biológicos y ecológicos asociados.

El presente estudio presenta una comparación entre los niños vivos de la muestra y los niños que murieron, en relación con factores ambientales seleccionados, como son el servicio de agua y alcantarillado, vivienda y barrio y otros, como educación, ocupación y cuidados prenatales.

**No. 387. Criterios de salud ambiental 2: Difenilos y trifenilos policlorados.** (94 págs.). Precio: EUA\$6.00. ISBN 92 75 31387 3(6).

Esta es la versión en español de *Environmental Health Criteria 2: Polychlorinated biphenyls and terphenyls*, publicada bajo el patrocinio conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y de la OMS en 1976.<sup>3</sup>

<sup>3</sup>La primera publicación de esta serie de la OMS sobre criterios de higiene del medio se refirió al mercurio, y apareció en español como Publicación Científica de la OPS No. 362 (1978).

En el volumen se examina la información de que se dispone sobre los difenilos y los trifenilos policlorados en cuanto a su composición química, sus efectos biológicos, los niveles de contaminación del medio y los riesgos para la salud del hombre resultantes de la exposición a los mismos. Incluye una bibliografía con una 280 referencias.

Será de interés para los departamentos de ecología, de protección de la salud y de higiene del trabajo, así como para los organismos nacionales encargados de dictar reglamentos para el personal de salud pública, los toxicólogos y el personal técnico que participa en los procesos industriales en que se utilizan los difenilos y los trifenilos policlorados.

**No. 388. Criterios de salud ambiental 3: Plomo.** (En prensa.) Precio: EUA\$8.00. ISBN 92 75 31388 1(8).

Este documento se basa fundamentalmente en publicaciones originales y recientes que examinan los efectos del plomo y sus compuestos en la salud. Se ha realizado con la colaboración de instituciones nacionales y organizaciones internacionales, centros colaboradores de la OMS y expertos en la materia, y fue revisado por el Grupo de Trabajo de la OMS sobre Criterios de Salud Ambiental Aplicables al Plomo que se reunió en Ginebra del 29 de abril al 5 de mayo de 1975.<sup>4</sup>

**No. 389. Criterios de salud ambiental 4: Óxidos de nitrógeno.** (En prensa.) Precio: EUA\$5.00. ISBN 92 75 31389 X (5).

Trata de los riesgos que presentan para la salud los óxidos de nitrógeno, en especial del bióxido de nitrógeno. Se examinan también las propiedades químicas y físicas de los óxidos de nitrógeno; los métodos analíticos aplicables al óxido nítrico y al bióxido de nitrógeno; origen de esos óxidos en el medio; concentraciones que alcanzan en diversas condiciones; efectos del bióxido de nitrógeno en los animales de laboratorio y en el hombre, y evaluación de los riesgos que presenta para la salud del hombre la exposición a los óxidos de nitrógeno.<sup>4</sup>

**No. 390. Estrategias para la extensión y mejoramiento de los servicios de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas para el decenio de 1980 – Discusiones Técnicas, XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (56 págs.).** Precio: EUA\$3.00. ISBN 92 75 31390 3.

Incluye el informe final de las Discusiones Técnicas, así como los dos do-

---

<sup>4</sup>Los textos en inglés han sido publicados por la OMS.

cumentos que fueron utilizados como referencia para las mismas, a saber: "Servicios de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas durante el decenio de 1980" y "Posibles estrategias para el Decenio Internacional sobre Agua Potable y Saneamiento". El Consejo Directivo pidió a los Gobiernos que incluyan la extensión de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento entre los programas prioritarios para el desarrollo nacional y a la OPS que continúe prestando especial atención a la cooperación que solicitan los países para fortalecer sus actividades en estos campos.

Publicada también en inglés (*Strategies for Extending and Improving Potable Water Supply and Excreta Disposal Services during the Decade of the 1980s*).

#### Documentos Oficiales

**No. 160. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1978.** (133 págs.) ISBN 92 75 37160 1.

**No. 160. Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 1978.** (133 págs.) ISBN 92 75 17160 2.

**No. 161. Proyecto de Programa y Presupuesto: OPS, 1980-1981; OMS, Región de las Américas, 1982-1983, y OPS, Anteproyecto, 1982-1983.** (607 págs.) ISBN 92 75 37164 X.

**No. 161. Proposed Program and Budget Estimates: PAHO, 1980-1981; WHO, Region of the Americas, 1982-1983; and PAHO, Provisional Draft 1982-1983.** (607 págs.) ISBN 92 75 17161 0.

**No. 162. XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Grenada, 25 de septiembre-5 de octubre de 1978).** Informe Final (103 págs.). Edición bilingüe (español e inglés). ISBN 92 75 07162 4.

**No. 163. Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud.** 13ª edición, 1979. (131 págs.). *Publicado también en inglés.* ISBN 92 75 37163 6.

**No. 164. XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Grenada, 25 de septiembre-5 de octubre de 1978).** Actas (442 págs.). *Edición multilingüe.* ISBN 92 75 07164 0.

**No. 165. Informe Anual del Director, 1978.** (169 págs.). *Publicado también en inglés.* ISBN 92 75 37165 2.

No. 166. 81ª y 82ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS. Actas (327 págs.). *Edición multilingüe.*

#### Otras publicaciones

**Manual de Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen II.** (165 págs.).

Esta publicación abarca el período comprendido entre la 66ª Reunión del Comité Ejecutivo (julio de 1971) y la 80ª Reunión del Comité Ejecutivo (junio-julio de 1978), y contiene todas las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la Organización. Es la continuación del Volumen I del *Manual* que se refiere a los años de 1942-1970.

Publicada también en inglés (*Handbook of Resolutions of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization*).

**Boletín Informativo sobre el Dengue, la Fiebre Amarilla y el *Aedes aegypti* en las Américas.** Vol. VIII, No. 1 y 2 de 1979.

Este Boletín ofrece un medio para el intercambio de información, por lo que se distribuye a Ministerios de Salud, laboratorios y profesionales interesados en estos temas. Está auspiciado por el Comité Científico Asesor sobre Dengue, Fiebre Amarilla y el *Aedes aegypti* de la OPS.

**Informes sobre Enfermería No. 21. Encuesta sobre la tuberculosis en las escuelas de enfermería de América Latina.** 1976. (87 págs.). Precio: EUA\$1.00.

La enfermería en América Latina ha contribuido a lograr los objetivos de los programas nacionales de control de la tuberculosis. En los últimos 20 años, la estrategia de la lucha ha sufrido cambios radicales debidos al progreso científico y tecnológico. Este informe representa un esfuerzo más para capacitar a la enfermera como agente clave en los programas de tuberculosis, de manera que las enfermeras recién graduadas colaboren más activamente en dichos programas.

**Human Resources Series No. 26. Pan American Seminar on Education and Health Care.** (42 págs.).<sup>5</sup>

Contiene el informe final del Seminario Panamericano sobre Educación y Atención a la Salud, celebrado en Caraballeda, Venezuela, en febrero de

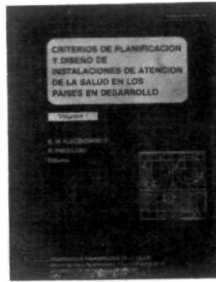
<sup>5</sup>Se publicó en español en *Educación médica y salud*, Vol. 12, No. 3 (1978), 253-292.

1978, auspiciado por la Federación Mundial de Educación Médica y la OMS, y organizado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y la OPS. Los temas discutidos fueron: necesidad de la coordinación entre educación y servicios de salud, sistemas actuales de interrelaciones, mecanismos para una interrelación productiva y plan de acción a seguir.

**Catálogo de Publicaciones de la OPS—Suplemento 1975-1978.** (35 págs.).  
Gratuito.

Este nuevo Suplemento al Catálogo de las Publicaciones de la OPS comprende cuatro partes y dos anexos: Parte I—Publicaciones por materias; Parte II—Publicaciones por orden numérico; Parte III—Documentos Oficiales, y Parte IV—Publicaciones periódicas.

En el anexo I se enumeran las cintas fijas de la OPS. El anexo 2 se refiere a las publicaciones de la OMS.





## INFORMACION A LOS AUTORES

*Educación médica y salud* gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

---

## NOTICE TO AUTHORS

*Educación médica y salud* will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

*Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

## ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

### GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina  
Bahamas  
Barbados  
Bolivia  
Brasil  
Canadá  
Colombia

Costa Rica  
Cuba  
Chile  
Ecuador  
El Salvador  
Estados Unidos  
de América

Grenada  
Guatemala  
Guyana  
Haití  
Honduras  
Jamaica  
México  
Nicaragua

Panamá  
Paraguay  
Perú  
República Dominicana  
Suriname  
Trinidad y Tabago  
Uruguay  
Venezuela

### GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

### OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722  
Caracas, Venezuela

Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9  
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS  
Caixa Postal 04-0229  
Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Homero 418, 1<sup>er</sup> piso  
México, D.F., México

Area IV, Casilla 2117  
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4° piso  
Buenos Aires, Argentina

### Oficina de Campo

509 U.S. Court House  
El Paso, Texas, E.U.A.

### OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

## **CONTENIDO**

**ENFERMERIA Y SALUD DE LA COMUNIDAD**

**DESARROLLO DE UN SISTEMA RURAL DE SERVICIOS DE SALUD**

**FORMACION DE PERSONAL PARA ATENCION DE LA COMUNIDAD**

**ENFERMERIA EN ECUADOR**

**FORMAÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE NO BRASIL**

**INVESTIGACION EN ENFERMERIA**

**PERSONAL AUXILIAR**

**TECNICOS MEDIOS DE SALUD**

**CIENCIA Y TECNOLOGIA PARA EL DESARROLLO**

**EDUCACION CONTINUA PARA INGENIEROS**

**PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCION DE LA OPS**

**SEMINARIO SOBRE PERSONAL DE SALUD EN EL CARIBE**

**SEMINARIO SOBRE "LA SALUD PARA TODOS"**

**NECESIDADES DE INVESTIGACIONES DE TRASCENDENCIA SOCIAL**

**CURSO DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES**

**PUBLICACIONES DE LA OPS EN 1979**

