



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXIX Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-Octubre 1983

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XXXV Reunión



INDEXED

16028

Tema 26 del programa provisional

CD29/32 (Esp.)  
15 agosto 1983  
ORIGINAL: INGLES

FUNCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

(Presentado por el Gobierno del Canada)

Introducción

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió que uno de los objetivos principales de los Estados Miembros sería el de que todos los pueblos alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1978, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió además que la clave para lograr la salud para todos en el año 2000 está en el acceso universal a la atención primaria de salud (APS).

La Región de las Américas formuló en 1980<sup>1/</sup> sus estrategias de salud para todos en el año 2000. La única alusión al personal de salud en ese importante documento se encuentra en la Sección 4.7, Formulación y utilización de recursos humanos, en la que se proponen:

"Estrategias adicionales para el desarrollo de recursos humanos relativas al: reconocimiento de nuevas funciones... que el enfoque de la atención primaria está generando en el sector salud, por ejemplo, las enfermeras ayudantes de medicina"...<sup>2/</sup>

En el Documento CE90/4, ADD. I, de la OPS, de fecha 8 de junio de 1983, titulado "Informe Preliminar sobre la Caracterización de la Situación en la Región de las Américas con respecto a las Estrategias de Salud para todos en el año 2000" se indica que existen 461 escuelas de enfermería y 512 escuelas de capacitación de auxiliares en América Latina y

<sup>1/</sup> Documento Oficial 173, OPS, 1980.

<sup>2/</sup> Op. cit., pág. 159.

que, en 1980, 160,000 enfermeras y 395,000 auxiliares prestaban servicios de atención de salud. Esas enfermeras y auxiliares representan más del 50% del personal de salud en la parte latinoamericana de la Región.

En lo que respecta al desarrollo de recursos humanos, se indica en el informe que:

"Algunos países han hecho declaraciones sobre lineamientos generales de políticas de recursos humanos que forman parte de las políticas nacionales de salud. La mayoría de ellos... (cuentan con) ... poca participación de los organismos formadores (universidades) ... Actualmente, con el crecimiento de la red formadora, el problema más agudo en la Región pasó a ser la utilización de este personal (de salud) y la adecuación de la formación a las necesidades".<sup>3/</sup>

### Finalidad

La finalidad de este documento es analizar la evolución del papel del personal de enfermería en la prestación de servicios de atención primaria de salud en la OMS y la OPS y proponer, para consideración del Consejo Directivo, un plan de acción en el que se haga más hincapié en la formación, la capacitación, el desarrollo y la utilización de estos valiosos recursos humanos en la búsqueda de la salud para todos en el año 2000.

### Evolución de la enfermería en la atención primaria de salud

#### Evolución general

En 1974, el Directorio Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud concluyó un estudio de servicios básicos de salud, en el que se documentaban graves deficiencias en los servicios esenciales de salud prestados a la población de los países en desarrollo.<sup>4/</sup> Un resultado de este estudio fue el establecimiento del Comité de Expertos en Enfermería de la Comunidad cuya tarea consistía en proponer las formas y medios para ampliar la función de la enfermería en los trastornos de salud de importancia crítica.

En mayo de 1977, la 30a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA30.48 en la que se solicitó a los Países Miembros que estudiaran el papel y la función del personal de enfermería (y de las parteras) en la atención primaria de salud; aumentara el número de enfermeras de conformidad con las necesidades de atención primaria de salud de los países y fomentara la participación de las enfermeras (y parteras) en la planificación y administración de la APS y en las actividades de enseñanza y supervisión de los trabajadores de APS.

<sup>3/</sup> CE90/4, ADD. I, pág. 39.

<sup>4/</sup> Serie de Informes Técnicos No. 558, OMS, 1974.

En 1978, la Declaración de Alma-Ata<sup>5/</sup> proporcionó una definición de APS de aceptación universal, a la que siguió en 1979 la adopción de la "Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000" (WHA34.36).

En noviembre de 1981<sup>6/</sup>, la OMS convocó una reunión de enfermeras en Ginebra a fin de considerar el papel de la enfermería en relación con la meta de salud para todos en el año 2000. En la reunión se acordó que si bien la enfermería puede prestar una importante contribución a la salud para todos, aún no está preparada para ello.

Entre las principales reformas recomendadas en la reunión están las siguientes:

- medidas para optimizar la utilización del personal de enfermería en todos los niveles de atención de salud;
- cambio en el enfoque básico de la formación en enfermería del hospital a la comunidad;
- reformas legislativas necesarias para reconocer la función ampliada de la enfermera en la APS y su igualdad frente a los otros integrantes del equipo de atención de salud, e
- investigaciones operativas para fomentar la eficacia de la planificación, la enseñanza y la aplicación práctica de la enfermería.

Según el informe:

"Es indudable que las enfermeras serán llamadas a ejercer una importante función en la puesta en práctica de las estrategias de atención primaria de salud que abarcará responsabilidades como capacitación de trabajadores de atención primaria de salud, establecimiento de programas educativos para auxiliares de salud, asistencia a las comunidades en la identificación de sus necesidades y trabajo como agentes de referencia, administradoras y dirigentes de grupos. Estas actividades exigen nuevos conocimientos y motivación por parte de la enfermera que se deben adquirir de inmediato. Al mismo tiempo, existen fuerzas fuera de las escuelas de enfermería y de la práctica correspondiente que pueden ocasionar cambios, entre otros, a) modificaciones en la política gubernamental; b) redefinición del papel y la función de la enfermera, y c) necesidades de la comunidad. Se prevé que el mayor cambio en la práctica de la enfermería ocurrirá cuando todas estas fuerzas intervengan en forma simultánea y sinérgica".

<sup>5/</sup> Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

<sup>6/</sup> Informe de una reunión sobre el papel de la enfermería en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, HMD/NUR/82.2.

En noviembre de 1982, el Directorio Ejecutivo de la OMS analizó un documento de discusión preparado por el Comité de Programas sobre la función de la enfermería en el grupo de atención primaria de salud<sup>7/</sup> y subrayó que no existe un modelo universal de la infraestructura de un sistema sanitario basado en la APS ni del componente de recursos humanos que es esencial para el funcionamiento apropiado del sistema y que esa falta de universalidad se puede aplicar igualmente a la manera en que se definen, interpretan y reglamentan la formación y la práctica de la enfermería. El Directorio Ejecutivo reconoció que en muchos países existe resistencia al cambio, en particular en las instituciones de capacitación y que, en general, las escuelas de enfermería se han demorado en responder al concepto de APS.\*

El Comité subrayó que la APS está relacionada con el mantenimiento de la salud así como con la atención de los enfermos y que, por ende, se requiere una redefinición completa de las distintas clases y el número de auxiliares de salud necesarios. El informe concluye que es esencial que los países identifiquen los deberes que puede desempeñar cada miembro de su equipo de salud y modifiquen el plan de capacitación con arreglo a ello.

En 1983, la 36a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA36.11 que contiene los siguientes párrafos resolutivos:

1. PIDE al personal de enfermería y a las parteras, y a sus organizaciones en todo el mundo, que apoyen las políticas de la OMS encaminadas a promover la atención primaria de salud y se sirvan de su posición influyente para sostener los programas de enseñanza e información relativos a la atención primaria de salud;
2. INSTA a todos los Estados Miembros a que adopten medidas adecuadas, en cooperación con sus organizaciones nacionales de enfermeras y parteras, para incluir en sus estrategias nacionales de salud para todos un componente de enfermería y partería que abarque todos los aspectos de la cuestión;
3. ENCARECE a las organizaciones internacionales de enfermeras y parteras a que movilicen los recursos necesarios para sostener a las organizaciones nacionales con el fin de que puedan asumir mejor su responsabilidad, de consumo con sus gobiernos nacionales, para promover unos servicios eficaces de enfermería y de parteras como elemento integrante de las estrategias nacionales de salud para todos;

---

<sup>7/</sup> EB71/5, 11 de noviembre de 1982, OMS.

\* Sin embargo, cabe reconocer que la enfermería es la única disciplina de salud que, hasta la fecha, ha reaccionado favorablemente a la APS dentro del contexto de la meta de salud para todos en el año 2000.

4. PIDE al Director General que vele porque la OMS, en todos los niveles, colabore con los Estados Miembros en sus esfuerzos por proporcionar al personal de enfermería y a las parteras una formación apropiada en lo que se refiere a la atención primaria de salud, su gestión y las investigaciones en las que se basa, con objeto de que puedan participar eficazmente en la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos; y que informe sobre los progresos realizados a la 39a Asamblea Mundial de la Salud.

#### Evolución regional

Los países que constituyen la Región de las Américas tienen una larga trayectoria de APS que se remonta a la medicina tradicional de los muchos grupos que contribuyen al rico mosaico cultural que la caracteriza.

El desarrollo del comercio, el incremento de las operaciones mercantiles internacionales y la migración en masa al Nuevo Mundo dieron origen a preocupaciones por el control de las enfermedades transmisibles, la calidad del saneamiento y la protección del medio ambiente. Ello a su vez llevó al incremento de la cooperación internacional en salud y al establecimiento en 1902 de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la institución internacional de salud más antigua del mundo.

En 1947, la OSP se convirtió en la Oficina Regional de la OMS para las Américas y en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana se adoptó la constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En los años 60, varios países de la Región iniciaron programas experimentales de salud de la comunidad, que tuvieron una gran influencia en el establecimiento de programas nacionales de salud. En 1972, en la III Reunión Especial de Ministros de Salud se aprobó el Plan Decenal de Salud para la Región, en el que se subrayó la necesidad de ampliar la cobertura básica local y de introducir nuevos componentes de atención de salud. Varios aspectos del Plan se incorporaron posteriormente en las Estrategias Regionales y en el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias de salud para todos en el año 2000.

En 1980, en su primera reunión, el Comité Asesor del Programa de Capacitación en Salud de la Comunidad de Centro América y Panamá aprobó un plan de acción que abarcaba nueve subprogramas. Se preveía en el plan la producción de nuevos modelos para ampliar la cobertura de la APS, la capacitación en servicio y el desarrollo de nueva tecnología educativa. En el plan se presta particular atención a la formación de personal auxiliar y de nivel intermedio, de conformidad con los componentes prioritarios del concepto de APS.

En 1979, en un seminario de los países pertenecientes al Pacto Andino se indicó que la contribución de la enfermería a los programas de APS se podría considerar como:

1. La planificación y programación de servicios de salud; programas de capacitación para auxiliares de salud tradicionales, parteras y personal de enfermería de otras categorías, y coordinación de servicios de salud en centros de salud como parte de un grupo multidisciplinario;
2. La supervisión y evaluación de la atención de salud directa así como proyectos de desarrollo de la comunidad y de investigaciones para el estudio de los servicios de salud, y
3. La prestación de servicios de salud especialmente a grupos muy expuestos a riesgos, con la participación de la comunidad.

En un documento inédito de la OPS preparado originalmente en español y titulado "Cuarenta años de cooperación técnica de la OPS en enfermería y algunas notas sobre la formación en enfermería en América Latina"\* se analizan las características de la enfermería en América Latina y el desarrollo de la cooperación técnica en enfermería por parte de la OPS. Este trabajo se preparó como documento básico para uso del grupo consultivo en formación en enfermería convocado por el Director en mayo de 1983 (véase Anexo I).

En lo que respecta a la evolución registrada últimamente, se indica en el documento:

"Que en el período en cuestión se han reducido las actividades de enfermería en la OPS en comparación con períodos anteriores. El número de enfermeras en la OPS ha disminuido notoriamente desde 1960 ... Además, durante ese período, la proporción del presupuesto correspondiente a enfermería ha disminuido del 3% al 1% en relación con la proporción correspondiente a la Organización".8/

En mayo de 1983, el Director de la OPS convocó una reunión del grupo consultivo en formación en enfermería, precitado, cuyos objetivos fueron los siguientes:

1. Identificar las tendencias de evolución de sectores de la enfermería que son de importancia crítica y que influyen en los modelos educativos de los países de la Región.

---

\* Los datos y el análisis que contiene ese documento se basan, en parte, en la disertación de la Dra. Alina Souza, a la que se hará alusión más adelante.

2. Proponer el marco de referencia de servicio y formación en enfermería para analizar situaciones y establecer estrategias de cambio que se someterán a discusión en reuniones posteriores de las subregiones.\*\*
3. Establecer las bases de coordinación de la cooperación técnica en lo que respecta a la formación en enfermería.
4. Analizar los logros del programa de libros de texto a la luz de los nuevos sectores de cobertura propuestos para la enfermería y proponer nuevos mecanismos de distribución colectiva y expansión del programa para que siga constituyendo un medio apropiado de cooperación técnica en los países.

En el informe de los consultores titulado "Capacitación y utilización de recursos humanos en enfermería para contribuir al logro de la meta de salud para todos en el año 2000 en las Américas"<sup>9/</sup> se identifican sectores de importancia crítica, se proponen estrategias para mejorarlos y para realizar la cooperación técnica y se formulan recomendaciones sobre la capacitación y la utilización de personal de salud en APS.

Las deficiencias identificadas por los consultores comprenden los siguientes sectores de importancia crítica:

- En la mayoría de los países, ausencia de políticas nacionales de formación y capacitación del personal de enfermería y legislación inapropiada para que las enfermeras puedan desempeñar una función más eficaz en materia de APS.

- Ausencia de asociaciones nacionales en la mayoría de los países que puedan contribuir a las actividades de planificación y adopción de decisiones necesarias para la capacitación y el empleo de enfermeras en el sistema de atención de salud.

- Falta de una relación entre las necesidades sanitarias de las comunidades y el campo educativo y profesional del personal que trabaja en enfermería.

- Poca atención prestada a la orientación de los profesionales de enfermería hacia la supervisión de la formación en ese campo.

- Poca constancia de la existencia de políticas de investigación orientadas hacia la solución de problemas de salud.

---

\*\* El Director se propone celebrar otra serie de reuniones a nivel sub-regional con el fin de establecer estrategias de cooperación técnica a medio y largo plazo entre y dentro de los países de la Región.

<sup>9/</sup> Proyecto de informe final, OPS, mayo de 1983.

- Insuficiente atención prestada a las necesidades de desarrollo y de educación continua del personal de enfermería.

- Servicios que por lo común son inadecuados para garantizar la buena capacitación del personal de enfermería en APS.

- Falta de atención por parte del personal de enfermería a los adelantos técnicos y científicos que le permitirían desempeñar una función más importante en el establecimiento y la prestación de servicios de enfermería.

- El principal foco de formación y capacitación de la enfermera, en la mayoría de los países, está en los niveles secundario y terciario de atención de salud (es decir, se hace hincapié en el tratamiento más que en la prevención).

- Poca participación de la enfermera en la adopción de decisiones relativas al sistema de salud.

Pese a estas deficiencias, se indica en el informe que hay señales alentadoras de progreso en muchos países y que el personal de enfermería comienza a desempeñar una función de mayor participación en el desarrollo de sus sistemas nacionales de salud.

La disertación presentada por la Dra. Alina Souza, en cumplimiento parcial de los requisitos para obtención del doctorado en la Universidad Estatal de Ohio<sup>10/</sup>, contiene un análisis integral del desarrollo de la enfermería en América Latina que indica que la substitución de los sistemas nacionales de salud, controlados directamente por el gobierno por intermedio de los departamentos o las direcciones nacionales de salud, ha afectado la práctica de todas las profesiones de la salud inclusive la enfermería. La Dra. Souza considera que el control de la atención médica por parte del Estado y de la profesión médica es el factor más importante en el proceso de profesionalización y adelanto de la enfermería. Sin embargo, en ese proceso, la enfermería está cada vez más sujeta a la autoridad médica y, por ende, ha perdido algunas de sus características propias.

La Dra. Souza señala que, según los cálculos de Meyer (1980)<sup>11/</sup>, más del 80% de las enfermeras prácticas de América Latina prestan atención directa a los pacientes en los hospitales y en programas comunitarios y que el 50% de ese personal ha recibido poca formación. Macedo y

---

<sup>10/</sup> Development of the Pan American Health Organization Nursing Advisory Services; Impact in Latin American Education (1940-1980), Dra. Alina María de Almeida Souza, Universidad Estatal de Ohio, 1982.

<sup>11/</sup> Meyer A. y (?) Salud 14:95-105, enero.



colaboradores (1980),<sup>12/</sup> al referirse al Brasil, indican que la disponibilidad de instructores y supervisores constituye una gran dificultad para los directores de los problemas locales.

En relación con la meta de salud para todos en el año 2000, la Dra. Souza comenta que el movimiento en pro del logro de la misma puede haber sido considerado como un desafío para los gobiernos latinoamericanos que, por una parte, podría llevar a profundos cambios socioeconómicos y, por otra, a la reorganización del sistema de salud con el fin de ampliar sus servicios. Además, las políticas para ampliar la cobertura de atención de salud han desencadenado una serie de recomendaciones de cambios en la práctica y la formación en enfermería que podrían ampliar la función tradicional de la enfermería para abarcar algunas de las intervenciones practicadas por los médicos.

A pesar de la continua evolución registrada en todos los países, la Dra. Souza indica que la educación en enfermería no se ha incrementado a un nivel satisfactorio y que la proporción de graduados en relación con la población permanece bastante estática en cerca de 2.0 por cada 10,000 personas, lo que indica una comparación desfavorable con la proporción registrada en los países desarrollados como Estados Unidos de América, donde en 1979 era de 50.1 por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, teniendo en cuenta la actual situación económica mundial, los Países Miembros han tropezado con dificultades para asignar los recursos necesarios para incrementar en lo debido las filas del personal de enfermería.

Aunque la Región ha adelantado mucho en lo que respecta a la racionalización del papel del personal de enfermería, en la actualidad la profesión no tiene la capacidad de asumir una función importante para efectuar los cambios que necesita el sistema de atención de salud para lograr salud para todos en el año 2000. Freire, en su obra "Pedagogy of the Oppressed", concluye que la enfermería deberá luchar para determinar su espacio en la práctica de la APS y subraya que la falta de un sector de enfermería bien organizado en muchos países y los conflictos y contradicciones existentes en las distintas categorías del personal de enfermería constituyen obstáculos para el establecimiento de funciones más eficaces.

En conclusión, aunque se ha adelantado mucho en la Región en lo que respecta a la racionalización del papel del personal de enfermería, ese empeño no ha tenido siempre recursos adecuados, quizá por falta de políticas nacionales, variabilidad del financiamiento y falta de pautas para el empleo, la formación y la capacitación del personal de enfermería. Esto se pone de manifiesto especialmente en la preparación y el empleo del personal de salud en APS.

---

<sup>12/</sup> Macedo y col., 1980, "Uma experiência de formação de pessoal de saúde saúde no Brasil", Educ. Méd. Salud 14:62-74, enero.

## Discusión

### Definición del personal de enfermería

Dentro del contexto del presente documento, el término "Personal de enfermería" abarca todos los recursos humanos constituidos por hombres y mujeres, calificados a nivel universitario, auxiliar o de diploma, que desempeñan funciones relacionadas con la atención primaria de personas enfermas o sanas en hospitales, dispensarios y consultorios particulares o en programas comunitarios o de atención primaria de salud.

### Atención primaria de salud

Todos los países de la Región han realizado enormes inversiones de recursos humanos y financieros en hospitales que, en general, representan una fuente de empleo para más del 50% de los profesionales de salud. En Canadá, por ejemplo, más del 80% del personal de enfermería está empleado al servicio de hospitales e instituciones afines. Ese porcentaje es superior en muchos países de la Región, lo que deja relativamente pocas personas calificadas en ese campo para empleo en APS. Obviamente, los países necesitan examinar la asignación de recursos a las distintas secciones de sus respectivos sectores de salud y efectuar las modificaciones de rigor para suministrar financiamiento apropiado para prestación de APS a nivel de la comunidad.

Puesto que la salud de la comunidad trata de modificar la conducta y el medio en que viven y trabajan las personas, se ha convertido en un importante foco de acción social. Los objetivos de la salud de la comunidad son conservar y fomentar la salud y el bienestar de la comunidad, prevenir la enfermedad y garantizar el acceso a la APS. La salud de la comunidad se concentra también en las necesidades para el mantenimiento de la salud de los grupos muy expuestos a riesgos. Por ende, está orientada más hacia las colectividades que hacia los particulares.

A nivel de la comunidad, la APS es de ordinario el primer punto de contacto entre el individuo y el sistema de atención de salud. Aunque en el pasado se aceptaba en general que ese primer punto de contacto debería ser un médico, en la actualidad se reconoce que la enfermera de atención primaria, que trabaja como parte del equipo de salud, puede ser un punto de referencia más apropiado. Ese cambio exigirá una consideración concienzuda de la capacitación del personal de enfermería colocado en un escalón más prominente y de mayor responsabilidad del sistema de prestación de atención de salud.

La enfermería comunitaria y orientada hacia la familia es parte integral del concepto de APS definido en Alma-Ata puesto que combina el concepto general de la enfermería de salud pública, con el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad y con la atención curativa, domiciliaria y ulterior. En algunos países se ha ampliado aún más el papel del personal de enfermería para abarcar salud mental, atención domiciliaria de ancianos y personas inválidas y cancerología y cardiología preventivas.

La atención primaria de salud, junto con su enfoque en la comunidad, entraña también la función epidemiológica de manera complementaria a la relación tradicional existente entre el médico y el paciente, y en las zonas remotas, el grupo de APS puede ser la única fuente de datos epidemiológicos. Por ejemplo, mientras que el médico registra el examen, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente, el equipo de APS registra el estado de salud de la comunidad, diagnostica las causas de la mala salud, identifica los grupos expuestos a riesgos e interviene de acuerdo con las necesidades de salud de la comunidad. Además, la vigilancia es continua en lugar de esporádica. Es posible que el personal de enfermería necesite formación especial para llevar a cabo esta función complementaria, que constituye una característica esencial del concepto de APS.

La mayor atención prestada a la autorresponsabilidad del individuo y de la comunidad hace más pesada la carga para el equipo de APS, puesto que implica participación en las decisiones que afectan la salud de los individuos, las familias y la comunidad en general. Para poder participar efectivamente se requiere conocer la importancia de la red de relaciones recíprocas de la comunidad con la familia, los oficios y ocupaciones de la comunidad, sus actividades diarias y su estructura de dirección tanto formal como informal. El trabajador de APS debe entender también los valores de la comunidad, sus costumbres sociales, creencias y modalidades de comportamiento. En muchos países de la Región, relativamente pocos miembros del personal de salud tienen la formación, capacitación y experiencia necesarias para participar eficazmente en actividades de la comunidad.

#### El concepto del equipo

Se acepta en general que la sociedad no puede seguir limitando la prestación de atención primaria al tratamiento de las personas enfermas. No obstante, los sistemas de atención de salud se han adaptado lentamente a la noción de que es posible fomentar y mantener la salud. Esto tampoco se convertirá en realidad hasta que la atención de salud deje de concentrarse en el tratamiento de la enfermedad y cambie a un criterio integral en el que se haga más hincapié en el mantenimiento de la salud y el bienestar.

Este enfoque de la salud, en el que se acentúa la atención y no la curación, exige nuevas definiciones de las funciones del personal de salud, nuevas modalidades de prestación de servicios de atención de salud, especialmente en el sector de APS y revisión y mejoramiento de los sistemas de formación y capacitación de profesionales, auxiliares y otros miembros del equipo de salud. Es preciso establecer nuevos métodos de trabajo y de prestación de servicios, no solo en el sector de APS sino en los niveles secundario y terciario de atención.

El enfoque multidisciplinario de la APS exige una reevaluación de las relaciones tradicionales que existen en el sector de salud y la formación de otras con las demás disciplinas que se proyecta incorporar en el equipo de atención primaria de salud. Además, la ampliación de la atención de salud a la comunidad significa una mayor participación de ésta y un mayor uso de los servicios de las auxiliares de salud.

Estas modificaciones en la función y la composición del equipo de salud tienen repercusiones en las relaciones jerárquicas existentes. Los trabajadores de salud, que han desempeñado tradicionalmente una función subordinada en materia de atención de salud, pueden convertirse en los nuevos dirigentes del equipo de salud. Además, en razón de la índole multidisciplinaria del mismo, su dirección no provendrá necesariamente de un profesional de salud.

El concepto del equipo de APS y su orientación hacia la atención no puede seguir basándose en modalidades convencionales de referencia. Puesto que el éxito depende de la movilización de todos los recursos de la comunidad, es preciso establecer nuevos vínculos, a menudo con otros sectores de la economía. Ello representa una mayor carga para el personal de salud que está acostumbrado a enviar pacientes a niveles superiores de atención.

La participación de la comunidad en APS es un fenómeno relativamente nuevo en muchos países de la Región. Impone demandas en el equipo de APS que los miembros de éste no pueden atender por falta de experiencia o capacitación. La participación de la comunidad puede desafiar los conocimientos convencionales y poner en tela de juicio modalidades uniformizadas de atención de salud.

Es preciso salvar obstáculos lingüísticos y culturales, resolver los problemas de distancia social y alienación de la comunidad y adaptarse a distintas modalidades sociales y culturales de la comunidad.

#### La nueva función del personal de enfermería en la APS

Teniendo en cuenta la evolución del concepto de APS a nivel mundial, regional y nacional, según se ha indicado previamente, conviene examinar en mayor detalle la nueva función del personal de enfermería en la APS.

La determinación del papel del personal de enfermería en la APS será afectada por la forma en que los países estructuren sus sistemas de atención de salud de conformidad con el modelo señalado en Alma-Ata y por las políticas, estrategias y planes de acción que adopten para lograr la meta de salud para todos en el año 2000.

En algunos países la función del personal de salud adquirirá nuevas dimensiones. En otros, ese personal estará mal equipado para asumir nuevas responsabilidades de atención primaria, que podrían ampliar su

participación en la prestación de atención de salud más de lo que podría hacerlo su formación y capacitación en medicina preventiva y curativa. Esas nuevas funciones pueden exigir también cambios legislativos para que el personal de enfermería pueda prestar servicios que, en el pasado, eran prerrogativa exclusiva de los médicos debidamente licenciados.

En lo que respecta a bienestar social, el personal de enfermería que ha sido capacitado para observar los signos y síntomas clínicos puede tener dificultad al tratar de determinar el estado general de salud social y bienestar del individuo, la familia o la comunidad, o la atención que necesita un individuo que no tiene un problema médico sino económico o social. Naturalmente, no existen respuestas sencillas para esos problemas y la determinación o la clase de intervención dependerá en gran medida de la capacitación del personal de enfermería, la composición del equipo de APS y los recursos disponibles en la comunidad.

Después de reconocer que en algunos países de la Región ya se ha asignado una función directiva en APS al personal de enfermería, es preciso subrayar que se necesita cada vez más examinar la forma en que se capacita el personal para llevar a la práctica esa función. Los países que ya han establecido programas eficaces para enfermeras clínicas podrían constituir un buen punto de partida.

Muchos países de la Región han ampliado la función y las oportunidades de empleo de auxiliares de salud de la comunidad o la aldea, especialmente en las zonas rurales. El personal de salud, sin embargo, a menudo está mal preparado para asumir la responsabilidad de capacitar y supervisar al grupo de paramédicos o de auxiliares de salud.

En los lugares donde la medicina tradicional constituye una característica de la atención de salud de la comunidad, es esencial dar orientación especial a los miembros del equipo de APS a fin de evitar conflictos entre los métodos tradicionales y modernos de atención de salud y aprovechar al máximo la contribución de la medicina tradicional.

Suponiendo que esos cambios son una realidad, obviamente hay una grave escasez de enfermeras en muchos países de la Región y es insuficiente el personal de salud que recibe capacitación en prevención de enfermedades, educación pública, participación de la comunidad, epidemiología y prestación de APS con base en el concepto del equipo.

#### Factores determinantes del cambio

El informe preliminar del grupo consultivo en formación en enfermería, convocado por el Director en mayo de 1983, identifica muchos de los aspectos que obstaculizan el desarrollo ordenado de la función ampliada del personal de enfermería en APS en la Región de las Américas.

Aunque en algunos países ya se han tomado medidas para suministrar personal de enfermería con una función ampliada, se ha progresado lentamente y ha faltado una acción catalítica necesaria para desencadenar un movimiento de índole más general. Esa función catalítica podría ser desempeñada o fomentada eficazmente por la OPS.

La Dra. Souza hace un análisis crítico de la enfermería en la OPS en su disertación y subraya que recientemente se registraron cambios en la orientación de los Servicios Consultivos en Enfermería que los apartan de la educación y los concentran más en el desarrollo de servicios. Subraya también que ha habido una notoria reducción en los servicios de enfermería del programa de cooperación técnica de la OPS en los últimos 20 años. La Dra. Souza se refiere a la amplia gama de actividades realizadas por la Organización en los campos de formación, capacitación y desarrollo de personal de enfermería en el pasado y tiene en cuenta la influencia ejercida por los planes decenales de la misma en las políticas y programas de enfermería así como los últimos acontecimientos socio-económicos que han tenido profundas repercusiones en las estrategias regionales de salud al hacer hincapié en la necesidad de establecer un sistema simplificado y menos costoso de prestación de atención de salud.

El movimiento hacia una mayor integración de la atención médica y la extensión de la cobertura ha tenido un marcado efecto en las actividades de enfermería de la OPS, incluida una tendencia general a reducir los recursos de enfermería en un momento en que se trata de fomentar la APS como la estrategia para lograr la salud para todos en el año 2000. La Dra. Souza afirma que los profesionales de enfermería de América Latina se han demorado en aceptar el cambio y no han tenido la flexibilidad necesaria para establecer enfoques multidisciplinarios y abiertos necesarios para atender las nuevas exigencias en la formación de personal de salud. Además, cree que la importante función en APS que la profesión de enfermería alega desempeñar, es una creencia que no comparten los Gobiernos Miembros, ni en forma individual ni colectiva.

Cualquier esfuerzo mancomunado que se haga para dar mayor importancia a la función del personal de enfermería en la APS exigirá modificaciones en la organización y ejecución del programa regional a fin de que la Organización pueda cumplir con su responsabilidad regional de vigilar y evaluar el progreso alcanzado y de servir de espejo a los Países Miembros, estimulando la voluntad política para lograr la meta de salud para todos.<sup>13/</sup>

Las modificaciones al programa regional recientemente propuestas por el Director se concentran en los sistemas y la infraestructura de salud y el desarrollo de programas de salud. Existe el peligro de que ello pueda obstaculizar más que fomentar la evolución del modelo de APS ya que, al parecer, puede crear una desvinculación entre los sistemas/la infraestructura de salud y los programas de salud que sería difícil de corregir. Con mucha frecuencia, el personal de enfermería tiene la

---

<sup>13/</sup> Introducción al presupuesto de programas preparada por el Director. Documento Oficial 187.

responsabilidad de administrar los programas de APS. Debe, por ende, tener la capacidad de contribuir al desarrollo y a la dirección del programa. Es de suma importancia considerar a ese personal como parte integral de esos programas y darle la representación necesaria en la formulación de los mismos. En términos de costo-eficacia, se pueden presentar argumentos convincentes para ampliar la presencia del personal de enfermería calificado en todas las divisiones del programa. Obviamente, la OPS tiene una singular oportunidad para demostrar, por ejemplo, la importancia de la función del personal de enfermería no solo en la ejecución de los programas sino en los procesos de establecimiento y planificación.

La función del Consejo Directivo consiste, sin lugar a dudas, en dar al Director un mandato para concentrar la atención de la Organización en la promoción de la función ampliada del personal de enfermería en la APS dentro de los países de la Región; ayudar a los países a poner en práctica los cambios en el sistema de atención de salud que son necesarios para educar, capacitar y preparar al personal de enfermería para asumir esa función ampliada y fomentar las modificaciones legislativas necesarias para dar al personal de enfermería el apoyo requerido con el fin de que pueda cumplir con las responsabilidades derivadas de su función ampliada.

A nivel internacional se considera que el Consejo Internacional de Enfermeras y otros organismos internacionales como el UNICEF podrían desempeñar una importante función instando a las asociaciones nacionales de enfermeras a participar más en el fomento de la función ampliada del personal de enfermería.

Los Ministerios de Salud pueden contribuir mediante interacción con las asociaciones nacionales de enfermeras, inclusión del personal de enfermería en la formulación de políticas y decisiones, en forma cada vez más activa y, sobre todo, reconocimiento de la importante función que puede desempeñar el personal de salud en el logro de la salud para todos en el año 2000 por medio de la APS.

Los países de la Región que cuentan con políticas bien establecidas para el empleo de personal de enfermería podrían cooperar bilateralmente con los países interesados en ampliar la función del personal de enfermería en la prestación de servicios de APS suministrando apoyo y asesoramiento. En conjunto, esos países podrían proporcionar innumerables conocimientos que evitarían la necesidad de volver a inventar la rueda continuamente.

Hay, por supuesto, muchos otros métodos que los países podrían emplear para reconocer el potencial que tiene el personal de enfermería como fuerza motora para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

### Conclusiones

En este breve análisis se demuestra que las Estrategias Regionales y el Plan de Acción no constituyen un reconocimiento adecuado de la importante función que desempeña el personal de enfermería en la APS. Por ejemplo, en el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud<sup>14/</sup> no se hace ninguna referencia específica a la función del personal de enfermería en las secciones de Desarrollo de la Infraestructura de Salud, Aumento de la Capacidad Operativa, Reestructuración Sectorial, Planificación y Programación de Recursos Humanos, Capacitación en Sectores Prioritarios, Utilización de Recursos Humanos o Tecnología Educativa.

La Resolución WHA30.48 de 1977 sobre la función del personal de enfermería/partería en APS ha tenido un efecto relativamente limitado, y la Resolución WHA36.11 de 1983 quizá no suministre suficiente motivación a la OMS, la OPS o los Estados Miembros para tomar las medidas inmediatas necesarias para destacar la función del personal de enfermería en la APS.

Las condiciones y los sistemas de salud de los países que integran la Región de las Américas tienen muchas características comunes que no se encuentran en las otras Regiones que forman parte de la Organización Mundial de la Salud y muchos países tienen características culturales comunes que podrían aumentar el potencial de la Región para establecer modelos singulares de APS, incorporando una función ampliada para el personal de enfermería.

Además, algunos países llevan la batuta en la utilización del personal de enfermería en la prestación de APS y la Región tiene, por ende, un gran acervo de conocimientos y experiencia práctica--inexplorados en su mayor parte--que podrían emplearse para establecer funciones modelo, normas, pautas, planes de estudio y legislación y como punto focal de la planificación y el desarrollo de la función ampliada del personal de salud en APS.

La OPS podría convertirse en fuerza catalizadora para motivar a los países a reevaluar la función del personal de enfermería en sus propios sistemas de atención de salud y se recomienda que el Consejo Directivo considere la posibilidad de dar al Director la autoridad necesaria para establecer la meta de investigar, evaluar y promover una función ampliada para el personal de enfermería en APS.

Hasta la fecha, las asociaciones nacionales e internacionales de enfermería, las universidades y las escuelas de enfermería tienen la posibilidad aún inexplorada de convertirse en fuerza motora en la tarea de reevaluar la función del personal de enfermería en todos los niveles

---

<sup>14/</sup> Documento Oficial 179, OPS, 1982.



de atención de salud, de contribuir al establecimiento de políticas nacionales y a la adopción de decisiones relativas a la atención de salud y de adaptar la formación en enfermería, la capacitación y el desarrollo a nuevas modalidades de atención, haciendo hincapié en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad e incorporando los principios de APS establecidos en la Declaración de Alma-Ata.

Finalmente, partiendo de un examen de los informes de actividades tendientes a lograr la meta de salud para todos en el año 2000, es evidente que muchos países se han demorado en adoptar, o se han mostrado renuentes a adoptar, el criterio de APS aceptado unánimemente en 1979 por la Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA32.30) y en 1980 por la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Resolución XX).

### Recomendaciones

1. Habida cuenta de la poca importancia atribuida a las funciones de enfermería en el Programa Regional y en la Sede, según ha sido comprobado por el decreciente número de cargos asignados a asesoras o administradoras de enfermeras y su falta de representación en actividades de esa índole en las distintas Divisiones de los Programas de Salud, por ejemplo, Coordinación de Investigaciones, Salud Materno-infantil, Salud Ocupacional, Desarrollo de Servicios de Salud para los Ancianos y las Personas Impedidas, Salud Mental, PAI y Control de las Enfermedades Diarreicas, se recomienda:

- a) Solicitar al Director que garantice que en la estructura orgánica para el establecimiento de programas de salud se tenga en cuenta la función clave que desempeña el personal de enfermería; y
- b) Se reconozca la importancia de la consulta y del asesoramiento en enfermería en éstos y en otros sectores del programa regional que son de importancia crítica.

2. Habida cuenta de la utilización insuficiente de personal de salud en actividades de atención primaria y de la diferencia en su grado de formación, capacitación y preparación para participar como miembros, supervisores o dirigentes del equipo de APS, se recomienda:

- a) Solicitar al Director que establezca un Comité Asesor\* permanente para encargarse de las actividades de consulta y asesoría en materia de formación, capacitación y desarrollo de personal de enfermería y que fomente su mayor utilización en la prestación de APS.
- b) Solicitar al Director que suministre los recursos financieros y el apoyo técnico y administrativo necesario para que el Comité Asesor pueda llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades.

---

\* El mandato propuesto para el Comité Asesor se incluye en el Anexo II.

- c) Asignar al Comité Asesor, como primer deber, la investigación de la función del personal de enfermería en la APS y el establecimiento de una serie de pautas y normas modelo que rijan su formación, capacitación y desarrollo y funciones modelo para su empleo como miembros, supervisores y dirigentes del equipo de APS.
- d) Solicitar al Comité Asesor que presente un informe anual al Consejo Directivo.

3. Habida cuenta de que algunos países en desarrollo se han demorado en adaptar sus sistemas de salud a la APS como medio de lograr la salud para todos en el año 2000, de la falta de voluntad y compromiso político de algunos países a la APS, de la asignación desigual de recursos a la atención curativa y de la proliferación de nuevas funciones en la prestación de servicios de salud, se recomienda que:

- a) Los Países Miembros intensifiquen sus esfuerzos para adaptar el modelo de APS a sus sistemas de prestación de atención de salud, y
- b) Los Países Miembros analicen y adapten la asignación de recursos humanos y financieros a la APS con el fin de avanzar hacia el logro de las metas básicas regionales para los trastornos de salud prioritarios.

Anexos

ANEXO I

CUARENTA AÑOS DE COOPERACION TECNICA DE LA OPS EN ENFERMERIA  
Y ALGUNAS ANOTACIONES SOBRE EDUCACION EN ENFERMERIA  
EN AMERICA LATINA

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud al promover este grupo de consulta, nos invita a reflexionar sobre planteamientos educacionales en enfermería, teniendo como marco de referencia las necesidades y políticas de salud de los países para, en última instancia, elaborar un programa de cooperación técnica a mediano y largo plazo. Para alcanzar este objetivo es necesario tener en cuenta, además de lo propuesto, la trayectoria de las políticas, recomendaciones y actividades realizadas por la OPS en esta área y la formulación de su misión como fuera formulada por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1983 (OPS): "...la tarea de administrar el conocimiento en el sentido de promover su generación, en el sentido de recolectarlo y en el sentido de pensarlo y renovarlo críticamente, de difundirlo y de ayudar a los países en su utilización, en su implantación".

Este trabajo se propone analizar críticamente el desarrollo de la cooperación técnica en el área de enfermería de la OPS y presentar algunas anotaciones sobre educación en enfermería en la América Latina.\*

Las actividades de enfermería en la OPS se inician en la década de los cuarenta, cuando la Institución empieza a expandir su campo de acción y definir políticas de salud más amplias para hacerlas coincidir con la realidad de la práctica y de las políticas de salud de los países. Antes del establecimiento de una sección o unidad de enfermería, la OPS empezó a publicar en su revista oficial, El Boletín, varios trabajos sobre enfermería. Muchos de estos artículos trataron del papel de la enfermería en el control de las enfermedades transmisibles y la necesidad de crear programas educacionales para la preparación de enfermeras en salud pública. La sección de enfermería fue creada en 1948 con el propósito de "estimular", promover y formular altos estándares de educación y servicios de enfermería en todos los países del hemisferio occidental a través de comunicaciones, publicaciones, conferencias, becas, servicios personales y consultorías" (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1948).

---

\* Los datos y el análisis presentados en este trabajo resumen en parte la disertación: "Desarrollo de los Servicios de Enfermería en la OPS: Impacto en la Educación de Enfermería en la América Latina". 1940-1980, presentada por A. Souza a la "Ohio State University", EUA, 1982.

Durante los últimos 40 años, enfermería en la OPS ha pasado por cambios que han respondido a los procesos de reestructuración por los que ha pasado la Organización, y a la expansión de sus servicios especializados de acuerdo a la demanda de los países. Estos cambios se reflejan en la naturaleza de las políticas y recomendaciones formuladas por la sección de enfermería para los países que de un modo general se puedan resumir en tres fases.\*

#### Enfermería en la OPS (1940-1946)

La primera fase abarca un período de seis años, durante la Segunda Guerra Mundial (1940-1946), y se caracteriza por el inicio de la cooperación técnica de enfermería en la OPS. Durante la reunión extraordinaria de Ministros de Relaciones Exteriores realizada en Río de Janeiro inmediatamente después del ataque a Pearl Harbor, se propone la organización de un Instituto de Asuntos Interamericanos. Este Instituto debería proporcionar cooperación internacional en el área de salud, utilizando el "modelo de servicios" que enfatiza acuerdos bilaterales entre los Estados Unidos de América y los países de la Región. La OPS fue considerada como una agencia competente para coordinar estos proyectos. (Gottas, 1946). El mejoramiento de la situación sanitaria y de la salud pública en las áreas estratégicas en función de la guerra fueron los principales objetivos propuestos por los servicios de cooperación, considerándose primordial la participación de enfermería de salud pública.

En general se puede afirmar que los servicios de cooperación de enfermería entonces iniciados en la OPS tienen sus raíces y fueron influenciados por dos hechos principales: 1) el desarrollo de los servicios de atención domiciliaria de enfermería de salud pública de los Estados Unidos en el inicio de este siglo; y 2) los esfuerzos de la Fundación Rockefeller y de otras organizaciones internacionales para implementar la educación y los servicios de enfermería en América Latina. A continuación se hace un resumen de estos hechos.

En 1919, fue organizada la División de Enfermería en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y al mismo tiempo agencias tales como el "Milbank Memorial Fund", la Fundación Rockefeller, y la "Metropolitan Life Insurance Co." promovieron e invirtieron recursos en proyectos de demostración, utilizando enfermeras de salud pública (Davies, 1980). Davies observa que "enfermeras adiestradas no encuentran en los Estados Unidos empleo en los hospitales como sucede en Inglaterra". Hasta la Depresión (1929) las enfermeras en su mayoría eran en su mayoría son empleadas en servicios de atención domiciliaria y actividades

---

\* Por razones de espacio y tiempo para las dos primeras fases se presentará solamente un resumen.

de salud pública. Esta tendencia dominante en los Estados Unidos durante el primer cuarto de siglo está también asociada a los esfuerzos de la Fundación Rockefeller para la "modernización" de la enfermería en América Latina durante la década de los veinte.

Durante este período, la educación fue el principal campo de actividad desarrollado por la OPS. La cooperación en la organización de escuelas de enfermería incluyó recomendaciones para la construcción de instalaciones, planeamiento curricular, preparación de profesores y desarrollo de áreas clínicas para actividades prácticas. En general las propuestas curriculares enfatizaban la enfermería de salud pública. Los proyectos recomendaban la inclusión de un período pre-clínico en el cual se introdujeran las ciencias físicas y biológicas, así como los principios de enfermería. Las actividades clínicas prácticas hospitalarias y de salud pública se concentraban en el control de enfermedades transmisibles, salud materno-infantil y de higiene escolar. Aunque la información disponible sobre las recomendaciones en este período estén fragmentadas, se puede afirmar que fueron tomadas en consideración algunas de las propuestas de Nightingale, tales como un programa independiente y su control en manos de enfermería. (Matheney, 1973). Además, las recomendaciones se fundamentaban en las propuestas incluidas en el Manual del Currículo para las Escuelas de Enfermería publicado en 1973 por la Liga Americana de Enfermería que de acuerdo a Matheney, 1973, este manual enfatizaba el sistema de adiestramiento en servicio.

La preparación de profesores, además de incluir becas para programas en los Estados Unidos, incluyó técnicas de enseñanza y supervisión. Las técnicas de enseñanza enfocaban la organización y preparación de clases individuales; en cuanto a la instrucción sobre supervisión, incluía técnicas de demostración de procedimientos de enfermería, así como la distribución y control de los estudiantes. Se incluía también la organización de bibliotecas y materiales audio-visuales. Estos eran los modelos de preparación de profesores en esta época y pueden ser considerados como un apoyo para la iniciación de la enseñanza. Como observa Eisner (1979), la preocupación con la enseñanza solamente se transforma como un interés académico importante durante la década de los cincuenta cuando fue reconceptuada para incluir los aspectos del proceso de aprendizaje y los criterios para alcanzar objetivos específicos.

El desarrollo de áreas clínicas incluía estudios de administración y organización de hospitales y servicios de salud pública. Durante este período no se organizó un servicio formal de enfermería en la OPS. Con todo, la institución coordinó ocho proyectos en diferentes países para la creación y organización de escuelas de enfermería con una participación de cerca de 15 enfermeras norteamericanas en misión internacional.

### La Sección de Enfermería (1949-1959)

La segunda fase abarca el período de 1949-1959. Este período está marcado por la organización de personal de los servicios de enfermería en la OPS y su inicio coincide como la reorientación y reorganización de las actividades de la institución. Estos cambios fueron motivados por el acuerdo firmado entre la Oficina Sanitaria Panamericana (posteriormente llamada OPS) y la Organización Mundial de la Salud inmediatamente después de su creación en 1947. La OPS adopta la constitución de la OMS y comienza a actuar como su oficina regional, sin perder su identidad propia, para las Américas. Además, la competencia entre otras agencias internacionales que actuaban en las Américas, así como el panorama de salud y la realidad socio-económica de la región demandaban nuevas formas de abordar la cooperación internacional en salud. La OPS reorienta sus políticas para cubrir ampliamente los campos de salud pública, atención médica y asistencia social. Aunque el control de enfermedades transmisibles continuaba siendo visto como la actividad central de la Organización a través del mejoramiento de los servicios nacionales de salud, haciendo énfasis en el desarrollo de programas de salud pública en centros de salud, la promoción de educación médica y organización de servicios hospitalarios empezó a ser abordada.

Al final del período anterior, como consecuencia de la reorganización del Servicio Interamericano de Cooperación, que pasó a actuar a través de acuerdos bilaterales con los países y a coordinar su trabajo directamente con los mismos, la participación de enfermería a través de la OPS fue descontinuada inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. Durante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, Venezuela 1947), el Director de la OPS lamenta la falta de fondos que limitan las actividades de enfermería y pone énfasis en el interés de la Organización por enfermería, señalando que en dos de las Oficinas de Zona se habían mantenido enfermeras como parte del esfuerzo para el desarrollo de este servicio.

En septiembre de 1947, a través de una subvención de la Fundación Rockefeller, los servicios de enfermería en la OPS empiezan a ser reorganizados. Una consultora en enfermería fue designada para dirigir los servicios desde la Oficina Central en Washington, D.C. Durante este período, la estructura general de los programas y las actividades mantuvo los mismos lineamientos desarrollados durante la Segunda Guerra Mundial, es decir el énfasis en el desarrollo de enfermería de salud pública y la promoción de educación básica en enfermería.

La sección de enfermería realizó como primera actividad un estudio sobre las Escuelas de Enfermería en la Región. Este estudio es el primero en la historia de enfermería en la América Latina que reúne datos sobre el número de escuelas existentes, los programas, las estructuras técnicas y físicas de los programas, el número de estudiantes, etc. Este conocimiento permitirá el establecimiento de pautas para las actividades de asesoría. También fueron organizados cinco congresos y varios seminarios internacionales. Los congresos tuvieron como objetivo

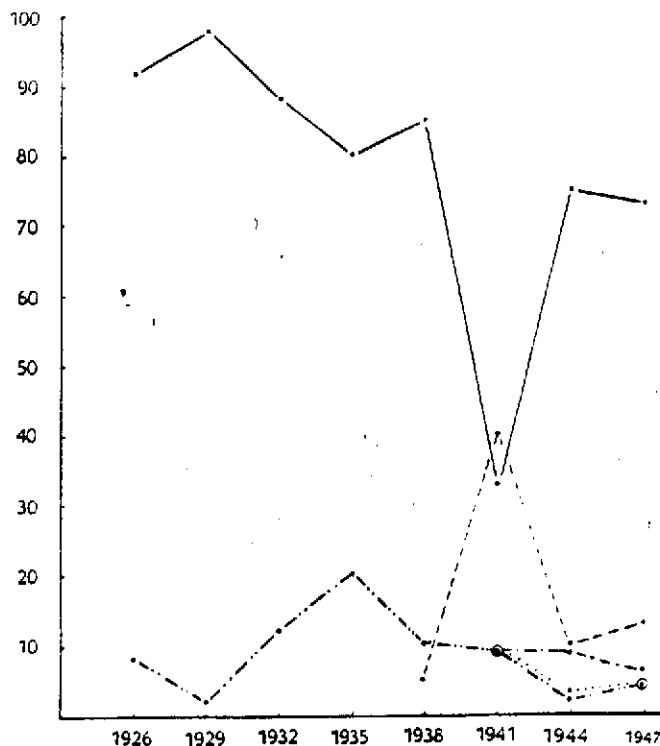
congregar a las enfermeras latinoamericanas para la organización de una Federación Latinoamericana de Enfermería. Fue también una oportunidad para el intercambio y estudio de los problemas de la educación y de la práctica de enfermería, así como la formulación de recomendaciones para orientar a los gobiernos y a la OPS en el desarrollo de la enfermería. Los seminarios promoveron el entrenamiento de enfermeras en las áreas de supervisión y educación.

A pesar de la pequeña proporción presupuestaria para los servicios de enfermería, un promedio de 3% del presupuesto total de la OPS, el número de enfermeras, de programas y actividades específicas creció rápidamente durante este período. En 1947 habían dos enfermeras en Washington, y dos en las oficinas de Perú y Guatemala. Cuatro años después (1951), ya se habían incorporado 20 enfermeras en las actividades de países y al final de este período (1959) la sección contaba con 43 enfermeras (el número mayor registrado en los documentos oficiales hasta la fecha).

Se observa también un aumento considerable de las publicaciones sobre enfermería, con una participación sustantiva de contribuciones de enfermeras latinoamericanas (Ver figuras 1 a 3 y cuadro 1) y por primera vez literatura especializada en enfermería fue traducida al español:

- Principios y Práctica de Enfermería, por Hammer y Henderson;
- Supervisión en Salud Pública, por Hodgson; y
- Manejo de Sala y Enseñanza, por Benet.

FIGURA 1. BOLETIN OFSPANPAN; DISTRIBUCION DE ASUNTOS SOBRE ENFERMERIA (1926-1948)

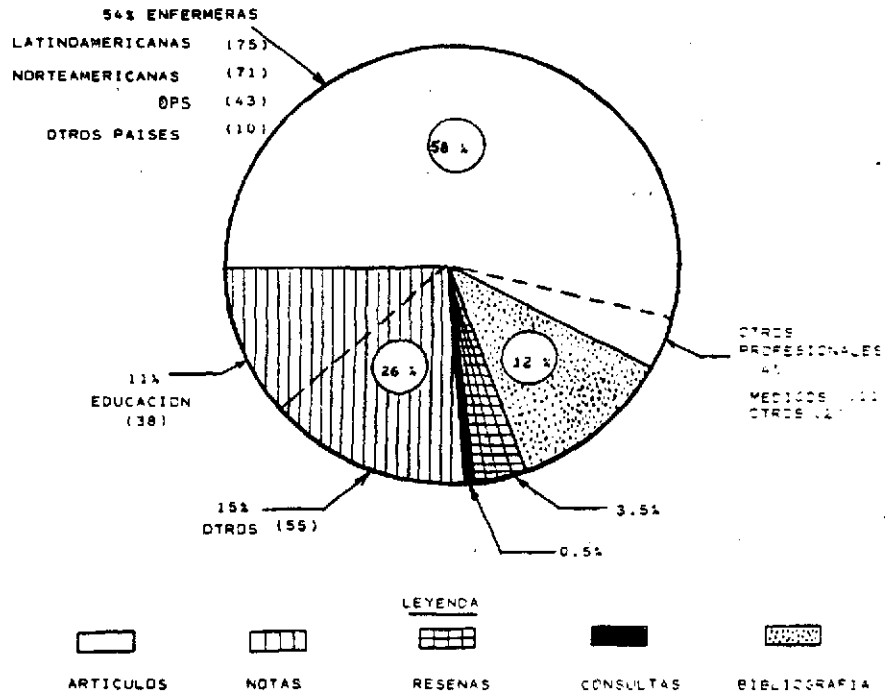


LEYENDA

- ARTICULOS
- - - NOTAS
- · - RESENAS
- · · · · BIBLIOGRAFIA
- · · · · CONSULTAS

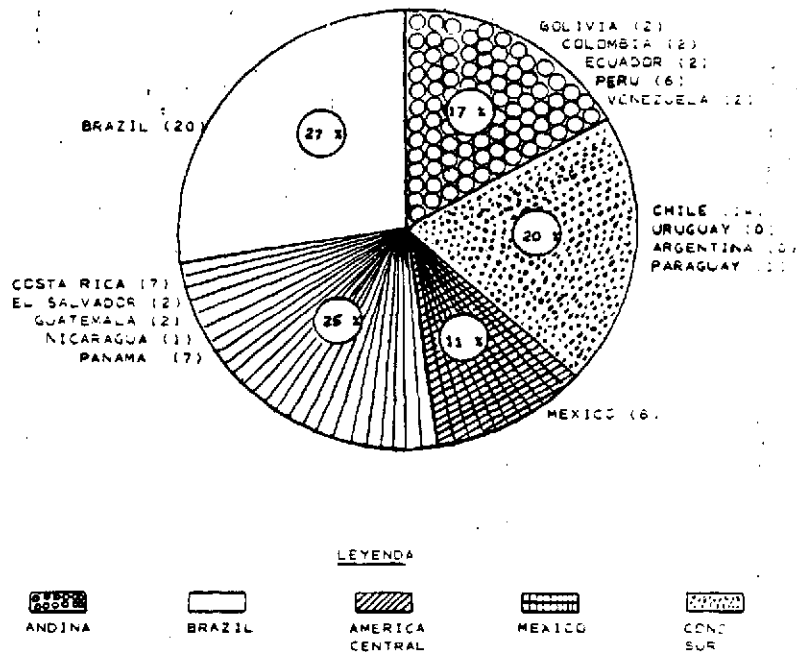


FIGURA 2. BOLETIN DE OFSANPAN; ASUNTOS SOBRE ENFERMERIA  
ARTICULOS (POR ORIGEN DE AUTORES), NOTAS (POR  
TIPD), RESENAS, BIBLIOGRAFIA Y CONSULTAS  
(1949-1960)



NOTA: LOS NUMEROS ENTRE PARENTESIS SON EN CANTIDADES ABSOLUTAS

FIGURA 4. BOLETIN OFSANPAN; ARTICULOS PUBLICADOS POR  
ENFERMERAS LATINOAMERICANAS DE ACUERDO A  
SUB-REGIONES DE ORIGEN DEL AUTOR (1949-1960)



NOTA: LOS NUMEROS ENTRE PARENTESIS SON EN CANTIDADES ABSOLUTAS

Cuadro 1

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana  
Número de Artículos sobre Enfermería por Asunto

Artículos por Asunto	Años X	1949 1951	X	1952 1954	X	1955 1957	X	1958 1969	X
Editorial		3	5	4	7	3	6		
Enfermería general		15	23	17	28	10	19	44	
Enfermería en ET		10	15	6	10	3	6		
Enfermería administrativa		4	6	4	7	4	8	1	3
Educación en enfermería		14	21	12	20	9	10	10	28
Enfermería en MED						2	4		
Enfermería Médico- quirúrgica		3	5	1	2	4	8		
Enfermería en Salud Pública		13	20	9	15	7	13	2	6
Psiquiatría				3	5	3	6		
Personal Auxiliar		2	3	2	3	6	12	2	6
Situación del país		1	1	2	3	1	2	1	3
Nutrición		1	1						
Enfermería citada en otros artículos								3	8
TOTAL		22	100	60	100	52	100	36	100

Es importante señalar también que durante este período la sección de enfermería buscó estrategias para implementar programas de auxiliares de enfermería. El problema de la capacitación de personal de enfermería es un asunto todavía muy controvertido. Durante el primer Congreso Regional (Costa Rica, 1949), la sección de enfermería incluyó en la agenda de discusión sobre este tema, pero la falta de acuerdo y consensus entre los participantes impidió la formulación de recomendaciones específicas en ésta área. El informe del congreso dice: "El Congreso no está en posición para hacer recomendaciones sobre este asunto hasta un futuro". Esta situación se repitió en el Segundo Congreso Regional (Perú 1949), cuando se decidió que: "Cada país debería considerar la preparación de personal auxiliar de acuerdo a sus propias necesidades y la oportunidad mas conveniente para cada gobierno". Para Chagas (1964) la principal razón para el rechazo de las enfermeras latinoamericanas a la capacitación de auxiliares de enfermería era el temor de que esta categoría profesional pasara a sustituir enfermeras graduadas. Según Chagas el temor era mayor entre las enfermeras de países donde los requerimientos de admisión para las escuelas de enfermería no sobrepasan la escuela primaria. Chagas extendió sus comentarios explicando que en los países donde los requerimientos para admisión eran superiores a educación elemental, el temor no se presentaba. El "miedo", como fue explicado por Chagas, estaba basado en la experiencia de que un gran número de personal en enfermería sin ninguna preparación formal ya eran reconocidos como "enfermeras". Lógicamente sería más difícil hacer la distinción entre personal preparado a través de adiestramiento por corto que sea y las enfermeras preparadas en programas de tres años.

Sin embargo, estas observaciones solamente consideran el problema desde el punto de vista interno del grupo de enfermeras, el cual estaba marcado por una perspectiva histórica contradictoria. Por un lado, el desarrollo de enfermería en los Estados Unidos y Europa tenía antecedentes distintos en relación con la capacitación de personal auxiliar. En Inglaterra, así como en los Estados Unidos, el desarrollo de la "enfermería moderna" se inició con el surgimiento de la clínica médica de los hospitales. Al final del Siglo XIX, la mayoría de quienes practicaban tenían algún tipo de adiestramiento en enfermería y habían normas para la selección y admisión de enfermeras a los varios programas de formación. Fué después de la Segunda Guerra Mundial cuando hubo escasez de enfermeras, cuando los Estados Unidos organizó por primera vez programas para Auxiliares de Enfermería.

Por otro lado, la situación en América Latina era históricamente distinta. Cuando se inició el adiestramiento de enfermeras, existía un gran número de "enfermeras" sin capacitación formal en los servicios. A medida que las escuelas de enfermería empezaron a reclutar jóvenes de clase media para recibir formación, se profundizó en las diferencias entre éstas y las "enfermeras" de servicio que generalmente provenían de clases sociales más bajas. Así, podemos apreciar que estos hechos son más directamente responsables por la actitud que el "miedo" sugerido por Chagas.

La sección de enfermería de la OPS sigue insistiendo en el fomento de la formación de auxiliares de enfermería hasta conseguir su aceptación por el liderazgo de enfermería de la Región. Es importante también señalar que había un gran interés por parte de los gobiernos en el adiestramiento de este tipo de personal. La OPS/OMS en este tiempo, prestó cooperación técnica a nueve programas para formación de auxiliares de enfermería en la Región y al final de este período tenía programas en la mayoría de los países.

Otra actividad importante de este período fue la concesión de becas a enfermeras latinoamericanas. La OPS concedió 402 becas a enfermeras de América Latina, las figuras 4, 5, 6 y 7 resumen la distribución de becas según duración, país de origen de las becarias, área de estudio y país en donde se realizaron los estudios.

En resumen, la Sección de Enfermería creó durante este período en respuesta a las demandas internas de la OPS, derivadas de la expansión de su rol en el campo de la salud en las Américas, una vasta red de servicios consultivos de enfermería para la Región. Formuló políticas y desarrolló actividades, en general, asociadas a las políticas de la OPS vigentes en este tiempo. Además, el desarrollo internacional de enfermería profesional influyó en el marco teórico de enfermería de la Organización.

## Enfermería en la OPS 1960-1980

### Características generales del período

En el inicio de la década de los sesenta, la política de enfermería de la OPS cambio su enfoque principal pasando a considerar prioritario el desarrollo de servicios, en lugar del desarrollo de educación en enfermería que había caracterizado las dos fases anteriores. La OPS también amplió sus políticas de atención médica, y consecuentemente enfermería pasa a enfatizar atención de enfermería a nivel hospitalario en contraste con el desarrollo de servicios de salud pública que también había caracterizado los períodos anteriores.

En general, el cambio de las políticas de la OPS que permitirán la ampliación de la atención médica, resultó del endoso del modelo desarrollista propuesto por la Organización de los Estados Americanos a fines de los años cincuenta. La acta de Bogotá (1960) y la Carta de Punta del Este (1961) expresaban la necesidad de reconocer la atención médica. Así, los cambios en las políticas de enfermería están asociados a los cambios en la OPS que a la vez pueden ser asociados a los cambios en las estructuras sociales en América Latina.

Así, este período es marcado por una conscientización creciente del papel de la salud en el progreso social. El Director afirma que la Organización había tomado "las medidas necesarias para tornar la salud en componente del desarrollo", y consideró que ésta sería una tarea inmediata a planearse para el desarrollo integrado de recursos humanos y materiales, para que cumplieran los objetivos de "aumentar la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva." (PASB, 1962).

Bajo la influencia de esta amplia visión conceptual de desarrollo e integración de los aspectos de salud al desarrollo social, la enfermería en la OPS reorienta y extiende sus actividades.

### Políticas de Enfermería

El cambio en las políticas de enfermería ocurridos en este período, deben ser analizados a la luz de los cambios en la estructura socioeconómica de América Latina, y la influencia dominante de los Estados Unidos. En este período la mayoría de los países de la Región se consolidó el proceso de industrialización el cual a su vez promovió la rápida expansión de los servicios de salud, particularmente de complejos hospitalarios. Al mismo tiempo, la modernización de la producción agrícola crea una demanda para servicios de salud rural. Aunque el discurso oficial de la época enfatizase el propósito humanitario de bienestar social que debe acompañar el desarrollo económico, la prestación de la salud a los trabajadores es la manera de asegurar la continuidad de la producción. Por ejemplo, el Director expresó "... la política dominante, tanto nacional como internacionalmente, es el de

FIGURA 4: BECAS OTORGADAS E ENFERMERAS LATINOAMERICANAS DE ACUERDO A LA DURACION Y POR SUBREGIONES (1950-1959)

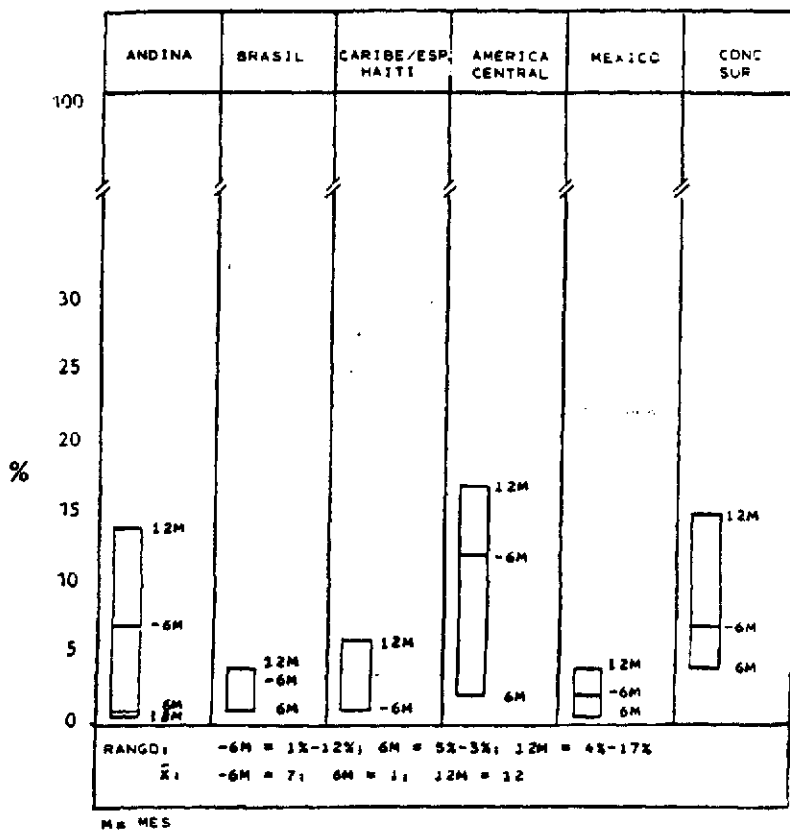
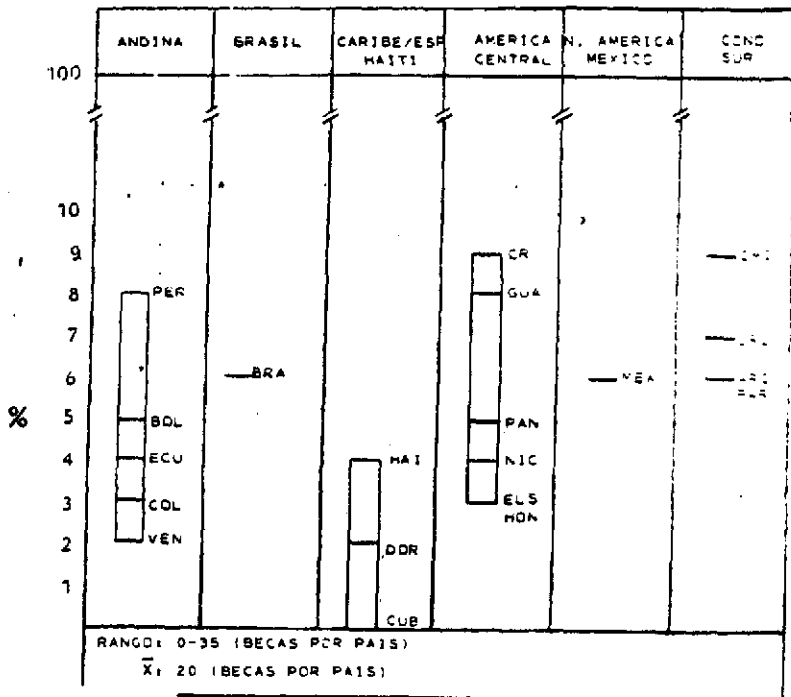


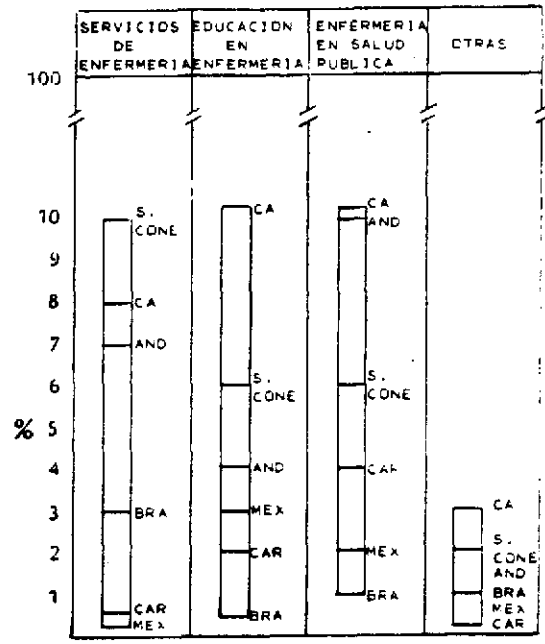
FIGURA 5. DISTRIBUCION DE BECAS OTORGADAS POR PAIS EN CADA SUBREGION (1950-1959)



LEGEND

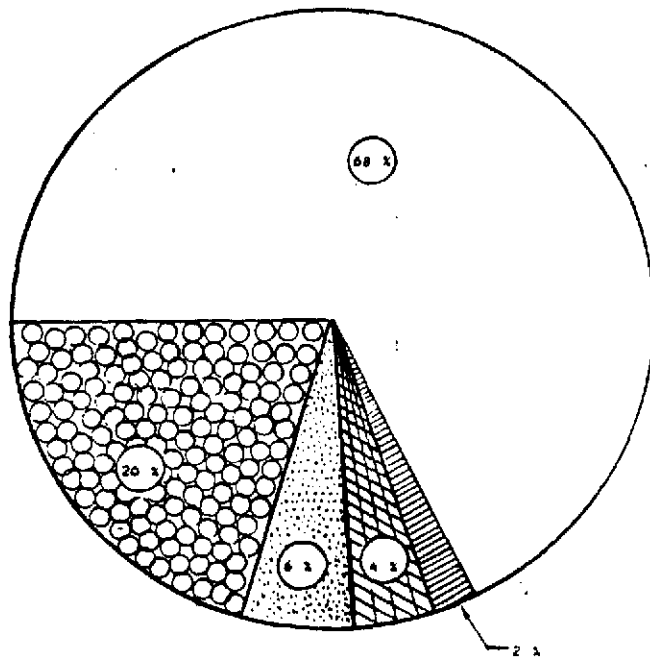
- |                |                           |                |
|----------------|---------------------------|----------------|
| ARG: ARGENTINA | DOR: REPUBLICA DOMINICANA | NIC: NICARAGUA |
| BDL: BOLIVIA   | ECU: ECUADOR              | PAN: PANAMA    |
| BRA: BRAZIL    | ELS: EL SALVADOR          | PAR: PARAGUAY  |
| CHI: CHILE     | GUA: GUATEMALA            | PER: PERU      |
| COL: COLOMBIA  | HAI: HAITI                | URU: URUGUAY   |
| CR: COSTA RICA | HON: HONDURAS             | VEN: VENEZUELA |
| CUB: CUBA      | MEX: MEXICO               |                |

FIGURA 6: BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS LATINOAMERICANAS DE ACUERDO CON AREA DE ESTUDIO (1950-1959)



LEYENDA  
 AND: ANDINA                      CAR: CARIBE  
 BRA: BRASIL                      MEX: MEXICO  
 A.C: AMERICA CENTRAL        C.S: CONO SUR

FIGURA 7: BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS LATINOAMERICANAS POR REGIONES Y PAISES DE ESTUDIO (1950-1959)



LEYENDA  
 AMERICA LATINA    USA    PUERTO RICO    CANADA    OTROS

acelerar el desarrollo económico y abolir las grandes desigualdades en la distribución de la renta para elevar los factores de vida" (PASB, 1962). Sin embargo, en América Latina la aceleración de la economía a través del modelo desarrollista resultó distinto en la mayoría de los países, al contrario de abolir las desigualdades en distribución de las rentas, estas fueron acentuadas. El resultado final fue el crecimiento de la población muy pobre, cada vez mas dependiente de servicios y beneficios sociales de los gobiernos tales como la atención de salud y que en última instancia están manteniendo la prolongada crisis fiscal y la inestabilidad política en la Región.

Además del proceso de desarrollo socioeconómico de América Latina, la influencia ideológica y económica foránea debe también ser considerada. El capital extranjero ampliamente empleado en la Región ha aumentado la dependencia y la deuda nacional, agudizando la crisis fiscal interna. Los conceptos dominantes en salud fueron también diseminados a través de los grupos de influencia. Andrade (1979), al revisar la influencia internacional sobre la educación médica en América Latina en los últimos 25 años, sugiere que ésta sufrió influencia continua y muchas veces conflictiva, que en algunos casos determinó la adopción de modelos extranjeros.

La OPS como una organización internacional, asume la "vanguardia" de estos procesos reafirmando su papel en la coordinación de los esfuerzos internacionales para divulgar los marcos teóricos dominantes en el área de salud. Al adoptar la definición de la Comisión Económica para la América Latina de la OEA sobre el desarrollo que dice: "el problema del desarrollo económico consiste esencialmente en asimilar con claridad el vasto caudal de la tecnología contemporánea para elevar el nivel de vida de las masas", la Organización se envuelve en el proceso de transferir tecnología como una estrategia para armonizar el bienestar y el desarrollo económico (PASB, 1962).

Con base en las directivas de la Carta de Punta del Este se formuló el Plan Decenal de Salud Pública en el cual la OPS formula las políticas, metas, programas y proyectos para el período de 1962-1971. En 1972 la III Conferencia Especial de Ministros de Salud de las Américas aprueba el Plan Decenal de Salud para el período subsecuente. Estas fueron las principales fuentes que determinaron las políticas de enfermería para este período.

Al lado de esta influencia dominante, el movimiento internacional de enfermería también contribuyó para la persistencia de reivindicaciones profesionales. Por ejemplo, el reconocimiento profesional a través del fortalecimiento de los colegios nacionales, la creación de la Federación Panamericana de Enfermería, persistirán en el inicio de la década de los sesenta como meta de trabajo para enfermería en la OPS.

El primer Plan Decenal de Salud enfatiza la programación y planteamiento de acciones de salud compatibles con las necesidades de cada país, y la disponibilidad de fondos. La política de enfermería promueve, por lo tanto, el desarrollo de planes nacionales de enfermería. Todos los países fueron estimulados a estudiar los recursos de enfermería existentes. Las recomendaciones indicaban la necesidad del desarrollo de sistemas educacionales en tres niveles de personal, y la revisión curricular para permitir la incorporación de nuevos conceptos así como su adecuación a las realidades y necesidades de cada país.

Durante la segunda década (1970-1980) en respuesta a la crisis económica la comunidad mundial adopta con reservas de una minoría de países, el Nuevo Orden Económico Internacional. En salud, el segundo Plan Decenal para las Américas, y más tarde la Declaración de Alma Ata pasan a enfatizar la extensión de cobertura y las estrategias de atención primaria en salud como medidas para enfrentar la crisis ya que en ambas propuestas desempeña un papel dominante el factor costo en la atención de salud.

Durante este período, los gobiernos por primera vez aprueban una resolución sobre enfermería. Basándose en esta resolución y las cuatro subsecuentes aprobadas en la década (1970-1980), la enfermería en la OPS elaboró su programa de acción. El cuadro 2 presenta un resumen de las cinco resoluciones sobre enfermería aprobadas por los gobiernos en esta última década.

Además de las resoluciones de enfermería, las recomendaciones del Primer Comité Técnico Asesor de Enfermería (1969), fue una fuente importante para la formulación de políticas de enfermería en la OPS. Las recomendaciones de éste comité están resumidas en el cuadro 3. Estas recomendaciones refuerzan las políticas sobre planeamientos de salud adoptadas por la Organización y anticipan algunas de las resoluciones aprobadas en los años setenta.

A fines de este período, en 1978, la 33ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en Alma Ata, Rusia, aprueba la Meta de Salud para Todos en el Año 2000, y con base en esta meta se definen el Plan de Acción y las futuras actividades de la OPS/OMS, incluyendo la atención primaria de salud como estrategia base.

A continuación se identifican las principales políticas de enfermería de acuerdo a áreas específicas:

Servicios Integrados de Salud. Planeamiento y organización de servicios de enfermería en los hospitales incluyendo: 1) Determinación de la adecuación de los servicios de enfermería existentes y la proporción de personal de enfermería en relación a la población; 2) organización y fortalecimiento de unidades de enfermería, secciones o departamentos

a



nivel nacional; 3) capacitación de liderazgo en enfermería en la Región para puestos administrativos y de supervisión; 4) determinación de las funciones de personal de enfermería a nivel de hospital; y 5) desarrollo del sistema de enfermería.

**Educación.** La nueva política de educación incluyó: 1) Consolidación de tres niveles de educación en enfermería; 2) refuerzo e inclusión de los aspectos sociales y de salud en los programas de enfermería; 3) fortalecer los programas post-básicos; 4) integrar el capacitación de enfermería con el trabajo en instituciones educacionales y asistenciales; y 5) desarrollar requisitos mínimos de educación en enfermería.

Cuadro 2

Resumen de las Resoluciones de Enfermería Aprobadas por los Gobiernos Miembros de la OPS entre 1970 y 1980

1972	1974	1975
Plan Decenal de Salud para las Américas		
<p>Acelerar la producción de personal de enfermería y el establecimiento de centros regionales para la preparación de instructores de enfermería especialistas en administración y entrenamiento de investigadores en enfermería</p>	<p>Examinar la situación de enfermería en los países, proporcionar cargos para enfermeras en todos los niveles de servicio y estimular el entrenamiento en atención directa a los individuos.</p>	<p>Desarrollar un sistema de información sobre enfermería para determinar el número y preparación de enfermeras y personal auxiliar necesario para alcanzar los objetivos del Plan Decenal para la Salud.</p>
		Fortalecer el sistema educativo.
1977	1980	
<p>Reajustar las funciones de enfermería necesarias para alcanzar los objetivos de atención primaria en salud.</p>	<p>Definir el papel de las enfermeras en atención primaria de salud e institucionalizarla.</p>	
<p>Orientar los programas educacionales para las necesidades de los servicios de extensión de cobertura.</p>	<p>Aumentar el número de personal auxiliar, principalmente en el área de atención primaria en salud.</p>	
<p>Utilización de tecnología educacional moderna en todos los programas de entrenamiento.</p>	<p>Entrenamiento de personal en enfermería para asumir el papel ampliado exigido en el primer nivel de atención.</p>	

Fuente: Manfredi, M. (1982) Resoluciones de enfermería durante la última década.

Cuadro 3

Resumen de las Recomendaciones Presentadas en los Servicios de Enfermería de la OPS por el Comité Técnico Asesor en Enfermería Washington, D.C., 18-22 de noviembre de 1968 (Primera reunión)

Sistema de Personal de Enfermería	Planeamiento de la Investigación	Utilización de Personal de Enfermería
Estimular a los países para desarrollar tres niveles o categorías de personal de enfermería:	Mejorar la capacidad de las enfermeras para participar en el planeamiento.	Apoyar los principios de enfermería en el planeamiento en todos los niveles.
Superior	Incluir personal de enfermería en los estudios de recursos humanos en los países.	Preparar enfermeras para cargos administrativos
Medio		
Básico		
Nivel Superior	Promover el liderazgo y apoyar la investigación	Preparar modelos de transferencia de actividades de técnicos medios en enfermería.
Programas universitarios		
Medio	Preparar enfermeras para desarrollar investigaciones	Promover la racionalización y utilización del personal de enfermería.
Escuela secundaria (técnica)		
Nivel básico		
Enfermería auxiliar		
Publicaciones de Libros de Texto	Recomendaciones Adicionales	Servicios de Asesoría en Enfermería
Estimular a las escuelas y universidades para establecer un sistema que facilite la adquisición de libros de texto.	Discutir el currículo de las obstétricas y enfermeras obstétricas.	Promover el desarrollo del equipo de asesores en enfermería.
Estimular la preparación de artículos de enfermería para publicación.	Promover la ayuda a los estudiantes através de becas.	Explorar los medios mejor utilizados de recursos de asesoría, y maneras de cumplir las recomendaciones del comité.
Establecer un programa de libros de texto.	Promover la integración de educación en enfermería en el área de las profesiones de salud.	
Promover la publicación por enfermeras latinoamericanas	Promover la recolección de datos sobre enfermería en América Latina.	
Aumentar las publicaciones de enfermería en la OPS.	Promover educación continua para enfermeras.	

Fuente: Publicación Científica, OPS, No. 180.

Extensión de cobertura. Organización de servicios a nivel comunitario y la definición de los roles de enfermería para los programas de atención primaria.

### Proyectos de educación

Programas básicos. La cooperación técnica consistió básicamente el adiestramiento de instructoras y supervisoras. En 1960 la OPS patrocina un seminario internacional que reúne enfermeras de 12 países de la Región y asesoras educacionales para preparar el primer manual para Escuelas de Enfermería. Los principios fundamentales de la educación básica contenidos en este manual consideran esencial que las enfermeras dirijan las escuelas y que éstas deben estar incorporadas al sistema educacional del país de acuerdo a su respectivo nivel. Los conceptos educacionales son derivados de Los Principios Básicos de Curriculum y Enseñanza, de Ralph Tyler, y los conceptos básicos de enfermería recomendados por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Las principales características de los principios de Tyler son bastante conocidos y se derivan de la teoría de sistemas de educación. Los conceptos de enfermería de CIE están basados en el humanismo y la capacitación técnica. Ambos pueden ser enmarcados en la visión filosófica positivista.

El manual también contiene principios instruccionales orientados a la selección y organización de contenidos y experiencias de aprendizaje. La estructura propuesta incluye un núcleo de contenido integrados de ciencias biológicas y sociales, educación general y comunicación. Además, el manual sugiere las estrategias para el control de la educación de enfermería a nivel nacional y de las escuelas, su organización, administración y financiamiento.

La necesidad de aumentar el número y calidad de enfermeras profesionales es sistemáticamente enfatizada durante este período, a la par de la creciente concientización de la falta de congruencia entre la preparación de enfermeras y las necesidades específicas de salud al nivel de los países. Se condujeron estudios en la Región sobre el sistema de educación en enfermería, la definición de niveles y la revisión curricular. Las funciones de enfermería se tornaron en la base para las recomendaciones curriculares. Después, de las políticas de ampliación de la cobertura determinarán también un énfasis en la preparación de enfermeras para actuar en los programas de atención primaria.

Educación post-básica: En el área de educación post-básica, la OPS continúa dando apoyo para el desarrollo de centros de postgrado. Las especialidades clínicas, junto con la salud pública, supervisión y administración son incentivadas. En los principios de los años 60, la mayoría de los países de la Región contaban con uno o más programas a nivel post-básico. Los programas iniciales enfatizaban la enseñanza y la supervisión, posteriormente, se observa el desarrollo de especialidades clínicas, tales como materno-infantil, pediatría, psiquiatría, etc.

Capacitación de Auxiliares de Enfermería. Esta fue el área en que la OPS coloca el mayor énfasis y prioridad en este período. Las actividades en esta área consistían básicamente en la preparación de enfermeras para dirigir los programas de adiestramiento de Auxiliares de Enfermería, la producción de materiales instruccionales y la definición de funciones para esta categoría de personal.

De acuerdo con Meyer (1980), existen más de 300,000 auxiliares de enfermería actualmente en América Latina y este grupo de personal está encargado de aproximadamente 80% del cuidado directo del paciente en los hospitales y en los programas a nivel comunitario. Además Meyer indica que cerca del 50% de este personal ha recibido poco adiestramiento. A pesar de que el número de auxiliares ha aumentado durante este período, la proporción en relación al número de habitantes en la Región permanece constante. El cuadro No. 4 presentada por Meyer esta reproducida para ilustrar este punto.

Como una consecuencia de esta realidad, uno de los mayores problemas que desafía a los gobiernos de la Región y la enfermería en la OPS con relación a personal de enfermería continua siendo la provisión de programas adecuados de capacitación. El adiestramiento adecuado está fundamentado en la existencia de instructores y supervisores competentes, sin embargo, como está asignado en la literatura en esta área, ésta es la mayor dificultad para el desarrollo de proyectos de adiestramiento. Macedo (1980), al describir la experiencia brasilera en la capacitación de personal auxiliar para los programas de extensión de cobertura refiere la disponibilidad y la calidad de instructores y supervisores como el mayor desafío que los directores de estos programas han encontrado al nivel local.

Así, el adiestramiento de personal auxiliar continua siendo un problema complejo en América Latina. Por un lado, las grandes diferencias en el nivel de educación básica entre los candidatos ha dificultado el desarrollo de programas educacionales y la preparación de materiales instruccionales adecuados. Por otro lado, la falta de funciones bien definidas, respaldadas por legislación también ha limitado el desarrollo de estos programas.

La OPS continuamente ha tratado de dar asistencia a los países para resolver estos problemas. En este período se realizan más de 50 seminarios y cursos de corta duración para preparar instructores y desarrollar pautas para adiestramiento de personal auxiliar. En 1964 una guía para el adiestramiento de Auxiliares fue preparada. También se promovió la cooperación a centros nacionales en Argentina, Bolivia, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Venezuela para la preparación de instructores de personal auxiliar, juntamente con seminarios internacionales para definir las funciones y roles de este personal. A pesar de todos estos esfuerzos, América Latina ha entrado la década de 80 sin haber resuelto este problema; al contrario, estos se han agravado. La proporción de esta categoría de personal en comparación a la población no ha mejorado, y, además para alcanzar las metas de Salud para Todos en el Año 2000 se requiere nuevas habilidades y destrezas de este personal, lo que crea una presión adicional.

#### Comités Asesores de Libros de Texto

Durante este período se realizaron cinco reuniones de este comité en las siguientes áreas: enfermería médico quirúrgica (1971); enfermería materno infantil (1972); introducción a la enfermería (1973); enseñanza de enfermería en salud comunitaria (1975); y enseñanza de enfermería en salud mental y psiquiátrica (1976).

Los tres primeros comités con pequeñas variaciones seguirán el mismo procedimiento. Primero, una revisión básica de los objetivos de la educación de enfermería y sus funciones; segundo, una apreciación sobre el marco conceptual a través del cual el área específica de enfermería debería ser visualizada; tercera, la definición de las funciones de enfermería y de los objetivos instruccionales; cuarto, la identificación de contenidos específicos y las estrategias generales para enseñanza y evaluación. Finalmente, se presentaron recomendaciones de textos y fuentes bibliográficas juntamente con los propósitos generales de la educación en el área específica. Con la excepción de dos textos escritos por autores latinoamericanos citados en la bibliografía, todos los textos recomendados y la bibliografía de los tres primeros comités fueron en inglés, y escritos por autores norteamericanos.

El comité sobre Enseñanza de Salud Comunitaria utilizan un método distinto. La situación específica de salud comunitaria en América Latina fue analizada, así como las tendencias relativas a la entrega de estos servicios en la Región, y las implicaciones para la enfermería en salud comunitaria. De acuerdo a este marco de referencia, los conceptos de enfermería en salud comunitaria y las estrategias de enseñanza fueron derivados. El comité especificó algunos criterios para la selección de textos y recomendó un texto americano.

El último comité sobre experiencia en salud mental y psiquiátrica después de considerar las características generales y las tendencias de la práctica en la Región, recomendó un texto americano.

En resumen, todos los cinco comités de libros de texto enfatizaron la necesidad de relacionar educación a la práctica en el contexto latinoamericano. Todavía, paradójica y sorprendentemente, en vez de hacer recomendaciones para la producción de textos por un grupo de autores latinoamericanos patrocinados por la OPS, selecciona textos americanos. Sin embargo, es necesario aclarar que la OPS en ésta época no tenía posibilidades reales para patrocinar la producción de textos por autores latinoamericanos, solamente era posible incluir en el programa libros ya publicados. La falta de textos de autores latinoamericanos provocó esta situación.

En la investigación recientemente realizada por la División de Recursos Humanos se observa que 66 escuelas de un total de 80 utilizan el programa de Libros de Texto. La utilización de los libros por los estudiantes está descrita en el cuadro 5. Los motivos frecuentemente mencionados para la baja utilización de los libros por las escuelas son razones socioeconómicas de los estudiantes y problemas administrativos en el manejo del programa. Con menor frecuencia son asingados los motivos de poca divulgación del programa o no adecuación de los textos a los programas de las escuelas.

Cuadro 5

Utilización de Libros de Texto por Estudiantes, 1982

Proporción de estudiantes	No. de Escuelas
80% - 100%	12
70% - 40%	36
30% -	19

Cuadro 6

Libros del Programa Ampliado de Libros de Texto que no son indicados por los Profesores y no son utilizados por los estudiantes y los motivos, 1982

Libro	No. Escuelas que no indican	Motivos en código*	No. Escuelas en los estudiantes no utilizan	Código**
Enfermería Materno-infantil, Keeder	10	2 - 3 - 6	4	1 - 5 - 6
La práctica de enfermería en salud mental. Morgan Moreno	10	1 - 2 - 5 - 6	4	1 - 6 - 8
Enfermería Médicoquirúrgica, Smith	4	3 - 6	3	1 - 6 - 8
Enfermería Pedfátrica, Waechter	3	2 - 5		
Enfermería Práctica, Dugaz-Kozier	10	1 - 2 - 6	2	1
Intervención de enfermería psiquiátrica, Travelbee	7	2 - 5 - 6	3	5 - 6
Métodos para el examen físico en la práctica de la enfermería, Sana-Judge	5	1 - 2 - 5 - 6	3	1 - 6 - 8
Enfermería médicoquirúrgica, Brunner	12	2 - 6	9	5 - 6 - 8

\*Código:

1. No corresponde al programa del curso
2. No se conoce el contenido del libro
3. Trata inadecuadamente el material
4. Texto es muy complejo
5. No llega a tiempo
6. Otro

\*\* Código:

1. No es recomendado por los profesores
2. Los estudiantes no compran el libro debido a la falta de dinero.
3. Lo consideran muy complejo
4. No lo consideran muy interesante
5. Consideran de lectura difícil
6. No llega tiempo
7. Tiempo a emplearse en el momento de la compra
8. Otro

En cuanto a la no indicación de los libros, la falta de utilización por los estudiantes se presentan los resultados en el cuadro 6. Los libros sugeridos para la inclusión en el programa por estas escuelas están presentados en el apéndice A.

Las medidas de divulgación más frecuentes son la utilización de las carteleras y charlas a grupos de estudiantes. Para los profesionales es más frecuente enviar cartas circulares, distribuir panfletos sobre el programa de enfermería a través de asociaciones y servicios.

En cuanto a la administración del programa, lo más frecuente en las escuelas incluidas en esta muestra, es la coordinación del programa aisladamente o en asociación con la Universidad.

### Tecnología Educativa

Con base en las recomendaciones del segundo Plan Decenal de Salud, la tecnología educativa y la investigación en enfermería pasan a ser promovidas por la OPS. En 1974 fue establecido un proyecto interregional en el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa en Salud, CLATES, en Río de Janeiro, Brasil para la creación de Centros de Tecnología Educativa en escuelas seleccionadas de América Latina. Este programa se encuentra aún en operación. Rodríguez, et.al. (1979), al revisar el desarrollo de estos programas distinguió tres fases:

Primero, la producción de materiales instruccionales centralizados en CLATES. Esta fase inicial en realidad nunca se consolidó. Inmediatamente después de la primera actividad realizada en Río para la producción de una unidad auto-instrucciona, se vieron las limitaciones de esta estrategia para resolver los múltiples y diferentes problemas de la educación en enfermería. A pesar de que la calidad del material instruccional elaborado en CLATES era bueno, la estrategia de producción de paquetes instruccionales centralizados a este nivel impedía que los profesores de las escuelas de enfermería incorporaran esta metodología. Por consiguiente, se acordó compartir conocimientos entre los profesores de modo a asegurar la producción de materiales instruccionales para sus necesidades futuras.

Segundo, la capacitación de profesores en los centros nacionales a través de producción de materiales instruccionales. Durante esta fase, cinco centros fueron creados, Brasil, Chile, Ecuador, Costa Rica y Venezuela. A través de una serie de trabajos de grupo sobre metodología instruccional, cada centro pasó a preparar su propio material. Con base en esta experiencia los centros fueron capaces al final de dos años de cuestionar la capacidad de la escuela en la producción de materiales instruccionales de calidad y también el posible papel de la tecnología educativa en mantener conceptos tradicionales. En base a estas consideraciones el programa fue revisado.

Tercero, se propuso la cooperación técnica con base en el diagnóstico de las necesidades educativas de cada escuela, y el establecimiento del programa de acuerdo a estas necesidades.

En esta fase, el programa perdió sus características de programa vertical, y pasó a estar basado en las necesidades locales y de acuerdo a los recursos disponibles. Seis nuevos centros fueron creados con esta nueva conceptualización, México, Brasil (2), Cali, Bogotá y Perú. Cada centro también ha desarrollado una red de sub-centros en las escuelas dentro de su área de influencia.



Hasta 1979, este programa preparó 1250 enfermeras en varios aspectos de tecnología educacional, y fueron producidos 275 módulos y otros materiales instruccionales.

#### Investigación:

El desarrollo de investigación en enfermería en la América Latina a través de proyectos de la OPS no empieza hasta los años sesenta. Algunos proyectos se realizaron previamente a nivel de países. La organización no cuenta con especialistas en investigación en enfermería, siempre se han utilizado servicios de consultores a corto plazo.

En 1972 se inició un programa interregional de investigación que está siendo conducido en algunas escuelas de la Región. El programa ha promovido la capacitación de enfermeras en metodología científica, y apoyando con una pequeña subvención a cada escuela.

Manfredi (1982) dirigiéndose a un grupo de investigación en Honduras indicó la necesidad de desarrollar investigación en el área de la práctica de enfermería y sus interrelaciones con el proceso educacional. La investigación sobre la práctica de enfermería y sus implicaciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, se constituye en un área importante para la OPS en el futuro. El resultado de este tipo de investigación podría proveer una comprensión más profunda del futuro papel de enfermería en el cuidado de salud en América Latina.

Sin embargo, durante este período se observa una disminución en las actividades de enfermería en la OPS en comparación al período anterior. El número de enfermeras en la OPS disminuyó sensiblemente después de los años 1960. Las figuras 8 y 9 presentan estos datos. No solamente disminuyó el número total de enfermeras, más también las consultoras de los proyectos de educación. Igualmente disminuyó la proporción del presupuesto de enfermería en relación a su proporción en el presupuesto de la Organización, pasando de un promedio de 3% en el inicio del período para 1% al final del período.

FIGURA 8. NUMERO DE ASESORAS (TOTAL). NUMERO DE ASESORAS EN AMERICA LATINA, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA Y OTROS PAISES (1958-1980)

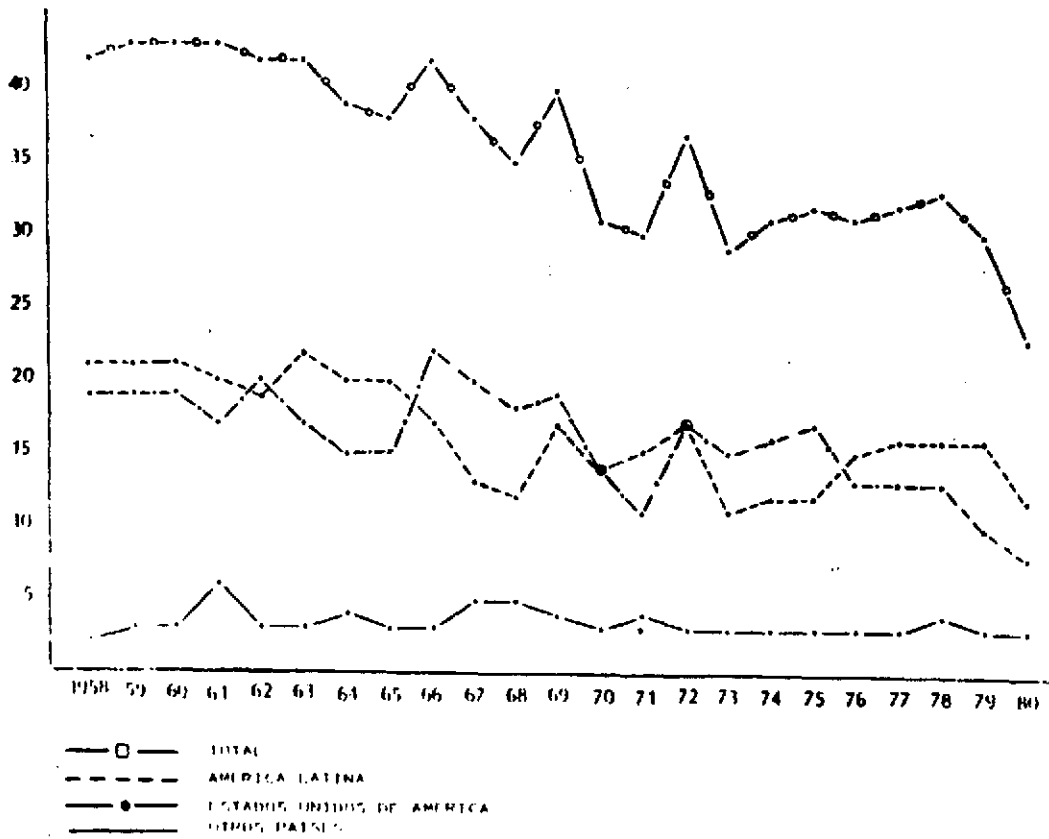
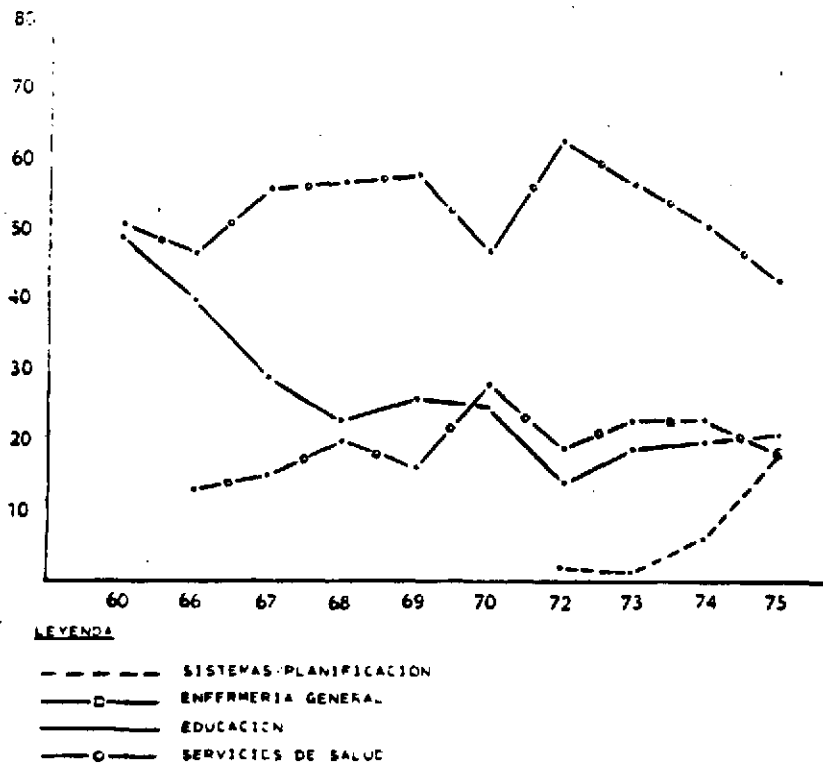


FIGURA 9. DISTRIBUCION DE ASESORAS POR PROYECTOS

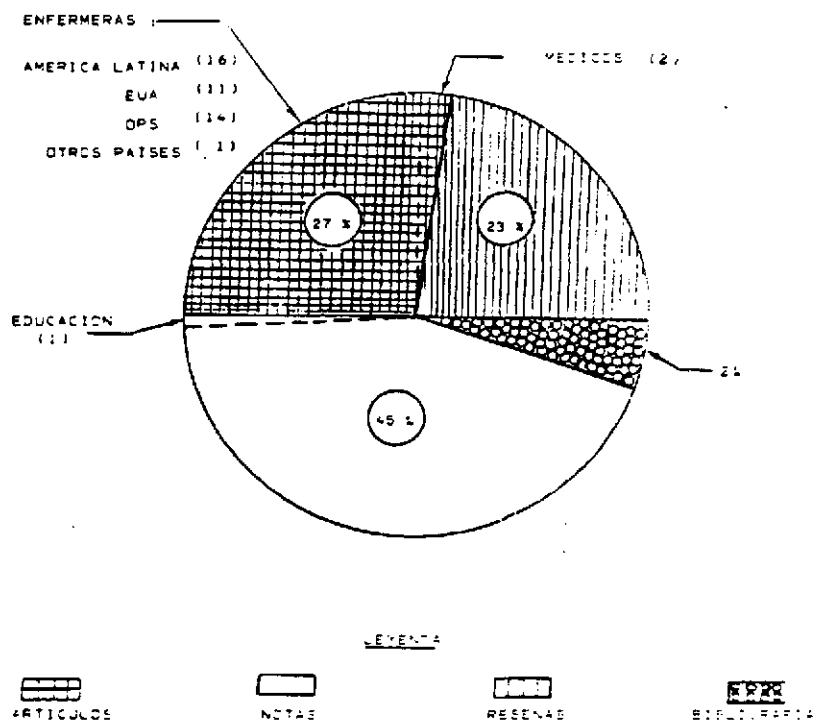


LEYENDA

- SISTEMAS PLANIFICACION
- ENFERMERIA GENERAL
- EDUCACION
- SERVICIOS DE SALUD

Las publicaciones en el Boletín también sufren una disminución aunque durante este período la literatura en enfermería se distribuye en distintas publicaciones de la OPS. Posiblemente las publicaciones científicas y los informes sobre enfermería sean las más representativas de las tendencias generales de enfermería en este período. La mayoría de las publicaciones científicas trataron asuntos educacionales con énfasis en la estructura curricular para responde a las nuevas demandas de los servicios y la integración en servicios comunitarios de salud. Las figuras 10, 11 y 12 muestran la situación de las publicaciones en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana durante este período.

FIGURA 10. BOLETIN OPSANPAN: ASUNTOS SOBRE ENFERMERIA,  
ARTICULOS, NOTAS, RESENAS Y BIBLIOGRAFIA  
(1960-1980)



NOTA: LOS NUMEROS ENTRE PARENTESIS SON CANTIDADES ABSOLUTAS

FIGURA 11. BOLETIN OPSANPAN: ARTICULOS PUBLICADOS SOBRE ENFERMERIA CLASIFICADOS POR ASUNTO (1961-1963)

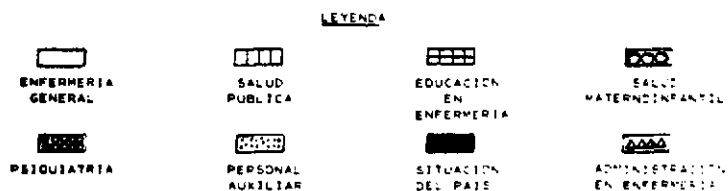
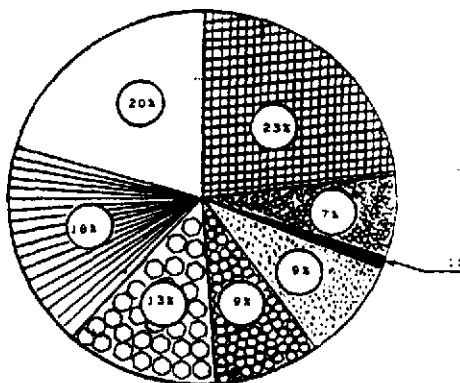
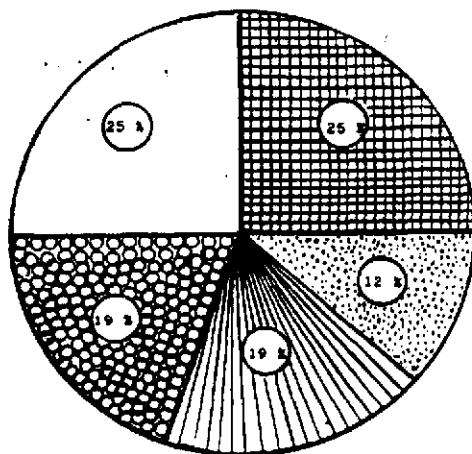
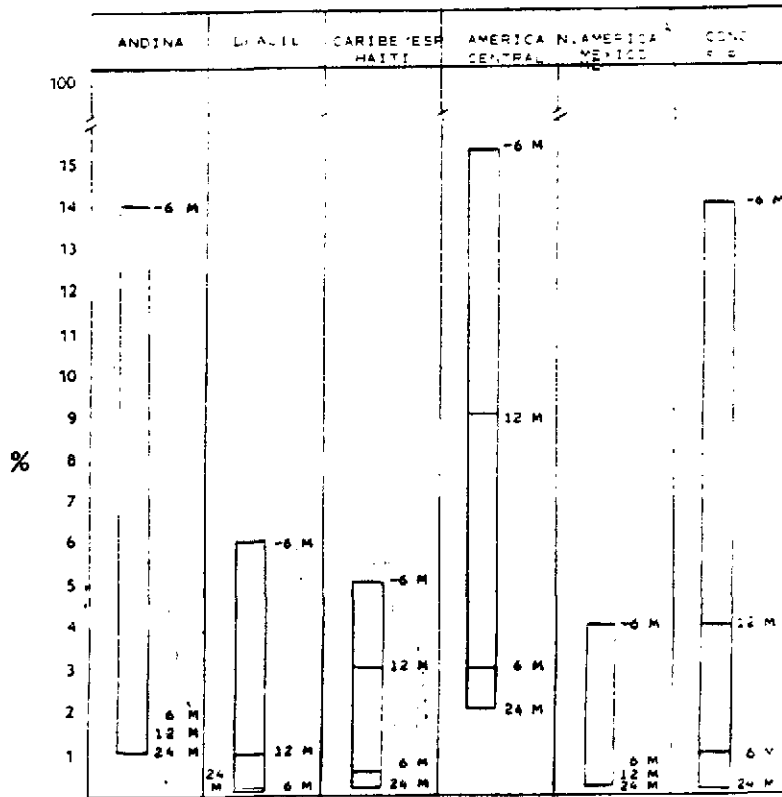


FIGURA 12. BOLETIN OPSANPAN: ARTICULOS PUBLICADOS POR ENFERMERAS LATINOAMERICANAS POR SUBREGION DE ORIGEN



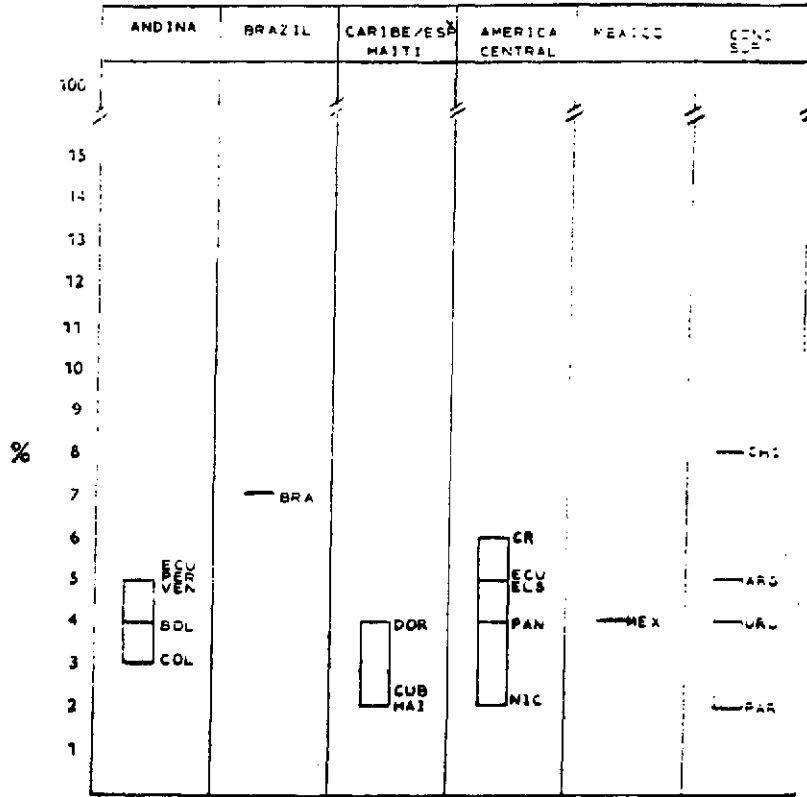
El programa de becas también continuó estimulando la formación de enfermería de la Región. En general, el número de becas aumento y la oportunidad fue utilizada por la mayoría de los países igualmente. La tendencia general de este período fue la consecución de becas de corta duración para programas en América Latina. Las figuras 13, 14, 15 y 16 muestran la distribución de las 1771 otorgadas por la OPS durante este período.

FIGURA 13. BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS POR DURACION DEL PROGRAMA Y SUBREGIONES (1960-1980)



NOTA: LA LETRA M SIGNIFICA MESES

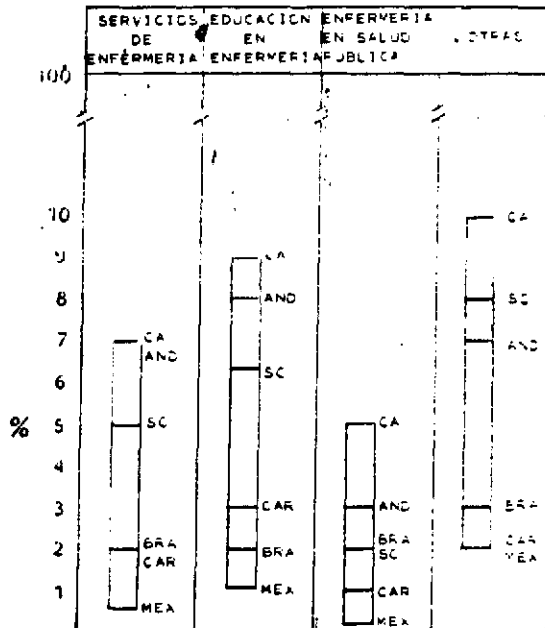
FIGURA 14. BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS LATINOAMERICANAS POR SUBREGION (1960-1980)



LEYENDA

- |                           |                  |                |
|---------------------------|------------------|----------------|
| ARG: ARGENTINA            | ECU: ECUADOR     | PAN: PANAMA    |
| BDL: BOLIVIA              | ELS: EL SALVADOR | PAR: PARAGUAY  |
| BRA: BRAZIL               | GUA: GUATEMALA   | PER: PERU      |
| CHI: CHILE                | HAJ: HAITI       | URU: URUGUAY   |
| COL: COLOMBIA             | HON: HONDURAS    | VEN: VENEZUELA |
| CR: COSTA RICA            | MEX: MEXICO      |                |
| CUB: CUBA                 | NIC: NICARAGUA   |                |
| DOR: REPUBLICA DOMINICANA |                  |                |

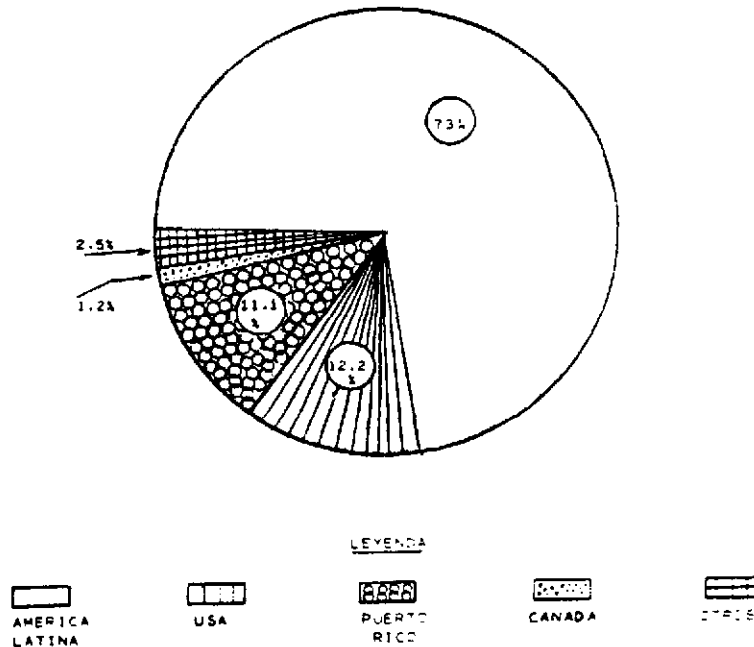
FIGURA 15: BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS LATINOAMERICANAS POR AREA DE ESTUDIO (1960-1980)



LEYENDA

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| AND: ANDINA         | CAR: CARIBE  |
| BRA: BRAZIL         | MEX: MEXICO  |
| CA: AMERICA CENTRAL | SC: CONO SUR |

FIGURA 16. BECAS OTORGADAS A ENFERMERAS LATINOAMERICANAS POR LUGAR DE ESTUDIO (1960-1990)



La disminución de las actividades de enfermería observadas en este período coloca una pregunta importante que es difícil de contestar en razón de la multiplicidad de factores que han influenciado este fenómeno. La pregunta es: Porque durante la segunda mitad de este período se observa tan rápida disminución en las actividades de enfermería en la OPS, en un tiempo que la institución adopta la atención primaria como la estrategia central para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Esta observación es paradójica dado el hecho de que a enfermería siempre se le ha asignado un papel importante en esta área. Se puede deducir que el presupuesto resultante de las condiciones de crisis económica limiten, y en algunos casos, eliminen el crecimiento de ciertos programas. Sin embargo, es difícil aceptar que las limitaciones presupuestarias sean exclusivamente la causa para la eliminación de recursos de enfermería. Así, la búsqueda de una respuesta debe evaluar aspectos más sustanciales del problema. A este respecto se puede conjeturar que a la profesión se le considere lenta en aceptar cambios y no sea suficientemente flexible para desarrollar un enfoque multidisciplinario, necesario para enfrentar las nuevas demandas de producción de personal de salud, y que el papel importante que la enfermería se ha asignado es una posición que no está siendo compartida por los gobiernos miembros en forma individual y colectiva.

## ALGUNAS ANOTACIONES SOBRE EDUCACION EN ENFERMERIA EN AMERICA LATINA

El desarrollo de enfermería en América Latina está asociado a tres instancias principales. Primero, las políticas de secularización asociadas a la modernización y tecnificación de la asistencia médica promovió el desarrollo de los programas educacionales a fines del siglo pasado y el inicio de este siglo. Todavía es importante observar que con excepción de México y los países ocupados por los Estados Unidos en el inicio de este siglo, las políticas de secundarización no llegaron a ser completamente establecidas en la mayoría de los países. Así, para la atención de enfermería, la capacitación de personal laico fue limitado a la preparación en servicio de auxiliares dirigidos por hermanas de la caridad. En consecuencia, el cuidado de enfermería en la mayoría de los países permaneció en manos de congregaciones religiosas católicas.

Las pocas escuelas de enfermería fundadas a fines del siglo pasado y a inicio de este siglo, son instituciones poco estables y que no causaran impacto en cuanto al número de profesionales graduados. La mayoría de estas escuelas fueron impulsadas por médicos que habían estudiado en Europa y observado el movimiento de "modernización de enfermería", cuyo líder era Florence Nightingale en Inglaterra. Algunas excepciones se observaron en Chile por ejemplo, un país que había alcanzado un grado considerable de desarrollo en su economía, fue capaz de mantener un ritmo continuo al desarrollo de enfermería. También en Argentina, las escuelas de enfermería fueron importantes para el desarrollo de la enfermería técnica, aunque el número de estudiantes graduados en la época haya sido muy limitado.

Los programas inicialmente estuvieron basados en los patrones de aprendizaje en servicio según el modelos de "probationers" inglés cuyas reglas disciplinarias muy rígidas dificultó el desarrollo de liderazgos. La educación de enfermería estuvo dominada por médicos que enfatizaron la necesidad de capacitación de acuerdo a los patrones americanos e ingleses derivados de la reforma "Nightingale". En cuanto a Inglaterra, el sistema de "probationers" fue utilizado en la época victoriana cuando se desarrollaron las profesiones que emergían de las clases medianas en expansión (Baly, 1980), en la América Latina la formación capitalista no promovió la expansión de las clases medias, y tampoco creo las bases de un sistema educacional que estimulara a la mujer e obtener educación elemental y estimulara el trabajo profesional. De este modo, el reclutamiento de mujeres de las clases medias para enfermería en la América Latina se constituyó un problema. La literatura de la época refiere la necesidad de reclutar mujeres de buena calidad "moral", referencias de Grierson, Pullen, Adams, entre otras cosas indica que era necesario hacer hincapié en el desarrollo de las calidades morales para las enfermeras.



México tal vez sea la excepción a la situación arriba descrita. Después de la Revolución Mexicana, las políticas de secularización de la atención médica incentivaron el desarrollo profesional de mujeres de las clases medias. Aunque disciplina y moral formaban parte de los conceptos de enfermería, el énfasis principal fue el de desarrollo de calidades técnicas. Así, el reclutamiento de enfermeras ha sido más fácil que en otros países de la Región. El número de estudiantes en México ha crecido continuamente, actualmente cerca de la cuarta parte de estudiantes de enfermería en América Latina se encuentra en las 123 escuelas Mexicanas. En resumen, el desarrollo de la educación de enfermería en la América Latina durante el inicio del siglo no ha propiciado cambios significantes en la práctica de enfermería. El número de escuelas y de estudiantes era limitado y apenas algunos programas más estables perduran hasta el presente (Cuadro 7 presenta un resumen del desarrollo de programas educacionales en algunos países durante este período.)

Cuadro 7

Número de Estudiantes de Enfermería Graduadas en Programas de Países Seleccionados (1886-1949)

País	Estudiantes	Número de estudiantes inscritos	Número de enfermeras graduadas	Número de enfermeras graduadas por año
Argentina (1 escuela, 1892-1909)		1360 <sup>a</sup>	148	9
Brasil (2 escuelas, 1918-1940)		-	461	21
Chile (1 escuela, 1924-1940)		-	261	16
Colombia (1 escuela, 1935-1940)		-	37	6
Cuba (6 escuelas, 1900-1928)		112 <sup>b</sup>	84	3
México (1 escuela, 1925-1928)		935	-	-
Panamá (1 escuela, 1908-1940)		-	382	12
Perú (1 escuela, 1915-1917)		14 <sup>c</sup>	12	6
Venezuela (1 escuelas, 1934-1940)		-	192	32

Fuente: C. Grierson (1910); Estudio de Enfermería en Brasil, 1963; Bolétin de la Oficina Sanitaria Panamericana; H. Pedraza (1954); F. Peña, (1980)

- a/ Aproximación basada en el número de candidatas para año, 1908.
- b/ Candidatas para el año 1928.
- c/ Candidatas para el año 1915.

Segundo, el movimiento de salud pública se destaca después del primer cuarto de este siglo como un elemento importante en la promoción de educación de enfermería. Se fundan escuelas de enfermería en países que hasta la época no las tenían así como se establecen nuevas escuelas y se reorganización algunos de los programas existentes en los países en que se habían iniciado programas de enfermería.

La Fundación Rockefeller tuvo un papel importante en el inicio y durante todo este período. En el inicio de los años 20 la Fundación inició servicios cooperativos en el Brasil fundando la Escuela Ana Nery; también se dió asistencia a la introducción de programas de salud pública en Chile, Panamá y Argentina. En los años 30 un proyecto similar fue desarrollado en Colombia y Venezuela, y finalmente durante la Segunda Guerra Mundial la Fundación patrocinó programas en cooperación con el Instituto de Asuntos Interamericanos y la OPS.

También tuvo gran significación el papel de la OPS y del Instituto de Asuntos Interamericanos. La OPS continuo la asistencia técnica por un largo período de tiempo y el Instituto de Asuntos Interamericanos creó una extensiva red de servicios de salud pública en la Región propiciando así las condiciones para el trabajo de campo en enfermería de salud pública.

Durante este período el número de escuelas y de estudiantes en la Región fueron triplicados en comparación al período anterior. Los resultados de estudios de la OPS en el cuadro 8 ilustran estas observaciones. Todavía la educación en enfermería en la América Latina continuo siendo limitada y deficiente causando impacto en la práctica solamente en los grandes centros urbanos.

Tercero, la ampliación de las escuelas de enfermería a las universidades que ocurrió masivamente después de los años 60 fue otro elemento importante para la educación de enfermería. De acuerdo al estudio de escuelas universitarias realizado en 1976 por la OPS, el 61% de las nuevas escuelas fueron establecidas como programas universitarios, y el 70% de las escuelas ya organizadas se habían ampliado a una universidad. Todavía, los problemas han persistido. Por un lado, la mas amplia oportunidad de educación para la mujer ha incentivado a los procesos de selección de otras profesiones, tales como medicina, ingeniería, etc., cuyo status profesional es mas alto y cuenta con un sistema de mejores condiciones de trabajo. En los países donde no se requiere exámen por razones de número de cupos disponibles en otras profesiones, enfermería es seleccionada como tercera opción.

Cuadro 8

Número de Escuelas en América Latina por País y Criterios de la OPS para el Estudio de Enfermería de 1959

Países	Total	Más de seis años de escuela primaria, y tres años de enfermería	Menos de seis años de escuela primaria y menos de tres años enfermería
Argentina	150	9	141
Bolivia	2	2	-
Brasil	39	39	-
Chile	5	5	-
Colombia	6	6	-
Costa Rica	1	1	-
Cuba	5	2	3
Dominican Republic	1	1	-
Ecuador	4	4	-
El Salvador	2	2	-
Guatemala	2	2	-
Haití	1	1	-
Honduras	2	2	-
México	50	10	40
Nicaragua	4	4	-
Panamá	1	1	-
Paraguay	3	3	-
Perú	9	9	-
Uruguay	2	2	-
Venezuela	5	5	-
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>110</b>	<b>184</b>

Fuente: OPS, Estudio de Escuelas de Enfermería, 1959.

Por otro lado, las perspectivas profesionales son limitadas. Los salarios de enfermería son bajos, las condiciones de trabajo son deficientes, las condiciones para el desarrollo técnico así como científico no es accesible a la mayoría de las enfermeras. Así el número de candidatos para la carrera de enfermería en América Latina continua presentando un desafío para el desarrollo de la profesión. El cuadro 9 muestra el número de escuelas de enfermería por instituciones que las mantienen.

Cuadro 9

Número de Escuelas de Enfermería en América Latina  
Auspiciadas por Instituciones y Países  
1980

País	Instituciones				
	Total	Universidad	Ministerio de Educación	Ministerio de Salud	Other
Argentina	69	12	37	20	-
Bolivia	5	3	-	-	2
Brasil	57	40	1	3	13
Chile	14	14	-	-	-
Colombia	22	13	9	-	-
Costa Rica	1	1	-	-	-
Cuba	29	1	-	28	-
República Dominicana	2	2	-	-	-
Ecuador	7	7	-	-	-
El Salvador	3	1	-	2	-
Guatemala	3	-	-	3	-
Haití	3	-	-	3	-
Honduras	3	2	-	1	-
México	123	99	15	-	9
Nicaragua	4	-	-	4	-
Panamá	2	1	-	1	-
Paraguay	3	2	-	-	1
Perú	25	14	-	6	5
Uruguay	1	-	-	1	-
Venezuela	35	3	24	8	-
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>215</b>	<b>86</b>	<b>80</b>	<b>30</b>

Fuente: Archivos de la OPS.

Los datos más recientes indican que hay en la América Latina 151,573 enfermeras (4.2) por 10,000 habitantes, y 387,379 auxiliares de enfermería (10.8) por 10,000 habitantes (Manfredi, 1982).

Considerando los cuatro niveles de formación en enfermería existentes en América Latina actualmente tenemos: 512 programas de auxiliares de enfermería; 243 programas de enfermeras generales; 163 licenciaturas; 39 programas de técnicos medís y 19 de técnicos superiores. Se estima que en 1982 se hayan graduado 22,570 auxiliares y 16,158 enfermeras, de las cuales 3,616 son técnicos medios, 6,663 enfermeras generales, 2,015 técnicos superiores y 3,864 licenciaturas (Manfredi, 1982).

En conclusión, el desarrollo de la Educación de Enfermería refleja el desarrollo socio-económico irregular y heterogéneo de los países. En consecuencia, ni los programas de capacitación en servicio iniciados a principios del siglo, ni la organización subsecuente de un sistema institucional de educación en enfermería han creado las condiciones necesarias para el crecimiento profesional.

Seguidamente se presentan algunos resultados preliminares de la encuesta realizada por la entonces División de Recursos Humanos e Investigación actualmente, Programa de Personal de Salud, de la OPS en 1982.

1. Aspectos de Administración

El estudio incluyó 82 escuelas de enfermería cuyos cuestionarios llegaron a la División de Recursos Humanos e Investigación hasta la última semana de diciembre de 1982. Los cuestionarios fueron enviados a todas las Escuelas de Enfermería de América Latina en 1980, es decir a 411 escuelas. El cuadro No. 10 presenta la distribución de las escuelas según el país de origen en la Región, y número de las escuelas existentes en los mismos.

CUADRO No. 10

Número de Escuelas existentes en América Latina por país

Número de Escuelas incluidas en el Estudio

Países	No. de Escuelas Existentes	No. de Escuelas Incluidas	%
Argentina	69	16	23.19
Bolivia	5	5	100
Brasil	57	13	22.81
Chile	14	6	42.86
Colombia	22	12	54.54
Costa Rica	1	1	100
Cuba	29	1	3.45
Ecuador	7	1	14.29
El Salvador	3	-	-
Guatemala	3	3	100
Haití	3	-	-
Honduras	3	1	33.33
México	123	7	5.69
Nicaragua	4	-	-
Panamá	2	-	-
Paraguay	3	2	66.66
Perú	25	13	52
Rep. Dominicana	2	1	50
Uruguay	1	-	-
Venezuela	35	-	-
Total	411	82	19.95

La distribución de las escuelas incluidas en el estudio según el año de su fundación, se presenta en el cuadro número 11. Cinco escuelas no informaron el año de fundación, verificándose que más del 50% de la muestra fueron fundadas después de 1960.

Cuadro 11

Año de Fundación de las Escuelas Incluidas en el Estudio

Década	No.	Acumuladas
1910 - 1920	7	7
1921 - 1930	-	7
1931 - 1940	4	11
1941 - 1950	11	22
1951 - 1960	11	33
1961 - 1970	15	48
1971 - 1980	27	75
1981 -	1	76

Sesenta y una (74.38% de las escuelas hacen parte de Instituciones Pública de Educación (Ministerio de Educación y Universidades Oficiales), trece (15.85%) son escuelas administradas por el Ministerio de Salud y ocho (9.75%) son instituciones particulares.

En la actualidad la mayoría de las escuelas requieren educación secundaria completa como requerimiento de admisión, 70 (85.4%).

De las 57 (69.51%) escuelas universitarias de la muestra, 17 son unidades académicas aisladas, 5 son departamentos dependientes de escuelas de ciencias de salud, y 23 tienen otro tipo de dependencia administrativa adjunta a la universidad.

Las asignaturas básicas del área de ciencia de la salud en el ciclo pre-profesional son dictadas en 63.38% de las escuelas afiliadas a universidades, por unidades académicas específicas, mientras que las demás escuelas (36.62%) estas asignaturas son ofrecidas por la propia escuela de enfermería.

La mayoría de las escuelas 90.24% es dirigida por una enfermera, solamente cinco son dirigidas por médicos y tres por otros profesionales. En 1907 las escuelas habían empezado a ser dirigidas por enfermeras, sin embargo, sólo en 1958 el 50% se había logrado esta reivindicación que tanto había enfatizado por el liderazgo de enfermería en todo el mundo.

## 2. Objetivos de las Escuelas

Con relación a los objetivos de las escuelas, la prestación de servicios (atención directa) fue clasificada como objetivo más importante por la mayoría (68) de las escuelas, en segundo lugar están clasificados igualmente la prestación de servicios (administración) y la educación centrada en la comunidad (29); en tercer lugar está la educación hacia la comunidad y la investigación (20 y 18). El cuadro 12 presenta los datos.

Cuadro 12

Los tres objetivos clasificados como mas importantes por las esucelas

Objetivos	Número de escuelas Clasificación		
	1	2	3
<b>Prestación de servicios</b>			
atención directa	68	3	4
administración	8	29	11
<b>Investigación</b>			
metodología científica	12	13	18
realización de investigación	2	13	11
<b>Educación</b>			
Comunidad	15	29	20
Preparación de personal	7	11	12
Especialización clínica	6	8	5
Especialización en Salud Pública	9	3	
Especialización en Administración	1	4	8

Solamente 35 escuelas ofrecen cursos de especialización en áreas específicas de enfermería, siendo médico-quirúrgica, obstetricia y salud pública las más frecuentes. Las especialidades fueron iniciadas en la década de 30 y el 50% de las escuelas que ofrecen esta modalidad de enseñanza la inicio la década de los 60. El cuadro 13 presenta estos datos.

CUADRO No. 13

Especialización ofrecida por las escuelas de enfermería según el promedio del año de iniciación y número de escuelas que ofrecen estos programas

Especialidades	Año Inicio	Rango	No. de Escuelas
Enfermería Medico-Quirúrgica	1970	1936 - 1982	35
" Pediatría	1967	1939 - 1982	22
" Obstetricia	1967	1939 - 1982	28
" Materno-infantil	1972	1962 - 1982	24
" Psiquiátrica	1967	1939 - 1982	22
" Salud Pública	1968	1948 - 1982	29
Administración en Enfermería	1969	1948 - 1982	22
Educación en Enfermería	1972	1964 - 1982	17

### 3. Plan de Estudios Reformas Curriculares

En general el número de reformas curriculares está asociado al tiempo de existencia de la institución. Todavía las reformas curriculares son más frecuentes a partir de la década de los cuarenta. El Cuadro No. 14 presenta el número de reformas curriculares observadas en la muestra.

Más del 50% de las escuelas informaron hasta tres reformas curriculares (62.18).

Los motivos que determinarán las reformas curriculares, en general son combinados. Las propuestas originadas por los profesores asociados a los estudios de evaluación curriculares son las más frecuentes en todas las reformas señaladas. Se suma a estas determinantes el cambio curricular en el país, las propuestas sugeridas por estudiantes y finalmente las propuestas iniciadas por consultores internacionales.

La proporción entre teoría y práctica no sufre una variación muy acentuada a lo largo de los cambios curriculares, el promedio observado es de 33% de teoría y 57% de práctica en los currículos más antiguos contra un pequeño aumento de teoría en los currículos actuales.



CUADRO No. 14

Número de reformas curriculares por escuelas

No. de Reformas	No. de Escuelas	Porcentaje	Acumuladas
0	9	10.97	10.97
1	13	15.85	26.82
2	11	13.41	40.23
3	18	21.95	62.18
4	10	12.19	74.37
5	6	7.31	81.68
6	2	2.43	84.11
7	5	6.09	90.20
8	3	3.66	93.85
S/ Información	5	6.09	99.95
TOTAL	82	100	100

En general la proporción observada en los currículos actuales es de un promedio de 40% de teoría y 60% de práctica. (Ver Cuadro No. 15: media de horas anuales de actividades teóricas y prácticas en el currículum actual).

Cuadro 15

X de horas anuales de teoría y práctica en el currículum por año académico

Actividad	X 1er. año	X 2do. año	X 3er. año	X 4to. año
Teórica	588	464	378	257
Práctica	349	631	683	697

Esta proporción no se encuentra uniformemente distribuida, para el primer año académico hay una mayor proporción de actividades teóricas, mientras que a partir del segundo año la proporción de tiempo dedicado a la práctica aumenta progresivamente hasta el cuarto año cuando pasa a constituir cerca del 80% de las actividades curriculares.

La práctica en los servicios de internado son más frecuentes en los hospitales estatales y la práctica ambulatoria en los centros de salud. El Cuadro No. 16 presenta el promedio de año en que la práctica se inició, y el número de escuelas utilizando cada una de las instituciones.

CUADRO No. 16

Establecimiento donde se da la práctica por X de año de inicio, rango y número de escuelas que utilizan cada una de las instituciones

Establecimientos	Año Inicio	Rango	No. de Escuelas
<b>Internado</b>			
Hospital Universitario	1965	1906 - 1982	29
" Estatal	1963	1906 - 1982	64
" Seguro Social	1970	1949 - 1982	44
" Particular	1967	1908 - 1981	38
Centro de Salud	1967	1940 - 1981	37
<b>Ambulatorio</b>			
Hospital Universitario	1966	1939 - 1982	20
" Estatal	1963	1915 - 1982	44
" Seguro Social	1970	1950 - 1982	28
" Seguro Social	1967	1938 - 1980	20
Centro de Salud	1966	1927 - 1981	59
Posto de Salud	1971	1943 - 1982	40
Comunidad	1971	1947 - 1981	34

Las actividades de salud pública se iniciaron en 1901 pero solamente en 1970 el 50% de las escuelas incluían estas actividades en sus planes de estudio.

Las actividades de salud pública incluían más frecuentemente las visitas domiciliarias, educación sanitaria, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles.

En el plan de estudio actual el promedio de horas anuales dedicadas a las actividades de salud pública están presentadas en el Cuadro No. 17. Estas actividades representan un 24% del tiempo medio dedicado a teoría y un 34% del tiempo medio dedicado a las actividades prácticas. Las actividades actuales más frecuentes son consulta de enfermería maternoinfantil, desarrollo de comunidad, control de enfermedades transmisibles y visitas domiciliarias.

Cuadro 17

X de horas anuales dedicadas a actividades de salud pública

Actividad	X 1er. año	X 2do. año	X 3er. año	X 4to. año
Teórica	588	464	378	257
Práctica	349	631	683	697

Las actividades de adiestramiento en el área de acciones independientes de enfermería para desarrollo de programas a nivel de atención primaria están descritas en el Cuadro No. 18. Aunque las actividades de técnica de anamnesis y exámenes físico fueran introducidas tempranamente; la consulta independiente de enfermería sólo es introducida después de 1970 y sólo el 50% de las escuelas realizan este tipo de actividad.

Cuadro 18

Actividades relativas a práctica independiente de enfermería, promedio del año de inicio, rango y No. de escuelas

Establecimientos	Año Inicio	Rango	No. de Escuelas
Anamnesis Adulto	1971	1915 - 1982	65
Anamnesis Niño	1971	1939 - 1982	62
Anamnesis Gestante	1970	1940 - 1982	64
Examen físico adulto	1974	1945 - 1982	61
" " niño	1973	1939 - 1982	65
" " gestante	1971	1940 - 1982	63
Cons. Indiv. Enf. Adulto	1977	1963 - 1982	28
Cons. Indiv. Enf. Niño	1974	1952 - 1982	42
Cons. Indiv. Enf. Gestante	1974	1954 - 1982	38

Cons. Indiv. Enf. = Consultas Individual Enfermería

La metodología de la práctica pedagógica en las escuelas se basa en las prácticas tradicionales de enseñanza, todavía hay un grupo de escuelas que no ha introducido tecnologías educacionales, ver Cuadro No. 19.

Cuadro 19

Tecnologías educacionales utilizadas por las escuelas, promedio de año de introducción y número de escuelas

	X Año de Introducción	No. Escuelas
Instrucción programada	1975	39
Enseñanza modularizada	1978	37
Simulación	1970	58

4. Profesores:

En el cuadro 20 se presenta el número de profesores según el tiempo de contrato de trabajo.

Cuadro 20

Número de Profesores Enfermeros y otros Profesionales según el tiempo de trabajo

Contrato	Profesores	
	Enfermeros	Otros Profesionales
Tiempo integral (40 horas)	1141	132
Tiempo parcial (20 horas)	298	42
Menos tiempo que el parcial (12 horas)	82	107
horista	189	916
TOTAL	1710	1197

El Cuadro No. 21 presenta el nivel de preparación académica de los profesores-enfermeros.

Cuadro 21

No. de profesores-enfermeros según nivel de preparación académica

Preparación Académica	No.	%
Enfermera General	157	9
Licenciatura	663	39
Especialización	573	34
Maestría	282	16
Doctorado	35	2

Los cursos de pos-graduado en su mayoría fueron realizados en el propio país (80%), seguidos por América Latina (12%), USA (5%) y otros países (3%).

La distribución de los profesores enfermeros según el área de especialización o pos-graduación está presentada en el Cuadro No. 22.

Cuadro 22

No. de profesores según el área de especialización pos-graduación

Preparación Académica	No. de Profesores
Enfermería Médico-Quirúrgica	196
Enfermería Obstétrica	104
Enfermería Pediátrica	77
Educación en Enfermería	332
Enfermería Materno-infantil	77
Enfermería Salud Pública	238
Enfermería Psiquiatría	90
Administración en Enfermería	125
Práctica Independiente	39

Observación: Hay profesores con más de un área de especialización.

La mayoría de las escuelas informan que los profesores participan en actividades prácticas como supervisores e instructores de estudiantes (73 y 75), mientras que del equipo de las instituciones de salud solamente participan 39 y 41, respectivamente, con una participación en promedio de 11 horas semanales.

### 5. Estudiantes

El número de estudiantes graduados por década aumenta lentamente hasta la década de los 70 , cuando también aumenta el número de escuelas en la muestra. Todavía hay que considerar que durante esta década hay un aumento significativo en número de matrículas en las universidades latinoamericanas. El Cuadro No. 23 presenta el número de estudiantes graduados por década. El número de estudiantes inscritos en el año 1982 se presenta en el cuadro 24.

Cuadro 23

Número de Estudiantes inscritos en 1982 por año académico y sexo

Año Académico	Sexo	
	F	M
1er. año	5471	610
2do. año	4240	314
3er. año	3695	256
4to. año	2928	236
TOTAL	16334	1416

Cuadro 24

Número de Estudiantes graduados por década según sexo

Año Académico	Sexo	
	F	M
1900-1920	879	48
1921-1930	378	57
1931-1940	643	45
1941-1950	2082	54
1951-1960	3878	75
1961-1970	4973	133
1971-1980	19176	601

Si se mantiene este número de alumnado en la década de los 80, el número de graduados duplicará al de la década pasada.

6. Convenio con la OPS

El primer convenio se celebra en 1952, enseguida de la organización de la Sección de Enfermería en la OPS. De la muestra solamente 45 escuelas han firmado convenio y solamente 31 han indicado la fecha y motivo del convenio. El Cuadro No. 25 presenta el número de convenios de libros de texto).

Cuadro 25

No. de convenio con la OPS por escuelas

No. de convenio	No. de Escuelas
0 - 3	23
4 - 6	4
7 - 9	2
10 - 12	2

Los convenios son más frecuentes con el objetivo de capacitación de profesores en distintas áreas de enfermería, desarrollo curricular incluyendo diseño, implementación y evaluación; desarrollo de cursos, talleres y seminarios. También se ha celebrado convenios para introducción de tecnología educacional, proyectos de reorganización de escuelas y adiestramiento de auxiliares de enfermería en distintos niveles.

7. Asesorías recibidas de la OPS sin convenios

De la muestra veintiocho escuelas declaran que han recibido asesorías de la OPS. Las asesorías iniciaron en el año de 1959, son por lo tanto un poco posteriores a los convenios. El Cuadro No. 26 presenta el número de asesorías por escuelas.

Cuadro 26

Número de escuelas que recibieron asesorías de la OPS

No. de asesorías	No. de Escuelas
1	11
2	5
3 - 4	5
5 - 7	6
8 - 10	1

Los objetivos para las asesorías más frecuentes son el desarrollo curricular, desarrollo de cursos, talleres y seminarios, juntamente con adiestramiento de profesores. Se realizaron asesorías también para introducción de tecnología educacional, capacitación de auxiliares de enfermería, desarrollo y evaluación de campos clínicos, reorganización de escuelas y desarrollo de proyectos de investigación.

### Impacto de la cooperación técnica en la Educación de Enfermería en América Latina

El estudio exploratorio sobre el impacto de la OPS en las innovaciones curriculares que utilizó de la misma muestra del estudio arriba e incluyó 45 escuelas de enfermería de América Latina, realizada por Souza (1982), permite indicar algunas tendencias observadas en cuanto al papel de la cooperación técnica de la OPS.

Cuatro de las recomendaciones más destacadas para la educación de enfermería son identificados: 1. introducción de salud pública en los currículos (formulado en los años 1950); 2. mejoramiento del nivel educacional a través de la introducción de especialización de enfermería en los currículos y mejoramiento del nivel de los profesores de enfermería a través de los programas de posgrado en educación (formulado en los años 1960); 3. el desarrollo de habilidades y destrezas para asumir el rol extendido de enfermería en las funciones de atención primaria (formulado en los años 1960 y 1970) y, 4. la introducción de tecnología educacional y metodología de enseñanza (formulado en los años 1970). De acuerdo a estas recomendaciones selecciona seis indicadores:

1. Tiempo de introducción de los conceptos de salud pública y la práctica en los currículos.
2. Período de introducción y tipos de especialización introducidos en el currículo.
3. Número de profesores con educación de posgrado.
4. Valoración de los objetivos de la educación de enfermería.
5. Número de programas para el desarrollo de habilidades y destrezas para el desempeño de funciones del rol expandido de enfermería.
6. Número de escuelas utilizando tecnología educacional.

Considerando también que el contacto o exposición a la cooperación técnica de la OPS a las escuelas constituye un posible indicador de impacto la muestra fue dicotomizada en dos grupos: vinculación con la OPS y no vinculación con la OPS.



1. Introducción de Enfermería de Salud Pública en los currículos

Independientemente de la asistencia directa en la OPS las escuelas creadas después de los años 1960 tenían esta área de estudio incorporada a su currículo a la época de la inauguración de las mismas. En cuanto las escuelas creadas antes de los años 60 presenta una tendencia general de haber incorporado Salud Pública después de los primeros cinco años. El cuadro 27 resume esta información.

Estos resultados parecen indicar que salud pública es más generalmente introducida en los currículos en consecuencia a demanda interna de los países, demostrando así que la influencia de la OPS depende de la congruencia con las políticas nacionales de salud.

Cuadro 27

Introducción de Escuelas de Salud Pública en Enfermería en el Curriculum de las 45 escuelas incluídas en el estudio vinculado a la OPS y el Período de Inauguración de la Escuela

	E S C U E L A S							
	Vínculo con OPS				Sin vínculo con OPS			
	1		2		1		2	
Introducción de Salud Pública	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Durante la Inauguración	4	33.30	7	70	3	37.5	10	66.70
Después de Inauguración	8	66.70	3	30	5	62.5	5	33.30

1 = Escuelas creadas entre 1900-1960

2 = Escuelas creadas después de 1960

El contenido y la duración del adiestramiento en salud pública también no varía mucho entre los grupos, el Cuadro 28 muestra que hay una mayor concentración en el cuarto año académico y una ligera tendencia de las escuelas sin vínculo con la OPS de ofrecer más horas de adiestramiento en este nivel.

Cuadro 28

Horas Promedio de Entrenamiento en Salud Pública in las Escuelas Incluidas en el estudio de acuerdo a su vinculación don la OPS y el Año Académico.

Año Aca- démico	X Horas en Entrenamiento en Salud Pública			
	Escuelas vinculadas a la OPS		Escuelas no vinculadas a la OPS	
	Teoría	Práctica	Teoría	Práctica
Primero	75	78	75	75
Segundo	63	134	98	131
Tercero	73	176	90	185
Cuarto	92	414	158	501

Especialización en enfermería

La introducción de programas de especialización indica una tendencia de relación positiva en favor de las escuelas con vínculo con la OPS. El cuadro 29 muestra estos datos. La proporción de escuelas que ofrece especialización es mayor para las escuelas que reciben asistencia de la OPS así como en estas escuelas la introducción ocurrió más temprano.

Cuadro 29

Número de Estuelas Incluidas en el Estudio que ofrecen Especialización en Enfermería por vinculación con la OPS y la década de su Introducción en el Programa

Década de Introducción Vinculada con de la Especialización	Vinculada con		No	
	la OPS		la OPS	
	No.	%	No.	%
1950	3	23.00	1	12.5
1960	5	38.50	-	-
1970	5	38.50	7	87.5

En cuanto 59.10% de las escuelas que recibirán asistencia de la OPS ofrecen programas de especialización, apenas 34.78% en el grupo que sin vínculo con la OPS las ofrecen.

El número de profesores con postgrado y especialización también indica que las escuelas con vinculación con la OPS son más favorecidas. Este grupo tiene 54.70% de sus profesores con un nivel académico superior a la enfermería básica, en cuanto que el grupo sin vinculación tiene 46.70% y se considera las diferencias con relación apenas a posgrado la diferencia entre los dos grupos aumenta. (Ver el Cuadro 30).

Cuadro 30

Número y Porcentaje de Profesores de los dos Grupos de Escuelas Incluidas en el Estudio por el Nivel Académico de Preparación

Preparación Académica de los Profesores	Número de Profesores			
	Escuela vinculada a la OPS		Escuela no vinculada a la OPS	
	No.	%	No.	%
Básico	134	21.50	95	22.90
Licenciatura	148	23.80	126	30.40
Especialización	126	20.30	128	30.80
Maestría	194	31.20	62	14.90
Doctorado	20	3.20	4	1.00
Total	622	100.00	415	100.00

Habilidades y destrezas en el rol expandido de enfermería

Al examinar la información sobre la introducción de actividades para desarrollar habilidades y destrezas en el rol expandido de enfermería se verifica que no hay diferencias significantes entre los dos grupos. El Cuadro 31 muestra que el desarrollo de actividades independientes de enfermería está casi igualmente distribuida en los dos grupos. Con respecto al año de la introducción de estas innovaciones y el año de fundación de las escuelas se verifica que en las escuelas creadas después de los años 70 introducirán estas innovaciones. Además, estas escuelas están localizadas en países que han adoptado las políticas de expansión de cobertura antes de los años 1970, tales como Colombia y Chile.

Cuadro 31

Actividades de Expansión del Rol de la Enfermería en los dos Grupos de Escuelas Incluidas en el Estudio

Tipo de Expansión del Rol	Vinculada con la OPS		Sin vínculo con la OPS	
	No.	%	No.	%
Sin actividades	5	22.80	6	26.60
Actividades completas	14	63.60	11	47.80
Solo con niños	1	4.50	1	4.30
Son con mujeres embarazadas	-	-	1	4.30
Adultos y niños	-	-	1	4.30
Adultos y embarazadas	-	-	1	4.30
Niños y embarazadas	2	9.10	2	8.80

El número de profesores de enfermería entrenados para guiar las experiencias del rol expandido difiere ligeramente en los dos grupos: 2.60% en el grupo con vínculo con la OPS y 0.60% en el grupo sin vínculo con la OPS.

Objetivos de la educación de enfermería

El hecho de que todas las escuelas incluidas en el estudio informaran que tienen objetivos escritos de acuerdo a los lineamientos generales recomendados por la OPS en 1961, puede indicar que al nivel del discurso formal la OPS ha influenciado indistintamente a las escuelas en la Región. Esta generalización se fundamenta en el conocimiento del grado amplio de difusión de las publicaciones de la OPS, independientemente del vínculo directo.

Sin embargo, las escuelas incluidas en el estudio son diferentes con respecto a como categorizan los tres primeros objetivos de la educación de enfermería con relación al desarrollo proporcional. Las escuelas con vínculo con la OPS presentan el siguiente orden jerárquico de objetivos:

1. atención directa
2. investigación
3. educación comunitaria, y

Las escuelas sin vínculo

1. atención directa
2. educación comunitaria, y
3. administración de la atención de salud.

Parecería que las Escuelas que tienen relación directa con la OPS, consideran la investigación como un área de interés especial, aunque éste no ha sido política prioritaria de la OPS. En ambos grupos se enfatiza la enfermería comunitaria.

A pesar de estas diferencias, no fue posible identificar diferencias substantivas en los currículos de estas escuelas. El contenido de los cursos ofrecidos y la duración de los programas -las experiencias teóricas y prácticas- esencialmente no difieren entre los dos grupos. El cuadro 32 muestra los datos para la duración de los programas.

Cuadro 32

Horas Anuales de Teoría y Práctica en los Dos Grupos  
de Escuelas Incluidas en el Estudio

Actividades	Vinculadas con la OPS		No vinculadas con la OPS	
	No.	%	No.	%
Teoría	466	42	461	42
Práctica	629	58	639	58

Es necesario investigar más a fondo estas diferencias. El contenido de los cursos debe ser analizado para que se pueda concluir las relaciones entre estas prioridades de objetivos de enseñanza y la estructura curricular. De acuerdo con el presente análisis que no ha explorado detalladamente el contenido de los cursos no se observa esta relación, en ambos, los grupos independientemente del modo como han jerarquizado los objetivos no se observa diferencia en la estructura curricular.

Introducción de tecnología educacional

No se observa diferencias entre los dos grupos con relación a la introducción de tecnología educacional. En el grupo con vínculo 90.30% de las escuelas introducirán uno o más tipos de innovaciones en tecnología educacional y 87.00% en el grupo sin vinculación también lo introdujo. La pequeña diferencia entre los dos grupos cuando examinada en sus detalles se deriva de la utilización de instrucción modularizada que es una propuesta básica del proyecto de tecnología educacional OPS. (Ver Cuadro 33).

Cuadro 33

Número de Escuelas Incluidas en el Estudio que ofrecen Instrucción Modularizada y están vinculadas a la OPS

Instrucción Modularizada	Vinculadas con OPS		No Vinculadas con OPS	
	No.	%	No.	%
Si	12	54.50	10	43.50
No	10	45.50	13	56.50

Es importante recordar que el proyecto de tecnología educacional de la OPS propone la formación de centros nacionales de tecnología educacional en enfermería, los cuales deberían crear una red de subcentros en sus áreas de influencia. Este hecho puede fundamentar una conclusión en favor de la influencia de la OPS en esta área. Sin embargo, es importante tener precauciones, antes de llegar a una conclusión final. Es necesario conocer el estado de desarrollo de la tecnología educacional y las políticas de cada país en esta área.

Las conclusiones del estudio indican la necesidad de más investigación en esta línea y otras, que pueden aportar mejor conocimiento sobre los mecanismos de influencia de la OPS con el fin de mejorar la asistencia técnica.

## CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS

El análisis del desarrollo de enfermería en la OPS ha demostrado las relaciones con el contexto interno así como el internacional de la Organización. El desarrollo de enfermería en la OPS refleja todos los niveles de complejidad de una organización internacional cuyo papel principal ha sido la difusión de conceptos dominantes de salud e innovaciones en el área de salud.

El propósito de estos comentarios finales es discutir brevemente algunas de las implicaciones de este estudio para el futuro de la educación de enfermería, y proponer recomendaciones que podrían ser relevantes para la enfermería en la OPS.

El futuro de enfermería en América Latina debe ser vista a la luz de las metas de Salud para Todos en el Año 2000 y las estrategias para alcanzarla. La División de Desarrollo de Personal de Salud de la OMS organizó en Noviembre de 1981 una conferencia sobre "Participación de enfermería en la Meta Salud para Todos en el Año 2000". El informe de esta conferencia asigna la necesidad de una consideración cuidadosa por parte de enfermería de la atención de salud como está indicado en el documento Estrategias Globales para SPT/2000 (OMS). Considera especialmente importante y relevante para la práctica de enfermería en atención primaria lo siguiente:

1. El compromiso con la atención primaria de salud requiere una orientación fundamental consistente en substituir los actuales servicios - cada vez más costosos, que utilizan una tecnología muy perfeccionada en beneficio de una minoría - por un servicio más asequible a todos, organizado en torno a las necesidades de salud de la población a fin de poder atender esas necesidades.
2. Los sistemas de salud del país deben basarse en los principios de la atención primaria de salud.
3. Esa atención debe beneficiar a toda la población y no solamente a ciertos segmentos de la misma.
4. La tecnología aplicada debe ser apropiada, tener una sólida base científica, ser adaptable y aceptable para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella. Debe seleccionarse de modo que pueda sufragarse con los recursos disponibles.
5. La autorresponsabilidad y la conciencia social son factores fundamentales en el desarrollo de la salud; por consiguiente, es vital la participación de la comunidad.
6. La acción intersectorial y la interevención adecuada de la comunidad son requisitos previos para organizar y controlar el sistema de salud."

Con base en estas premisas, la Conferencia llegó a las siguientes conclusiones:

1. Enfermería tiene la habilidad y la responsabilidad de hacer cambios radicales en el sistema de atención de salud para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Estos cambios dependen de la total implementación de los conceptos de atención primaria en salud, y de estrategias cuidadosamente formuladas apropiadas a todos los niveles de atención, y dentro de las perspectivas de desarrollo de salud del país.

2. El cambio que necesita enfermería es la expansión de los roles tradicionales en el diagnóstico, terapia y rehabilitación de funciones requeridas por los problemas sociales y de salud del país.

3. Basado en la expansión de estos roles está el desarrollo de actitudes tenaces y planes agresivos para hacer que la atención primaria esté disponible a toda la población tan pronto como sea posible, y a través de el uso de la tecnología y modelos de desarrollo de personal de salud apropiados para cada país.

4. Al mismo tiempo, y de igual importancia, esta la concentración de técnicas de intervención al nivel comunitario, incluyendo a la comunidad envuelta en todas las fases de la planificación de salud, distribución y evaluación, con énfasis en la prevención a todos los niveles y enfocado en grupos de alto riesgo e incapacitados.

5. La aceleración en el impacto de enfermería en la salud comunitaria requiere de un dramático cambio en la práctica y en la preparación de las enfermeras a través de los sistemas educacionales. Cambios en la educación básica de enfermería, es de vital importancia al desarrollo de futuras generaciones de enfermeras. Cambios en la educación post-básica y continua de enfermería es fundamental para las reformas que se requieren en los programas básicos, especialmente si se refieren a la práctica de los estudiantes de enfermería. Consecuentemente, cualquier cambio en alguno de estos puntos significaría cambio en algún otro, es decir deberá ser planeado conjuntamente."

Aunque no haya duda de que la enfermería deba asumir un papel importante para la implementación de las estrategias requeridas para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, podemos cuestionar la capacidad de la enfermería para asumir un papel primordial efectuando los cambios necesarios en el sistema de salud para alcanzar esta meta en América Latina. La larga historia de limitación de poder profesional que Torres (1982) califica como opresión en el sentido utilizado por Freire en su libro "Pedagogía del Oprimido" apunta más particularmente para



enfermería un papel secundario, en el cual la enfermería tiene que luchar para determinar su espacio de práctica. La falta de un sector organizado de enfermería en la mayoría de los países, y el permanente y creciente conflicto además de las contradicciones existentes en los varios niveles de personal, está obstaculizando una toma de posición objetiva por el sector como un todo.

Sin embargo, es importante tener una perspectiva global del sector salud. Por ejemplo, en algunos países se ha observado un crecimiento significativo de servicios de salud privados, y los gobiernos están utilizando cada vez más, estos servicios de salud privados, para suplir las demandas del segundo y el tercer nivel. Estos servicios, en general, no han incorporado a la enfermería como un sector con todos sus niveles de personal, por no estar dispuestos a pagar los salarios competentes. La calidad de la atención de enfermería es frecuentemente baja. Así, la problemática de la práctica y educación de enfermería se extiende más allá de las cuestiones sugeridas en la relación a atención primaria de salud.

Si se esperasen cambios radicales en la práctica y educación de enfermería, el primer paso sería un examen crítico por parte de enfermeras y personal de enfermería de las condiciones de su desarrollo en América Latina. Este análisis crítico permitirá una mejor comprensión de las relaciones entre sus raíces religiosas y militares, así como entre las prácticas de salud dominantes, lo que en última instancia está determinado por la estructura política y económica de la sociedad. La comprensión de estas relaciones permitirá a su vez la formulación de nuevas metas para la práctica de enfermería y su educación. Además permitirá la formulación de nuevas estrategias para la integración y coordinación del sector de enfermería.

En América Latina el personal de enfermería con poco, y a veces ninguna, capacitación continua siendo la mayoría de fuerza laboral. La capacidad limitada del sector educacional de enfermería para entrenar todo el personal necesario para alcanzar la meta de SPT/2000, sugiere que un número de personal sin ningún entrenamiento continuara a ser incorporado en trabajo de enfermería en el futuro. Esta situación ciertamente presenta un desafío para los liderazgos de enfermería y requiere una redefinición de los papeles y responsabilidades a todos los niveles de enfermería. La creatividad y utilización de todo el personal entrenado en el desarrollo de fuerzas laborales para la atención en salud deben ser tomadas en consideración si el servicio a las poblaciones, individual y colectivamente son la verdadera preocupación de enfermería.

Además de estas consideraciones internas sobre enfermería, es importante tener en mente que el suceso de las estrategias para alcanzar la meta de SPT/2000 están condicionadas a la crisis fiscal que vive la América Latina. Para dos Santos (1979) la presente crisis económica caracterizada por un proceso inflacionario creciente y una alta tasa de desempleo persistirá por un tiempo largo. Entonces cuales son las posibilidades reales de los países para expandir sus servicios de salud? Sin duda, los gobiernos adoptarán las alternativas menos costosas que necesariamente incluyen la utilización de un número cada vez mayor de personal menos calificado. Así, las limitaciones no son solamente impuestas por los problemas internos del sector enfermería.

En base a esta discusión una conclusión es que en el futuro de la práctica de enfermería en América Latina, ante las nuevas perspectivas de SPT/2000 continuará en las manos del personal con menos capacitación. Sin embargo, el papel del liderazgo de enfermería en promover una reconceptualización de enfermería no puede ser olvidado. La reconceptualización fundamentada en modelos más críticos de la interpretación de las realidades nacionales podrá guiar el sector educacional en la formulación de programas más integrados y coordinados en todos los niveles, así como la asignación y utilización de fondos y recursos de modo más eficiente. La práctica futura de enfermería tendría un impacto importante para el alcance de SPT/2000, si en vez de la lucha profesional en gran parte inspirada en la profesión médica para adquirir status profesional, enfermería profesional congregue todos los niveles de personal en la búsqueda de mejores servicios de salud para los individuos y la comunidad.

Las siguientes premisas propuestas por Cerezo (1979) para la educación de enfermería representan una estrategia para la reconceptualización de enfermería en la América Latina que ciertamente permite la reorganización de los servicios y la integración del personal de enfermería:

- "Se tratará de lograr algo más que una simple modificación de los métodos didácticos, y alcanzar la explicitación teórico-metodológica de la pedagogía como ciencia.
- Se requerirán cambios fundamentales en la concepción del proceso educacional que favorezcan la elaboración de planes y programas de estudio congruentes con la realidad y las necesidades futuras del país.
- Se establecerá un plan de estudio centrado en la comunidad y en los servicios de salud y en el que se establezca la relación coherente entre el proceso de salud-enfermedad y las condiciones económico sociales y ambientales.

- Se definirá una práctica de enfermería con mayor énfasis en la prevención primaria y no secundaria; en la prevención colectiva y no en la individual; en la prevención polivalente más que en la específica, y que esté centrada en la atención a la familia sana en su vida social y comunitaria, para luego pasar a la enfermedad, a la invalidez y a la disfunción social, atendiendo finalmente el tratamiento, la curación y la rehabilitación.
- Se propugnará por una estructura de servicios de salud que supere la suma de los organismos actuales y su ambiente, que permita la integración del hombre sano y de enfermo, de la comunidad y los servicios de salud.
- Se tratará de superar la separación entre ciencia y ejercicio profesional, mediante la organización de un plan de estudio que lleve a los estudiantes a participar desde temprano en actividades de investigación que favorezcan el perfeccionamiento del proceso educacional del ejercicio profesional y de la práctica social.
- Se establecerá un proceso formativo continuo a través del estudio y la participación en la búsqueda científica en los campos terapéutico, epidemiológico y social. Naturalmente, esta proposición es incompatible con una concepción individualista de la profesión."

De acuerdo a estas nuevas perspectiva, la reconceptualización de enfermería en la OPS también tiene que ser considerada. Las recomendaciones de la OPS en el área de educación de enfermería ha sido fundamentada en la experiencia de enfermería en los países desarrollados y también fue inspirada en un modelo "ideal" de enfermería de acuerdo a los patrones internacionales y dependientes del Consejo Internacional de Enfermeras. Es necesario tomar en consideración la realidad social de América Latina. Aunque se hayan revisado las recomendaciones en el transcurso del tiempo, estas no han sido lo suficientemente fuertes para producir cambios. Es preciso dar importancia a modos alternativos de comprender el proceso social, principalmente los que han influenciado la adopción de recomendaciones internacionales. El conocimiento de la práctica de enfermería y la educación fundamentadas en el análisis crítico de las relaciones de este sector con la sociedad debería mejorar la adecuación de las recomendaciones y las estrategias para su implementación.

La estrategia por la cual la OPS podría establecer un análisis continuo del sector salud y de la enfermería en la Región y cada país tiene que necesariamente incluir investigación social considerando los trabajos teóricos y los resultados empíricos producidos por los investigadores locales.

De acuerdo a esta perspectiva, las recomendaciones para las innovaciones en enfermería deben estar fundamentadas en la experiencia de América Latina. Además creemos que es necesario analizar más profundamente la integración y coordinación del sector enfermería en todos sus niveles.

Finalmente, en su sentido más amplio, enfermería en América Latina necesita desarrollar un debate continuo, vigoroso y constructivo cuyo propósito fundamental sería promover nuevas dimensiones para las políticas de atención de salud de modo que los profesionales puedan cumplir más completamente su compromiso para mejor calidad de la vida de los pueblos de América Latina.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

- Abel Smith, B. 1960. A History of the Nursing Profession in Great Britain. London: William heinemann.
- Adams, S.E. 1926. "Santo Tomás Hospital School for Nurses." Am. J. Nursing; 26:109-112; February.
- Adams, S.E. 1927. "A School for Nurses in Chile." Am. J. Nursing, 27:1029-1930; December.
- Alegría, C. 1965. Historia de la Medicina en Venezuela . Caracas: Universidad Central de Venezuela; pp 4-5.
- Almeida, M.C. et al. 1981. Contribuição as Estudo da Pratica de Enfermagen no Brasil. Riberáo Preto: Universidade de Sao Paulo. (Mimeo)
- Althusser, L. and E. Balibar. 1977. Reading Capital, London: New Left Books.
- American Journal of Nursing. 1900. (Editor's Miscellany.) "Order of Spanish-American Nurses." Am. J. Nursing. 1:60-61; October.
- American Journal of Nursing. 1902. (Foreign Department.) "The Regulations for the Schools of Nursing in the State Hospitals of Cuba. Am. J. Nursing. 2:466-469; March.
- American Journal of Nursing. 1905. (Editorial Comments.) "The Sanitary Situation at Panama." Am. J. Nursing. 5:484-487; April.
- American Journal of Nursing. 1922. "Development of a Nursing Service in Brazil." Am. J. Nursing. 22:560 April.
- American Journal of Nursing. 1936. (Recent Meetings.) "The International Congress of Catholic Nurses, Rome, Italy, August 25-29, 1935." (Recent Meetings.) Am. J. Nursing. 36 March.
- Amézquita, J. A. et. al. 1960. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. IV Vols. México, D.F. Secretaria de Salubridad y Asistencia.

- Andrade, J. 1979. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. PAHO. Washington, D.C.: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28
- Archila, R. 1956. Historia de la Sanidad en Venezuela. Tomo II. Caracas: Imprenta Nacional. pp. 256-263.
- Austin, A. L. 1957. History of Nursing Source Book. New York: G.P. Putman's Sons.
- Baly, M. 1980. Nursing and Social Change. London: William Heinemann Medical Book Ltd. pp. 405.
- Beck, M. 1942. "Enfermería en Bolivia." Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Chile: Universidad de Chile, pp. 107-109.
- Bellaby, P. and Oribabor, P. 1980. "The History of the Present - Contradiction and Struggle in Nursing." Rewriting Nursing History. (Ed. by Celia Davies.) London: Croom Helm.
- Benjamin, H. W. 1965. Higher Education in the American Republics. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Bertalanffy, Von L. 1977. General System Theory a Critical Review. Systems Behavior. (Ed by John Beishon and Geaff Peters.) London: Harper and Row, Publishers.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1927. (Notas y Revistas.) "Republica Dominicana." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 6:608-9 August.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1936. "Notas y Revistas." "Escuela de Enfermeras en Chile." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 15:87 January.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1940. (Notas y Revista.) (Enfermería en Argentina.) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 19:406-407; April.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Chile" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 22:359-360; April.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Escuela de Enfermeras de Quito." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 22:360; April.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Chihuahua, Mexico." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamerica. 22:360 April.

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Notas y Revistas: Enfermería) "Cuba" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 22:846; September.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Notas y Revistas: Enfermería) "Colombia." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 22:563-564; June.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943. (Editoriales) "Nueva Sección de Enfermería en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana." 22:355-357; April.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1944. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Visitadoras de Higiene Mental en Uruguay." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 23:181; February.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1944. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Historia en Colombia." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 23:945-946; December.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1944. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Hospitalaría en el Paraguay." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 23:180 February.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1945. (Notas y Revistas: Enfermería.) "Enfermería Escuela Argentina." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 24:87; January.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1945. (Notas y Revista: Enfermería.) "Escuela Modelo en Chile." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 24:662; July.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1945. (Notas y Revista: Enfermería.) "Escuela en Lima." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 24:566-567; June.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1945. (Notas y Revista: Enfermería.) "Enseñanza del Personal Femenino en el Paraguay." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 24:183; February.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1946. (Notas y Revista: Enfermería.) "Escuela Chilena." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 25:377-378 April.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1948. (Editorial) "Día Panamericano de la Salud - La Enfermería Moderna." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 27:1196-1997; December.

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1950. (Enfermería)  
"Summary of the First and Second Regional Nurses Congresses."  
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 29:104-105;  
January.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1950. "Introduction of  
M.J. Aberti on the Nursing Section." Boletín de la Oficina  
Sanitaria Panamericana. 27:199; February.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1951. (Enfermería)  
"Legislación sobre Enfermería en el Brasil." Boletín de la  
Oficina Sanitaria Panamericana. 30:767-777; July.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1951). (Editorial)  
"America Necesita Enfermeras." Boletín de la Oficina  
Sanitaria Panamericana. 32:703-706; June.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1952. (Editorial)  
"Nueva Meta para la Enfermería." Boletín de la Oficina  
Sanitaria Panamericana. 35:257-258; September.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1954. (Editorial)  
"La Enfermera: Guía de la Salud" (Declaraciones de Dr. Fred  
L. Soper, Director de PAHO). Boletín de la Oficina Sanitaria  
Panamericana. 38:474-475; April.
- Bullough and Bonnie. 1969. The Emergence of Modern Nursing. London:  
The MacMillan Company.
- Bustamante, M.E. 1949. (Editorial) "La Primera Enfermera de  
Salubridad en Misión Internacional." Boletín de la Oficina  
Sanitaria Panamericana. 28:188-191; February.
- Bustamante, M. 1952. "Los Primeros Cincuenta Años de la Oficina Sani-  
taria Panamericana." Boletín de la Oficina Sanitaria  
Panamericana. 36:470-331; December.
- Caccioppo, A. 1942. "Organización de la Escuela de Enfermeras en  
Quito." Informe del Primer Congreso Latinoamericano de  
Enfermería. Chile: Universidad de Chile.
- Camacho, M. 1942. "Concepto Moderno del Hospital." In El Hospital en  
Colombia. Primer Congreso Hospitalario de Colombia.  
Colombia: Imprenta del Departamento de Bucaramanga, pp. 50-75.
- Cannings, K. and W. Lazonick, 1978. The Development of Nursing Labor  
Force in the United States: A basic Analysis. In:  
Organization of Health Workers and Labor Conflict. (Ed. by  
Samuel Wolfe.) New York: Baywoods Publishing Company, Inc.



- Cardoso, F.H. and E. Faletto, 1979. Dependency and Development in Latin America. Berkeley: University of California Press.
- Carr, E. H. 1961. What is History? New York: Vintage Books. A division of Random House.
- Castellanos, P.L.C. 1982. "La Formación del Médico en la Realidad Social de Cada País. Marco teórico y objetivos generales." XII Conferencia de Facultades y Escuela de Medicina de Latinoamérica. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. (Mimeo.)
- Chagas, A. 1950. "Observaciones Preliminares sobre las Escuelas de Enfermería en la América Latina." Bol. Of. Sanit. Panam. 29:199-210; February.
- Chagas, A. 1952. "La Enfermería en la América Latina." Bol.Of.Sanit. Panam. 33:638-644; December.
- Chagas, A. 1964. "Adiestramiento y Funciones de Auxiliares de Enfermería en América Latina." Bol.Of.Sanit. Panam. 56:581-585; June.
- Christy, L.B., M.A. Poulin and J. Hover. 1974. An Appraisal of an Abstract for Action. Action in Nursing Progress in Professional Purpose. (Ed by Gerome P. Lysaught.) New York: McGraw-Hill Book Company.
- Cerezo, L.V., E. Jones and L. Gibbons. 1979. "El Futuro de la Enfermera en América Latina". Educ. Med. y Salud. 13(4):428-438.
- Cernaqué, F. 1928. "La Enfermería en el Perú." Bol. Of. Sanit. Panam. 7(7) pp. 877-878; July.
- Cueva, A. 1978. El Desarrollo del Capitalismo en América Latina. Mexico: Siglo veintiuno.
- Davies, C. 1980. "A Constant Casuality: Nurse Education in Britain and the USA to 1939." Rewriting Nursing History. (Ed. by Celia Davies.) London: Croom Helm.
- Davies, C. 1980. Rewriting Nursing History. London: Ed. Croom Helm.
- Davis, M. and A. Warner. 1918. Dispensaries their Management and Development. New York: The MacMillan Company. Reprinted by Arms Press, 1977.
- Dean, M. and Balton, G. 1980. "The Administration of Poverty and the Development of Nursing Practice in Nineteenth-Century England." Rewriting Nursing History. (Ed. by Celia Davies.) London: Croom Helm.

- Department of Sanitation and Beneficence. 1920. Annual Report for the year 1920. Dominican Republic: Government Printing Office.
- Dixon, W.J. 1970. Introduction to Statistical Analysis. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Dock, L. L. and I. M. Stewart. 1938. A History of Nursing. New York: G.P. Putman's Sons.
- Dolan, J. 1963. Goodnow's History of Nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Dolan, J. 1978. Nursing in Society a Historical Perspective. Philadelphia: W. S. Saunders Company.
- Donnangelo, M.C. and L. Pereira. 1976. Saúde e Sociedade. Sao Paulo: Livraria Duas Cidades. pp. 29.
- Donghi, T. H. 1972. Historia Contemporánea de América Latina. Madrid: Alianza Editorial
- dos Santos, T. et. al. 1979. La Crisis Capitalista. America Latina y en el Mundo Actual. Mexico: Ediciones El Caballito.
- Dourado, H. G. and R. G. Dourado. 1942. "Organizacáo de Escolas de Engermajem no Brasil." Informe del Primer Congreso panamericano de Engermera. Chile: Universidad de Chile; pp 77-85.
- Eisner, E. W. 1979. The Educational Imagination on the Design and Evaluation of Schools Programs. New York: MacMillan Publishing Co., Inc.
- Estrella, E. 1976. Medicina y Estructura Socio-Economica. Ecuador: Editorial Belen.
- Fernandez, A. 1943. "Historia de Enfermeria en Venezuela." Bol. Of. Sanit. Panam. 22:938-939; October.
- Ferreira-Santos, A. 1973. A Enfermagem Como Profissáo: Estudo em um Hospital-Escola. Sao Paulo: Pioneira Editora da Universidade de Sao Paulo.
- Fisher, I. 1909. "A report on national vitality. Its wastes and conservation." (Bulletin 30 of the Committee of One Hundred on National Health). Washington, Govt. Printing Office. Cited in George Rosen. Preventive Medicine in the United States 1900-1975. Trends and Interpretations. New York: Science History Publications, 1975.

- Frank, A.G. 1979. "Dependente Accumulation and Underdevelopment" New York: Monthly Review Press.
- Frank, S.C.M. 1953. Historical Development of Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Frank, S.M.C. 1969. Foundations of Nursing, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Freeland, J. 1907. "Nursing in the Canal Zone." Am. J. Nursing. 7:697-699; June.
- Freeman, R. 1965. "Nursing in the World Health Organization." WHO. Geneve: PA/179 a. 65.
- Galiano, S. 1950. "Apuntes sobre Historia de la Enfermería en Nicaragua." Bol. Of. Sanit. Panam. 29:551-556; May.
- Galiano, S. 1975. "Brief History of Nursing in Nicaragua." Int. J. Nursing. 12:223-229; December.
- García, J.C. 1981. "Historia de las Instituciones de Investigación en Salud en América Latina 1880-1930." Educ. Med. Salud 15(1):71-90.
- García, J.C. 1982. "La Medicina en America Latina 1880-1930." (To be Published).
- Gay, L.R. 1976. Educational Research: Competencies for Analysis and Application. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company.
- Giroux, H. 1981. Ideology, Culture, and the Process of Schooling. Philadelphia: Temple University Press.
- Goodman, M. 1950. Nursing History in Brief. Philadelphia: W.B. Sanders Company.
- Grierson, C. 1910. "Escuelas de Enfermeras y Masagistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires." La Administración Sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Publicación Oficial.
- Griffin J. G. and J. K. Griffin. 1973. History and Trends of Professional Nursing. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Godoy, M., Y. Ortiz and N. Fardolla. 1951. "Desarrollo y Perspectiva de la Enfermería Sanitaria en Chile." Bol. Of. Sanit. Panam. 31:158-164; August.

- Goode, W. J. 1969. "The Theoretical Limits of Professionalization" The Semi-Professions and Their Organization. (Ed. by A. Elizioni) New York: Free Press. pp. 266-313.
- Gottas, H. 1946. "The Inter-American Health and Sanitation Program." Bol. Of. Sanit. Panam. 25:904-917; October.
- Guerra, T. I and M.G. Fuenzalida; 1942. "Aporte al Estudio Comparativo de las Escuelas de Enfermeras." Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Chile: University of Chile.
- Hagerstrand, T. 1968. "The diffusion of Innovations". International Encyclopedia of Social Sciences. (Ed. by David L. Sells.) New York: The MacMillan Company and Free Press.
- Hamilton, A. 1901. "Report for the International Council of Nurses on Nursing in France." (Foreign Department in charge of Lavinia L. Dock.) Am. J. Nursing. 2:132-135; November.
- Hibbard, E. 1902. "The Establishment of Schools for Nursing in Cuba." Am. J. Nursing. 2:985-991; August.
- Howard-Jones, N. 1980. "The Pan American Health Organization. Origins and Evolution. WHO Chronicle. 34:367-375.
- Huckabay, L. 1982. "The Effect of Modularized Instruction and Traditional Techniques on Cognitive Learning and Affective Behaviours of Student Nurses;" Nursing Education: Pratical Methods and Models. (Ed. by Barbara J. Brown and Peggy L. Chinn) Rockville, Maryland: An Aspen Publication.
- Hughes, Z.C. 1950. "Recursos de Enfermería en Panama." Bol. Of. Sanit Panam. 29:272-280; September.
- Jackson, A.J. 1901. "A Line from Brasil." A. J. Nursing. 1:606; May.
- Jackson, A. J. 1902. "Nursing in Brazil." Am. J. Nursing. 2:56-57; October.
- Jamieson, E. and M. F. Sewall. 1966. Trends in Nursing History. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Johnson, T. J. 1972. Professions and Power. London: The MacMillan Press Ltd. London.
- Katz, F. E. 1969. "Nurses." Semi-professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers. (Ed by Amitai Etzioni) New York: The Free Press.

- Klegon, D. 1978. "The Sociology of Professions." Sociology of Work and Occupations. 5:259-283; August.
- Kula, W. 1974. Problemas y Métodos de la Historia Económica. Barcelona: Ediciones Peninsula.
- Larrabure, Sister R. 1932. "National School of Nursing of Peru." International Nursing Review. 7:63-69; January.
- León, L.A. 1977. Resumen de la Historia de la Medicina en el Ecuador Departamento de Difusión Cultural. Ecuador: Publicaciones de la Universidad de Cuenca; pp. 94.
- Lilienfeld, R. 1978. The Rise of System Theory: An Ideological Analysis. New York: John Wiley and Sons.
- Macedo, C.G. de et al. 1980. "Uma experiencia de formacao de pessoal de Saúde no Brasil." Educ Med. Salud 14:62-74; January.
- Macedo, C.G. de, 1983. "Mensaje el Personal de la OPS". Mimeografiado.
- Machado, R. et al 1978. Danacao da Norma Medicina Social e Constituicao de de Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Serie Saber y Sociedade, Gral; pp. 457-473.
- Maggs, C. 1980. "Nurse Recruitment to four Provincial Hospitals 1881-1921." Rewriting Nursing History. (Ed by Celia Davis) London: Croom Helm.
- Mallory, G. 1926. "Ancon Hospital, Panama Canal." Am. J. Nursing. 26:521-522; May.
- Mamfredi, M. 1982. "Situacion de la Educación de Enfermería en Venezuela" (Informal Discussion) Asesoría en Enfermería Area IV 1972.
- Manfredi, N. 1982. "La Investigación en Enfermería en América Latina." Washington, D.C.: (Mimeo)
- Manfredi, N. 1982. "Resolutions about Nursing During the Last Decade." (Mimeo)
- Mariátegui, J. C. 1971. Austin and London. Seven Interpretative essays on Peruvian Reality (Trad.) University of Texas Press; pp. 145.
- Matheney, R. 1973. "Historical Perspectives." New Directions in Patient-centered Nursing Guidelines for System of Service, Education, and Research. Faye G. Abdellach et al. New York. The MacMillan Company, pp. 151-159.

- Marti, B. 1942. "Plan de Organización de Escuelas de Enfermeras para la República de Colombia." Informe del Primer Congreso Latinoamericano de Enfermería. Chile: Universidad de Chile; pp. 149-165.
- McIver, P. 1953. "Legislation Relating to The Practice of Nursing." Third Regional Congress Proceedings. Washington, D.C.: PAHO Printing Office.
- McLeish, J. 1969. The Theory of Social Change Four Views considered. New York: Schocken Books.
- McManus, R. 1967. (Tape recorded interview with Theresa E. Christy. June 21, 1967 Falmouth, Massachusetts.) Cited by Theresa E. Christy et al. An Appraisal on an Abstract fo Action. Action in Nursing Progress in Professional Purpose. (Ed by Gerome P. Lysaught.) New York: McGraw-Hill Book Company, 1974.
- Medeiros, A. 1923. "Visitadoras de Saude Publica." Saude e Assistencia Doutrinas, Experiencias e Realizacoes. 1923-1926. Pernambuco: Servico Sanitario de Pernambuco; pp 183-198.
- Mejía M. E. 1942. "Organización de Escuelas de Enfermeras en la República Argentina." Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Chile: Universidad de Chile; pp 115-125.
- Melhorn, K. 1930. "La Sanidad en Haiti." Bol. Of. Sanit. Panam. 9:916-921; August.
- Meyer, A. 1980. Formación del Personal Auxiliar. Educ. Med. y Salud. 14:95-105; January.
- Ministerio de Salud Pública. 1934. "Evolución del al Sanidad en Uruguay." Informe de la IX Conferencia Panamericana. Uruguay: Government Printing Office.
- Molina, M.T. 1973. Historia de la Enfermería. Argentina: Inter-médica.
- Naranjo, B. 1950. "Problemas de Enfermería de Salud Pública en Venezuela." Bol. Of. Sanit. Panam. 29:647-651.
- Norelius, J. and J. Schwarte. 1940. "Panama's Nursing School." Am. J. Nursing. 40:515-516; May.
- Nutting, M. A. and L. L. Dock. 1907-1912. A History of Nursing. New York. G. P. Putman's Son, New York.

- Ocaranza, F. 1934. Historia de la Medicina en México. Mexico: Ed. Laboratorios Midy.
- Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas. 1907. "Conferencia Sanitaria Internacional: 3a Mexico D.F., 1907." Actas. Washington. D.C.: OIRA Printing Office.
- Olivera, M. A. and J. I. Colmers. 1942. Sintesis de la Reglamentación de la "Escuelas de Dra. Cecilia Grierson", de la Municipalidad de Buenos Aires. Informe del Primer I Congreso Pan Americano de Enfermería. Chile: Universidad de Chile; pp. 127-131.
- Olivera, M. I. R. 1968.. "Actividades de Enfermagem em vista do atual Progreso das Ciencias da Saude." Seminar on Graduate Nursing Curriculum. Sao Paulo. (Mimeo.)
- Paixao, W. 1952. "Algunos Aspectos da Evolucao de Enfermagem no Brasil." Bol. Of. Sanit. Panam. 33:243-298; September.
- Paixao, W. 1960. Páginas da Historia de Enfermagem. Rio de Janeiro: B. Buccini.
- Pan American Health Bureau. 1924. Informe Anual Organización Sanitaria Panamericana. Año Económico que Termina 30/6/1924. Washington, D.C. PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1930. Annual Report of the Director for the year of 1930. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1937. Annual Report of the Director for the year of 1936-1937. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1944. Annual Report of the Director. Fiscal year 1942-43. Washington, D.C.: PASB Printing Office. Publication No. 204.
- Pan American Sanitary Bureau. 1947. Annual Report of the Director for the year of 1947-1950. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Health Organization. 1951. Comisión de Expertos en Enfermería de la Organización Mundial de la Salud. Informe de la Primera Sesión. PAHO. Washington, D.C.: Serie de Informes Técnicos No. 24 Publication No. 259.
- Pan American Health Organization. 1961. Guía para Escuelas de Enfermería en la América Latina. PAHO. Washington. D. C.: Publicación Científica No. 55.

- Pan American Health Organization. 1962. Encuesta sobre las Escuelas de Enfermería de la América Latina 1959. PAHO. Washington, D.C.: Publicaciones Científicas No. 62.
- Pan American Sanitary Bureau. (1942). Report of the Director of PASB to the Eleventh Pan American Sanitary Conference. By Surgeon General (Ret) Hughs Cumming. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau 1950. Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau to the Member Governments of the Pan American Sanitary Organization. (1947-1950). Washington, D.C. PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1952. Annual Report of the Director, 1951. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1952. Actas del Primer Congreso Regional de Enfermería, San José, Costa Rica y del Segundo Congreso Regional de Enfermería, Lima, Perú. PASB Washington, D.C.: Publicación No. 264.
- Pan American Sanitary Bureau. 1956. Monthly Report of the Division of Public Health. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Pan American Sanitary Bureau. 1957. Annual Report of the Director, 1956. PASB. Washington, D.C. Doc. Oficial No. 19.
- Pan American Sanitary Bureau. 1958. Quadriennial Report of the Director 1954-1957. PASB. Washington, D.C.: Doc. Oficial No. 25.
- Pan American Sanitary Bureau. 1961. Annual Report of the Director 1960. PASB. Washington, D.C.: Doc. Oficial No. 38.
- Pan American Sanitary Bureau. 1962. Quadriennial Report of the Director 1958-1961. PASB. Washington, D.C.: Doc. Oficial No. 43.
- Pan American Sanitary Organization. 1969. Tecnical Advisory Committee on Nursing. First Meeting 1968. PAHO. Washington, D.C.: Scientific Publication No. 180.
- Pan American Sanitary Bureau. 1970. Quadriennial Report of the Director, 1966-1969. PASB. Washington, D.C.: Doc. Oficial No. 101.
- Pan American Sanitary Organization. 1973. Comité de Expertos de la OPS/OMS en Enseñanza de Enfermería Maternoinfantil en las Escuelas de Enfermería de América Latina. PAHO. Washington, D.C.: Scientific Publication No. 260.



- Pan American Sanitary Bureau. 1973. Basic Documents No. 125. Washington, D.C.: PASB Printing Office.
- Parsons, T. 1954. Essays in Sociological Theory. New York: The Free Press.
- Parsons, T. 1961. "Some Considerations on the Theory of Social Change". Rural Sociology, 26:219-239; March.
- Pavey, A. E. 1951. The Story of the Growth of Nursing as an Art, a Vocation and a Profession. London: Faber and Faber Limited.
- Pedraza, H. 1954. La Enfermería en Colombia. Reseña Histórica sobre su Desarrollo Legislación. Bogotá: Editorial Minerva Ltda.
- Peña, F.B. 1980. Nociones de Historia de la Enfermería. Mexico: Editorial Porrúa, S.A., pp. 84-171.
- Pereira, L. 1970. Ensaio de Sociologia do Desenvolvimento. Sao Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Petras, J. 1981. "Dependency and World System Theory: A critique and New Directions." Latin American Perspectives. 8:148-155; Summer and Fall.
- Pinherio, M. R. S. 1952. Problemas de Enfermagem no Brasil de ponto de Vista de Enfermeria." Bol. Of. Sanit. Panam. 33:190-213; September.
- Pontes C. 1971. "Contribuicao a Historia de Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. A pioneira das escolas de Enfermagem no. Brasil." Revista Brasileira de Enfermagem. 24:199-214; January-April.
- Primer Congreso Panamericano de Enfermería. 1942. "La Enfermería en el Perú." Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Chile: Universidad de Chile; pp 89-93.
- Primer Congreso Panamericano de Enfermería. 1942. "Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes de Paraguay" Informe del Primer Congreso de Enfermería. Chile: Universidade de Chile; pp 95-105.
- Pulen, B. 1935 "Nursing in Brasil." Am. J. Nursing. 35:345-350; April.
- Restrepo, H.B. 1944. "Historia en Colombia." Bol. Of. Sanit. Panam. 23:945-946; October.

- Ricart, P.A. 1928. "La Sanidad de la República Dominicana." Bol. )f Sanit. Panam. 7:655-671; June.
- Roberts, M. 1954. American Nursing History and Interpretation. New York: The McMillan Company.
- Roberts, D. 1980. "Community Health Nursing." An Anthology of Service and Training Experiences in Latin America" Washington, D.C.: PAHO/WHO Scientific Publication No. 393.
- Robinson, V. 1946. White Caps - The Story of Nursing. Philadelphia: J.P. Lippincott.
- Rodríguez, E., G. Carrillo and A. Souza. 1979. "Tecnología Educacional en Enfermería: Marco Conceptual y Experiencias de los Centros Latinoamericanos." Educ Méd Salud. 13(4):401-415.
- Roffo, A. H. 1934. "Sobre Creación de la Escuela Nacional de Enfermeras." Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Argentina: Dirección Administrativa; pp 101-102.
- Romero, H. 1972. "Desarrollo de la Medicina y la Salubridad en Chile." Rev. Med. Chile. 100:852.
- Rosen, G. 1975. Preventive Medicine in The United States 1900-1975. Trends and Interpretations. New York: Science History Publications.
- Russel, M. 1970. "The emergence of the nursing assistant." Nursing Education in a Changing Society. (Ed. by Mary Q. Innis.) Toronto: University of Tronto Press.
- Savard, F. and J. M. Gagrion. 1970. Histoire du Nursing. Montreal: Editions du Renouveau Pedagogique.
- Selltiz, C. et. al. 1959. Research Methods in Social Relations. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Semo E. 1977. "Problemas Teóricos de la Periodización Histórica." Dialéctica. Año II No. 2 Abril.
- Seymer, L. R. 1957. A general history of Nursing. London: Faber and Faber.
- Shryock, R.N. 1959. The History of Nursing. Philadelphia: W. B, Saunders. Co.
- Sunkel, O. et Pag. P. 1970. El Subdesarrollo Latinoamericano y la Teoría del Desarrollo. México: Siglo Veintiuno.

- Taylos, J. 1979. From Modernization to modes of Production. A Critique of the Sociologies of Development and Underdevelopment. Humanities Press. New Jersey: Atlantic Highlands.
- Texeira, A. 1957 "A escola brasileira e a estabilidade social". Revista Brasileira de Estudos Pedagogicos, Vol 28, No. 67.
- Torres, G. 1980. The Nursing Education Administrator: Accountable, Vulnerable, and Oppressed. In Nursing Education Practical Methods and Models. Ed. by Barbara J. Brown and Pegg L. Chinn. Maryland: An Aspen Publication.
- Turner C. and Hodge, M. N. 1970. Occupations and Professions. In Professions and Professionalization. Ed. by J.A. Jackson. Cambridge, University Press.
- Van Dalen, D.B. 1973. Understanding Educational Research. New York: McGraw-Hill.
- Verderese, O. 1979 "Analise de la Enfermerfa en La América Latina", Educ Med Salud 13:4 pp. 315-316.
- Vianna, L.W. 1976. Liberalismo e sindicato No. Brasil. Brasil: Ed. Paz e Terra.
- Waters, T. V. 1909. Visiting Nursing in the United States. New York. Charities Publication Committee.
- World Health Organization/Pan American Sanitary Bureau. 1971. Manual. Geneva/Washington, D.C.
- World Health Organization/Pan American Sanitary Bureau. 1971, Staff Rules. Geneva/Washington, D.C.
- World Health Organization. 1982. Report of a Meeting on "Nursing in Support of the Oral Health for All by the Year 2000". Geneva: 16-20 November 1981, Division of Health Manpower Development.

ANEXO II

MANDATO PROPUESTO PARA EL COMITE ASESOR EN FORMACION,  
CAPACITACION, DESARROLLO Y EMPLEO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Preámbulo

La 30a Asamblea Mundial de la Salud decidió en 1977 (Resolución WHA30.43) que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud en los próximos decenios debería ser la de "que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

En la Declaración de Alma-Ata, URSS, en 1978 se subrayó que "la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social".

En 1980, la Organización Panamericana de la Salud adoptó sus Estrategias Regionales de salud para todos en el año 2000 (Documento Oficial 173), y en 1982, el Plan de Acción Regional para la instrumentación de las estrategias regionales (Documento Oficial 179).

La preocupación por la lenta evolución de la función del personal de enfermería en la atención primaria de salud llevó a la XXX Reunión del Consejo Directivo a establecer un comité permanente encargado de asesorar a los Países Miembros y a la Organización en materia de formación, capacitación y desarrollo del personal de enfermería (Resolución \_\_\_\_).

Aunque el principal foco de atención del Comité Asesor está en el empleo del personal de enfermería en la APS, el trabajo del mismo se relacionará con el amplio asunto de la formación en enfermería, la capacitación, el desarrollo y el empleo de recursos en todos los niveles de atención.

En vista de la tendencia y la evolución hacia un enfoque principalmente multidisciplinario de la atención, el Comité Asesor debería incluir entre sus miembros, no solo una representación de las disciplinas de enfermería y otras disciplinas de salud sino de las ciencias administrativas y sociales. En consecuencia, el Director puede solicitar a ciertos Países Miembros que nombren representantes de idoneidad técnica en disciplina distintas de la enfermería para que formen parte del Comité Asesor.

Se confía en que el trabajo del Comité Asesor representará una importante contribución al establecimiento de la función del personal de enfermería en todos los niveles de atención; fomentará la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD) y la consulta bilateral y estimulará el establecimiento de un enfoque más uniforme y coherente para la formación, la capacitación, el desarrollo y el empleo del personal de enfermería dentro de la Región.

### Objetivos

Los objetivos del Comité Asesor en formación, capacitación y desarrollo de personal de enfermería son:

1. Considerar la evolución de la función y la utilización del personal de enfermería.
2. Actuar como fuente de consulta y asesoramiento técnicos en formación, capacitación, desarrollo y empleo de personal de enfermería en todos los niveles de prestación de servicios de salud, haciendo hincapié en la preparación y utilización del personal de salud en APS.
3. Identificar sectores de importancia crítica en la formación, la capacitación, el desarrollo y el empleo del personal de enfermería.
4. Realizar o fomentar la realización de investigaciones en los sectores de importancia crítica citados en el numeral 3 a fin de establecer normas, identificar funciones, preparar planes de estudio apropiados y establecer métodos y procedimientos, fijar metas y vigilar y evaluar los resultados.
5. Por invitación, determinar el estado de la enfermería en los países de la Región y formular recomendaciones para mejorar la utilización de esos valiosos recursos humanos en la prestación de atención de salud.
6. Presentar un informe anual al Consejo Directivo sobre el trabajo realizado y el estado de la enfermería en la Región.

### Mandato

#### Composición del Comité Asesor

Cada país elegido para formar parte del Comité Ejecutivo de la Organización puede nombrar un miembro de idoneidad técnica para integrar el Comité Asesor. El término del nombramiento del Comité Asesor coincidirá con el mandato del miembro del Comité Ejecutivo.

La Organización puede nombrar tres (3) miembros para integrar el Comité en representación del Programa Regional (Sede), Programa Regional (Exterior) y los Centros. Se puede otorgar condición de observador al Consejo Internacional de Enfermeras y a otros organismos internacionales apropiados.

### Elección de funcionarios

Los miembros elegirán un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario que ocuparán su respectivo cargo por un año y constituirán los Funcionarios Ejecutivos del Comité.

### Reglamento

El Comité Asesor puede establecer su propio reglamento que de ordinario debe ser similar al de la Organización, establecido en el Documento Oficial 188 (Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud, 14a ed.).

### Frecuencia y duración de las reuniones

El Comité Asesor se reunirá en marzo y en noviembre de cada año durante cinco (5) días hábiles, en fecha y lugar seleccionados por el Director, y en otras ocasiones cuando se considere necesario para alcanzar sus objetivos.

### Apoyo administrativo

La Secretaría suministrará apoyo financiero y administrativo, al que contribuirán los países anfitriones cuando las reuniones se celebren fuera de Washington, D.C.