

Educación médica y salud



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

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

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

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

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

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

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

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

Educación médica y salud

Volumen 13, Número 4
1979

- 313 Editorial: Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en América Latina—*Libia Victoria Cerezo*

Artículos

- 315 Análisis de la enfermería en la América Latina—*Olga Verderese*
- 341 Reflexiones sobre la atención primaria: proposición de un marco conceptual—*Yolanda Arango de Bedoya*
- 351 La enfermería en el Plan Nacional de Honduras—*Alfonsyna de Abarca, Mayra Chang, María Jesús Mojica, Gertalina de Ramos y Jorge Haddad*
- 363 La enfermería en la seguridad social en Costa Rica—*Irma Sandoval y Elizabeth G. de González*
- 380 Desarrollo de la educación en enfermería en Bolivia—*Betty T. de Oliden y Margarita de Millán*
- 389 La salud comunitaria como eje integrador del currículo de enfermería—*Susana Espino de Alayo*
- 401 Tecnología educacional en enfermería: marco conceptual y experiencias de los centros latinoamericanos—*Eleuterio Rodríguez Neto, Georgina Carrillo y Alina María de Almeida Souza*
- 417 Modelo educativo experimental Complementario de Licenciatura en Enfermería a Distancia—*Ceneyda Montes de Jaimés, Graciela Pardo de Vélez, Rosaura Obregón y Marlene Montes de Triana*
- 428 El futuro de la enfermería en América Latina—*Libia Victoria Cerezo, Carolyn Jones y Lillian Gibbons*

Comentarios

- 441 Formación del personal de enfermería en los países del Pacto Andino—*Maricel Manfredi*
- 445 Educación para la función ampliada de la enfermería: perspectivas en los países de habla inglesa del Caribe—*Mary J. Seivwright*

Noticias

- 450 Aniversario de la Fundación W. K. Kellogg
- 451 Encuesta sobre las escuelas de obstetricia y enfermería obstétrica
- 452 Bibliografía sobre higiene maternoinfantil
- 452 Curso de organización y dirección de los servicios médicos
- 453 Nueva Oficina de Publicaciones de la OPS

Libros

- 454 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 461 Índice del Volumen 13 (1979)

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



Participantes en la Reunión del Grupo de Trabajo sobre la Antología de Experiencias en Servicio y Docencia en Enfermería en América Latina, celebrada en la Sede de la OPS, Washington, D.C., del 23 al 27 de julio de 1979 (foto: OPS, R. Molina).

Editorial

ANTOLOGIA DE EXPERIENCIAS EN SERVICIO Y DOCENCIA EN ENFERMERIA EN AMERICA LATINA

En la agenda de los países del mundo entero, la prestación de servicios adecuados de salud a toda la población parece ocupar hoy la más alta prioridad. En las Américas son evidentes los esfuerzos que se vienen realizando para tratar de superar la situación de desventaja en que se encuentra la inmensa mayoría de sus habitantes, que claman por recibir la atención que merecen.

En los últimos 30 años, el campo de la salud ha sido objeto de estudio, discusión y búsqueda constante de alternativas en sus diferentes manifestaciones, tales como: definición del concepto de salud-enfermedad, derecho de la población a ser atendida en igualdad de condiciones, extensión de la cobertura de los servicios de salud, niveles de atención, participación de la comunidad y relaciones de la salud con la instancia económico-social. El propósito ha sido permitir la definición de políticas nacionales de salud, y la organización de los servicios en base al reconocimiento de la validez de la regionalización como medio para lograr la extensión universal de la cobertura a través de la atención primaria y con la participación de la comunidad.

En el plano internacional, son numerosas las recomendaciones que, recogiendo el sentir de los pueblos y la preocupación de los gobiernos, han tratado de plasmar en pocas palabras o en declaraciones concretas lo que se debe hacer para conseguir la meta deseada de "salud para todos en el año 2000". Repetidas reuniones regionales y mundiales, han sentado las bases para la realización de planes y programas en el sector salud. Pero lamentablemente son muchos e importantes los factores de diversa índole y las limitaciones con que hay que enfrentarse en cada situación concreta.

En este contexto, la formación y la incorporación del recurso humano en los servicios de salud demandan, por su parte, especial atención, no solo por la reorientación que al efecto debe darse al personal ya formado, sino también por lo que corresponde hacer para lograr una capacitación integral de las futuras generaciones que estarán actuando a plenitud en el Siglo XXI.

Son numerosos los análisis efectuados en el presente decenio sobre el personal de salud. Asimismo, se han elaborado y puesto en práctica una serie de modelos que tratan de dar una respuesta más coherente a los cambios emanados del cuestionamiento económico-social, científico-técnico

y laboral, y a los problemas que se derivan del régimen docente, de la distribución de los recursos en el medio urbano y rural, de las disposiciones laborales y salariales, de la migración del personal, del perfeccionamiento continuo del graduado, de su movilidad social y de la forma de organización del sistema de atención a la salud, incluyendo la estructura y composición del llamado "equipo de salud".

En enfermería, los cambios en el perfil educacional y ocupacional se han efectuado a través de la consolidación de los esquemas de formación de cuatro años a nivel universitario, de tres años a nivel técnico y la consiguiente integración con la enseñanza secundaria, el aumento del número de cursos para auxiliares, la ampliación de la función de la enfermera en la atención primaria y la salud comunitaria y la mayor integración de la enseñanza con el servicio.

En este número de *Educación médica y salud* y en el primero que se publicará en 1980, se presenta a consideración de sus lectores una serie de experiencias en el campo de la enfermería que, a nivel de los servicios y en el proceso de formación del personal, se llevan a cabo en diferentes instituciones latinoamericanas.

Al hacer entrega de este material, aspiramos que este esfuerzo trascienda a la simple publicación de una colección de artículos, para propender al desarrollo de un trabajo colectivo con espíritu crítico y formativo. Al mismo tiempo, invitamos al personal de las otras instituciones de países de América Latina y del Caribe, que no participaron en este primer esfuerzo, para que en un futuro cercano podamos llegar a la publicación de una nueva Antología que refleje el conocimiento generado en las investigaciones científicas y en la práctica de enfermería que se cumple en la prestación de los servicios de salud.

Para cerrar esta nota editorial, resulta pertinente transcribir algunos de los conceptos expresados por el Dr. S. Paul Ehrlich Jr., Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana, el día de la inauguración del Grupo de Trabajo sobre la Antología, quien decía lo siguiente:

"Consideramos esta empresa como un criterio innovador que podría perfectamente seguirse no solo con la publicación de manuales diversos y de una serie de monografías sino también de libros de texto. Se trata en realidad de esfuerzo en colaboración de los países miembros que habrá de permitir a estos atender sus propias necesidades y alcanzar la autorresponsabilidad".

Lcda. Libia Victoria Cerezo
Asesora Regional en Enfermería
División de Servicios Integrados de Salud, OPS/OMS

Análisis de la enfermería en la América Latina

OLGA VERDERESE¹

INDEXED

INTRODUCCION

La importancia de la enfermería en la prestación de servicios de salud es incontrovertible. Sin embargo, la escasez de su personal y su inadecuada distribución son siempre señalados entre los principales problemas que confronta el sector salud para superar sus deficiencias. En un período como el actual, en que existe una situación de crisis en el sector salud, donde surgen serios cuestionamientos sobre los modelos vigentes de prestación de servicios, la práctica de enfermería, que es esencialmente institucionalizada y centrada en la atención curativa — cerca del 80% de su fuerza laboral se concentra en los hospitales — es también cuestionada y una serie de medidas vienen siendo propuestas para abordar el problema.

Es necesario reconocer que las características actuales de la práctica de enfermería son consecuencia y no causa de la situación vigente. Por lo tanto, un análisis de las causas que explican estas características ayudaría a identificar formas más apropiadas para la definición del problema.

El desarrollo de la práctica de enfermería está relacionado con la práctica de salud, siendo esta última determinada por la totalidad social, que abarca tanto la estructura económica como las instancias jurídico-política e ideológica y donde lo económico juega un papel dominante.

Un análisis histórico de la práctica de salud y, específicamente, de enfermería, requiere una identificación previa de las fases por las cuáles han pasado las formaciones sociales que se pretenden estudiar en un período determinado. Así, para la América Latina en el presente siglo varios autores (1-2) han señalado tres grandes etapas: de

¹Enfermera Educadora, M. Ed., Ex Consultora Regional en Educación de Enfermería, OPS/OMS.

1900 a 1930, caracterizada como de “desarrollo hacia afuera”; de 1930 a 1960, como de “desarrollo hacia adentro” y de 1960 hasta el presente, de implantación de un nuevo modelo de acumulación capitalista.

El análisis histórico de la práctica en enfermería pretendería explicar los cambios más importantes en este campo como consecuencia de cambios en la totalidad social, sin dejar de reconocer un cierto grado de autonomía en la determinación de ciertas características de la enfermería que son resultado de una dinámica interna (3-8).

LA PRACTICA DE ENFERMERIA, LA PRACTICA DE SALUD Y LA ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA

Período de 1900-1930

Este período se caracteriza en América Latina por el “modelo de desarrollo hacia afuera”, ya que la actividad central de su economía estaba dirigida hacia los países más desarrollados. Esta situación era en general común a todos los países del Continente: eran productores de materias primas, había un predominio de la producción agrícola ligada a la exportación de alimentos y de la industria extractiva, un mercado interno estrecho y un comercio internacional en desarrollo.

Una de las expresiones de esta situación fue el desarrollo de los medios de transporte marítimo y ferroviario, actividades estas complementarias exigidas por la propia actividad exportadora. El desarrollo de los medios de transporte en América Latina, no significó, sin embargo, un estímulo para el desarrollo de su propia industria, sino que se tradujo casi totalmente en costosas importaciones, financiadas por préstamos externos que pesaron por mucho tiempo sobre el balance de pagos de la Región (1). Son escasos los países en donde surgió en esta época una industria manufacturera, y en esos casos esta estaba ligada a la producción de bienes de consumo no duraderos (frigoríficos, ingenios azucareros, etc.), por lo que podemos decir que hasta la crisis de 1930 la demanda externa constituía casi el único impulso al crecimiento en América Latina.

Características de la práctica de salud. La práctica de salud dominante era la práctica sanitaria: saneamiento y vigilancia de los puertos y lucha contra las enfermedades que exigían cuarentena y que representaban una traba para el comercio internacional. Se detecta desde el

inicio una articulación de la práctica de salud con la estructura económica y el medio de producción dominante. La práctica de salud, a su vez, influye en el desarrollo de las profesiones de salud; es así que la lucha contra las enfermedades cuarentenables se considera como el punto de partida de la transformación y desarrollo de la medicina en América Latina (3).

La necesidad de proteger y aumentar la capacidad de trabajo de las fuerzas laborales estimuló la realización de campañas sanitarias para combatir las enfermedades debilitantes (malaria y fiebre amarilla, etc.). Estas campañas estaban dirigidas principalmente a los centros de producción agrícola y de extracción minera.

En este período se inicia también la colaboración internacional en el campo de la salud: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1902), más ligada a la sanidad marítima y a la regulación de la cuarentena, y la Fundación Rockefeller, a través de la Comisión Internacional de Salud (1913), que se ocupa principalmente de la lucha contra las endemias rurales.

La atención médica—que desde los principios de la independencia era ejercida en los asilos y hospitales de beneficencia que operaban como refugio de los parias y desamparados y servían para el confinamiento de enfermos contagiosos—tenía muy poco de lo que hoy se considera como atención médica. Su desarrollo fue precario en este período, sin embargo, dio lugar a la aparición de una medicina clínica, principalmente en los hospitales de empresas privadas que vinieron a florecer en la etapa de la industrialización.

Características de la práctica de enfermería. El desarrollo de la enfermería estuvo siempre más ligado al desarrollo de los hospitales (medicina curativa) que a cualquiera otra práctica del sector salud. Así vemos que en este período, donde la práctica de salud dominante era la sanitaria, esta era ejercida por médicos e inspectores sanitarios, con suficiente preparación en el servicio para constatar el cumplimiento de las normas establecidas. La enfermería, en los hospitales, se encontraba en manos de congregaciones religiosas, que cumplían más una función social que propiamente médica: cuidar de los parias y desamparados, procurando la conversión religiosa, la moralización y la disciplina de estos grupos de la población. Esta función, ejercida fundamentalmente por enfermería, estaba vinculada a la estructura político-económica, ya que contribuía a disminuir tensiones sociales y a recuperar, para la industria manufacturera incipiente, la mano de obra excedente de la agricultura.

A pesar de todo esto, los primeros esfuerzos para la preparación formal de enfermeras se inicia en este período al aparecer los hospitales privados y al intensificarse las prácticas de salud pública, las campañas sanitarias y el saneamiento urbano y rural. En 1890 se crea en la Argentina la primera escuela de enfermería, en Cuba en 1900, en Chile en 1905, en México en 1907, y en Uruguay en 1912. Es interesante notar que en estos países existía ya una actividad manufacturera incipiente y pequeños núcleos fabriles. En 1923 se crea la primera escuela en Brasil, bajo el Ministerio de Salud y los auspicios de la Fundación Rockefeller, con el objetivo principal de preparar enfermeras para los servicios de salud pública. En Chile se funda en 1927 una Escuela de Enfermeras Sanitarias; más adelante, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, se crea la primera Unidad Sanitaria Modelo, como centro de demostración y enseñanza, organizándose en él un curso para enfermeras nacionales y extranjeras, y en 1928, se inicia el primer servicio de enfermería en salud pública en el Servicio Nacional de Salud.

La creación de escuelas de enfermería coincide con el desarrollo de la medicina estatal y la incorporación de la atención médica—cuidado de la enfermedad individual—como atribución del Estado. La expansión del papel de enfermería para el área de salud pública está ligada a las acciones de saneamiento emprendidas con la cooperación y el apoyo técnico y financiero de la Fundación Rockefeller.

Con el inicio de las actividades de enfermería en salud pública y la creación de escuelas de enfermería comienza la transferencia de enfermería de las congregaciones religiosas a las manos laicas y al control estatal de sus servicios.

Período 1930-1960

Este período se caracteriza por el estancamiento en el comercio de exportación y el surgimiento o fortalecimiento del proceso de industrialización, dando inicio al modelo de crecimiento que se conoce como “desarrollo hacia adentro”. La depresión económica de 1930 encontró en los países latinoamericanos una estructura económica básicamente sustentada por la actividad exportadora. El colapso del mercado exterior y el decaimiento de la capacidad importadora hizo que se volcara a la industria el capital acumulado en el período

anterior, a fin de reemplazar los productos manufacturados que venían del exterior.

Las economías latinoamericanas consiguen superar la fase de mono-exportación, incrementar su mercado interno y sentar algunas bases para un desarrollo más autónomo. Sin embargo, la escasez de capital nacional, la dependencia de una tecnología importada y la gran inversión de capital extranjero en las industrias nacionales impidieron un desarrollo más autónomo de su economía.

La Comisión Económica para América Latina, al analizar el proceso de industrialización de la región (1), concluye que el hecho de que el impulso de la industrialización haya sido provocado más por acontecimientos externos que por factores internos y de que su desarrollo posterior haya sido igualmente dependiente de la influencia foránea en los aspectos económico, cultural y tecnológico, explica, en parte, que el crecimiento industrial en América Latina haya representado un "enclave" dentro de la organización tradicional y no se haya visto acompañado por modificaciones suficientemente profundas de la estructura social y de la estructura económica de otros sectores.

Este proceso de desarrollo industrial en compartimentos estancos, impidió una orientación hacia universos más extensos, dejando a gran parte de la población al margen del progreso económico. La agricultura, que en el período de "desarrollo hacia afuera" era uno de los medios de producción dominantes, se queda estancada y pasa a un segundo plano en la economía del Continente. Lo anterior, sumado al desarrollo más o menos acelerado de la industria manufacturera y al tipo de desarrollo "marginalizante" creó problemas demográficos que provocaron una situación inquietante en el decenio de 1960.

La fuga del hombre del campo a las grandes metrópolis en búsqueda de los beneficios del desarrollo industrial ha acelerado el proceso de urbanización. De 1950 a 1970 la población rural en América Latina creció en un 15%, en tanto que la urbana creció en un 49% (2). El rápido proceso de urbanización, sumado a la limitada capacidad de las industrias para absorber las masas rurales desplazadas, crean en las grandes metrópolis conglomerados humanos que ejercen gran presión y producen tensiones sociales que obligan a destinar mayores inversiones (vivienda, salud, educación, etc.) a estas áreas en detrimento de otras zonas del país.

Características de la práctica de salud. La estructura económica y el modo de producción dominante en este período influyeron en la

práctica de salud y en la formación de su personal. De una práctica sanitaria dominante, en el período anterior, que respondía a las necesidades de una economía exportadora de materias primas, se pasa a una práctica de salud más centrada en las necesidades de las enfermedades del individuo—atención médica. La salud pública se divide entre lo curativo y lo preventivo.

El proceso de industrialización que se inicia en América Latina demanda el desarrollo de la atención médica a fin de proteger la mano de obra y aumentar su productividad. Esta situación impulsa el desarrollo de la industria hospitalaria que entre 1940 y 1960 tiene un crecimiento vertiginoso. La atención médica también asume modalidades distintas de acuerdo con los grupos de población a la que se destina: de los grupos urbanos y pudientes se hace cargo la práctica médica privada; de la clase obrera y burocrática se hace cargo el Estado a través de las instituciones de Seguridad Social que son creadas en este período. El Ministerio de Sanidad asume la responsabilidad por la población desprotegida (desempleados, parias, campesinos y peones) que, dada la modalidad de desarrollo "marginalizante" es cada vez más numerosa. Los antiguos hospitales de caridad y los de beneficencia son transferidos a los Ministerios de Sanidad o pasan a ser subvencionados por estos.

La hegemonía de la atención médica sobre la práctica sanitaria, que perdura hasta el presente, tuvo gran influencia en el avance de la medicina clínica y en el desarrollo de las numerosas especialidades y especialistas. Su influencia se hace sentir también en la educación médica, estimulando el crecimiento de la medicina privada y creando nuevas necesidades en el campo de la salud. En este período se construyen los grandes centros médicos y los famosos hospitales de clínicas ligados a los centros universitarios. Todos estos elementos llevan a una mayor división de trabajo y a la aparición de nuevos grupos ocupacionales, tales como técnicos de rayos X, de laboratorios, de fisioterapia, etc.

La práctica de la medicina preventiva también se incrementa en este período, alcanzando su auge en el decenio de 1950. Su crecimiento, sin embargo, no sigue el mismo ritmo de la atención médica, pasando a ocupar un papel secundario dentro de la práctica de salud. La práctica de la medicina preventiva la asume el sanitarista y está dirigida principalmente a las zonas urbanas y áreas estratégicas. También adquiere una modalidad individualista a través de los centros de salud (3 y 4).

En esta etapa, el sector salud recibe gran cooperación de organismos internacionales e interamericanos (como la Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller, Instituto de Asuntos Interamericanos, etc.) la cual se intensifica durante la Segunda Guerra Mundial. Se establecen asimismo los Servicios Cooperativos de Salud, dirigidos principalmente a prestar asistencia sanitaria en áreas estratégicas. Así, en 1942, se crea en Brasil el Servicio Especial de Salud Pública (SESP), con el objetivo de prestar asistencia sanitaria a las poblaciones de áreas donde existen materias primas de interés estratégico (9). Las actividades de este programa fueron orientadas a las zonas de extracción del caucho y de las minas de hierro y manganeso. Trabajando esencialmente en zonas rurales específicas el SESP marca el punto de partida del desarrollo de la medicina preventiva y de los servicios integrales de salud pública en Brasil. Programas similares fueron establecidos en Perú, Bolivia, Chile y otros países. En general, se trataba de servicios integrales de salud a los individuos, familia y comunidad, e incluían la atención médica tanto en los centros de salud como en hospitales, medidas de saneamiento ambiental y educación sanitaria.

En el decenio de 1960 desaparecen los Servicios Cooperativos de Salud, integrándose a los Ministerios de Salud de los respectivos países.

Durante las décadas de 1940 y 1950 hubo un gran intercambio de técnicos norteamericanos hacia América Latina y un número considerable de profesionales de la salud enviados a los Estados Unidos de América para especializarse en diversos campos, aumentando con esto la influencia y la transferencia de tecnologías médicas de los países desarrollados hacia los países en desarrollo de América Latina.

Características de la práctica de enfermería. Se afianza en este período el reconocimiento de la importancia de los servicios de enfermería técnicamente competentes para la prestación de servicios de salud, tanto en el área hospitalaria como en medicina preventiva. Como decíamos anteriormente, el desarrollo de la práctica de enfermería desde sus principios ha estado ligada al desarrollo de los hospitales; por consiguiente, en una etapa en que la práctica de salud se centra en los hospitales, era de esperarse que su desarrollo siguiera el mismo ritmo y se consolidara su posición entre las profesiones de salud.

Si bien esto fue, en parte, lo que sucedió, otros factores—como por ejemplo la posición de la mujer en la sociedad, la apropiación de los conocimientos médicos por la clase médica dominante—parecen haber

influenciado a la enfermería, limitando y demarcando su desarrollo como profesión.

Los avances científicos de la medicina, la sofisticación de la atención médica, estimularon tanto el crecimiento numérico como la preparación técnica del personal de enfermería. No se conoce el número de enfermeras trabajando en América Latina antes de 1949; pero un estudio hecho a través de la OPS en ese año (10) señala que 5,121 enfermeras trabajaban en los hospitales y 1,124 en salud pública. Tampoco se han conseguido datos referentes al número y tipo de escuelas existentes con anterioridad a 1949; sin embargo, se conoce que fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando se intensificó en América Latina la creación de escuelas de enfermería: siete países establecieron escuelas por primera vez en este período y otros aumentaron el número de escuelas. Brasil contaba solo con dos escuelas hasta 1933, en la década de 1940 se crearon 23 nuevas escuelas y en 1951, el país contaba con 25 escuelas, de las cuales ocho estaban integradas a las universidades (11).

En el cuadro 1 se presentan algunos datos de las encuestas de las escuelas de enfermería realizadas en 1949 y 1959 (10, 12). Debe señalarse que no se tomaron en cuenta las escuelas que no estaban reconocidas por el Gobierno y cuyos requisitos de admisión eran inferiores a la educación primaria. Se constata no solo una duplicación en el número de escuelas sino también un aumento de la escolaridad exigida para el ingreso. En 1949 el 61% de las escuelas exigía de nueve a 12 años de escolaridad; en 1959 el 91% de ellas exigía ese requisito. Estos datos, *per se*, confirman la afirmación de que los servicios de enfermería demandaban un personal mejor preparado. Paralelamente con el aumento de los requisitos de escolaridad, los currículos de las escuelas se fortalecieron e incorporaron la enseñanza y experiencias en las áreas de salud pública y enfermedades transmisibles. En 1949, más del 50% de las escuelas no incluían en el currículo experiencias en salud pública y el 75% no las incluían en enfermedades transmisibles; en 1959, el 85.7% de las escuelas incluían experiencias en salud pública y el 88.3% en enfermedades transmisibles.

Estos cambios en la preparación de la enfermera coinciden con la relativa importancia dada en la época al desarrollo de la medicina preventiva, a la creación de los servicios integrales de salud y a la influencia de los servicios cooperativos. Sin embargo, continúa el

Cuadro 1. Número de escuelas en 1949 y 1959, y años de estudio requeridos para el ingreso.

Años de estudio requeridos para el ingreso	No. de escuelas	
	1949	1959
De 6 a 8 años	18	9
De 9 a 10 años	24	61
De 11 a 12 años	10	25
Total	52	95 ^a

^aExistía un total de 110 escuelas, pero 15 no participaron en la encuesta.

Fuente: OPS/OMS (12).

dominio de la práctica hospitalaria y cerca del 80% de la fuerza laboral de enfermería se mantiene en este sector.

Otra gran influencia en el desarrollo de la enfermería acarreada por la división de trabajo en los hospitales modernos fue el aumento del número de auxiliares de enfermería. A pesar de haber existido siempre en los hospitales un personal empírico, conocido como ayudantes o sirvientes de los servicios de enfermería, no fue hasta 1950 que este grupo ocupacional pasa a ser reconocido como parte del equipo de enfermería y los cursos formales para su preparación se inician o se intensifican y son reconocidos por los Ministerios de Educación o de Salud. En 1957 existían en Brasil 43 cursos de auxiliares, en Chile 10, en Colombia 7, calculándose un total de más de 250 cursos. La preparación de la auxiliar de enfermería para el área de enfermería en salud pública también aparece, con denominaciones distintas (visitadoras sanitarias, visitadoras domiciliarias, etc.).

A pesar del aumento de las escuelas de enfermería, el número de aspirantes a esa carrera creció muy lentamente como consecuencia, según parece, de un mercado de trabajo que nunca llegó a valorizar la labor de la enfermera. Los presupuestos para enfermería eran tan bajos, tanto en el área hospitalaria como de salud pública, que no estimulaban el seguir la carrera. Es así como la fuerza laboral de enfermería pasa a ser constituida esencialmente por personal auxiliar. En 1957 una estimación del número de auxiliares preparadas mostró cifras superiores a 70,000 (13). Un estudio de recursos humanos llevado a cabo en Brasil en 1957 (14) indicó la existencia en los hospitales de 3,549 enfermeras y obstétricas y de 32,241 auxiliares de enfermería, y en salud pública, 595 enfermeras en los servicios sani-

tarios y 5,858 auxiliares; constituyendo el personal auxiliar más del 90% de la fuerza de trabajo tanto en el área hospitalaria como de salud pública.

Esta situación llevó a cambios en la práctica y en la formación de las enfermeras. Las enfermeras pasan a ocupar puestos administrativos, de supervisión y enseñanza; surgen los cursos de posgrado en esas áreas y en los currículos de las escuelas se incorporan la enseñanza y las experiencias prácticas en este sector. La preparación de posgrado comienza en el decenio de 1950, dirigida hacia salud pública, obstetricia, administración y enseñanza, y en el de 1960 se introducen cambios en este enfoque.

Período 1960 hasta el presente

Durante este período ocurren varias crisis (en 1967, 1973 y 1979) en la economía de los países latinoamericanos, las cuales, según algunos autores, se caracterizan por la reducción del crecimiento del producto interno, reducción de la importación, disminución en las inversiones de capital, aumento de la deuda externa y desempleo. Las crisis sucesivas y el hecho de que el crecimiento industrial logrado no haya producido las modificaciones esperadas en la estructura global, ha creado una situación de desequilibrio entre un alto nivel de demandas y una escasa oferta de oportunidades.

Para hacer frente a los problemas, los países latinoamericanos buscan una serie de alternativas tendientes a dinamizar la economía con el aumento del mercado interno, la introducción de cambios en la estructura del comercio internacional, la integración latinoamericana y la reducción de los gastos fiscales. El aumento del mercado interno se espera conseguir a través de la modernización de la agricultura y la ganadería con un doble objetivo: incorporación de la población rural al mercado de consumo, y aumento de la producción y consecuente baja del precio de los alimentos. Los cambios en la estructura del comercio internacional se buscan a través de una expansión del intercambio entre los países en desarrollo.

A partir de 1960 se concretan algunas iniciativas con relación a la integración latinoamericana. La Asociación Latinoamericana de Libre Comercio y el Pacto Andino representan algunos pasos en esta dirección. La intención de integrar la región latinoamericana en términos económicos prevé el rompimiento de ciertos patrones de

“dependencia” y un desarrollo más autónomo y sostenido de su economía.

Características de la práctica de salud. Continúa en este período la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva. El análisis de los gastos gubernamentales en servicios preventivos y curativos en algunos países latinoamericanos ilustra la situación (cuadro 2). Un porcentaje muy alto de los gastos públicos en salud se destina a servicios curativos, principalmente a servicios hospitalarios. El gran desarrollo y modernización de los hospitales, iniciado en décadas anteriores, hace que se centralicen en estos la atención curativa y la formación y especialización de médicos y otros profesionales de salud. Su supremacía sobre las demás prácticas de salud se mantiene hasta el presente. Sin embargo, en el decenio de 1970, cuando surgen las primeras políticas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales, comienzan a emerger una serie de críticas a este tipo de atención. En un informe sobre salud del Banco Mundial (15) aparece la siguiente afirmación:

“Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos en hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel . . .”.

La política de extensión de la cobertura a las zonas rurales y marginales aparece en América Latina durante la crisis mundial de

Cuadro 2. Análisis de los gastos gubernamentales en salud en países seleccionados:

País	Año	Porcentaje para salud pública o medidas preventivas	Porcentaje para servicios curativos	Porcentaje para adiestramiento e investigaciones
Paraguay	1972	10.5 ^a	84.6 ^b	—
El Salvador	1971	3.3 ^c	52.9 ^b	1.1
Colombia	1970	18.7	79.3	2.0
Chile	1959	18.3	77.0	4.0
Panamá	1967	30.0	70%	
Venezuela	1962	18.0	76.5	5.5

^aGastos para campañas contra enfermedades contagiosas, salud maternoinfantil, vacunaciones y servicios de laboratorio.

^bGastos para hospitales públicos únicamente.

^cGastos para campañas de inmunización y vacunación, servicios de laboratorio y de saneamiento ambiental.

Fuente: Referencia 15.

alimentos (1972) y se intensifica con la introducción en la política económica de los países de medidas para la modernización de la agricultura y la ganadería. Los cambios que deberán ocurrir en la práctica de salud se oficializan cuando los Ministros de Salud del Continente establecen como una de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981, (16) la ampliación de la cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades de menos de 2,000 habitantes. En 1977 la 30ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprueba una resolución en la cual se establece como meta de los Gobiernos y de la OMS la "salud para todos en el año 2000" (17), dando así un carácter universal a la extensión de la cobertura. La Declaración de Alma-Ata (18), en 1978, afirma que para alcanzar esta meta la atención primaria es la estrategia clave. Es así como en todos los niveles y programas de salud la extensión de la cobertura a las zonas rurales utilizando la estrategia de la atención primaria asume carácter prioritario.

Este cambio en la política de salud exige, para este sector, un aumento de inversiones; en el Plan Decenal de Salud se estima que las inversiones de los 10 años pasados deben aumentarse en no menos de un 85% (16). En la presente etapa, cuando la economía de los países latinoamericanos atraviesa crisis sucesivas y se recomienda la reducción de los gastos fiscales, ha sido necesario buscar capital en el exterior para hacer frente al costo adicional del sector salud. En este período se constatan fuertes inversiones hechas con carácter de donaciones o préstamos del Gobierno de los Estados Unidos de América u organismos internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, etc.).

Los cambios proyectados o iniciados en la práctica de salud repercuten en el sector educacional. Es así como en los últimos años surgen también una serie de críticas a las instituciones educacionales y al elevado costo de la formación de personal. Una serie de medidas tendientes a una readecuación del sistema formador a los requerimientos de la nueva práctica de salud y al abaratamiento del costo de la educación vienen siendo recomendados, como por ejemplo: integración docencia-servicio, servicio social rural para las carreras del campo de la salud, educación informal, preparación de personal en gran escala, autoinstrucción, enseñanza extramural.

Aparecen también propuestas de cambios fundamentales en la carrera de medicina, tales como la formación de un médico generalista

con una preparación enfocada hacia los problemas básicos de salud de la comunidad, y la preparación de un médico asistente.

Características de la práctica de enfermería. La práctica de enfermería sigue centrada en los hospitales, pero surge una tendencia a cambiar su enfoque administrativo por uno clínico. Aparecen los cursos de especialización en enfermería materno-infantil, médicoquirúrgica y psiquiátrica. La enfermera especialista empieza a asumir mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. En el área materno-infantil, asume la responsabilidad del control del niño sano y de las embarazadas y se responsabiliza por los partos normales; en el área de la psiquiatría, pasa a participar en las terapias de grupo y a asumir mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

Los avances en el campo de la medicina y la importancia atribuida a la educación en los decenios de 1950 a 1960—cuando se considera a la educación como uno de los principales instrumentos para la modernización y se concede gran importancia al tipo de mano de obra altamente especializada—la educación de enfermería se incorpora definitivamente al sistema educacional y se incrementan las especializaciones en el campo de enfermería. La formación de enfermeras pasa a formar parte del sistema de educación superior; se establece un nivel intermedio, dentro de la educación secundaria (técnicos en enfermería) y los cursos de auxiliares son reestructurados y en muchos países pasan al sistema educacional.

En 1970 existían en América Latina 257 escuelas de enfermería, 124 de las cuales exigían como requisitos de ingreso estudios preuniversitarios (12 años de escolaridad) y 133 exigían el primer ciclo secundario (9 años). De estas escuelas, 73 estaban en las universidades. El número de escuelas de enfermería a nivel de educación superior, que en 1949 representaba el 19% de las escuelas existentes y en 1959 el 26%, en 1970 alcanza casi el 50% (19).

Al surgir los planes de extensión de la cobertura en 1972, emergen también una serie de críticas a la práctica de enfermería y a su sistema de formación, responsabilizándose a este último por el escaso número de enfermeras y por su ubicación, casi exclusiva, en el área hospitalaria urbana. El hecho de que esta situación era consecuencia de la estructura económica y del medio de producción dominante en los países solo recientemente comienza a ser considerado.

Paralelamente a las críticas, aparecen una serie de innovaciones en la práctica y la formación del personal de enfermería. En 1974 la

OMS publica un informe sobre *Enfermería y salud de la comunidad* (20), donde se recomiendan cambios fundamentales tanto en la práctica como en la formación del personal de enfermería, enfocando la planificación y la organización de los servicios y de la educación hacia los problemas básicos de la comunidad. Las numerosas publicaciones sobre extensión de la cobertura, atención primaria, participación de la comunidad, pasan a constituir los documentos básicos para la programación en enfermería.

Con la aceptación de que la atención primaria debe ser realizada principalmente por personal auxiliar y agentes de la comunidad, surge un número considerable de cursos para adiestrar, en corto tiempo, auxiliares rurales. Estos cursos, muchas veces organizados y dirigidos por médicos, eran establecidos sin que aún se definieran las funciones que este personal debería desempeñar y las estructuras de apoyo para su desempeño. En este momento, enfermería empieza a perder el control de la coordinación de la práctica de salud en el terreno que había dominado en años anteriores. En un esfuerzo por asumir el liderazgo en los programas de atención primaria, enfermería empieza a prepararse en esta área y a redefinir sus funciones en el campo de la salud. Aparecen los programas de expansión del papel de enfermería, incluyendo en estos funciones que hasta el momento eran responsabilidad exclusiva de la clase médica; se multiplican los cursos de actualización en salud pública con miras a una práctica de enfermería para la salud de la comunidad, y los cursos para la expansión del papel de la enfermera.

En 1978, un grupo de enfermeras, médicos y odontólogos se reunieron bajo los auspicios de la OPS para determinar la posición que le cabría a enfermería frente a la problemática de atención de salud en América Latina. En el documento emanado de esa reunión (21), el grupo reafirma la responsabilidad que corresponde a enfermería como coordinadora de las acciones de salud en el primer nivel de atención del sistema institucional, asumiendo un compromiso con la atención primaria de salud. En el campo educacional se inicia la reformulación de los currículos hacia la salud de la comunidad y la preparación de enfermeras para la atención primaria, incluyéndose en estos la expansión de sus funciones en relación con medidas terapéuticas y de diagnóstico. Las mismas innovaciones señaladas anteriormente en el campo de la educación en salud en general aparecen en la educación de enfermería (integración docencia-servicio, educación informal, autoinstrucción, enseñanza extramural, preparación de personal en gran escala, servicio social para egresadas, etc.).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este análisis global nos lleva a concluir que la práctica y el saber en el campo de salud y en el de educación están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. Es, por lo tanto, la estructura económica el factor determinante del tipo de práctica y de educación en enfermería que se establece en una determinada época y en una determinada sociedad. El reconocimiento de este hecho facilita la comprensión de las acciones, innovaciones y recomendaciones que surgen en el campo de la enfermería y de la educación y conlleva a un análisis y reflexiones a fin de que los planes y proposiciones de cambios que se han de desarrollar sean compatibles con la estructura social global del país.

Parecería de interés que en cada uno de los países enfermería llevara a cabo un análisis histórico de la evolución de su práctica y de su sistema educacional con miras a una planificación realista de su futuro.

RESUMEN

[x El artículo presenta un análisis global de la práctica de salud y de enfermería y su relación con la estructura económica y el modo dominante de producción en América Latina. Se utiliza para el análisis la metodología de la periodificación de la historia económica, tomando los períodos de: 1900 a 1930; 1930 a 1960; y de fines de 1960 hasta el presente. x]

La autora efectúa un examen detenido de las características del desarrollo económico-social en cada uno de esos períodos, correlacionándolas con la práctica de salud y de enfermería. Profundiza su trabajo en el conocimiento de la forma predominante de la actividad de enfermería en servicio y las distintas modalidades de formación de personal auxiliar, técnico y profesional.

Intenta demostrar que tanto la práctica como el saber en el campo de la salud y de enfermería están ligados al proceso de producción económica. Sugiere que el reconocimiento de este hecho ayudaría a tener una mejor comprensión de los problemas que confrontan los sectores de salud y educación y permitiría la búsqueda de soluciones más realistas de los problemas.

REFERENCIAS

- (1) Naciones Unidas. *El proceso de industrialización en América Latina*. Comisión Económica para América Latina. Nueva York, 1965.
- (2) Morales, E. *Características y tendencias del desarrollo latinoamericano*. Consejo Internacional de Enfermeras. Publicación Científica No. 5, 1974.
- (3) García, J. C. "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social". Mimeografiado, 1976.
- (4) Arouca da Silva, A. S. "O Dilema Preventivista"—Tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil. Mimeografiado, 1975.
- (5) Universidad Autónoma Metropolitana de México, División de Ciencias Biológicas y de Salud. Bases para la formación de recursos humanos en el área de salud. México. Mimeografiado, 1975.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. IV Taller de Educación en Ciencias de la Salud. Informe del Grupo C. Washington, D.C. Mimeografiado, 1975.
- (7) García, J. C., L. Conti, M. Foucault y V. Navarro. *Medicina y sociedad*. Ed. Alfa y Omega, Santo Domingo, 1977.
- (8) Universidad Nacional Autónoma de México. Medicina, economía y política. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, abril-junio de 1976.
- (9) Brasil. Serviço Especial de Saúde Pública. "15 anos de cooperação Brasil-Estados Unidos no campo da saúde pública". Julho, 1957.
- (10) Chagas, A. W. La educación de enfermeras en la América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 32(1):48-57, 1952.
- (11) Paixão, W. Alguns aspectos da evolução da enfermagem no Brasil. *Bol Of Sanit Panam* 32(3):243-248, 1952.
- (12) Organización Panamericana de la Salud. *Encuesta sobre las escuelas de enfermería en América Latina, 1959*. Publicación Científica No. 62. Washington, D.C., 1962.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud*. Publicación Científica No. 53. Washington, D.C., 1960.
- (14) Brazilian Nursing Association. *Survey of Needs and Resources of Nursing in Brazil*. Rio de Janeiro, 1963.
- (15) Banco Mundial. *Salud. Documento de política sectorial*. Washington, D.C., 1975.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* (Chile, 1972). Documento Oficial No. 118. Washington, D.C., 1973.
- (17) Organización Mundial de la Salud. *30ª Asamblea Mundial de la Salud*. Resolución WHA30.43. Actas Oficiales de la OMS 240:25. Ginebra, 1977.
- (18) OMS/UNICEF. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. (Alma-Ata, URSS), 1978.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. *Servicios de Salud: Servicios Complementarios—Enfermería*. Washington, D.C. Mimeografiado, 1972.
- (20) Organización Mundial de la Salud. *Enfermería y salud de la comunidad*. Serie de Informes Técnicos 558. Ginebra, 1974.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. La toma de posición en enfermería. Informe de un Grupo de Estudio en Ciencias de la Salud. Washington, D.C. Mimeografiado, 1978.

BIBLIOGRAFIA

- Banco Interamericano de Desarrollo. *Progreso Económico y Social en América Latina*. Informe. Washington, D.C., 1977.
- Donnangelo, F.M.C. O Medico e o Mercado de Trabalho—Tese de Doutorado de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1972.
- Duncan, S. de, y G. Richardson. Progreso de enfermería en Panamá en los últimos 5 años. *Bol Of Sanit Panam* 47(1):52-55, 1959.
- Galiano, S. Apuntes sobre historia de la enfermería en Nicaragua. *Bol Of Sanit Panam* 29(5):551-556, 1950.
- Godoy, M., Y. Ortiz y N. Fardella. Desarrollo y perspectiva de la enfermería sanitaria en Chile. *Bol Of Sanit Panam* 31(2):158-164, 1961.
- International Labor Conference. *Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel*. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1976.
- Krebs, D. "Necesidades y recursos de enfermería en Chile". Imprenta de la Central de Talleres del Servicio de Salud. Santiago de Chile, 1961.
- Kula, W. *La periodificación de la historia económica—Problemas y métodos de la historia económica*. Ed. Península, Barcelona, 1974.
- Medina, J. *Aspectos sociales del desarrollo económico*. CEPAL/ILPES. Santiago de Chile, 1973.
- Ministerio de Salud Pública de Colombia. *Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. La enfermería en Colombia*. Bogotá, 1970.
- Ministerio de Salud Pública de Colombia. *Estudio nacional de la situación de enfermería en Colombia*. Bogotá, 1972.
- Molina, M. T. *Historia de la enfermería*. Ed. Inter-Médica. Buenos Aires, 1973.
- Naciones Unidas. *Estudio Económico de América Latina, 1967, 1968, 1969*. Nueva York, 1976.
- Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud. *Condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería*. OIT, Ginebra, 1973.
- Organización Panamericana de la Salud. Las enfermeras: su educación y su misión en los programas sanitarios. Informe de las Discusiones Técnicas de la 9ª Asamblea Mundial de la Salud (1956). *Bol. Of Sanit Panam* 42(3):271-281, 1957.
- Organización Panamericana de la Salud. *Migration of Health Personnel, Scientists and Engineers from Latin America*. Publicación Científica No. 142. Washington, D.C., 1967.
- Universidad Autónoma Metropolitana de México, División de Ciencias Sociales y Humanidades. *Elementos teóricos y metodológicos para el diseño de la carrera de ciencias sociales*. México, 1975.
- Velázquez, C. Enfermería sanitaria en Guatemala. *Bol. Of Sanit Panam* 32(6):539-548, 1952.

Anexo 1

La práctica de salud y de enfermería y su relación con la estructura económica en América Latina, 1900-1930; 1930-1960, y 1960-1978.

1900 - 1930

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
<u>Agricultura</u>	<u>Salud pública</u>		1. Centrada en atención en hospitales.			
Predominio de la producción agrícola (de exportación)	Acciones sanitarias (Estado)	Urbana	1.1 Actividades consideradas como obras de caridad	1.1 Congregaciones religiosas	Preparación casual en los servicios	1.1 Hospitales privados y caritativos
	-Saneamiento y vigilancia de puertos	Zonas portuarias	-Gratuita (Fines del Siglo XIX y comienzos del XX)	-Sirvientes	-Ninguna	
Predominio de los latifundios sobre los minifundios	-Saneamiento urbano					
-Burguesía rural	-Campañas contra enfermedades transmisibles (malaria, fiebre amarilla, etc.)	Zonas de producción agrícola de exportación (enclaves bananeros, caucho, etc.)	1.2 Inicio de enfermería como ocupación pagada	1.2 Enfermería laica (tipo ayudante)	Cursos de enfermería en los hospitales (nivel preparatorio posprimario)	1.2 y 1.3 Hospitales del Estado y de empresas privadas
-Campesinos, peones, jornaleros agrícolas						
<u>Industria</u>						
Industria extractiva	El Estado a <u>nivel central</u> toma a su cargo las acciones sanitarias creando Departamentos o Direcciones de Sanidad		1.3 Inicio de la enfermería profesional	1.3 Enfermería profesional	Escuela de enfermería (3 años) en general hospitalarias (modelo Nightingale) (modelo americano)	
Extracción minera para exportación			-División de las funciones:		Nivel preparación técnica	
-Clase obrera incipiente			a) administrativas y de enseñanza y			
			b) atención directa			
<u>Transporte</u>	<u>Atención médica</u>					
Desarrollo del transporte para exportación (marítimo, ferroviario)	Atención médica privada	Clase pudiente				
	Hospitales de empresas privadas	Mineros Enclaves agrícolas		Auxiliares de enfermería	Formación casual en servicio	

1900 - 1930 (cont.)

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
Comercio						
Desarrollo del comercio internacional (producción agrícola y minera)	Hospitales caritativos	Desempleados Subempleados Parias	2. Inicio de actividades de salud pública	Visitadora sanitaria	Cursos organizados en servicio	Zona urbana
Mercado interno estrecho	Medicina popular	Población rural y urbana marginada		Comadronas (partera empírica)	Ninguna	Zona rural y urbana

1930 - 1960

	<u>Atención médica</u>		<u>Atención médica</u>			
Depresión económica de 1930 y II Guerra Mundial						
Comercio						
Disminución del comercio de exportación	Ascenso de la atención médica al predominio sobre las prácticas sanitarias	Predominantemente urbana	Continúa el predominio de la práctica de enfermería ligada a los hospitales	Enfermera profesional	Aumentan el número de escuelas de enfermería. Se enfatiza la función administrativa surgiendo la "escuela administrativa" cuyo currículo intenta preparar enfermeras para jefaturas de servicios, enseñanza y supervisión de personal auxiliar	Predominantemente urbana Hospitales de Seguridad Social
Expansión del mercado interno	El Estado toma a su cargo la atención médica del obrero mediante instituciones de Seguridad Social		Crece la demanda cuantitativa y cualitativa de personal de enfermería para asumir funciones más complejas en los hospitales		Hospitales del Estado (Ministerio de Salud)	
Industria						
Desarrollo de la industria manufacturera	-Desarrollo de Hospitales del Seguro Social	Trabajadores del Estado	La enfermera profesional asume mayores funciones administrativas y delega al auxiliar de enfermería funciones de atención directa a los pacientes	Aumento del número de auxiliares de enfermería	Escasa cobertura de hospitales privados	
Gran inversión de capital extranjero	-Transformación de los hospitales caritativos en Hospitales de Asistencia Pública del	Clases desfavorecidas, subempleados,			En los hospitales privados	
Surgimiento de empresas multinacionales						

Anexo 1

1930 - 1960 (cont.)

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
Hegemonía del sector industrial	Ministerio de Salud -Hospitales universitarios	domésticos, parias, campesinos	El auxiliar de enfermería es oficialmente reconocido como parte del equipo de enfermería		Creación de cursos formales para preparación de auxiliares.	predomina el auxiliar sin preparación
<u>Agricultura</u>	-Surgimiento de los centros médicos				Formación en servicio	
Derrumbe de la producción agrícola	-Aumento de los hospitales privados	Clase pudiente y clase media				
Crisis de la agricultura	-Medicina especializada					
Inflación económica	-Medicina popular	Población rural y urbana marginada				
Ley de Seguridad Social						
-Aumento de clase obrera						
-Desarrollo de la clase media						
	<u>Salud pública</u>		<u>Salud pública</u>			
	Cambios de las prácticas de salud pública para un enfoque de atención preventiva individualizada		Inicio de la utilización de la enfermera profesional en la práctica de salud pública	Enfermera de salud pública	Creación de cursos posbásicos en enfermería de salud pública	Urbana Centros de salud
	Se legitima una separación entre lo curativo y lo preventivo		-Centros de salud		Integración de la salud pública en los currículos de las escuelas de enfermería.	Supervisión en áreas rurales
	Se organizan los Ministerios de Salud que conjugan las antiguas Direcciones de Sanidad y Medicina Asistencial		-Creación de servicios de enfermería y definición del papel de la enfermera de salud pública			
	-Creación de centros de salud integral (atención a las personas)	Población urbana	Introducción del personal auxiliar en los servicios de enfermería de salud pública con distintas denominaciones: visitadora sanitaria, auxiliar rural	Visitadora sanitaria Auxiliar rural Partera empírica	Cursos cortos en servicio (nivel medio)	Urbana Suburbana

1930 - 1960 (cont.)

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
	-Creación de servicios de higiene infantil y puericultura	Población urbana y sub-urbana, incluyendo algunas zonas de producción rural	Inicio de la identificación y adiestramiento de la partera empírica		Educación en servicio (nivel primario)	Rural
	-Divulgación de la educación higiénica		Incremento del prestigio de la práctica de enfermería en salud pública y aumento de la demanda que alcanza el auge en este período y comienza desde entonces a declinar con el estancamiento de la salud pública			
	-Continuación de las campañas sanitarias y del saneamiento del medio					
	-Disminución de la importancia de la vigilancia portuaria					

1960 - 1978

<u>Industria</u>	Fuertes inversiones "públicas" hechas con préstamos o donaciones de los E.U.A. u organismos internacionales (BIRF, BID) en el sector salud	<u>Atención médica</u>		Surgimiento de la "escuela académica"	Predominante-mente urbana
Hegemonía del sector industrial		Sigue la hegemonía de la práctica de enfermería hospitalaria. (80% a 90% del personal de enfermería se concentra en los hospitales)	Enfermera profesional	Los programas universitarios (1970): 104 escuelas universitarias (1972). Aparecen cursos de posgrado en áreas clínicas	Hospitales del Estado, seguridad social, clínicas privadas
Proliferación de las empresas multinacionales	Participación del sector salud en la planificación. Énfasis en la elaboración de planes de salud a largo plazo (1962)		Auxiliares de enfermería		Hospitales universitarios
Crecimiento de la clase obrera, pero sin lograr aún el aumento de empleo esperado	Política de ampliación de	Inicio de un movimiento de retorno de la enfermera profesional al	Técnicos en enfermería o enfermeras de		

Anexo 1

1960 - 1978 (cont.)

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		
				Tipo	Formación	Cobertura
<u>Comercio</u>	la cobertura dirigida fundamentalmente a la zona rural y a los grupos marginales con las características de atención primaria y participación de la comunidad (1972)		área clínica	nivel medio	Multiplicación y diversificación de los cursos auxiliares. Inicio de inclusión de estos cursos al sistema educacional	
Búsqueda de nuevos mercados y de la ampliación del mercado interno			-Aparece una práctica especializada de enfermería (materno-infantil, pediatría, medicoquirúrgica, psiquiatría)	Enfermera especialista clínica		
Estímulo para incorporar la población rural al mercado de consumo	La ampliación de la cobertura se universaliza con la aprobación de la meta de "salud para todos en el año 2000" (1977)				Diversificación de la enseñanza secundaria. Establecimiento y proliferación de cursos de enfermería en la enseñanza secundaria	
Intento de desarrollo de un mercado de exportación latinoamericano						
Diversificación de la exportación					Surgimiento de la escuela clínica	Hospitales universitarios y Seguro Social
<u>Agricultura</u>	<u>Atención médica</u>					
Crisis mundial de alimentos (1972)	Sigue la hegemonía de la atención médica	Población urbana	Inicio de la expansión del papel de la enfermería (1974)		Enfasis en la formación clínica.	Hospitales universitarios y Seguro Social
Empobrecimiento del campo y fuga del hombre del campo a la ciudad. Incapacidad de la ciudad para absorberlos y creación de cinturones de miseria en torno a las ciudades	Intento de coordinación de los servicios hospitalarios del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social y extensión del seguro social al campesino	Trabajadores de empresas, obreros, campesinos	Incorporación de funciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de evolución previsible		Aparecen cursos cortos para personal de los servicios en áreas clínicas y para	

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
Política de estímulo al sector agrícola, y de retención del hombre en el campo	Continúa la práctica privada Medicina popular	Clase pudiente Población rural dispersa y urbana marginada			la expansión del papel de la enfermera	
Crisis mundial del petróleo	<u>Salud pública</u>		<u>Salud pública</u>			
Inflación económica. Endeudamiento de los países latinoamericanos	Similar al período anterior, notándose un estancamiento en los años 60	Similar a la anterior	En la década del 60 hay un estancamiento de los servicios de enfermería en salud pública. Disminuyen las plazas de profesionales y aumento de la utilización de personal auxiliar	Enfermera de salud pública	Cursos pos-básicos y de posgrado	Zona urbana
Necesidad de reducir los gastos en educación	Surgimiento de la salud comunitaria y de ampliación de la cobertura (atención primaria y participación de la comunidad)	Zona rural	La política de extensión de la cobertura y atención primaria aumenta el número de personal auxiliar y surgen nuevos tipos de auxiliares (1972)	Distintos tipos de auxiliares de salud pública. Proliferación de cursos para auxiliares rurales	Reducción del tiempo para preparación de auxiliares rurales. Gran proliferación de cursos cortos para preparar auxiliares. Gran variación de currículo.	Zona rural
Crisis universitarias			La atención primaria de salud es ejercida por personal auxiliar La enfermera empieza a perder el control de la supervisión de	Auxiliares rurales, agentes de salud, etc. Enfermera especialista en	Cursos cortos para preparar enfermeras en atención primaria e inclusión de esa atención	Zona rural

Anexo 1

1960 - 1978 (cont.)

Síntesis de la estructura económica

Síntesis de la estructura económica	Práctica de salud		Práctica de enfermería			
	Práctica dominante	Cobertura	Práctica dominante	Recursos humanos		Cobertura
				Tipo	Formación	
			personal auxiliar en salud pública	atención primaria (generalista)	en el currículo básico.	
			Intento de una práctica de enfermería comunitaria con énfasis en atención primaria	Estudiante de enfermería (servicio social obligatorio)	Orientación del currículo hacia la salud comunitaria.	
			Reconocimiento de la necesidad de planificar y organizar los servicios de enfermería en función de las necesidades de salud de la comunidad	Comadronas, líderes comunitarios	Incremento del servicio rural.	
			Incorporación de recursos de la comunidad en los servicios de enfermería		Intentos de integración docente-asistencial e incorporación temprana del estudiante a los servicios.	
			Necesidad de asumir la responsabilidad del adiestramiento y supervisión de los distintos tipos de personal auxiliar que trabaja con la comunidad		Innovaciones en el sistema educacional (enseñanza extramural, instrucción programada, integración docente-asistencial, educación informal, autoinstrucción, preparación de personal en gran escala)	

ANALYSIS OF NURSING IN LATIN AMERICA (*Summary*)

The article presents a comprehensive analysis of health and nursing practices and their relationship to the economic structure and dominant means of production in Latin America. The analysis stems from a division of economic history into the following periods: 1900 to 1930, 1930 to 1960, and from the end of 1960 to the present.

The writer examines the characteristics of economic and social development in each of those periods and correlates them with health and nursing practices. She delves particularly into the predominant forms of nursing practice and the various approaches to training for auxiliary, technical, and professional staff.

She seeks to show that both practice and knowledge in the field of health and nursing are related to the process of economic production. She suggests that recognition of this fact would contribute to a better understanding of the problems confronting the health and education sectors and would permit a search for more realistic solutions to the problems.

ANÁLISE DA ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA (*Resumo*)

O artigo contém uma análise global da prática de saúde e enfermagem e sua relação com a estrutura econômica e as formas dominantes de produção na América Latina. Para essa análise, foi empregado o método de periodização histórica da evolução econômica, assim desdobrada: 1900-1930, 1930-1960 e de fins de 1960 até o presente.

A autora examina detidamente as características do desenvolvimento sócio-econômico em cada período, correlacionando-os com a prática de saúde e enfermagem. Seu trabalho aprofunda-se até os detalhes da forma predominante da enfermagem em serviço e das diferentes modalidades de formação de pessoal auxiliar, técnico e profissional.

O artigo procura demonstrar que tanto a teoria como a prática no campo da saúde e enfermagem estão vinculadas ao processo de produção econômica, e que o reconhecimento desse fato facilitaria a compreensão dos problemas setoriais de educação e saúde e possibilitaria a busca de soluções mais realistas para os mesmos.

ANALYSE DES SOINS INFIRMIERS EN
AMÉRIQUE LATINE (*Résumé*)

L'article analyse d'une manière globale les pratiques de santé et de soins infirmiers et en établit les rapports avec la structure économique et le mode dominant de production en Amérique latine. La méthode utilisée consiste à étudier l'histoire économique décomposée en plusieurs phases: 1900 à 1930; 1930 à 1960 et la fin de 1960 à nos jours.

L'auteur de l'article entreprend un examen approfondi des caractéristiques du développement économique et social durant chacune des périodes, et établit leur relation avec les pratiques de santé et de soins infirmiers. Son ouvrage étudie à fond le mode principal d'activités en matière de soins infirmiers actuels ainsi que les différentes méthodes de formation du personnel auxiliaire, technique et spécialisé.

L'auteur cherche à démontrer que la pratique et les connaissances en matière de santé et de soins infirmiers sont liées au processus de production économique. Elle estime que reconnaître cet aspect faciliterait une meilleure compréhension des problèmes auxquels font face les secteurs de la santé et de l'éducation, et encouragerait la recherche de solutions plus réalistes.

La aceptación por parte de las autoridades de salud del nuevo papel de la enfermera en la atención primaria de salud es el primer paso para que ella incorpore los componentes de ese papel a su práctica diaria.

Tomado de *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Publicación Científica de la OPS 347, 1977.

Reflexiones sobre la atención primaria: proposición de un marco conceptual

INDEXED

YOLANDA ARANGO DE BEDOYA¹

INTRODUCCION

Los diversos documentos emanados de los organismos nacionales e internacionales del sector salud han planteado en los últimos 20 años estrategias tendientes a mejorar la atención de las precarias y agudas condiciones de salud de aproximadamente más de la mitad de la población mundial. Son suficientemente conocidos los efectos negativos que producen en la salud de una comunidad los microorganismos patógenos, la inaccesibilidad a nutrientes básicos, la insalubridad, el hacinamiento, así como la limitación de medios y formas de recreación tendientes a brindar satisfacciones emocionales a la población general.

Aceptando que, desde el punto de vista epidemiológico, la promoción de la salud es eminentemente deseable, nos hallamos ante el hecho de que por lo menos seis de los más importantes procesos mórbidos podrían evitarse con acciones tan simples como la aplicación de un biológico; sin embargo, en la actualidad solo se alcanzan coberturas tan bajas que no logran impactos importantes en su control o erradicación. Las enfermedades infectocontagiosas, por ejemplo, presentan panoramas desalentadores. Al revisar el cuadro que emerge ante la carencia de ingesta de cantidades adecuadas de nutrientes, la situación no es menos grave. Nos encontramos ante realidades tan paradójicas que acreditan profundas reflexiones.

¿Es posible que con los adelantos alcanzados en las técnicas tendientes a optimizar la producción general, el desarrollo agrícola y pecuario, y la explotación de la inmensa riqueza marina, nos encon-

¹Universidad del Valle, Cali, Colombia.

tremos que el 24% de la población consume menos de las calorías requeridas para sobrevivir sin deterioros a nivel cerebral, osteomuscular, entre otros?

Sería tentador continuar enumerando los principales problemas con que nos enfrentamos a diario, pero el objetivo de este artículo es el de elaborar algunas reflexiones sobre los componentes socioepidemiológico y político-administrativo de la práctica de salud y de enfermería, que en su conjunto permitan elaborar lo que podríamos denominar el marco conceptual de una de las modalidades emergentes en los servicios de salud: la atención primaria.

REFLEXIONES SOBRE EL COMPONENTE SOCIO-EPIDEMIOLOGICO

Un marco histórico tiene que incorporarse a esta consideración. La concepción de los fundamentos de salud y enfermedad en las diversas sociedades y épocas debe colocarse en el plano justo que les corresponde, no con una visión positivista como generalmente se nos ha transmitido, sino a la luz de los fenómenos propios de las formaciones económico-sociales que precipitan su estilo y forma de manifestación. El gran valor de ello radica en explicarnos los efectos materializados en el cómo se prestaba o brindaba una práctica médica, además de la causalidad generadora del hecho.

Al abordar las grandes etapas del desarrollo de la humanidad nos encontramos que la concepción de la enfermedad y los métodos para contrarrestarla han ido pasando de los enfoques unicistas hasta los complejos multicausales. Esta segunda concepción no solo la integran los fenómenos biopsíquicos sino los sociales, que son en última instancia los determinantes de por lo menos la primera causa de mortalidad infantil en la gran mayoría de los países del tercer mundo. Resultan pertinentes las consideraciones de René Dubos al respecto.

“Las enfermedades que más prevalecen en las modernas naciones industrializadas afligieron también al hombre prehistórico y pueden ser localizadas hoy en todas las sociedades primitivas; las enfermedades tienen caracteres invariables y universales porque la naturaleza del hombre ha seguido siendo esencialmente la misma durante unos 100,000 años. El relativo predominio de las diversas enfermedades ha cambiado, sin embargo, de un período histórico a otro y hoy en día difiere de acuerdo con las áreas geográficas y los grupos sociales. Las diferencias habidas en el ambiente general y en las formas de vida contribuyen a acentuar esta diversidad” (1).

Las páginas de la historia no son las únicas en demostrar que las pautas de enfermedad difieren y cambian rápidamente con las nuevas condiciones ambientales y sociales. Una demostración más espectacular de ese parentesco surge de la comparación entre las tasas de morbilidad y de mortalidad así como entre los tipos de enfermedad que registra nuestro tiempo para diferentes países y grupos sociales. Hoy como ayer, cada sociedad tiene su propia pauta de enfermedades características, determinadas por su clima, sus costumbres, su tecnología y sus niveles de vida.

Estas consideraciones, unidas a los planteamientos de González, Sepúlveda y Conti (2, 3), son ingredientes importantes para nuestra reflexión. En efecto, no podemos deslindar el principio de que el complejo proceso de desarrollo histórico adopta diversas expresiones, tanto en las distintas sociedades en general y en los diferentes grupos y clases sociales concretos, como en los individuos singulares que ocupan determinada posición y están en determinada situación respecto al eje estructural del proceso productivo, económico y social.

REFLEXIONES SOBRE EL COMPONENTE POLITICO-ADMINISTRATIVO EN SALUD

El abordar el tema de salud-enfermedad de manera retrospectiva ha tenido como propósito el incorporar el componente salud dentro de la categoría de formación social en el que está incluido, el cual se presenta en forma diferente en cada época tal como acabamos de plantear. Nuestra época nos sitúa ante hechos tangibles que es preciso reconocer en toda su dimensión. No podemos quedarnos en la simple medición del fenómeno externo: enfermedad y muerte *versus* salud; tenemos que adentrarnos en los fenómenos internos que los originan si queremos impulsar acciones importantes que los corrijan.

En 1972, los Ministros de Salud de las Américas, en su III Reunión Especial, propusieron la búsqueda de mecanismos que hicieran posible la extensión de cobertura de la población, por intermedio de los sistemas de salud existentes e innovados, precisándose las metas y estrategias operativas para su alcance. Posteriormente, después de seis años, se ha declarado que:

[A pesar de] "los encomiables esfuerzos . . . en un buen número de países parece haber consenso de que el ritmo de incremento de la oferta de servi-

cios va a la zaga del aumento acelerado de las necesidades de salud para alcanzar la cobertura universal" (4).

Aunque no existen aún evaluaciones explícitas y analítico-críticas precisas de tales resultados, sí se mencionan de manera implícita sus factores precipitantes, que forzosamente se deben deslindar de razonamientos propios de la inoperancia del sector salud. En efecto, en el documento de referencia de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud (1977), el concepto de desarrollo antecede a cualquier alternativa de solución al fenómeno enfermedad. Se afirma que:

"El desarrollo tiene por objeto el despliegue completo de la capacidad de los individuos para autotransformarse en forma continua y contribuir al desenvolvimiento global de su sociedad, a fin de asegurar el máximo bienestar de sus miembros . . . Para lograr el desarrollo en la forma concebida se requieren modificaciones estructurales e institucionales que en su conjunto permitirán apoyar y aumentar la capacidad de la sociedad y de los individuos para contribuir a su mayor bienestar" (5).

Esta fundamentación no puede seguir leyéndose como un simple discurso formal. Tiene que convertirse en un discurso transformador que a no dudarlo nos mostrará un año 2000 diferente.

He querido retomar estos postulados no solo con el ánimo de reafirmar el principio genérico sobre el cual debe descansar cualquier alternativa de atención y práctica—cuál es la sociedad en donde debe aplicarse—sino como marco para incorporar otros dos elementos particulares que hacen parte de ella: los agentes de salud responsables de la oferta y la comunidad, razón de ser de toda nuestra actividad.

Con respecto a los agentes de salud, considero saludable una breve disquisición acerca de la imagen que vemos en nuestro diario vivir y preguntarnos si existen los componentes y características tan ampliamente difundidas de: trabajo en equipo; asignación efectiva de funciones según severidad del daño; distribución homogénea de recursos humanos en zonas urbanas y rurales; vinculación estable y remuneración justa para el personal; distribución de agentes de salud de acuerdo con un esquema de regionalización institucional.

Estos interrogantes solo concernientes a la prestación de servicios, por no incluir los otros campos antes mencionados, tienen una sola respuesta: no existen tales componentes. La herencia que hasta ahora nos acompaña es la de un trabajo departamentalizado y verticalizado que cada uno ejecuta en forma independiente, individual y sin sentido de grupo. Por su parte, la apropiación del conocimiento científico

ha sido desequilibrada: el médico ha tenido el derecho de incorporarlo al considerársele como el único poseedor de la capacidad para manejarlos. El lugar para la realización de la práctica se ha seleccionado de acuerdo con intereses particulares de cada individuo; casi se podría generalizar que esta ha tenido una razón de tipo salarial, convirtiéndose así la enfermedad en un generador de riqueza y ubicándola en una categoría economicista, despojándola de la investidura social con la cual debería ejercerse.

La otra característica que no puede desconocerse es el origen social de la profesión de enfermería. En efecto, su índole de tipo caritativo, sumiso, al lado del médico, le imprimió un rasgo que aún persiste a pesar de los avances y reivindicaciones científicas que se han ido incorporando en su formación y práctica en los últimos 15 años.

REFLEXIONES SOBRE LA PRACTICA DE SALUD Y ENFERMERIA

Las consideraciones anteriores nos sitúan ante un postulado que no se ha podido cumplir: la regionalización institucional integrada a través de mecanismos de referencia en donde según la historia natural de la enfermedad se articule la promoción, prevención, detección precoz y rehabilitación, y en donde el personal de salud desempeñe labores de complejidad y tecnicismo creciente según el grado de severidad de la morbilidad. Este intento ha tropezado con serias limitantes. Aquí emergen nuevamente situaciones producto de aconteceres del pasado. El enfoque fundamentalmente curativo predominante por muchos años generó como instrumento de atención no solo una escuela de pensamiento, sino instituciones hospitalarias técnicamente equipadas para dar respuesta a tal conceptualización. En consecuencia, se fortalecieron los hospitales estructuralmente horizontales y posteriormente verticales, que han actuado como máximas entidades dentro de los servicios de salud, dando como consecuencia una hipertrofia en dicho nivel en donde el personal médico, de enfermería y demás disciplinas se concentran alrededor de una medicina curativa.

El inicio de la nueva corriente con énfasis sanitarista precipitó una nueva práctica no articulada sino paralela a la anterior. Una identificación empírica y acientífica la marcó con un sello que aún se arrastra frente a la opinión de los diversos agentes de salud y que

trasciende a la propia comunidad. Consideramos oportuno el siguiente comentario de Navarro al respecto:

“En doce países de la América Latina la cirugía representa la especialidad máxima de acuerdo con el porcentaje de médicos, siendo las más bajas la pediatría y la salud pública, respectivamente. Salta a la vista que existe una oferta excesiva de la primera especialidad citada unida a una oferta insuficiente de las demás especialidades, tratándose de países en donde el 48% de la población es menor de 15 años y cuya morbilidad es causada principalmente por deficiencias ambientales y de nutrición” (6).

Las apreciaciones que a continuación menciono son producto de la experiencia de una década de trabajo en un país latinoamericano y de los contactos con poblaciones similares en diferentes partes de las Américas.

En primera instancia, las creencias del individuo frente al fenómeno de enfermedad difieren en los grupos según su nivel educativo, ubicación geográfica, carácter laboral, clasificación étnica, grupo religioso, nivel socioeconómico y su articulación dentro de una formación económico-social. Igualmente, el grado participativo de la población dentro de la gestión salud varía profundamente según el sistema social donde esté inmersa.

Frente a la primera observación diversos estudios o investigaciones científicas lo han demostrado. Existe una escala de valores que precipita una serie de “demandas” de servicio y prácticas curativas según el criterio de enfermedad que se tenga, así como diversas situaciones de carácter económico-educativo propias del individuo y externas a él. Me refiero entre otros muchos a los componentes de: accesibilidad geográfica, facilidades para el cumplimiento terapéutico y confiabilidad en el sujeto que le brinda atención. Este último aspecto es tal vez el que más he podido observar. En los núcleos urbanos de grandes ciudades, existe una fuerte predilección del individuo a solicitar la presencia médica cuando él requiere servicios personales de salud catalogados como “científicos”. La imagen del médico se percibe como el único que tiene el conocimiento y poder de diagnosticar, recetar y curar.

Existen diversos programas que han venido propugnando un cambio de funciones en el denominado “equipo de salud” y el hacer parte de uno de ellos es que me precipita a tal conclusión. El calificar un personal de educación elemental como “capaz” de ejercer actividades médicas es una investidura que aún no ha sido interiorizada

dentro de los valores de la población a quien ha ido dirigido este tipo de servicios, ni dentro del sector en donde tiene que funcionar como tal, o sea, en el mismo ámbito que la ha calificado para tal función.

Aunque el conocimiento científico no es propiedad exclusiva de un tipo de profesión, pareciera que la estrategia y forma de introducirlo no ha sido la adecuada. Es decir, que se han desconocido los fundamentos sociológicos que hubiesen ilustrado el proceso a seguir.

Un nuevo estilo de práctica de salud que rompa tradiciones y valores de siglos no puede imponerse solo a través de decisiones ministeriales. Tiene que obedecer a políticas dinámicas tendientes a cambiar las relaciones sociales existentes.

PROPOSICION PARA UN MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Consideramos que las reflexiones antes enumeradas son fundamentales ante las situaciones que se presentan en el momento que vivimos. Muchos de los objetivos postulados en los diversos países y canalizados por los organismos nacionales e internacionales no se han alcanzado, en muchas ocasiones, dado su carácter impositivo a través del cual se ignoran hechos que la práctica ha convertido en formas genuinas de comportamiento. No podemos negar que la teoría y la práctica confluyen para conformar una unidad dialéctica. Tener un marco de referencia dentro de un análisis histórico nos obliga a ser realistas frente a la fundamentación de los problemas que tenemos que afrontar y las soluciones que se pueden imponer a la luz de las modificaciones sociales que se precipiten en los próximos años.

En consecuencia, la atención primaria podría considerarse como una estrategia que se ofrezca a toda la población. Las acciones de promoción de la salud y de diagnóstico precoz tienen que ser consecuentes con la característica causal que genera la enfermedad y ejecutada por intermedio de personal calificado, integrado y con tecnología disponible y apropiada a cada área mórbida atendida.

Entendida así, la atención primaria constituye una parte de un todo de la gestión salud, maneja no solo la manifestación aparente de la enfermedad sino la esencia de la misma, se ubica históricamente en el contexto presente sin desconocer el pasado e invirtiendo acciones efectivas para el futuro, en donde el objeto de la atención—la comunidad—tenga el derecho de regir sus propios destinos. Ubicán-

dola de esta manera, la atención primaria cumpliría con los siguientes principios enunciados en la más reciente conferencia internacional sobre el tema (Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978):

“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en los próximos decenios debe ser el 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. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (7).

RESUMEN

El artículo parte de un análisis general de la problemática de salud característica de la mayoría de los países latinoamericanos. Correlaciona la situación con los cambios operados en las diferentes formaciones económico-sociales, con lo que visualiza dentro de un contexto histórico las diferentes concepciones del fenómeno salud-enfermedad como consecuencia del tipo de atención propio de la época.

La autora destaca la necesidad de ahondar en los diferentes marcos teóricos del binomio salud-enfermedad, dado que ello permite entender en su conjunto las manifestaciones externas del tipo de dirección de la medicina actual y de la forma como se desarrolla la práctica médica y la de enfermería.

Reflexiona sobre algunos de los hechos que han limitado el cumplimiento de varios de los componentes más deseables en la prestación de servicios de salud: trabajo en equipo, reasignación de funciones, regionalización institucional, etc.

Por último, plantea un marco conceptual de atención primaria como estrategia para abordar la problemática esbozada.

REFERENCIAS

- (1) Dubos, R. *Man Adapting*. Yale University Press, New Haven, 1970.
- (2) González, V. y J. Sepúlveda. Algunas consideraciones generales en torno al concepto de salud. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, septiembre-diciembre de 1977, San José, Costa Rica. Pág. 133.
- (3) Conti, L. *Medicina y sociedad*. Ed. Fontanella, España, 1974.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento de Referencia. Documento Oficial No. 155, 1978. Pág. 19.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. *Ibid.*, pág. 20.
- (6) Navarro, V. *Medicine Under Capitalism*. PRODIST, Neale Watson Publications, Inc., Nueva York, 1976.

REFLECTIONS ON PRIMARY CARE: A PROPOSAL FOR
A CONCEPTUAL FRAMEWORK (*Summary*)

The article begins with a general analysis of the salient health problems of most Latin American countries. It correlates the situation with changes that have come about in the various socioeconomic structures and takes an historical approach to the different ways in which the health/disease phenomenon has been viewed, ways which are regarded as determined by the kind of care provided during particular eras.

The author emphasizes the need to study the various theoretical frameworks of health and disease in order to be able to discern from the overall picture just where medicine is headed today and how medicine and nursing are practiced.

She reflects on some factors that have limited the implementation of several of the more desirable aspects of health services delivery such as teamwork, reallocation of functions, and institutional regionalization.

Lastly, she proposes a conceptual framework for primary care as a strategy for addressing the problems outlined.

REFLEXÕES SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS:
PROPOSIÇÃO DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL (*Resumo*)

O artigo parte de uma análise geral da problemática de saúde característica da maioria dos países da América Latina. Correlacionando a situação

com as mudanças ocorridas nas diferentes formações sócio-econômicas, focaliza dentro de um contexto histórico as diferentes concepções do fenômeno saúde-doença em decorrência do tipo de atendimento próprio da época.

A autora destaca a necessidade de maior penetração nos diferentes campos teóricos do binômio saúde-doença, dado que isso permite entender, em seu conjunto, as manifestações externas do tipo de orientação da medicina atual e da forma como se desenvolve a prática médica e de enfermagem.

A seguir, tece considerações sobre alguns dos fatos que têm limitado a satisfatória aplicação de vários dos componentes mais desejáveis na prestação de serviços de saúde, a saber: trabalho em equipe, redistribuição de funções, regionalização institucional, etc.

Finalmente, propõe uma estrutura conceitual de cuidados primários como estratégia para abordar a problemática esboçada.

RÉFLEXIONS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES: PROPOSITION D'UN CADRE CONCEPTUEL (*Résumé*)

Cet article part d'une analyse générale de la problématique de la santé caractéristique de la majeure partie des pays latino-américains. Il lie la situation actuelle aux changements intervenus dans les différentes structures socio-économiques, et présente, dans un contexte historique, les notions de santé et de maladie comme conséquence du type de soins dispensés et de l'époque.

L'auteur souligne la nécessité d'approfondir les différents cadres théoriques du binôme santé-maladie, lequel permet de comprendre dans leur ensemble les manifestations extérieures de l'orientation donnée à la médecine actuelle et de la façon dont se déroule la pratique de la médecine et des soins infirmiers.

Elle se penche sur certains faits qui ont limité l'exécution de divers éléments particulièrement souhaitables dans le domaine des services de santé: le travail en équipe, la redistribution des tâches, la régionalisation institutionnelle, etc.

Enfin, elle présente un cadre conceptuel de soins de santé primaires comme stratégie pour aborder la problématique ébauchée.

La enfermería en el Plan Nacional de Salud de Honduras

INDEXED

ALFONSYNA DE ABARCA,¹ MAYRA CHANG,² MARIA JESUS MOJICA,³ GERTALINA DE RAMOS,⁴ Y JORGE HADDAD⁵

SITUACION DE SALUD EN HONDURAS

La situación de salud del país presenta características similares a la de la mayoría de los países latinoamericanos. Los siguientes indicadores dan idea al respecto:

- Tasa de mortalidad general: 14.2 por 1,000 habitantes (16.5 en el área rural)
- Tasa de mortalidad infantil: 117.6 por 10,000 nacidos vivos (128.1 en el área rural)
- Porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitismo intestinal: 19.9.
- Relación médico por 10,000 habitantes: 3.3
- Relación odontólogo por 10,000 habitantes: 0.7
- Relación enfermera por 10,000 habitantes: 2.2
- Relación auxiliar de enfermería por 10,000 habitantes: 2.3
- Tasa de crecimiento vegetativo por 1,000 habitantes: 6.6
- Tasa de fecundidad para 1,000 mujeres en edad fértil: 239.0

Las primeras causas de mortalidad general son las enfermedades diarreicas, enfermedades sintomáticas del corazón y neumonía no especificada. Las primeras causas de mortalidad infantil (datos de la

¹Jefe, División de Enfermería, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras.

²Directora, Centro Nacional de Adiestramiento, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras.

³Coordinadora, Programa de Educación Continua, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras.

⁴Supervisora de Programas de Educación, División de Enfermería, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras.

⁵Coordinador, Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centro América y Panamá, OPS/OMS, San José, Costa Rica.

Dirección General de Estadística, 1976) son: diarrea, bronquitis, neumonía, tos ferina, inmaduridad, otras afecciones del recién nacido, enfermedades mal definidas del corazón, otras enfermedades del aparato respiratorio, afecciones anóxicas, sarampión y septicemia.

Esta situación se agudiza por la deficiencia nutricional en la niñez y la insuficiencia de hospitales e instalaciones de salud, carencia y mala distribución del recurso humano para salud; deficiencia en el saneamiento del medio, y una cobertura limitada de servicios de salud.

EL PLAN NACIONAL DE SALUD

El Gobierno emprendió en 1973 una serie de actividades destinadas a hacer frente a los problemas descritos. Se hizo un diagnóstico de la situación que dio lugar a la definición de una Política de Salud enmarcada dentro de los postulados del Plan Nacional de Desarrollo, que estableció ocho áreas prioritarias:

1. Extensión de la cobertura de servicios, especialmente en el área rural.
2. Prioridad a los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
3. Control de la desnutrición.
4. Incremento de los abastecimientos de agua.
5. Mejoramiento de la atención médica hospitalaria.
6. Desarrollo de los recursos humanos.
7. Mantenimiento adecuado de instalaciones y equipos.
8. Desarrollo integral de la comunidad.

La extensión de la cobertura de los servicios fue definida como la búsqueda y aplicación de mecanismos para poner al alcance de toda la población la atención básica necesaria que le permita la satisfacción de sus necesidades primarias de salud, con su amplia aceptación y participación. Se apoya en las acciones de atención primaria como medio de atender las necesidades más apremiantes de la población y los problemas de naturaleza simple, utilizando para ello agentes de prestación de servicios con un adiestramiento de corta duración e intensivo.

El sistema nacional de salud se creó con dos subsistemas: el formal o institucional, constituido fundamentalmente por los organismos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el informal y comunitario, conformado por las propias comunidades debidamente

orientadas y organizadas para el cumplimiento de tres funciones esenciales:

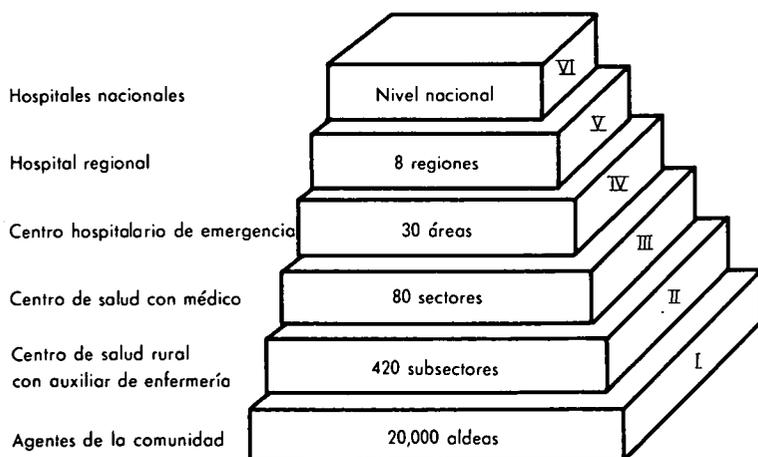
1. Realizar acciones específicas para solución de problemas tanto en el área de servicios a las personas como de saneamiento ambiental.
2. Ser un receptor ordenado y consciente de los servicios disponibles a través del sistema.
3. Contribuir con el aporte de recursos humanos y materiales.

Se estableció un programa nacional de extensión de la cobertura (1), el cual se constituyó en eje integrador de los programas específicos debidamente interrelacionados y coordinados. Para toda esta red, se inició un vasto programa de participación de la comunidad que se convirtió en elemento fundamental de apoyo para todos los demás programas y subprogramas del Plan.

Esto implicó, además, la reestructuración administrativa y operativa del Ministerio a fin de ampliar rápidamente los recursos para satisfacer las crecientes exigencias.

En la figura 1 se ilustra cómo se regionalizó el sistema sanitario del país y más adelante se explica en qué consisten los distintos niveles de atención establecidos. Debe destacarse que en cinco de los seis niveles el personal de enfermería (auxiliar o profesional) se constituyó en pilar importante, y el sector de enfermería se transformó, en consecuencia, en el recurso crucial para la ejecución de la mayor parte de las actividades y programas del Plan Nacional de Salud.

Fig. 1—Regionalización de los servicios de salud en Honduras, 1978.



PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL PROCESO

Al revisar históricamente la evolución del sector de enfermería en los países latinoamericanos, encontramos que en el pasado la enfermera se desarrolló dentro de patrones tradicionales y ya obsoletos que la definían como una "persona que bajo la dirección profesional médica toma a su cargo el cuidado de los enfermos" (2). Esta situación resultaba incompatible con las nuevas orientaciones que en Honduras se trataba de dar a las acciones de salud. La enfermería como profesión, con las resistencias y dificultades propias de este tipo de empresas, tomó conciencia de la necesidad de romper con los moldes que la ataban a la tradición y de buscar nuevos derroteros que condujeran a la enfermera a alcanzar otra categoría profesional, con participación activa y creadora en la toma de decisiones, y capacidad para establecer y utilizar criterios propios y todas sus capacidades al máximo, a fin de contribuir a soluciones correctas ante situaciones que exigen discernimiento y raciocinio, así como un compromiso con la población necesitada.

El personal de enfermería asumió su responsabilidad como elemento importante del equipo de salud, con gran capacidad potencial para aportar conocimientos y habilidades que eran fundamentales para la empresa que el país se proponía acometer dentro de la política de salud. Se integró así al trabajo con sentido multidisciplinario, como consecuencia de la obligada división del trabajo que el Plan requería, en función de la transformación que se buscaba. Así, en 1973 culminó un largo proceso en el que el sector de enfermería estaba empeñado desde tiempo atrás, en un prolongado cuestionamiento para ubicar al personal en posiciones que la capacitaran para desempeñar su papel adecuadamente. Lograda esta etapa, y la ubicación dentro de la estructura de decisión política y operativa del Ministerio (figura 2), los resultados no se hicieron esperar: los cambios comenzaron a operarse rápidamente al participar activamente la División de Enfermería en todo el proceso de planificación, ejecución y evaluación del programa de extensión de cobertura. Se elaboró un diagnóstico de la situación de enfermería dentro de las instituciones de salud, con base en el cual se establecieron las estrategias siguientes:

1. Necesidad de promover una mejor distribución del personal.
2. Urgencia de adecuar el personal existente a las nuevas necesidades.

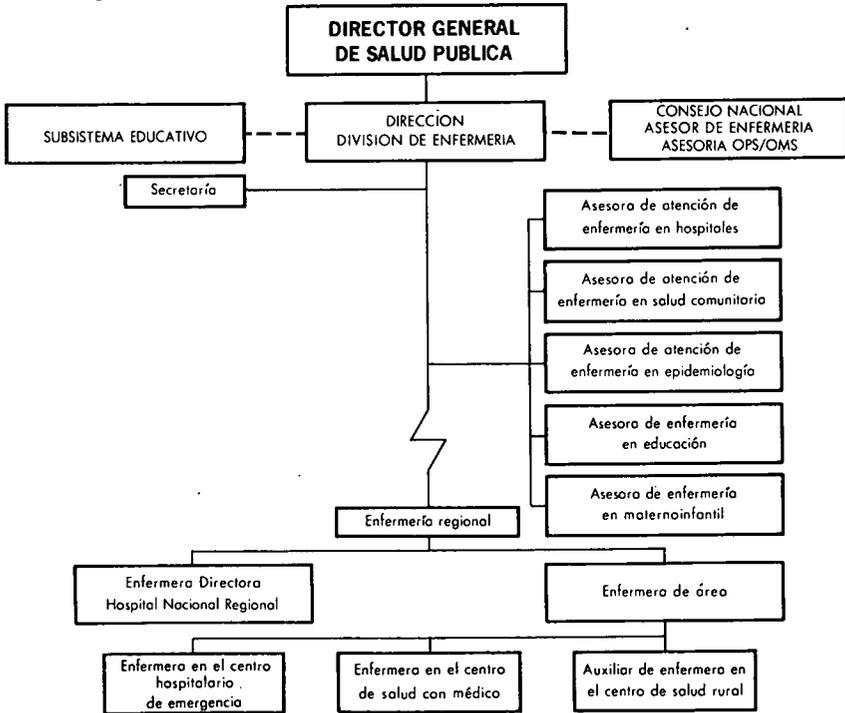
3. Necesidad de proceder a una redefinición de funciones del personal.
4. Obligación de buscar la participación efectiva en las decisiones académicas relativas a la formación de personal de enfermería, buscando el incremento numérico y la apropiada calidad de formación según las demandas del Plan.
5. Necesidad de promover la ejecución de programas de educación continua y de diseñar y ejecutar modelos de supervisión y evaluación.

Las funciones de enfermería fueron redefinidas así: planificación, educación, administración, investigación, asesoría e innovaciones (tecnologías adecuadas en servicios y en educación).

La División asumió las responsabilidades siguientes:

1. Conducción técnica y administrativa del sistema de enfermería en sus áreas programáticas.
2. Mantenimiento de un sistema permanente de control.
3. Promoción de la capacitación continua del personal.
4. Participación en la supervisión de los niveles regionales con el resto del

Fig. 2—Ubicación de la enfermería en la estructura del Ministerio.



equipo central, en las reuniones del Consejo Técnico de la Dirección de Salud y en el Comité de Becas.

5: Nivel adecuado de comunicación constante con el resto de las Divisiones normativas del Ministerio, con mayor énfasis en epidemiología, materno-infantil, atención médica y recursos humanos. Con esta última, la formación del personal auxiliar de enfermería es planificada, diseñada, desarrollada y evaluada conjuntamente por las dos Divisiones. La División de Enfermería tomó responsabilidad en el modelo curricular diseñado en base a actividades de servicio, que luego se generalizó a otros programas de formación de personal (3).

Las funciones, la organización y las acciones asignadas a enfermería fueron el producto de la consulta constante con el personal de base en las regiones sanitarias y en los niveles de decisión, mediante seminarios y talleres de trabajo desarrollados constantemente en el Ministerio de Salud.

LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS NIVELES

Las acciones de atención del sector de enfermería están diseñadas en cuatro grandes áreas: prevención y promoción; atención y curación; rehabilitación, supervisión, investigación-educación.

La política de enfermería, se basa en la política general del Ministerio. La atención de enfermería va dirigida a la comunidad, la familia y el individuo, mediante acciones integrales de salud a través de una programación orientada hacia la mejor utilización de los recursos disponibles, asegurando la máxima productividad de los mismos, dentro de los límites de la eficacia que se necesita para lograr un verdadero impacto en los programas de salud. Su planificación y ejecución se realizan bajo los moldes de la regionalización funcional basada en el concepto de niveles de atención descrita (4, 5).

Nivel central

En este nivel, la enfermería interpreta los marcos conceptuales dados por el sistema nacional de salud, analizando las posibilidades reales y potenciales de los recursos disponibles, definiendo la política nacional de enfermería y las estrategias a seguir para alcanzarla. Destaca en la política de enfermería lo siguiente:

1. Atención prioritaria a las necesidades de la población tradicionalmente marginada.
2. Ejecución de acciones de atención primaria como medio para atender las necesidades más apremiantes.
3. Prestación de servicios de acuerdo con las necesidades identificadas por las comunidades.
4. Atención al paciente hospitalizado mediante un cuidado seguro, oportuno y libre de riesgo.
5. Desarrollo de recursos humanos de enfermería de acuerdo a las demandas.
6. Establecimiento de mecanismos de coordinación para el logro de la integración docencia-servicio.

Nivel regional

En este nivel la enfermería basa su política en los marcos generales emanados del nivel central y los adecúa a las necesidades de la región y la población. En cada región sanitaria existe un sistema de servicios de salud definido, con diversos niveles de atención, de acuerdo con la población, naturaleza y características de los problemas de salud y los recursos humanos, técnicos y financieros de cada nivel. En cada uno de ellos se han definido las actividades y tareas, así como el tipo de personal requerido. Por otra parte, en cada región sanitaria existe una supervisora de enfermería y varias enfermeras de área (cada una con responsabilidad en cada área en que se subdivide la región). Las funciones de supervisión constituyen parte importante de la actividad de estas enfermeras.

De acuerdo con los seis niveles de atención establecidos (figura 1) las acciones se realizan en la siguiente forma:

- El *Nivel I* es atendido por personal voluntario (guardianes de salud, parteras empíricas adiestradas y representantes de salud), se proporcionan en él servicios de salud mínimos, para lo cual se capacita este personal.
- En el *Nivel II* (centro de salud rural) se encuentra una auxiliar de enfermería rural, adiestrada en 11 meses en una escuela ubicada en el área rural, construida y equipada adecuadamente, con un personal docente capacitado para ese fin, y con un currículo diseñado con base en las actividades de servicio establecidas para este nivel (esta modalidad de diseño curricular fue puesta en práctica por las Divisiones de Recursos Humanos y de Enfermería con buen éxito, y aplicado sucesivamente a otros programas de adiestramiento de personal en el Ministerio (2). La auxiliar presta servicios en el área materno-infantil, epidemiología, medicina simplificada y salud

comunitaria, y trabaja coordinadamente con el promotor de salud en la organización de comunidades. De esta orientación que se ofrece a las comunidades surgen las personas que vienen a integrar el sistema informal de salud, las cuales son seleccionadas por la propia comunidad. En este nivel la cobertura de atención oscila entre un 80 y un 90% del total de atenciones. Es de hacer notar que la enfermería ha sido responsable de la capacitación de un número importante de agentes de la comunidad, sobre todo de las parteras y guardianes de salud (entre 1976 y 1978 se han adiestrado 4,895 agentes comunitarios, quienes están distribuidos en 1,786 aldeas).

- En el *Nivel III* (centro de salud con médico) se desarrollan los mismos programas del nivel anterior, pero con servicios más complejos. Dispone de auxiliar de enfermería y médico en servicio rural. La participación de enfermería se enfoca más hacia los aspectos preventivos.

- El *Nivel IV* (centro hospitalario de emergencia) es de mayor complejidad, cuenta con más servicios de apoyo y más recursos. Trabajan en él médicos, odontólogos, personal técnico medio, auxiliares de enfermería y personal de apoyo. Cada centro cuenta con un departamento de enfermería que planifica, administra, dirige y evalúa las funciones de atención de enfermería al igual que el desarrollo de programas de educación en servicio de hospital. La enfermera del centro se proyecta a la comunidad dentro de su área de acción, ocupándose de mantener orientadas a las personas bajo su jurisdicción, y adiestrando continuamente personal voluntario.

- En los *Niveles V y VI* (hospitales regionales y nacionales) se presta atención integral al paciente hospitalizado. La enfermera participa en el sistema de mantenimiento y provisión de material y equipo, realiza investigaciones en el campo de enfermería a nivel institucional, mantiene una organización y funcionamiento adecuados del sistema, y procura una atención eficaz e integral al paciente a través de las normas establecidas.

Debe señalarse que las acciones realizadas por enfermería en cada uno de los niveles han sido posibles gracias a la capacitación continua del personal, y a su vez han provocado cambios en el plan de estudios en áreas prioritarias, como las de atención materno-infantil, programación y salud comunitaria. Otra área a la que se le está dando mucho énfasis es la de investigación, en la cual enfermería ha participado con grupos multidisciplinarios en distintos trabajos de evaluación.

La enfermería ha ampliado su radio de acción y ha adquirido una conciencia más clara de su responsabilidad en la prestación de la atención de salud. Asimismo, está consciente de que sin la participación comunitaria no es posible extender la cobertura de los servicios de salud, por lo que colabora activamente en las labores necesarias

para que los agentes de la comunidad se incorporen en la atención de salud, y se responsabilicen en su totalidad de la capacitación de guardianes de salud y parteras empíricas, utilizando tecnologías educativas apropiadas a los condicionantes socioculturales y valores de la comunidad. Este contacto con la comunidad se mantiene no solo durante la capacitación sino que continúa a través de visitas y reuniones mensuales donde se plantean problemas, se informa de acciones realizadas y se proporciona educación a los agentes en base a las necesidades detectadas.

CONCLUSION

En el trabajo detallado, es evidente que el sector de enfermería ha constituido un pilar fundamental en el modelo de prestación de servicios de salud para ampliar la cobertura que el Gobierno inició en 1973. Este hecho no es casual ni fortuito: ha obedecido a normas de evolución normal de una sociedad, en que las deficiencias observadas y la incapacidad para superar la situación predominante, en este caso, de salud, han sido ocasionadas entre otros factores, por la falta de toma de conciencia sobre el papel que cada trabajador de salud tiene obligatoriamente que cumplir.

Los programas educativos para el personal de enfermería han contribuido a incrementar el número de atenciones no solo en cantidad sino en calidad. La adecuación del currículo de enfermería es un aspecto que tiene que tomarse en cuenta en todo proceso de extensión de cobertura.

A pesar de las limitaciones y obstáculos, la enfermería en Honduras tiene una concepción clara de su compromiso y obligación con la población que está llamada a servir para que se logre alcanzar la salud para todos en el año 2000.

RESUMEN

[En este artículo, luego de una síntesis de la situación de salud en Honduras y del Plan Nacional de Salud iniciado en 1973, los autores describen los cambios ocurridos en enfermería, las dificultades que hubo que superar para alcanzar una nueva posición profesional, y la toma de decisiones de carácter administrativo para la definición de la política de salud.]

Se da cuenta de las modificaciones introducidas en la formación del personal de enfermería y en las funciones que debe cumplir en la planificación, ejecución y evaluación del programa de extensión de la cobertura. Se destaca el papel de la División de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los niveles de coordinación establecidos con las otras divisiones técnicas e instituciones responsables de la formación del personal de salud.

Se concluye poniendo de manifiesto que el sector de enfermería constituye el pilar fundamental en el modelo de prestación de servicios para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

REFERENCIAS

(1) Ramos, V., M. Mojica, M. Zúñiga, G. Cáceres y J. Fuentes. El programa de extensión de cobertura en Honduras y su supervisión. Documento de trabajo presentado al Taller de Adiestramiento en Supervisión, CLATES, Río de Janeiro, 1978.

(2) Chagas, A. La educación de enfermeras en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 32(1):48-57, 1952.

(3) Haddad, J. y G. Ramos. Diseño curricular para auxiliares de enfermería en base a actividades de servicio en el área materno-infantil. Vol. 2 de la Serie Enseñanza e Investigación de Salud Materno-infantil. Oficina Sanitaria Panamericana, 1977.

(4) Informe de la Segunda Reunión para Evaluar el Programa de Extensión de Cobertura en Honduras. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Honduras, 1978.

(5) Ramos, G. Organización de la Atención de Enfermería en los Niveles del Sistema de Salud. Documento de trabajo. Honduras, 1979.

NURSING IN THE NATIONAL HEALTH PLAN OF HONDURAS (*Summary*)

After summarizing the health situation in Honduras and describing the National Health Plan launched in 1973, the authors explain the changes that have come about in nursing, the difficulties that had to be surmounted to reach a new professional position, and the administrative decisions that had to be taken to devise a health policy.

An account is given of the changes made in the training of nursing staff and in the functions that staff must perform in the planning, implementation, and evaluation of the coverage extension program. The article highlights the role of the Nursing Division in the Ministry of Public Health and

Social Welfare and the levels of coordination established with the other technical divisions and institutions responsible for the health personnel training.

In closing, the article points out that the nursing sector represents the keystone of the model for the delivery of services to attain the goal of health for all by the year 2000.

A ENFERMAGEM NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE DE HONDURAS (*Resumo*)

Depois de sintetizar a situação de saúde em Honduras e o Plano Nacional de Saúde vigente no país desde 1973, os autores descrevem as mudanças havidas no campo da enfermagem, as dificuldades que foi necessário superar até elevar a profissão a uma nova posição e as decisões de natureza administrativa adotadas para definir a política de saúde.

O artigo dá conta das modificações introduzidas na formação de pessoal de enfermagem e nas funções que cabe a esse pessoal cumprir em matéria de planejamento, execução e avaliação do programa de extensão da cobertura. Destacam-se o papel da Divisão de Enfermagem do Ministério de Saúde Pública e Assistência Social e os níveis de coordenação estabelecidos com as outras divisões técnicas e instituições responsáveis pela formação de pessoal de saúde.

Concluem os autores afirmando que o setor da enfermagem constitui a pedra angular do modelo prestação de serviços para alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000.

LES SOINS INFIRMIERS DANS LE PLAN NATIONAL DE SANTÉ DU HONDURAS (*Résumé*)

Après une synthèse de la situation de la santé au Honduras et du Plan national de Santé lancé en 1973, les auteurs décrivent l'évolution des soins infirmiers, les difficultés qui ont dû être surmontées pour donner à la profession un nouveau statut professionnel et les décisions d'ordre administratif prises pour définir la politique de santé.

L'article fait état des modifications apportées à la formation du personnel infirmier et des fonctions que celui-ci doit remplir dans la planification, l'exécution et l'évaluation du programme d'extension de la couverture de santé. Il insiste sur le rôle de la Division des soins infirmiers du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale ainsi que sur la coordination

établie à divers niveaux avec les autres divisions techniques et les institutions responsables de la formation du personnel de santé.

En conclusion, l'article rappelle que les soins infirmiers sont le fondement du système de prestation de services qui permettra d'étendre les soins de santé à toute la population en l'an 2000.

PARTERAS TRADICIONALES

En los países en desarrollo, del 60 al 80% de los partos son atendidos por parteras tradicionales, a las cuales incumben también la asistencia a las embarazadas y a los recién nacidos normales, el asesoramiento sobre planificación familiar y otras tareas de atención primaria de salud. Las parteras tradicionales solo están autorizadas a ejercer legalmente en algunos países; en otros, se las tolera, a lo sumo, en espera de disponer de bastante personal sanitario profesional. Sin embargo, cada día es mayor el número de gobiernos que se dan cuenta de que el desarrollo económico y el sanitario dependen el uno del otro y procuran atender las necesidades básicas de salud mediante nuevos medios que sean compatibles con sus limitados recursos. Por otra parte, en algunos países se tienen cada vez más indicios de que es posible combinar satisfactoriamente ciertos aspectos de la medicina tradicional con otros de la medicina moderna. Todos estos factores han aconsejado una revisión de las funciones y de la actuación práctica de las parteras tradicionales.

La OMS acaba de publicar el volumen *Parteras tradicionales*,* cuyo propósito es dar normas para la planificación, ejecución y evaluación de programas nacionales de formación y utilización de ese personal. Estas normas son de aplicación general y están ilustradas con resúmenes o modelos de métodos que han sido efectivamente empleados en programas de formación de parteras tradicionales en varios países en desarrollo.

*Ginebra, OMS, 1979. Publicación en offset No. 44 (ISBN 92 4 370044 8). 109 págs. Precio: Fr.s. 12. Disponible también en francés e inglés.

La enfermería en la seguridad social en Costa Rica

INDEXED

IRMA SANDOVAL¹ Y ELIZABETH G. DE GONZALEZ²

INTRODUCCION

En la evolución de la seguridad social en Costa Rica, el año 1924 tiene especial trascendencia. En septiembre de ese año, el Poder Ejecutivo sometió al Congreso el Proyecto de Ley para crear la Caja Nacional de Seguros, lo que dio base para que por primera vez se relacionara el concepto de seguro con el de protección social (1).

En el decenio de 1940 se inició en el país un movimiento filosófico, político y social tendiente a transformar el concepto de la atención de la salud, el bienestar del hombre y su seguridad social. Con el transcurso del tiempo y la evolución del hombre y la sociedad, el concepto de seguridad social ha sido definido y redefinido; sin embargo, todas las definiciones parten del principio de que:

La solidaridad social es el fundamento del seguro social y a través de ese principio es que se ha logrado que el que más tiene pague por el que menos; y el que menos se enferme o necesite, pague por el que más. Esta solidaridad ha llegado hasta el patrono o empresario, el cual, interesado en conservar fuerza humana eficiente, participa en la financiación del costo del Seguro Social, mediante un aporte especial. Por su parte el Estado, al igual que lo hiciera en la época de la libertad subsidiada, coopera también económicamente y de esta manera se sella el sistema financiero del Seguro llamado "sistema de triple contribución sellada" (2).

La seguridad social en Costa Rica se basa en "hacer realidad el concepto de que todos los costarricenses somos responsables de cada costarricense y cada costarricense responde a las necesidades de todos los demás" (3).

¹Directora, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

²Asesora de Enfermería, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

La universalidad del Seguro Social y la extensión de cobertura de los servicios de salud colocan a enfermería—como una de las profesiones del equipo de salud—frente al reto de desarrollar nuevas modalidades tanto en la preparación del personal de enfermería como en el uso racional que se haga del mismo. Este trabajo pretende presentar una experiencia, aún en proceso, y un recuento de las respuestas que la profesión de enfermería está dando como apoyo a la política de expansión de la seguridad social en Costa Rica.

POLITICA NACIONAL Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA

En 1941 se crea el Seguro Social en Costa Rica. A partir de entonces pueden señalarse seis períodos importantes en el desarrollo de la seguridad social en el país:

1. En 1941 se establece el Seguro de Enfermedad y Maternidad, con carácter obligatorio para todos los trabajadores con salarios inferiores a 400 colones que laborasen en el área metropolitana o en las cabeceras de provincia. La protección fue directa, sin beneficio familiar. Esta situación se mantuvo por más de 20 años.

2. De 1944 a 1947 el Seguro de Enfermedad y Maternidad se extiende con protección familiar a una importante área rural del Valle Central. En enero de 1947 entra en vigencia el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el cual no protege a los trabajadores manuales agrícolas y a cientos de empleados del Estado que tienen regímenes de jubilación especiales. La Caja Costarricense de Seguro Social cubría a fines de 1947 con el Seguro de Enfermedad y Maternidad al 8% de la población total del país y al 23% de la población económicamente activa. En este mismo año se amplió la cobertura del beneficio familiar a un importante sector de la población rural y el Seguro pasó a ser obligatorio para los trabajadores con un salario mensual hasta de 1,000 colones.

3. Durante el decenio de 1951 a 1961 se beneficiaba con el Seguro de Enfermedad y Maternidad al 18% de la población total y al 27% de la población económicamente activa, y el Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte protegía al 7% de la población total y al 8% de la población activa. El Seguro de Enfermedad y Maternidad se extiende durante 1962 a 1966 a zonas típicamente rurales.

4. En 1965 desaparece toda forma de protección incompleta.

5. En 1971 se eliminan los topes excluyentes en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, lo que constituye una extensión de la cobertura. El Seguro de Enfermedad y Maternidad cubre para entonces al 38% de la población activa

del país, al 45% de la población total y al 60% de la población asalariada, y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, al 28% de la población total y al 24% de la población activa. En marzo de 1971 se modifica la Ley Constitutiva de la Caja, que regula la universalidad de los seguros a su cargo, incluyendo la protección familiar en el Seguro de Enfermedad y Maternidad en un plazo no mayor de 10 años.

6. En 1973 se amplían los recursos de la Caja, para que extienda su atención integral, mediante el traspaso de la capacidad física instalada y sus fuentes de financiamiento, y la obligación de atender a la población asegurada y no asegurada, lo cual permitió ampliar la cobertura a toda la población. La Ley General de Salud promulgada en ese año señala la creación de un sistema regulador de las actividades de los individuos, las empresas y el Estado en el campo de la salud.

FORMACION DE LA ENFERMERA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL

Las leyes que crearon el Seguro Social en Costa Rica, como en la mayoría de los países de la América Latina, no fueron acompañadas por previsiones de "orden administrativo que permitieran llevar a la práctica los contenidos jurídico-sociales de los programas de seguridad social en las mejores condiciones de eficiencia y economía, esto es, según los principios fundamentales de la teoría científica de la administración" (4). En consecuencia, el incremento y la formación de personal de enfermería que se requería para atender las crecientes demandas de la población asegurada no fue planificada en la medida en que esta demanda lo exigía. Durante los últimos 10 años la enfermería en Costa Rica se ha visto afectada por lo siguiente:

- Política no definida concretamente a nivel nacional para la formación y utilización del recurso de enfermería.
- Déficit de personal de enfermería en los centros hospitalarios administrados por juntas locales y entidades privadas.
- Aumento de la demanda del personal de enfermería al incrementarse los servicios de salud por la extensión de la cobertura y la universalización del Seguro Social.
- Traspaso de todos los hospitales del país al sistema del Seguro Social.

No tienen paralelo en la historia de la enfermería en el país los cambios que tuvo que realizar y las rápidas decisiones que hubo de tomar la profesión con el fin de responder al nuevo esquema de salud pro-

puesto. Como respuesta al reto y a su obligación de hacer proposiciones congruentes con el Plan Nacional de Salud, la enfermería, por intermedio del Colegio de Enfermeras, entidad que rige el ejercicio de la profesión, llevó a cabo en 1969 un "Estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería Nacionales". Más tarde, en 1974, se formó una comisión nacional integrada por representantes de servicio y docentes del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y el Colegio de Enfermeras, con la misión de organizar talleres que sirvieran de base a un "Macrodiagnóstico de la situación de enfermería en Costa Rica". Con la asesoría de la OPS/OMS en agosto y octubre de 1974 se elaboró el Macrodiagnóstico, cuyos objetivos fueron:

1. Determinar la situación de la enfermería mediante el análisis de áreas críticas de los subsistemas de educación y de servicio de enfermería en sus aspectos legales, administrativos, financieros y técnicos.
2. Formular planes alternativos para modificar la situación actual de la enfermería en el país y las estrategias para poner en práctica proposiciones de cambio congruentes con la política nacional de salud (5).

La medida más importante derivada de este trabajo fue la creación de la Carrera de Enfermería, con dos años de duración y conducente al Diploma de Enfermería, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (6). De hecho, esta Escuela preparaba —y continúa haciéndolo— a la "Bachiller en Enfermería" (que corresponde a la "Licenciada en Enfermería" en otros países latinoamericanos).

En el cuadro 1 aparece el esquema del plan de estudio de la Diplomada en Enfermería, aprobado por la Universidad en noviembre de 1975.

La formación de una enfermera con un diploma de enfermería en dos años (lo que no equivale a designarlo como grado asociado en enfermería), fue la respuesta más lógica y pronta que podía dar la profesión a las demandas de personal de enfermería, tanto del Seguro Social con su universalización de la atención como de la extensión de cobertura puesta en marcha por el Ministerio de Salud.

El programa de Bachillerato en Enfermería, consecuentemente, tuvo a su vez cambios significativos tendientes a formar una enfermera para colaborar en la ejecución de la política de salud del país. Al igual que el programa de Diploma, incluye un semestre para elegir una enfermería clínica que habilite a la aspirante a funcionar con mayor eficiencia operativa a nivel del servicio una vez egresada de la escuela.

Cuadro 1. Plan de estudio conducente al Diploma de Enfermería.

PRIMER AÑO						
15 semanas	2 semanas	15 semanas	2 semanas	15 semanas	2 semanas	
Epidemiología general (140 horas)	R E C E S O	Nutrición y antropometría (85 horas)	R E C E S O	Salud maternoinfantil y salud pública (540 horas)	R E C E S O	
Estructura y función normal (200 horas)		Tecnología en enfermería (300 horas)		Control prenatal y planificación familiar		
El hombre y su ambiente (100 horas)		Centro de salud Consultorios periféricos Unidades de cuidado asistencial		Parto normal Recién nacidos y seguimiento del recién nacido Control del niño sano		
SEGUNDO AÑO						
15 semanas	2 semanas	15 semanas	2 semanas	16 semanas		
Enfermería integrada en adultos y niños con problemas de salud físicos y mentales (540 horas)	R E C E S O	Curso electivo en una enfermería clínica (495 horas)	R E C E S O	Internado en enfermería clínica seleccionada (510 horas)		
Niños y adultos		Sala de operaciones Recuperación		- Salud mental y psiquiatría - Salud maternoinfantil - Enfermería comunitaria - Enfermería médicoquirúrgica	Seminario (30 horas) de desarrollo profesional	
				Seminario (45 horas) de administración de la atención de enfermería		

Fuente: Referencia 6.

La formación de enfermeras o de cualquier profesional de la salud para la seguridad social no puede desligarse de los siguientes principios aprobados por la VIII Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo:

- La Seguridad Social debe de ser un instrumento de auténtica política social, para garantizar un equilibrado desarrollo social y económico y una distribución equitativa de la renta nacional. En consecuencia, los programas de Seguridad Social deben ser integrados en la planificación económica general del Estado con el fin de destinar a esos programas el máximo de recursos financieros compatibles con la capacidad económica del país.
- Cuando el régimen económico prevé la acumulación de reservas, su inversión debe de obedecer a un programa coordinado con los planes nacionales de desarrollo económico social (7).

Los postulados básicos del cuidado de la salud se refieren a:

"... todos los servicios que atañen a la salud y a la enfermedad. Cuidado de la salud incluye asistencia que proporcionen las disciplinas que versan sobre ella, entrañando algo más que un simple diagnóstico, prescripción y tratamiento de enfermedades e incapacidades. Abarca también educación higiénica, conservación de la salud, medidas preventivas y servicios de readiestramiento" (8).

De manera que la enfermería en nuestro país conceptualmente sigue preparando una enfermera capaz de sintetizar y aplicar principios, datos y hechos tomados de la ciencia o de otras fuentes que la ayuden a analizar y definir problemas, presentar alternativas para su solución y participar activamente en la aplicación de estas soluciones.

La formación de la enfermera para la seguridad social no es diferente al contexto filosófico que genera la fundamentación básica de la profesión. No existe en nuestro concepto una enfermera para la "seguridad social", pero sí debe existir una enfermera capaz de identificar su papel dentro de la nueva política de salud del país, con un alto componente sociopolítico en su formación, que le permita participar activamente en las nuevas formas de la atención de la salud. La seguridad social en sí, no es un fin, es un medio para lograr el bienestar del hombre.

EL SEGURO SOCIAL COMO FUENTE DE EMPLEO

En 1942, con el inicio de los servicios médicos en la Caja Costarricense de Seguro Social, se contrató a la primera enfermera que se

encargó de la organización del servicio de enfermería en la consulta externa y de la atención de los pacientes en la consulta externa y a domicilio. Un año después había siete enfermeras en la consulta externa, que atendían a los pacientes que permanecían en observación durante pocos días. Este número se incrementó al abrirse el primer hospital e ir incorporándose nuevos servicios y creándose clínicas de consulta externa en muchas partes del país, especialmente en áreas rurales. En el decenio de 1960, se contaba con tres hospitales y unas 60 clínicas para atención a pacientes ambulatorios.

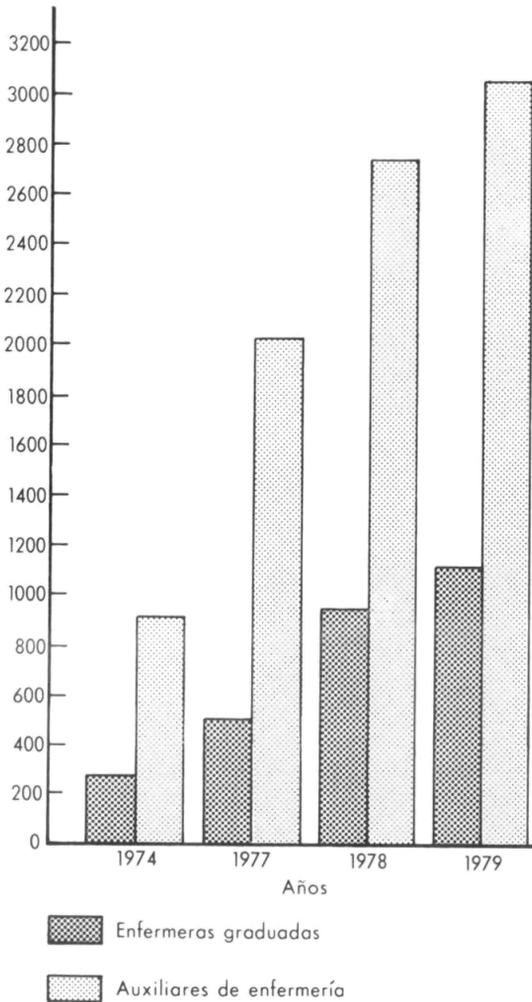
La Caja, teniendo necesidad de adquirir los servicios de más enfermeras, decidió aportar mensualmente una cantidad fija de fondos a la Escuela de Enfermería para financiar la formación de este personal. Se estableció una estrecha colaboración con la Escuela para el intercambio de información sobre necesidades de preparación de las enfermeras, planes para incrementar la matrícula, financiamiento de becas, sesiones de discusión de rendimiento académico de los alumnos becados por la Caja, planes de ayuda extra a los mismos y ubicación de los futuros profesionales.

Durante el último decenio, con el traspaso de todos los hospitales a la seguridad social, la extensión de la cobertura y la universalización del Seguro, fue necesario realizar un gran esfuerzo presupuestario para dotar a los centros de atención del personal mínimo de enfermería. El Colegio de Enfermeras, la Escuela de Enfermería y la Caja se dieron a la tarea de buscar los mecanismos que hicieran posible:

- La formulación de planes para incrementar al personal necesario.
- La capacitación del personal auxiliar de enfermería empírico, que laboraba, en su mayor parte, en los centros asistenciales traspasados.
- El reclutamiento de candidatas a cursos de enfermería en las áreas rurales con mayor necesidad.
- La adecuación de los reglamentos vigentes de la Ley del Colegio de Enfermeras, para poder realizar el adiestramiento y continuar el ejercicio del personal existente, que no llenaba los requisitos legales establecidos.
- La erogación del presupuesto para absorber el personal formado.
- La ubicación del personal en todo el territorio nacional, de acuerdo con las necesidades existentes.

Hubo una serie de limitantes en la realización de estas tareas, por la poca infraestructura, o ausencia total de la misma, requerida para la ubicación de personal de enfermería en áreas alejadas (tales como viviendas, mobiliario y otros elementos esenciales para llenar necesidades básicas), que se han logrado resolver en forma parcial y paulatina.

Fig. 1. Incremento de personal profesional y auxiliar de enfermería en la seguridad social en Costa Rica, 1974-1979.



El personal de enfermería ha aumentado en los últimos años en forma muy acelerada (figura 1), y en estos momentos, el Seguro Social se ha constituido en el principal empleador de personal de enfermería en el país.

Otro hecho relevante digno de mencionarse como parte de los esfuerzos de la seguridad social para dotar a los servicios del personal

necesario, es el interés de equilibrar la relación de enfermera-auxiliar de enfermería, que en 1914 era de 1 por 6 y ha disminuido en la actualidad a 1 por 2.8.

LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

La enfermería en el Seguro Social se inició con muy poco personal dedicado a labores muy variadas, muchas de ellas por delegación de otros profesionales dependientes de otras disciplinas. Nuestra experiencia a través de muchos años nos permite señalar que a la enfermera se le entrega la responsabilidad de realizar tareas que no han sido asignadas a nadie en particular, pero que hay que hacerlas, ya que son de vital importancia para que la atención del enfermo sea efectiva.

Durante mucho tiempo la enfermera ha tratado de definir y redefinir su papel, y asumir, además de las funciones propias de su profesión que realiza en una forma independiente, las que le competen y realiza por delegación de otros profesionales, y las que no le competen pero que tiene que asumir por las razones ya expuestas.

La enfermería tiene implícitamente la función de servir como un eje central en el cual encajan todas las ruedas que hacen funcionar la atención del paciente, sirviendo como coordinadora de una serie de servicios y disciplinas que convergen para hacer efectiva dicha atención. En los años 40, al establecerse en Costa Rica la atención de salud como una función de la seguridad social, la enfermera asumió labores administrativas, de atención directa y "otras". Entre las administrativas se encontraban la participación activa en la planificación de la infraestructura para el establecimiento de los centros de atención, la definición de necesidades de recursos humanos en enfermería y la supervisión del mismo. Dentro del capítulo de "otras", debía decidir lo que el paciente podía comer, preparar los alimentos, administrar las dietas a los enfermos, llenar órdenes de laboratorio, recibir resultados e interpretarlos y aplicar tratamientos de acuerdo con normas establecidas con anterioridad. Asimismo se encargaba de mantener las reservas de sangre (y entregar la que se requería para ser administrada durante la noche y tarde cuando no había personal de laboratorio), de la custodia y entrega de medicamentos, de guardar los objetos de valor que los enfermos traían a su ingreso al hospital, de la entrega de

cadáveres a los familiares, etc. (9). Hasta el día de hoy, en muchos de nuestros centros, al cerrarse las oficinas administrativas y otras dependencias durante la noche, fines de semana y días feriados, se dejan las funciones de las mismas en manos de la enfermera de mayor jerarquía profesional que se encuentra en el hospital. Esto hace que el personal de enfermería invierta mucho tiempo y energía en funciones administrativas, delegando al personal menos calificado muchos aspectos del cuidado del paciente.

La enfermera, en su formación, recibe un bagaje de conocimientos y obtiene una variedad de experiencias que desarrollan en ella la capacidad de percibir y definir las necesidades de los individuos, en los distintos medios donde se desenvuelve, y encontrar la forma de satisfacerlas. Por lo tanto, en el momento actual, desempeña una función muy importante en las instituciones de seguridad social, cubriendo un campo de acción muy amplio en el ejercicio de su profesión.

La educación

La enfermera tiene una enorme oportunidad de ofrecer un aporte importantísimo en la educación, cualesquiera que sea su área de trabajo. Si es en los servicios de hospital, la enfermera enseña al individuo que ha perdido su salud las medidas que debe tomar para recuperarla, cómo puede participar en su tratamiento, y tanto a él como a la familia, las prácticas que debe adoptar para mejorar su condición, si es que no puede alcanzar una recuperación completa. También participa en la rehabilitación del paciente, si este queda con alguna secuela que lo limite, y en el más grave de los casos, cuando no se puede esperar una mejoría de su salud, tendrá la oportunidad de dar a los familiares el apoyo espiritual y emocional que necesitan mientras atraviesan por las situaciones más críticas.

Si es en un servicio ambulatorio, la enfermera proporciona enseñanzas encaminadas a la promoción y conservación de la salud, incluyendo todos los aspectos requeridos para lograr un bienestar completo del individuo y la familia, y continúa la enseñanza del paciente al egresar este del hospital, mientras dure su tratamiento.

Si es en la comunidad, la enfermera enseña a la población todo lo relativo a su salud, promueve la solución de los problemas, y educa en los casos en que se haya producido la enfermedad.

Por intermedio de la educación en servicio, la enfermera promueve el desarrollo profesional y técnico del personal. Durante el último

decenio, la Caja Costarricense de Seguro Social ha incrementado los presupuestos y los recursos humanos, de modo que actualmente tiene en el 23% de los hospitales una enfermera a tiempo completo que proporciona educación en servicio, en el 15% una enfermera a medio tiempo, y en el resto de los hospitales, se realizan estas labores por medio de un comité dirigido por una de las supervisoras. Existe un Consejo de Educación a nivel nacional, que se encarga de los programas generales de enseñanza y revisa los programas locales, teniendo como coordinadora a una enfermera dedicada a la docencia.

Desde hace más de 20 años la Caja Costarricense de Seguro Social tiene su propio curso de adiestramiento de auxiliares de enfermería, siguiendo el programa de estudios elaborado y aplicado a nivel nacional, y ha destinado recursos humanos y materiales para hacer posible la formación de este personal de acuerdo con los requerimientos. Unas 15 enfermeras se dedican a esta labor.

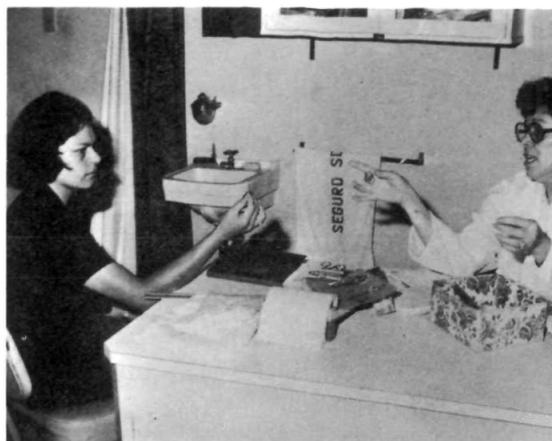
Atención directa

En la atención directa al individuo sano y enfermo, así como a su familia y comunidad, es donde se encuentran ubicadas la mayoría de las enfermeras de la institución. En ese campo requiere la enfermera juicio crítico para analizar la situación de cada enfermo, definir los objetivos de las acciones de enfermería, ejecutar el plan de atención de enfermería, y evaluar y valorar los cambios sufridos en la condición del paciente.

En los servicios de internado, la enfermera, además de las actividades de atención directa al paciente, se encarga de las labores administrativas de la unidad a su cargo.

En servicios de pacientes ambulatorios, la enfermera proporciona atención directa mediante las consultas de niños sanos, cuidados prenatales y planificación familiar, llevando un control de los usuarios. Recibe pacientes por solicitud directa de los usuarios, por referencias de las clínicas y de los servicios de atención materno-infantil de los hospitales, y también por referencias médicas. A su vez, refiere a la consulta médica y a otras dependencias los casos que, según su criterio profesional, necesitan atención de otros profesionales.

En otros campos—como las consultas de endocrinología, oncología, hematología, neurología y psiquiatría—la enfermera realiza un trabajo innovador en Costa Rica, que incluye: participación en el reco-



Arriba, izquierda, la enfermera de la consulta de endocrinología enseña al paciente diabético la aplicación de insulina; arriba, derecha, la especialista en maternoinfantil realiza una consulta de planificación familiar; derecha, la enfermera de la consulta de hematología inyecta los elementos sanguíneos a un niño, y abajo, atiende a un donador de sangre (fotos: Caja Costarricense de Seguro Social).



nocimiento de la condición clínica del paciente; definición de las necesidades que él y su familia tienen; atención de los problemas que son de su competencia, y referencia a otros profesionales cuando el problema no es de su campo de acción. También le da asistencia al enfermo y le enseña las medidas que debe tomar para mejorar su salud, como seguir y aplicarse el tratamiento indicado y lo que debe saber en relación con los efectos del mismo; cómo efectuar las pruebas de diagnóstico y llevar un registro cuando el paciente debe hacerlo por sí mismo. Asimismo lo enseña a conocer los signos y síntomas de peligro y cuándo debe buscar ayuda, lo orienta sobre la dieta, higiene y cuidados especiales con áreas específicas del cuerpo, de acuerdo con el padecimiento. Detecta signos de peligro y deficiencias, y ayuda al paciente y asiste al médico en la aplicación de medidas terapéuticas, análisis clínicos y pruebas de diagnóstico.

En la jefatura de las unidades de consulta externa, la enfermera atiende a los pacientes que se presentan en estado crítico, selecciona los que deben recibir en forma inmediata atención médica de otros profesionales, y provee los recursos necesarios para que la atención sea eficiente y oportuna.

Se tiene en proyecto extender la atención a los pacientes asmáticos (los que requieren en gran medida apoyo emocional, educación y ayuda en el ambiente familiar y social) y a los de cardiología, urología y otros con necesidades similares.

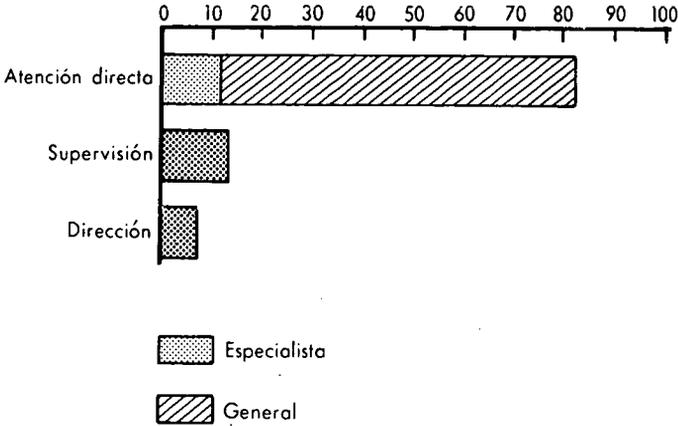
Administración

En el campo administrativo, la enfermera desempeña un papel muy importante en la seguridad social. Su formación la capacita para ser administradora, en cualesquiera de los puestos que ocupe. En la figura 2 se ilustran los porcentajes de enfermeras profesionales dedicadas a labores de atención directa, supervisión y dirección. En la atención directa, el 11.36% de las enfermeras son especialistas y el 64.69% son enfermeras generales. A la supervisión corresponde el 13.58% y en cargos de administración se encuentra el 6.19% del total de las enfermeras que laboran en la seguridad social.

Investigación

Habiendo cumplido las etapas descritas en la evolución de la seguridad social en Costa Rica y habiendo satisfecho las necesidades

Fig. 2. Porcentaje de enfermeras profesionales dedicadas a la dirección, supervisión y atención directa, Caja Costarricense de Seguro Social, 1979.



Fuente: Asesoría de Enfermería, CCSS, 1979

básicas de recursos humanos y materiales indispensables para el buen funcionamiento de los centros asistenciales, se han iniciado los primeros pasos en otro de los quehaceres de la enfermería: la investigación.

Durante el último lustro se definieron niveles de atención en los establecimientos de salud. Con el fin de ofrecer a la población una atención más eficiente, efectiva, oportuna y libre de riesgos, la enfermería tiene la obligación de incrementar las actividades en el campo de la investigación de la siguiente forma:

1. Participando como un miembro de equipos multidisciplinarios en el análisis de problemas o situaciones que competen a un variado número de profesionales. Tal es el caso del control de infecciones nosocomiales.
2. Formando equipos de enfermería para realizar estudios que son de la incumbencia de la profesión. Tal es el caso del análisis de los esquemas de atención de enfermería que se siguen en la actualidad, para proponer cambios acertados e introducir innovaciones que contribuyan a elevar los niveles de atención.

Se ha iniciado la ubicación de unas cuantas enfermeras a tiempo completo en grupos de investigación multidisciplinarios y se ha formado un grupo de enfermería que comenzará en agosto de 1979 a realizar estudios sobre utilización de personal en las unidades asistenciales; causas e índices de ausentismo del mismo, y esquemas de

atención que se ofrecen. Ha sido necesario programar y capacitar personal para esta labor.

Podemos decir que las expectativas para enfermería en el campo de la investigación que ofrece la seguridad social son amplias y de fácil acceso. Queda mucho por hacer en este aspecto y enfermería en Costa Rica está pronta a seguir transitando el sendero de la contribución a su pueblo por intermedio de la investigación.

RESUMEN

En este artículo se hace un recuento de la evolución de la seguridad social en Costa Rica, en los distintos períodos de su desarrollo a partir de 1941, con especial referencia al alcance del sistema de Seguro de Enfermedad y Maternidad y al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Las autoras, luego de definir el contexto institucional de la seguridad social, analizan los cambios ocurridos en la formación y ejecución de funciones del personal de enfermería en los servicios de salud que, en este momento con carácter universal pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por último, presentan el plan de estudios para la formación de una enfermera diplomada en dos años, y se refieren a la práctica de la enfermería en la seguridad social y a las funciones que cumple la enfermera en cuanto a la educación para la salud, la atención directa del individuo sano y enfermo, la administración y la investigación.

REFERENCIAS

(1) Trejos, F. *Libertad y Seguridad Social*. Asociación Nacional de Fomento Económico. San José, Costa Rica (sin fecha).

(2) Arauz, A., J. Bienes y A. Vindas. *Apuntes sobre Seguridad Social*. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, 1959.

(3) Beirute, L., J. Cubillo y A. Zamora. *La Extensión del Campo de Aplicación en la Seguridad Social y Esquema de Organización para la Utilización de los Recursos en las Prestaciones Médicas*. IV Congreso Americano de la Medicina de la Seguridad Social. San José, 1972.

(4) Caja Costarricense de Seguro Social. *Conferencias*. Cuerpo Nacional de Seguridad Social. I parte. San José, 1971.

(5) Ministerio de Salud y Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *Seminario de Programación de Enfermería*. Informe Final. II etapa. San José, 1974.

(6) Gali, M., C. Lobo e I. Sandoval. *Documentos para la Inscripción del Programa de Enfermería Diplomada en Dos Años*. Universidad de Costa Rica, San José, 1975.

(7) Naranjo, C. Citado en *Necesidad de uniformar los beneficios de la Seguridad Social en Centro América*. Caja Costarricense de Seguro Social. San José (sin fecha).

(8) Lambertsen, E. C. El papel cambiante de la enfermería y su reglamentación. Clínicas de Enfermería de Norteamérica. *Temas legales y profesionales de actualidad*. Editorial Interamericana, México, 1974.

(9) Barquero de Alpizar, E. M. Comunicación personal, 1979.

BIBLIOGRAFIA

Caja Costarricense de Seguro Social. *Ley Constitutiva*. San José, 1943.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Leyes y reglamentos*. San José, 1965.

Calderón Guardia, R. A. *El gobernante y el hombre frente al problema social costarricense*. San José, 1942.

Rosemberg, M. B. Desarrollo de la Seguridad Social en Costa Rica. El Caso de Costa Rica. Tesis de Doctorado. Traducción por Jorge Cornick. San José (sin fecha).

SOCIAL SECURITY NURSING IN COSTA RICA (*Summary*)

This article reviews the development of social security in Costa Rica throughout the various stages of its growth starting in 1941, with special reference to the scope of the health and maternity insurance system and to disability, old-age, and life insurance.

After describing the institutional setting of the social security system, the authors analyze the changes that have taken place in the training and performance of duties of nursing staff in the health services, all of which are now part of the Costa Rican Social Security Fund.

Lastly, they present the two-year curriculum for training the graduate nurse, and refer to the practice of nursing in the social security system and to the duties performed by the nurse in health education, the actual care of the well and the sick, administration, and research.

A ENFERMAGEM NO SISTEMA DE SEGURO SOCIAL DA COSTA RICA (*Resumo*)

As autoras passam em revista a evolução do seguro social na Costa Rica, em seus diferentes períodos de desenvolvimento a partir de 1941, com especial referência ao alcance do sistema de seguros por doença e maternidade e aos seguros por invalidez, velhice e morte.

Após definir o contexto institucional do seguro social, analisam ad mudanças ocorridas na formação e no desempenho de funções do pessoal de enfermagem no âmbito dos serviços de saúde que, no momento, competem universalmente à *Caja Costarricense de Seguro Social*.

Finalmente, apresentam o currículo para formação de enfermeiras diplomadas em dois anos e se referem à prática da enfermagem no sistema de seguro social e às funções exercidas pela enfermeira em matéria de educação sanitária, atenção direta ao sadio e ao doente, administração e pesquisa.

LE PERSONNEL INFIRMIER ET LA SÉCURITÉ SOCIALE AU COSTA RICA (*Résumé*)

Cet article retrace l'évolution de la sécurité sociale au Costa Rica, aux différentes périodes de son développement à partir de 1941, et porte plus particulièrement sur le système d'assurance maladie et maternité, et sur l'assurance invalidité, vieillesse et décès.

Les auteurs, après une définition du contexte institutionnel de la sécurité sociale, analysent les changements intervenus dans la formation du personnel infirmier et dans l'exécution de leurs fonctions au sein des services de santé qui, actuellement, relèvent en totalité de la caisse costa-ricienne de sécurité sociale.

Enfin, elles présentent le plan d'étude pour la formation d'une infirmière diplômée en deux ans et évoquent la pratique du métier d'infirmière au sein de la sécurité sociale et les fonctions qu'exerce l'infirmière en ce qui concerne l'éducation sanitaire, les soins directs apportés à l'individu sain et aux malades, l'administration et les enquêtes.

“Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido: es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente hasta el día en que vive: es ponerlo al nivel de su tiempo: es prepararlo para la vida” (1883)

José Martí

Desarrollo de la educación de enfermería en Bolivia

BETTY T. DE OLIDEN¹ Y MARGARITA DE MILLAN²

FORMACION DE ENFERMERAS

En Bolivia se creó en 1938 la primera escuela de enfermería. Hoy existen cinco escuelas, cuatro de las cuales están integradas a las Universidades de San Andrés, La Paz; San Francisco Xavier, Sucre; Misael Saracho, Tarija, y Católica de Cochabamba, y una depende de la Corporación Minera de Bolivia (COMIBOL). Con el transcurso del tiempo, los currículos han sufrido modificaciones y reajustes, que han sido puestos en aplicación por amplios períodos académicos.

Si bien en los comienzos el plan de estudio era un simple listado de materias, incluía las asignaturas necesarias para la formación de una enfermera general, y era desarrollado en tres años bajo el sistema anual de cursos. Sin embargo, la práctica clínica no era planificada en forma racional y no iba acorde con la parte teórica.

Aunque existía buena voluntad en las personas que desarrollaban los programas, no se aplicaban los principios básicos de secuencia, correlación e integración. Los programas se elaboraban sin tomar en cuenta las necesidades del tipo de profesional que requería el país, las egresadas se acomodaban a las funciones que debían realizar, enfatizando más sus actividades asistenciales que las preventivas. Los planes eran producto de los esfuerzos dispersos de cada una de las escuelas y de las corrientes norteamericanas, que eran tomadas como modelos y adaptadas al país. La mayoría de las escuelas estaban dirigidas por profesionales médicos. Estos programas se mantuvieron por espacio de casi 15 años sin mayores modificaciones.

¹Jefe de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

²Jefe de la Sección Docente de Enfermería, Escuela de Salud Pública, La Paz, Bolivia.

En 1954 se dio el primer gran impulso a la enfermería profesional, y se realizó la primera revisión del plan de estudios, con participación de representantes de la Escuela de la Clínica Americana y la Escuela Nacional de Enfermería del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, que fue considerada como escuela patrón, normativa. Además, se recibió el asesoramiento de enfermeras en educación de la OPS/OMS, que a través de un convenio con el Gobierno de Bolivia prosiguió por espacio de 10 años consecutivos.

Al hacerse esta revisión, se observó que el contenido programático era elemental y que no se impartían conocimientos de salud pública, por lo que se modificaron los planes para llenar las necesidades de los servicios y proporcionar atención de salud más adecuada. Se estableció como requisito indispensable para el ingreso el bachillerato, ya que hasta entonces solo se requería haber completado el ciclo primario. Asimismo se establecieron estrategias para el desarrollo del currículo. La práctica clínica se racionalizó adecuadamente y se proyectó a la comunidad, y se enfatizó la supervisión directa al estudiante como un medio de mejorar el aprendizaje. Se estableció también el examen de grado teórico-práctico. La dirección de las escuelas se confió a enfermeras profesionales y se promovió la coordinación docente-asistencial con fines de mejorar los campos clínicos.

La segunda revisión en detalle se realizó en 1962 y los programas sufrieron un cambio radical. Se amplió el contenido programático, dando énfasis al aspecto preventivo o de salud pública, con miras a colaborar en la solución de la problemática de salud, y se elaboró un currículo que aunque no era el más adecuado, tendía a llenar las necesidades en relación al personal de enfermería. El tiempo de duración de los estudios se prolongó a cuatro años. El plan de estudios incluía enseñanza teórica, de laboratorio, práctica clínica y proyección a la comunidad. En su desarrollo se dio especial importancia a la aplicación de los principios de secuencia, correlación e integración, así como de otros principios de educación en enfermería, dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se formularon objetivos educacionales en función del educando, considerando las áreas psicomotora, cognoscitiva y afectiva. Este plan se desarrolló hasta 1971.

En junio de 1970, las Escuelas de Enfermería de La Paz (Nacional y Clínica Americana) lograron ingresar al seno de la Universidad Mayor de San Andrés, como una dependencia de la Facultad de Medicina. Esto provocó nuevos cambios en la enseñanza de enferme-

ría, ya que el programa debía ajustarse a las normas establecidas en la Facultad, y a la política, filosofía y objetivos de la Universidad.

En el segundo semestre de 1972 se creó el Consejo Nacional de Educación Superior, encargado de controlar y normar el funcionamiento de las universidades del país. Se estableció el sistema de semestres y créditos, además de una organización estructural que consideraba la departamentalización en las diferentes facultades. Al formar parte integrante del sistema, la enfermería se vio sujeta a la reglamentación adoptada y se constituyó en carrera, dejando de ser dependencia directa de la Facultad de Medicina al organizarse la Facultad de Ciencias de Salud. Se asignaron créditos a las materias, con un total de 193 créditos para el plan de estudios de enfermería. También se estableció la presentación y sustentación de una monografía y se comenzó a otorgar el grado de licenciatura al igual que otras carreras.

La necesidad de contar con un mayor número de enfermeras profesionales en menos tiempo, llevó al desarrollo de un plan escalonado que permite formar dos niveles de enfermeras: enfermera general, con seis semestres de estudio y examen de grado teórico-práctico, y licenciada en enfermería, con ocho semestres de estudio, y presentación y sustentación de trabajo monográfico.

En 1975, con el fin de mejorar la capacidad profesional de las enfermeras egresadas con tres y cuatro años de estudio, se planificó y desarrolló un curso complementario de licenciatura en las Carreras de Enfermería de las Universidades de La Paz, Sucre y Cochabamba, sujeto a reglamento establecido para el objeto. En estos cursos se han preparado alrededor de 208 enfermeras, tanto docentes como de servicio.

El análisis de las necesidades sentidas por las carreras de enfermería, dieron como resultado la realización de seminarios nacionales sobre programas académicos de enfermería, con el asesoramiento técnico y financiamiento económico de la OPS/OMS y las universidades del país. En 1977 se realizó el Primer Seminario Nacional en la ciudad de Sucre, cuyo objetivo primordial fue el de revisar y mejorar los programas específicos de enfermería en base a las funciones delineadas para la enfermera y a los objetivos educacionales establecidos. Se hizo un primer intento de integrar a cada una de las áreas de enfermería los componentes del método científico, salud comunitaria y salud mental.

El Segundo Seminario Nacional se realizó en 1978 en la Escuela de

Enfermería de Catavi, y en él se analizaron los métodos de evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje y los instrumentos utilizados.

En el Tercer Seminario Nacional, que se realizó en Cochabamba en julio de 1979, se revisó el plan de estudios con el fin de adecuarlo a la funciones que corresponden a la enfermera en la atención primaria; se constituyó la Asociación Boliviana de Carreras de Enfermería, y se sentaron las bases para la formulación de una política de educación en enfermería y de integración docente-asistencial.

Debe señalarse que desde 1972 las universidades, a través de sus organismos rectores, han promovido una serie de reuniones sectoriales de las facultades de ciencias de la salud, con el objeto de revisar los currículos de cada una de las carreras de las facultades. En dichas reuniones enfermería tiene oportunidad de compartir experiencias, así como de intercambiar ideas con otros profesores de las facultades de ciencias de la salud y de enfermería del país, lo que le ha permitido tener una visión multidisciplinaria de los problemas así como unificar algunos aspectos en el plan de estudio.

Como se ha señalado, el plan de estudios ha sufrido modificaciones a través del tiempo, adaptándose cada vez más a las necesidades del país, de suerte que la enfermera, a través de sus acciones, pueda coadyuvar en la solución de los problemas de salud. Sin embargo, y pese a todos los esfuerzos realizados, el currículo todavía adolece de algunas deficiencias en lo que respecta a la atención comunitaria, dado el falso concepto que se tenía de que esta práctica solo podía realizarse en los centros de salud, en contraposición al actual concepto de trabajar para y con la comunidad.

La enfermería en Bolivia está consciente de que no ha alcanzado aún las metas establecidas para la formación de recursos, lo que se atribuye a la falta de incentivos socioeconómicos para contar con mayor número de estudiantes, ya que existen diferencias marcadas entre los salarios de la enfermera y otros profesionales que cuentan con igual tiempo de preparación. Sin embargo, se está impulsando la formación de enfermeras a través de la acción conjunta de los organismos formadores y la asociación gremial.

FORMACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

El primer curso de auxiliares de enfermería se ofreció en 1962, con una duración de nueve meses. El plan, que se basaba en programas

extranjeros, con algunas modificaciones, daba especial atención a la atención asistencial y poco énfasis a la medicina preventiva. Este curso se mantuvo hasta 1969.

Paralelamente se desarrolló un curso posbásico de instructoras para enfermeras profesionales, con la finalidad de reforzar los cursos de auxiliares de enfermería.

En 1974 el programa fue revisado y analizado, con participación del cuerpo docente de enfermería de la Escuela de Salud Pública y el asesoramiento técnico de la OPS/OMS, y su duración se redujo a ocho meses.

Durante este período se realizó el segundo curso de enfermeras docentes para la capacitación de auxiliares de enfermería en los centros de adiestramiento de todo el país. Además, se capacitaron enfermeras docentes en México y en el CLATES-Río (Brasil), quienes a su retorno mejoraron los métodos de enseñanza-aprendizaje.

En 1975 la Escuela de Salud Pública sufrió un cambio estructural en su organización, creándose la Sección Docente de Enfermería con la jefatura correspondiente. Siguiendo la política de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se establecieron centros de adiestramiento para la formación de auxiliares de enfermería para el área urbana y rural, funcionando con normas y criterios unificados bajo la supervisión de la Escuela de Salud Pública.

En ese mismo año se realizó un estudio de los diferentes cursos de capacitación de auxiliares de enfermería existentes y la estimación de necesidades de auxiliares para 1980. Se determinó que el país contaba con 718 auxiliares de enfermería con preparación, que para la población existente arrojaba una relación de 1.45 auxiliares por 10,000 habitantes. La División Nacional de Enfermería del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública estableció como meta para 1980 una relación de 5.5 auxiliares por 10,000 habitantes, lo que implicaba tener 3,553 auxiliares formadas con lo cual se alcanzaría obtener un 50% de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud para las Américas. Esta situación significaba que había que preparar un promedio anual de 325 auxiliares para cubrir las necesidades.

El resultado de este estudio motivó la realización de una II Reunión de Enfermeras Docentes a Nivel Nacional, con participación de la Jefatura Nacional de Enfermería y Jefe de Enfermeras de Unidades Sanitarias, con el objeto de analizar el plan de estudios, lo que ocasionó un cambio radical y racional en la formación de la auxiliar de enfermería, surgiendo el actual plan de estudios (cuadro 1). El

Cuadro 1. Programa de estudios para auxiliares de enfermería.

Parte común					Parte diversificada	
ETAPA I		ETAPA II			ETAPA III	
Prevención primaria Promoción y protección de la salud		Prevención secundaria y terciaria Recuperación y rehabilitación de la salud			Introducción a área diversificada	Area urbana Area rural
Unidad I	Unidad II	Unidad III	Unidad IV	Unidad V	Unidad VI	Unidad VII
La comunidad y las acciones del auxiliar de enfermería en educación para la salud.	Acciones del auxiliar de enfermería en el programa salud-madre-niño y epidemiología.	Primeros auxilios.	Acciones del auxiliar de enfermería en el cuidado del niño y adulto hospitalizado.	El auxiliar de enfermería en la atención primaria a niños y adultos en área rural.	Participación del auxiliar de enfermería en administración y estadística.	El grupo consolida conocimientos y adquiere habilidades y destreza en área urbana y área rural.
Prácticas en la comunidad.	Prácticas en control prenatal, atención del parto y puerperio. Control del crecimiento y desarrollo del niño. Inmunizaciones en centros de salud y maternidades.	Prácticas en emergencia y hospitales.	Prácticas en hospital, salas de pediatría, medicina y cirugía.	Prácticas en hospitales, puestos médicos y puestos sanitarios.	Prácticas en centros de salud, hospitales, puestos médicos y puestos sanitarios.	Prácticas en servicios de salud--Área urbana. Práctica en servicios de salud--Área rural.
3 semanas	10 1/2 semanas	1 semana	4 semanas	2 1/2 semanas	1/2 semana	4 1/2 semanas
49.30	120.30	25.00	44.00	29.00	25.00	-
55.30	249.30	10.00	94.00	58.00	00.00	150.00
105.00	370.00	35.00	138.00	87.00	25.00	150.00
475 horas - 52%		250 horas - 29%			175 horas - 19%	
13 1/2 semanas		7 1/2 semanas			5 semanas	

programa se desarrolla en seis meses, con ocho horas diarias intensivas y supervisión directa de las enfermeras docentes.

Se realizó también el Primer Taller sobre Metodología de la Enseñanza, con el asesoramiento de educadores de la Universidad de Boston, Mass., y la colaboración de la AID (EUA), donde se discutieron las funciones de la auxiliar de enfermería. Además se consideró la creación de un nuevo tipo de auxiliar (bajo la denominación de Auxiliar II), con funciones de supervisión de otro personal auxiliar y de promotores de salud, debido a la escasez de enfermeras profesionales que llenen en el momento estas funciones. También se sentaron las bases para la realización de un estudio de evaluación del currículo del auxiliar de enfermería, y tres coordinadores docentes de los cursos de auxiliares se trasladaron posteriormente a la Universidad de Boston para recibir orientación sobre investigación de currículos y diseñar un modelo de evaluación. Los objetivos del estudio fueron:

- Analizar las actividades realizadas por el auxiliar de enfermería en los diferentes niveles de atención.
- Determinar la calidad de atención dada por el auxiliar.
- Determinar los factores que condicionan la prestación de atención por el auxiliar.
- Analizar la atención en servicios.
- Determinar las modificaciones requeridas para el plan de estudios.

El estudio contó con la participación de enfermeras de servicios que recibieron orientación previa. Los formularios se distribuyeron a todas las coordinadoras docentes de los 14 centros de adiestramiento, a enfermeras jefes de servicio, a enfermeras profesionales en función, y a auxiliares de enfermería del área rural y del área urbana. El estudio se realizó en tres regiones representativas geográficas del país, Altiplano, Valle y Trópico, con una muestra representativa del 14% del total de auxiliares capacitadas.

Como resultado del estudio se volvió a ajustar el programa, dando mayor énfasis a las estrategias de la atención primaria y participación de la comunidad. Además, se estableció la separación del plan de estudios para auxiliares de área urbana y para auxiliares de área rural (ver cuadro), la profundización de conocimientos en el área maternoinfantil y la duración del programa en seis meses.

Para concluir, podemos señalar que en los últimos años se ha intensificado, a través de la creación planificada de los centros de adiestramiento, el número de auxiliares de enfermería, alcanzando un promedio de formación de 400 auxiliares por año, lo que ha permitido

una mayor cobertura de los servicios con personal calificado aun en los lugares más apartados.

RESUMEN

Las autoras de este trabajo presentan un análisis de las distintas etapas del desarrollo de la educación en enfermería en Bolivia.

El artículo parte de 1938, año en que se creó la primera Escuela de Enfermería en el país, y llega hasta el momento actual. Se enfatizan la serie de eventos que tuvieron lugar a nivel nacional e institucional hasta llegar a los actuales planes de estudio de enfermería a nivel profesional y auxiliar, en los que se presta atención especial a la formación del personal para actuar en los programas de atención primaria de salud con participación de la comunidad.

DEVELOPMENT OF NURSING EDUCATION IN BOLIVIA (*Summary*)

The authors analyze the various stages in the evolution of nursing education in Bolivia.

The article begins with 1938, when the first Nursing School was established in the country, and ends at the present time. It emphasizes the series of national and institutional events leading up to the current curricula for the professional nursing and nursing auxiliary programs, which give special attention to the training of personnel to serve under programs of primary health care with community participation.

DESENVOLVIMENTO DO ENSINO DA ENFERMAGEM NA BOLÍVIA (*Resumo*)

Os autores analisam nesse trabalho as diferentes etapas de desenvolvimento do ensino da enfermagem na Bolívia.

Remontando a 1938, ano em que foi criada a primeira escola de enfermagem do país, a análise estende-se até o momento atual. Destacam os autores a série de eventos ocorridos em âmbito nacional e institucional que culminaram com os atuais currículos de enfermagem profissional e auxiliar, em que se atenta especialmente para a formação de pessoal para os programas de cuidados primário de saúde com participação comunitária.

DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SOINS INFIRMIERS EN BOLIVIE (Résumé)

Les auteurs de cet ouvrage analysent les différentes étapes du développement de l'éducation en Bolivie en matière de soins infirmiers.

La période couverte par l'article s'étend de 1938, date à laquelle a été créée la première école de soins infirmiers, à l'époque actuelle. L'accent est mis sur le divers événements qui, sur les plans national et institutionnel, ont abouti aux plans actuels d'étude des soins infirmiers spécialisés et auxiliaires. Ces plans s'attachent en particulier à la formation du personnel qui doit collaborer aux programmes de soins primaires de santé avec la participation de la communauté.



1979, AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO

“El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

De la *Declaración de los Derechos del Niño*

La salud comunitaria como eje integrador del currículo de enfermería

INDEXED

SUSANA ESPINO DE ALAYO¹

INTRODUCCION

Originalmente, la educación en enfermería en el Perú se llevaba a cabo exclusivamente en escuelas controladas por el Ministerio de Salud. En la década del 60 se pusieron en marcha programas a nivel universitario, existiendo en la actualidad 23 centros de formación de enfermeras, 11 escuelas (nueve en la capital y dos en el centro y sur del país) y 12 programas académicos universitarios de enfermería (uno en la capital y 11 en diversas provincias).

En 1964, el Ministerio de Salud solicitó a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que creara un programa de formación básica de enfermeras, con el objeto de elevar en el país la preparación de este grupo profesional a nivel universitario. La iniciativa fue apoyada por la OPS/OMS.

Una de las primeras decisiones adoptadas en el marco de este programa fue la de crear un curso "complementario" de Licenciatura. Esto permitió que, en dos promociones, 62 enfermeras de docencia y servicio obtuvieran título y grado académico universitario, con la opción de seguir estudios de posgrado a nivel de Maestría.

Al egresar la primera promoción, la Universidad de San Marcos seleccionó al primer grupo docente, el cual tuvo a su cargo la elaboración del primer currículo universitario para formación básica de enfermería. El currículo diseñado se orientó a formar profesionales que respondieran a las necesidades sociales del país y pusieran sus conocimientos al servicio de la mayoría de la población.

¹Profesora Principal del Departamento de Medicina Preventiva, y Directora del Programa Académico de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

ESTRATEGIA PARA ELABORACION DEL CURRÍCULO

El personal docente tomó en cuenta los objetivos generales de la universidad—docencia, investigación y servicio—considerando la investigación no solo como un medio de progreso puramente tecnológico en el campo de la enfermería, sino además como un instrumento de progreso comunitario. De ningún modo se pensó en llevar a cabo investigaciones desvinculadas de la realidad social. De ahí que se estimara indispensable estudiar a la sociedad misma, sus necesidades de salud y sus recursos, antes de elaborar un currículo.

El grupo docente invitó a enfermeras con experiencia en todos los niveles de atención, así como a profesores universitarios de otras disciplinas, a colaborar en el trabajo propuesto. Además, se revisaron documentos concernientes a la realidad general del país y a los principales problemas de salud; se realizaron visitas a hospitales, centros y puestos de salud, y comunidades urbanas marginadas; se entrevistó a autoridades de salud, docentes universitarios y enfermeras de los diferentes niveles de prestación de servicios.

A este período de información siguió una serie de discusiones planificadas de tal manera que, al finalizar el año 1967, se contaba con un valioso conjunto de informaciones acerca de la sociedad peruana y sus problemas de salud. Asimismo se alcanzó un objetivo importante: la unidad de criterio del grupo de trabajo, particularmente de las enfermeras participantes que vislumbraban nuevos campos de acción para las futuras profesionales.

Se determinó claramente el perfil profesional de las futuras enfermeras y las funciones que serían capaces de ejercer al finalizar la carrera. Estas últimas sirvieron de punto de partida para fijar los objetivos educacionales, elaborados de acuerdo con las necesidades de las alumnas. Esta primera etapa del trabajo fue analizada y perfeccionada con grupos profesionales dentro y fuera de la Universidad; más adelante, al definir los contenidos educacionales, así como las estrategias y tácticas a utilizar en el desarrollo del currículo, se comprobó que este era sustancialmente diferente al programa de estudios que las mismas docentes habían desarrollado hasta 1966. Los cambios implicaban mayor preparación en el quehacer docente. Ahora debería ser más activo, realista y científico; esta nueva orientación era indudablemente menos cómoda, pero prometía mayores satisfacciones. Así fue como se concibió en el Programa Académico de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos la sustitu-

ción de un currículo con énfasis en la enseñanza intrahospitalaria por otro que establecía un equilibrio entre la docencia intrahospitalaria y comunitaria.

La organización de los contenidos educacionales fue ampliamente analizada. A pesar de que se recibió asesoría en cada área clínica de enfermería, había que cambiar un gran número de contenidos por metodologías de trabajo. La estudiante debería aprender la metodología para practicar enfermería, conjuntamente con el conocimiento de los problemas de salud más relevantes. Se le facilitarían modelos de atención para que los alumnos, a través de su autoformación, continuaran ampliando sus conocimientos aun después de graduarse. Se tendría que dedicar menos tiempo al aprendizaje de actividades de prevención secundaria y ampliar el campo de prevención primaria. Asimismo, se debería trabajar menos con individuos y dedicar más tiempo al trabajo con familias y grupos comunales. Finalmente, se intentaría desarrollar, a través del proceso educacional, el sentido crítico y creador del educando, para que se convirtieran en elementos de cambio, investigando y participando activamente en la solución de los problemas nacionales.

Tomando en cuenta las disposiciones universitarias vigentes, los contenidos educacionales se agruparon en asignaturas. Al mismo tiempo, se intentó dar una solución al problema de la asimilación mecánica de conocimientos, trabajando en dos aspectos importantes: establecimiento de niveles de enseñanza-aprendizaje e integración de la salud comunitaria en el currículo.

Niveles de enseñanza-aprendizaje

El establecimiento de niveles se realizó con el propósito de conferir continuidad y complejidad creciente gradual en el proceso de aprendizaje. Los contenidos en cada nivel corresponden a los objetivos establecidos en materia de comportamiento personal y profesional de los educandos. Este procedimiento facilitó considerablemente la enseñanza integral y sirvió de base para la integración estructural de la salud comunitaria, el método científico y la salud mental, dentro del currículo del programa.

Los niveles de enseñanza-aprendizaje establecidos fueron los siguientes:

Primer Nivel. En este nivel, se pretende que el estudiante trate de comprender su propio comportamiento y el de los demás. Se estudia el funciona-

miento del organismo humano en relación a su ambiente biopsicosocial y se inicia al estudiante en la metodología de la atención de enfermería a las personas, familias y grupos de familias de una comunidad, subrayando los aspectos de prevención primaria y fomentando el desarrollo de su capacidad de investigación. En la práctica, el alumno realiza el estudio de un grupo de familias (que incluye diagnóstico, programación, ejecución y evaluación del mismo, con participación de los integrantes de las familias estudiadas), desarrolla programas relacionados con las necesidades básicas de las familias, tales como nutrición y saneamiento ambiental, participa en las reuniones del Centro Comunal y del Centro de Salud de la Comunidad.

Segundo Nivel. En esta etapa, se profundizan los contenidos del primer nivel, a los que se añade el conocimiento filosófico del hombre y la sociedad, aspectos más complejos del funcionamiento normal del hombre y sus alteraciones como unidad biopsicosocial, la atención de la comunidad, la familia y el individuo. Abarca los tres niveles de prevención y el estudiante utiliza técnicas que permiten identificar y solucionar problemas derivados de las crisis vitales y situacionales que enfrenta el individuo y la familia, ampliando las actividades que contribuyen al desarrollo de su capacidad de investigación. En la práctica de enfermería comunitaria, el estudiante tiene oportunidad de realizar estudios de un grupo comunal, detectando específicamente la normalidad y sus desviaciones de la salud, y prestando atención a la morbilidad por enfermedades transmisibles. Dando cumplimiento a la programación de actividades para la comunidad, generalmente lleva a cabo las siguientes actividades: control del recién nacido normal; educación a madres sobre el cuidado de los niños; control de la salud del lactante y preescolar; ayudar a solucionar crisis vitales de los niños; remitir a personas sanas y enfermas que requieren atención a un centro de salud, y capacitar a promotoras de salud de la comunidad para participar en el desarrollo de programas establecidos. Particularmente, en el programa de control de tuberculosis participa en la localización de pacientes con problemas respiratorios, baciloscopia y cultivo, educación general a la comunidad sobre prevención de tuberculosis, educación específica a casos y familiares, referencia del caso para su tratamiento y de los contactos para su examen, supervisión del tratamiento y capacitación de promotores para participar en el programa.

Tercer Nivel. Las experiencias de aprendizaje de este nivel se basan en los dos niveles precedentes y, a partir de esta etapa, se amplía la atención a pacientes hospitalizados, habiéndose logrado un balance de 50% de experiencias intrahospitalarias y 50% en las comunitarias propiamente dichas. Asimismo, las experiencias intrahospitalarias se refuerzan con acciones de prevención primaria, seguimiento del paciente en el hogar y trabajo específico con la familia de pacientes hospitalizados de acuerdo con las necesidades que se presenten.

A través de los contenidos educativos se profundiza de manera especial el comportamiento social y sus factores, las características antropológicas del hombre y la relación del individuo con el ambiente social, económico, físico y psicológico, así como los aspectos relacionados con alteraciones de los patrones culturales. Se pone énfasis en nuevos conocimientos y técnicas que la naturaleza de la atención requiere y se profundizan aspectos de investigación, salud mental y administración de la salud. Se pretende que con este nivel el estudiante consolide su actitud y su responsabilidad profesional frente al individuo, familia y la comunidad, cualquiera que sea su situación, actuando con criterio realista y creador. Las estudiantes realizan un estudio de un grupo de la comunidad que implica el desarrollo de actividades tales como control de las enfermedades más frecuentes en la comunidad (por ejemplo, hipertensión arterial); vigilancia de personas en riesgo específico, como diabéticos; problemas de comportamiento; atención a gestantes y puérperas, recién nacidos y lactantes, y prevención de accidentes y desastres. De manera general, se desarrollan programas de atención a grupos definidos de población.

Cuarto Nivel. Este nivel se orienta a la aplicación y profundización de conocimientos y aptitudes adquiridas en los tres niveles precedentes. El estudiante está capacitado para desempeñarse como enfermera general, ya sea en el campo hospitalario o en la comunidad; asimismo, puede realizar y participar en investigaciones de enfermería y de salud en general, adiestrar a personal auxiliar, y ejercer el liderazgo en la atención de enfermería y en la atención en salud comunitaria. Las actividades prácticas se concentran en la atención comunitaria de la salud, a la cual se confiere un valor equivalente a lo que otras carreras de las ciencias de la salud denominan "internado hospitalario". En 1972, profesores y alumnos resolvieron realizar una práctica integral e intensiva en la comunidad, con el convencimiento de que las enfermeras, voluntaria u obligadamente, prestan el mayor porcentaje de servicios de salud comunitaria que se ofrece en el Perú. Este internado, no rentado, se puso en práctica contando con el genuino interés de las estudiantes por el trabajo en salud comunitaria.

Integración de la salud comunitaria en el currículo

La enseñanza de salud comunitaria en el currículo del Programa Académico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha pasado por muchas etapas en sus ocho años de vigencia. El primer currículo introdujo pocas innovaciones significativas con respecto a los programas tradicionales de enfermería. Por ejemplo, incluyó aspectos conceptuales sobre salud comunitaria desde el primer nivel de enseñanza-aprendizaje para iniciar algunas prácticas en el



Estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital del Niño, en Lima, Perú, participan en charlas educativas, labores de alfabetización y otras funciones en el Club de Madres auspiciado por la institución (fotos: Escuela de Enfermería del Hospital del Niño).

segundo y tercer nivel. Estas se circunscribían a actividades de proyección a la comunidad, tales como seguimiento de casos, trabajo con la familia de pacientes a través de visitas domiciliarias y participación en programas de inmunizaciones. Solo en el cuarto nivel las estudiantes desarrollaban el curso de enfermería en la comunidad, cuya práctica duraba un semestre y comprendía un estudio-diagnóstico de los problemas de salud de la comunidad. Los miembros de la comunidad aprobaban o rechazaban dichos programas, pero no participaban en ninguna de las etapas del trabajo, salvo proporcionando datos para el diagnóstico y evaluando los servicios recibidos al finalizar la práctica de los estudiantes. Tal situación, que solo se mantuvo con la primera promoción de estudiantes, fue evaluada al egreso de esta, siendo considerada poco satisfactoria, en gran medida por la falta de participación comunal en todas las etapas del proceso y porque con tal método sería imposible dar continuidad a los servicios de salud prestados a la comunidad. Con el propósito de solucionar el problema, se realizó un seminario con participación de todos los docentes, la representación estudiantil, las enfermeras de servicio y la asesoría de la OPS/OMS. En esta reunión se adoptó la decisión de establecer una estrategia para llevar a cabo la enseñanza integrada de salud comunitaria en el currículo; en este marco se programaron actividades que hicieron posible el proceso de integración.

El plan consideró como prioridad que todo el personal docente del Programa Académico de Enfermería, preferentemente las profesoras de enfermería, se prepararan en salud comunitaria y técnicas de atención de enfermería a la comunidad. El primer logro importante de esta programación fue conseguir que se llegara al convencimiento unánime de que la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje en salud comunitaria no era patrimonio de una profesora ni de un grupo, sino de todo el personal docente. El plan incluyó talleres de salud comunitaria, así como el desarrollo formal de cursos sobre ciencias sociales, tales como sociología peruana (rural y urbana), antropología peruana y cultura popular. Asimismo, las profesoras desarrollaron programas de salud comunitaria.

La integración conceptual facilitó la integración estructural, que se realizó tomando como base los cuatro niveles de enseñanza-aprendizaje. De este modo, se establecieron prácticas de salud comunitaria durante el desarrollo de todo el currículo, las cuales, de acuerdo con su grado de complejidad, van de lo simple a lo complejo y de lo particular a lo general.

Durante los primeros años de vigencia de la integración de enfermería comunitaria, preocupó mucho a la comunidad, al personal docente y a las alumnas la falta de una continuidad en los servicios de salud prestados a la comunidad. Por lo tanto, se trabajó para dar una solución coherente al problema y se decidió orientar las actividades en este campo hacia comunidades mayores que las que se habían atendido anteriormente. Estas comunidades deberían tener ya algunos servicios establecidos que permitieran coordinar las actividades del programa con el sector salud. Además, deberían estar organizadas socialmente, o ser susceptibles de organización, y pertenecer a la zona de influencia de la Universidad asignada por el sector salud. En este marco, se organizó la prestación de servicios de enfermería en la ciudad autogestionaria "Villa El Salvador" y se solicitó asimismo autorización de la región de salud pertinente.

Características de la ciudad autogestionaria "Villa El Salvador"

El trabajo de enfermería con la "Villa El Salvador" se inició en 1974; más adelante, en 1977, se formalizó el compromiso entre la Villa y la Universidad por medio de un convenio suscrito por ambas partes, que constituye la base legal de sus relaciones recíprocas. El propósito de este convenio fue realizar un programa de salud integral ligado al plan de desarrollo socioeconómico de la comunidad, poniendo énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud. A partir de la firma del convenio, se reorganizaron las experiencias de aprendizaje de los estudiantes de tal manera que durante todo el año la comunidad desarrollara actividades de salud que cubrieran las necesidades de los pobladores con quienes se trabajaba. Una segunda línea de acción incluye la participación directa de las profesoras de enfermería, quienes prestan servicios durante los períodos de vacaciones estudiantiles y, desde hace tres años, capacitan y hacen el seguimiento de las promotoras de salud en cada grupo residencial. Asimismo, el programa tiene una representante en el "Consejo de Educación y Salud" de la Villa.

El trabajo de mayor envergadura en asuntos de salud con la Villa es dirigido por las estudiantes de último año en su internado de salud comunitaria. Estas cuentan con la asesoría de una profesora por cada 10 estudiantes. Las funciones que realizan las estudiantes son las siguientes:

1. Estudio y diagnóstico de los problemas de salud de la comunidad, así como planificación, ejecución y evaluación de acciones integrales de salud.
2. Lograr la participación de los dirigentes y miembros de la comunidad en todas las fases del desarrollo de los programas.
3. Evaluar la influencia de las acciones realizadas sobre los grupos atendidos y sobre la comunidad en conjunto.
4. Planificar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación de promotoras generales de salud para que participen en la atención primaria de acuerdo con el modelo peruano.
5. Aplicar el diseño de investigación a situaciones de la comunidad, promoviendo el estudio y la solución de problemas prioritarios, así como la evaluación de sus resultados.
6. Aplicar acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria y el método epidemiológico.
7. Desarrollar trabajo interdisciplinario con profesionales de la salud y de otras disciplinas afines en la comunidad.

La integración de la salud comunitaria en el currículo del programa se perfecciona en forma creciente debido a la evaluación permanente, que permite una revisión constante. La dirección del programa delega la administración de las medidas de integración en un comité técnico encargado de velar por la ejecución del proceso. En cada nivel de enseñanza-aprendizaje, así como en todas las asignaturas, unidades y experiencias de aprendizaje, existen objetivos definidos claramente y criterios de evaluación que permiten medir el progreso de la formación en salud comunitaria. El programa conoce también—entre otros aspectos—los resultados de la evaluación en relación con el servicio prestado a la comunidad, su influencia en los niveles de salud de los grupos residenciales y la situación de las relaciones entre comunidad y Universidad.

CONCLUSIONES

La experiencia de la integración de la salud comunitaria en el currículo del Programa Académico de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ha sido difundida ampliamente dentro y fuera del ámbito universitario del país. Los documentos que contienen la descripción del currículo han sido distribuidos en el sector salud y de educación; asimismo, el programa se ha dado a conocer públicamente y en cuatro oportunidades se han realizado trabajos conjuntos a nivel universitario. Igualmente, a través de talleres

y seminarios, se ha presentado el programa a las escuelas de enfermería del país. En la actualidad se considera que la mayoría de las instituciones de formación de enfermeras en el Perú tiende a integrar la enfermería comunitaria en sus currículos.

RESUMEN

Este trabajo resume la experiencia adquirida en el marco del primer programa a nivel universitario para la formación básica de enfermeras en el Perú. Se describe el perfeccionamiento gradual del currículo académico, diseñado no solo para formar profesionales competentes sino además para asociar a las egresadas con los problemas sociales básicos del país. *Ϸ*

A través de discusiones amplias, que contaron con la participación de diversos sectores académicos y profesionales vinculados con el campo de la salud, se definieron cuatro niveles de enseñanza-aprendizaje. Al establecer un proceso escalonado, de complejidad creciente, se facilitó considerablemente la integración estructural de la salud comunitaria, el método científico y la salud mental dentro del currículo.

Se puso gran énfasis en la práctica de la enfermería comunitaria, procurando equilibrar la experiencia intrahospitalaria con el trabajo en las comunidades mismas. El programa incluye estudios específicos de grupos comunitarios que abarcan aspectos tales como el control de las enfermedades más frecuentes, la vigilancia epidemiológica y la prevención de accidentes y desastres. Se ha conferido a las actividades prácticas en torno a la atención comunitaria de la salud un valor equivalente al internado hospitalario.

El trabajo concluye describiendo la experiencia de un programa concreto realizado en la ciudad autogestionaria "Villa El Salvador", mediante un convenio entre la comunidad y la Universidad.

La autora señala, asimismo, que la intensa campaña de difusión del programa está dando buenos resultados porque la mayor parte de las instituciones que forman enfermeras en el Perú tienden a incorporar a la enfermería comunitaria en sus currículos.

COMMUNITY HEALTH AS A DETERMINANT OF THE NURSING CURRICULUM (*Summary*)

This paper summarizes the experience acquired under the first university-level program for the basic training of nurses in Peru. It describes the gradual refining of the academic curriculum, which was designed not only to train people as competent professionals, but also to acquaint them with the country's basic social problems.

Four levels of teaching-learning were defined in wide-ranging discussions in which various academic and professional sectors connected with the health field participated. Establishing a process of steps of increasing complexity has considerably facilitated the integration of community health, the scientific method, and mental health into the structure of the curriculum.

The practice of community nursing was heavily emphasized, and it was endeavored to strike a balance between hospital experience and work in communities themselves. The program includes specific studies of community groups spanning such aspects as control of the more common diseases, epidemiologic surveillance, and accident and disaster prevention. Practical work in community health care earns the same credit as hospital internship.

The paper closes with a description of the experience of a specific program conducted in the self-managed city of Villa El Salvador under an agreement between the community and the university.

The writer also notes that the intense campaign to publicize the program is having an effect because most nurse-training institutions in Peru are tending to add community nursing to their curricula.

A SAÚDE COMUNITÁRIA COMO EIXO INTEGRADOR DO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM (*Resumo*)

Este trabalho resume a experiência adquirida no âmbito do primeiro programa de nível universitário para a formação básica de enfermeiras no Peru. Descreve-se o aperfeiçoamento gradual do currículo acadêmico, desenhado não só para formar profissionais competentes como também para familiarizar as egressas com os problemas sociais básicos do país.

Em amplas discussões, que contaram com a participação de diversos setores acadêmicos e profissionais vinculados ao campo da saúde, definiram-se quatro níveis de ensino-aprendizado. Mediante o estabelecimento de um processo escalonado, de crescente complexidade, facilitou-se consideravelmente a integração estrutural no currículo, da saúde comunitária, do método científico e da saúde mental.

Grande ênfase foi dada à prática da enfermagem comunitária, procurando estabelecer um equilíbrio entre a experiência intra-hospitalar e o tra-

balho nas próprias comunidades. O programa inclui estudos específicos de grupos comunitários, que abrangem aspectos tais como o controle das doenças mais freqüentes, a vigilância epidemiológica e a prevenção de acidentes e desastres. Conferiu-se às atividades práticas em torno da atenção comunitária em saúde um valor equivalente ao estágio hospitalar.

Em conclusão, descreve o artigo a experiência de um programa concretamente realizado na comunidade auto-administrada de "Villa El Salvador", mediante convênio entre a comunidade e a Universidade.

Destaca também a autora do artigo que a intensa campanha de difusão do programa está dando bons resultados porque a maioria das instituições formadoras de enfermeiras no Peru tendem agora a incorporar a enfermagem comunitária a seus currículos.

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE, AXE D'INTEGRATION DU PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIÈRES (*Résumé*)

Cet ouvrage résume l'expérience acquise dans le cadre du premier programme universitaire de formation de base d'infirmières au Pérou. Il décrit les améliorations apportées progressivement au programme d'études, conçu non seulement pour former des professionnelles compétentes mais pour sensibiliser les infirmières sortantes aux grands problèmes sociaux du pays.

A l'issue de débats prolongés, auxquels ont participé des représentants de divers secteurs universitaires et professionnels s'intéressant à la santé, quatre niveaux d'enseignement-apprentissage ont été définis. L'établissement d'un processus échelonné, de complexité croissante, a facilité considérablement l'intégration structurelle de la santé communautaire, de la méthode scientifique et de la santé mentale dans le programme.

Une importance particulière a été accordée à la pratique des soins infirmiers communautaires, de façon à équilibrer l'expérience à l'hôpital et le travail au sein même des communautés. Le programme comprend des études particulières de groupes communautaires, qui analysent notamment certains aspects tels que la lutte contre les maladies les plus fréquentes, la surveillance épidémiologique et la prévention des accidents et des désastres. Ce programme donne aux activités pratiques axées sur les soins de santé communautaire une valeur équivalente à celle de l'internat hospitalier.

Cet ouvrage se termine par la description de l'expérience d'un programme concret mené à bien dans la ville autogestionnaire de Villa El Salvador, dans le cadre d'un accord entre la communauté et l'université.

L'auteur signale, par là-même, que l'intense campagne de diffusion du programme produit de bons résultats parce que la majeure partie des établissements qui forment des infirmières au Pérou tendent à incorporer les soins infirmiers communautaires à leur programme.

Tecnología educacional en enfermería: marco conceptual y experiencias de los centros latinoamericanos

INDEXED

ELEUTERIO RODRIGUEZ NETO,¹ GEORGINA CARRILLO²
Y ALINA MARIA DE ALMEIDA SOUZA³

MARCO CONCEPTUAL

Comúnmente, la tecnología se identifica con lo nuevo, lo moderno, lo actualizado y se considera casi siempre como si estuviera por encima de las divergencias teóricas, es decir, como si fuese una síntesis ecléctica del desarrollo del campo en el que se aplica. Esa concepción, además de estar equivocada, refleja una manera específica de interpretar la realidad, por cuanto se la incluye en la ideología de la neutralidad científica y otras quimeras del pensamiento del tipo de sociedad vigente.

Nosotros queremos dar un sentido más amplio al término tecnología, a fin de que incluya aquellas dimensiones específicas que le confieren, en cada momento y situación, la especificidad de una práctica siempre comprometida con una determinada línea de pensamiento. Por consiguiente, aceptamos el concepto de tecnología como el conjunto de métodos, técnicas y recursos organizados lógicamente para ofrecer estrategias y soluciones a problemas, situaciones y procesos de la vida material e intelectual.

En efecto, la tecnología es un componente inseparable de las fuerzas

¹Médico, Profesor Asistente de NUTES/CLATES, Universidad Federal de Río de Janeiro, Organización Panamericana de la Salud, Río de Janeiro, Brasil.

²Enfermera Coordinadora del Programa Latinoamericano de Tecnología Educacional en Enfermería, OPS/CLATES, Río de Janeiro.

³Enfermera, Profesora Asistente de NUTES/CLATES, Universidad Federal de Río de Janeiro, Organización Panamericana de la Salud, Río de Janeiro.

productoras y solo opera en unión con otro de los puntos componentes de estos: el hombre. Sin la actividad humana sería una cosa muerta. La historia de la tecnología es la historia del desarrollo de su interacción con la naturaleza.

En la búsqueda de la interpretación de sus principios ordenadores básicos, la tecnología está relacionada y condicionada por los conocimientos desarrollados por las diversas ciencias que dan forma a un determinado campo de práctica. Pero esos conocimientos no son frutos de una mera inquietud académica, divorciada de las sociedades concretas en las que se insertan; al contrario, constantemente procuran dar una explicación y transformar a dicha sociedad, al trabajo del hombre y a la naturaleza. Esa misma sociedad es la que sanciona el conocimiento de acuerdo con sus valores predominantes, a fin de preservarse, de reproducirse. Aceptamos, pues, que la producción del conocimiento está condicionada por una serie de factores, relacionados no solo con sus normas propias sino también con otras externas al método científico, como la fijación de prioridades, la política de financiamiento, las posibilidades de divulgación y discusión, y otros elementos que otorgan una dimensión de existencia concreta a dicho conocimiento. En armonía con esta línea de pensamiento, se puede comprender cómo en una misma sociedad se pueden atribuir diversos grados de importancia y valor a las diferentes ciencias y, dentro de cada ciencia, a las corrientes del pensamiento. En la sociedad capitalista contemporánea es evidente la hegemonía de las llamadas "ciencias exactas" sobre las "ciencias sociales y humanas", es decir, de las que producen más conocimiento para la producción de bienes.

Asimismo, es digno hacer notar el desplazamiento progresivo de la academia, "locus" ideal de la producción científica, hacia el propio sector industrial, incluyendo a las industrias bélica y espacial. La institución académica continúa sirviendo a la sociedad con la difusión de la lógica "científica" de los conocimientos producidos y su legitimación. En el proceso se observan también los tenues límites entre ciencia y técnica, puesto que aquella se orienta cada vez más hacia la solución de problemas coyunturales y propios de una organización social.

Si la misma ciencia presenta todos esos perfiles de condicionamiento o compromiso con un determinado tipo de organización social o con una ideología, es más evidente aún la situación de la tecnología: además de basarse en principios "científicos" ya impregnados de

valor, los selecciona y organiza obedeciendo a un conjunto de valores que gobierna una práctica determinada, objeto de su instrumentación.

Cuando se analiza toda la tecnología actualmente disponible, es evidente que la misma no es consecuencia de una evolución natural del conocimiento humano, sino fruto del desarrollo de un tipo de sociedad. Si bien todos los instrumentos elaborados para mejorar las condiciones de vida material son verdades universales, no son realidades universales, ya que no todos pueden gozar de esos beneficios; esa situación es fruto de esa misma sociedad.

No es nuestra intención adoptar una actitud negativa frente a la tecnología, sino manifestar el nivel de su compromiso con la realidad y la posibilidad de servir a uno u otro tipo de interés, según la ideología que gobierna a una práctica determinada.

CONTENIDO DE LA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

De acuerdo con lo expuesto, no hay una sola tecnología educacional, pueden haber muchas, según sus propósitos y los marcos conceptuales que le sirven de base. Según el concepto propuesto, no se puede afirmar que la tecnología educacional es característica del momento actual que experimenta la educación. Así, el conjunto de métodos, técnicas y recursos utilizados para alcanzar un determinado resultado de aprendizaje, cualquiera que sea, es una tecnología. El método discursivo, la clase teórica, los libros de textos, el pizarrón y la tiza, constituyen una tecnología educacional adecuada para alcanzar ciertos objetivos, que no nos detendremos a analizar. Lo que es actual es la marcada tendencia a transformar técnicamente (“tecnificar”) todos los sectores de la vida humana, inclusive el de la educación. Esa transformación obedece a las normas de desarrollo tecnológico expuestas anteriormente, sin ser algo bueno o malo en sí mismo, sino según sus determinaciones y el contexto en que se da.

Si bien existen condiciones para muchas tecnologías educacionales, en la actualidad hay una polarización de las tendencias pedagógicas en las que, por un lado, predominan los métodos, técnicas y recursos tradicionales y, por otro, los modernos, de tendencia más técnica, llamados con frecuencia “innovadores”. Aunque hay teorías pedagógicas que pueden superar esa polarización, o proponer un nuevo sistema para tratar el proceso educativo, no están suficientemente

organizadas para ser consideradas tecnologías. Consideramos, sin embargo, que esa superación es posible y factible dentro de marcos de referencias eficazmente innovadores. Veamos.

El desarrollo de una tecnología, sea educacional o no, se produce por la convergencia de una serie de factores y no solo por la disponibilidad de conocimientos científicos. Si analizamos la educación, descubrimos que no basta la existencia de teorías de aprendizaje para el desencadenamiento de corrientes pedagógicas, y mucho menos para la elaboración de tecnologías educacionales que las tengan por base. Es necesario identificar problemas concretos y crear condiciones objetivas para el desarrollo de una tecnología educacional. Desde hace muchos años coexisten tres grandes corrientes de teorías del aprendizaje: la gestáltica o "sobre el terreno", la evolutiva de Piaget, y la de comportamiento o experimental.⁴ Sin embargo, no todas cuentan con las mismas condiciones u oportunidades para crear escuelas pedagógicas y las tecnologías educacionales correspondientes:

- La teoría gestáltica tiene como elemento central la idea de que el conocimiento o aprendizaje de una determinada situación o proceso, si se mantienen ciertas condiciones ambientales de interacción como objeto, se produce fundamentalmente mediante un proceso de discusiones sobre dicho objeto. Por lo tanto, son esenciales las ideas de "insight" y de trabajo en equipo.

- La teoría evolutiva de Piaget acepta la existencia de esquemas mentales para enfrentar situaciones-problemas (esquemas de acción) de carácter evolutivo y jerarquizado que se desarrollan mediante la actuación directa del individuo sobre el objeto de conocimiento o aprendizaje; se considera al conocimiento no como algo estático sino como una posibilidad real de transformación del objeto.

- La teoría del comportamiento utiliza como categorías básicas del proceso del aprendizaje las ideas de estímulo y respuesta organizada por situaciones eventuales o por mecanismos de refuerzo, es decir, supone que todo lo aprendido es el resultado de un proceso de estímulo y respuesta controlable y reproducible.

Los principios pedagógicos básicos de las tres teorías del aprendizaje son, respectivamente: la dinámica de grupo, la interacción directa con el objeto real del conocimiento, y la planificación de contingencias del aprendizaje.

La depresión económica de los años 30, el período de la guerra y los

⁴La corriente "no directiva" o Rogeriana no será considerada aquí por hallarse en etapa muy inicial en lo referente a la teoría del aprendizaje; básicamente se manifiesta en la psicoterapia.

años de la posguerra produjeron en los países occidentales, y en especial, en los Estados Unidos de América, el desarrollo de tecnologías eficaces para la preservación de las relaciones sociales vigentes y la superación de las grandes dificultades económicas de la época. Resulta fácil observar ese desarrollo en los sectores productivos, pero también los llamados "sectores sociales" fueron afectados por esa lógica. Por ejemplo, el sector de educación, apremiado por la escasez de mano de obra competente y por la urgencia de su preparación en cantidad, recibió un gran impulso, es decir, de una posición "marginal" en el proceso productivo se reorienta hacia "arriba" para lograr una postura de eficacia, en armonía con los otros sectores. Para ese propósito, incorpora los principios de planificación que regían entonces en la sociedad americana, incluyendo la cibernética, la teoría de sistemas y elementos, los más rigurosos, de la psicología del comportamiento. Un nuevo campo de desarrollo se abre ante la industria de artefactos, especialmente los relacionados con los medios de comunicación pública y sistema de procesamiento de información (computación). Todo ese conjunto participa en un tipo de tecnología educacional de conformidad con las necesidades de la sociedad americana de autopreservación y expansión. Es decir, en lo referente a teorías del conocimiento y del aprendizaje, no sería posible proponer alternativas más decisivas, más problematizadoras de la realidad, con un método proporcionado por otras corrientes filosóficas y sus escuelas científicas correspondientes, sin quebrantar el pacto social vigente.

Esa misma tecnología educacional de las sociedades es la que llega a los países en desarrollo, para "solucionar", entre otros, los problemas de la "escasez de mano de obra competente", la gran demanda estudiantil, y las limitadas posibilidades técnicas y materiales para solucionarlos. En verdad, si se cree que esa problemática es el resultado de la escasa utilización de técnicas en la enseñanza y que, manteniendo las relaciones sociales actuales es posible resolver homogéneamente esa situación, sin discriminación de grupos, la tecnología educacional eficientista, centrada en el individuo, altamente "tecnificada" y competentemente facilitadora de repetición, de reproducción, es el instrumento pedagógico adecuado para nuestra realidad. Pero si se afirma que la situación presente es consecuencia de una determinada organización social discriminatoria, hay que buscar principios organizadores del proceso de enseñanza-aprendizaje de naturaleza más problematizadora, es decir, en los que la relación entre el individuo aprendiz y su objeto de conocimiento tenga la capacidad de producir y organizar dicho

conocimiento, no de forma determinada desde afuera, sino de manera creadora, innovadora y transformadora. Según nuestro punto de vista, a la propuesta eficientista⁵ se contraponen otra realmente innovadora: la que transforma la realidad. Por consiguiente, el desafío consiste en elaborar una tecnología educacional adecuada para facilitar al aprendiz la percepción de una realidad objetiva y capacitarle para actuar sobre ella.

LA TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN ENFERMERIA

En la última década, la enseñanza de enfermería, como toda enseñanza universitaria en América Latina, se encuentra ante la problemática de la presión estudiantil originada por el ingreso libre en las universidades, la escasez de personal docente competente y la gran dependencia de bibliografía extranjera. A la par de esa situación común a todas las áreas universitarias, el sector salud, y en especial el de enfermería, se enfrenta con el desafío de alcanzar metas bastante ambiciosas en lo referente al número de profesionales graduados a corto y medio plazos, según las proyecciones de los modelos vigentes de planificación de la salud.

La necesidad de aumentar el número de estudiantes en los programas de enfermería, especificada en el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980, es la que origina las primeras propuestas de aplicación de la tecnología educacional a la enseñanza en ese sector. Esas propuestas consideran objetivo prioritario una mayor eficacia de la enseñanza sin incremento proporcionado de los costos; es decir, se supone que la aplicación de la tecnología educacional puede aumentar la capacidad docente de las escuelas de enfermería y mejorar su estándar de formación con inversión reducida. Es necesario señalar que, en líneas generales, este suele ser el móvil de todas las propuestas de reformas en los sectores sociales (educación, salud, vivienda, etc.): mejoramiento de la situación, sin incremento considerable de los costos y sin cambios de las relaciones sociales predominantes. Pero la historia demuestra que esas reformas engendran mercados nuevos y ampliados de bienes materiales y nuevas estrategias para extender el control a los sectores más conflictivos de la sociedad.

⁵Cuando hablamos de eficientismo no queremos negar la necesidad de eficacia de ciertos procedimientos técnicos.

Si bien la estrategia propuesta a nivel internacional para lograr los objetivos de formación de recursos en enfermería abarca diversas facetas, la de la tecnología educacional presenta un fundamento bastante importante: a la par de algunos esfuerzos aislados, la Organización Panamericana de la Salud ofrece un programa a nivel regional con miras a la aplicación de la tecnología educacional moderna a la enseñanza de enfermería. Así, el sector de enfermería en América Latina puede participar en un mismo proyecto educacional, con una misma fuente de coordinación y de acuerdo con las mismas referencias conceptuales. La evolución de la aplicación de la tecnología educacional a la enseñanza de enfermería en América Latina se identifica en gran medida con la historia de ese programa.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

En 1972, el Plan Decenal de Salud para las Américas recomendó "establecer un centro para el desarrollo de la tecnología de la enseñanza y la investigación en enfermería"⁶, con el propósito de fortalecer la educación de enfermería como un medio de mejorar la prestación de servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud dio cumplimiento a esta recomendación mediante la creación de un Programa Latinoamericano de Tecnología Educacional en Enfermería, con sede en el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) de Río de Janeiro, Brasil, con el fin de contribuir al incremento del personal de enfermería, formación de profesores, desarrollo curricular, y producción de materiales de instrucción.

La estrategia consistió en el establecimiento de centros de tecnología educacional en las escuelas de enfermería de los países, que generarían acciones a nivel nacional y, paralelamente, el intercambio de experiencias a nivel local y regional.

Se pueden distinguir tres etapas en el desarrollo del Programa:

1. Producción de material de instrucción centralizado en el Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud (NUTES), organismo filial del CLATES.
2. Preparación de personal docente de los centros nacionales, mediante un

⁶Organización Panamericana de la Salud. *Documento Oficial No. 118* (1973), 91.

programa básico y vertical, igual para todos, con énfasis en la producción de materiales de autoinstrucción.

3. Cooperación técnica basada en el diagnóstico de las necesidades educacionales de los centros y de acuerdo con las prioridades establecidas.

En la primera etapa, se reunió un grupo de enfermeras de varios países latinoamericanos, con el fin de preparar, con la asesoría de personal del NUTES/CLATES, una unidad modularizada sobre enfermedades transmisibles que pudiera utilizarse en todas las escuelas de enfermería de América Latina. Esta etapa coincidió con el análisis conceptual de la tecnología educacional y sus implicaciones en el NUTES/CLATES, lo que permitió visualizar las limitaciones y dimensiones de la propuesta. Se concluyó que, si bien esta forma de trabajo aportaría materiales de instrucción de buena calidad, no contribuiría a la solución de los múltiples y variados problemas de la educación de enfermería en los diferentes países y que tampoco generaría en el personal docente la comprensión científica de los hechos básicos del proceso, la metodología y la capacidad crítica para agregar nuevos conocimientos.

En la segunda etapa se crearon los primeros cinco centros y se realizó un seminario en el CLATES al que asistieron las directoras de las escuelas seleccionadas que decidieron participar en el programa y las coordinadoras de los centros. En el seminario se esbozó la organización administrativa y técnica de los centros, y se analizaron aspectos de comunicación y la elaboración y uso de materiales audiovisuales.

En la figura 1 se indica la ubicación de los centros y subcentros establecidos en diferentes países, así como el año en que iniciaron sus actividades.

En la tercera fase se inició la producción de módulos de autoinstrucción, de acuerdo con temas de cursos, que incluían los contenidos correspondientes a una o dos horas ofrecidas según el sistema tradicional.

El personal de los centros empezó a cuestionarse para entonces, junto a otras interrogantes por el significativo gasto de tiempo y en el seno de NUTES/CLATES continuaba la reflexión crítica, alimentada por las experiencias acumuladas localmente y en los países. Se generó entonces la necesidad de evaluar las acciones realizadas, y como resultado de este proceso se detectó lo siguiente:

- El material modularizado en pequeños tópicos requiere de un esfuerzo y consumo significativo de tiempo; esto, condicionado a las limitaciones de

Fig. 1—Programa Latinoamericano de Tecnología Educacional en Enfermería—Ubicación de centros y subcentros y año de iniciación de actividades, 1979.



recursos humanos en las escuelas, impedía una profundización científico-técnica y coherencia con la realidad de cada país.

- La instrumentación en sí, aislada de la necesidad de cambios significativos en la propia concepción del papel del nuevo profesional, podría convertirse en consolidadora de la concepción tradicional.
- A pesar de que los centros estaban recibiendo el mismo tipo de información, la producción de materiales de instrucción era diferente, lo que indicaba una desigualdad en términos de requerimientos de conocimientos en el área de la tecnología educacional y su aplicación en el contexto de los diferentes países.
- Existe una gran necesidad de realizar investigaciones en el área de enfermería, que sirvan de base a una mejor atención de la salud de la población.

En base a estas consideraciones se dio un nuevo enfoque al programa, en el sentido de que:

- La cooperación técnica se prestara en base al diagnóstico de las necesidades educacionales de las diferentes escuelas. De esta manera se procurará aplicar una tecnología más ajustada a la realidad de cada una de ellas, en términos de objetivos, necesidades, recursos, acervo cultural, y capacidad crítica de quienes la utilizan. En último término, se trataría de procurar una adecuada utilización de los recursos tecnológicos.
- Para lograr mejoras en la educación deben interrelacionarse la ciencia y la tecnología, por lo que se estimulará el desarrollo de investigaciones en el campo educacional.
- La evaluación será parte importante del desarrollo del programa.
- La modularización de pequeños tópicos será reemplazada por la modularización de unidades, y de acuerdo a la metodología propuesta por NUTES/CLATES.

Los centros creados posteriormente se iniciaron bajo estos lineamientos y paralelamente se procuró una reorientación a los centros de la primera etapa.

En septiembre de 1978 se realizó una reunión de trabajo, a la que asistieron las directoras de las escuelas y coordinadoras de los centros participantes, en la que se llegó a las siguientes conclusiones:

“1. La tecnología educacional no es un fin en sí misma, sino un medio para el mejoramiento de la educación y consecuentemente, de la atención de enfermería. El Centro de Tecnología Educacional en la Escuela de Enfermería es una unidad de apoyo al desarrollo curricular, que genera acciones tendientes a la utilización de nuevas teorías y técnicas educacionales, en base a la investigación permanente del proceso enseñanza-aprendizaje, inscrito este, en un contexto social determinado.

2. El Centro de Tecnología Educacional no se circunscribe meramente a un espacio físico determinado, sino por el contrario, es un área del pensamiento, donde enfermeras docentes y de servicios, expresan sus ideas sobre el proceso de enseñanza, aprendizaje y la atención de enfermería, en busca de la eficiencia, mediante el uso de tecnologías apropiadas y organizadas en forma coherente, para alcanzar los objetivos educacionales, diseñados para formar un personal que satisfaga las necesidades de salud de la comunidad.

3. Como la situación social y de salud de los países es diferente, cada centro generará un plan específico y el Centro Regional CLATES, a través del Programa de Tecnología Educacional en Enfermería, ofrecerá su cooperación dando un tratamiento individualizado a cada uno de ellos, en función de sus propuestas.

4. El Centro de Tecnología Educacional propiciará elementos e instru-

mentos que orienten la integración docencia-servicios, considerando esta, una propuesta válida, como elemento integrador en el proceso enseñanza-aprendizaje en ciencias de la salud.

5. Los Centros de Tecnología Educacional en Enfermería procurarán el intercambio de experiencias y cooperación, con otros similares existentes en cada uno de los países, propendiendo a un enriquecimiento mutuo y evitando la duplicación de esfuerzos.

6. El Centro CLATES, a través del Proyecto Regional y los Centros Nacionales mantendrán contacto permanente, con las oficinas locales de la OPS/OMS, a fin de propiciar una acción integrada, procurando la mejor utilización de los recursos existentes".⁷

RESULTADOS

El proyecto cuenta actualmente con un plan de acción, basado en las necesidades de cada uno de los centros, los cuales han optado por diferentes áreas de trabajo. No obstante, se evidencia una preocupación general por dar prioridad al estudio de los currículos y la mayoría ha iniciado trabajos al respecto, en función de las propuestas de extensión de cobertura, atención primaria y participación comunitaria. Dos de los centros están realizando investigaciones en este campo, y del proceso de discusión y análisis se han derivado experiencias positivas para el personal de los centros y para el equipo coordinador del proyecto.

Existe también una gran preocupación por el proceso de integración docente-asistencial, como propuesta pedagógica y como respuesta a la prestación de servicios y participación de la comunidad. También existe interés por el estudio de problemas didáctico-pedagógicos.

En los cursos, seminarios y reuniones de trabajo realizados en los centros, con la cooperación del personal del NUTES/CLATES, han participado 724 docentes (cuadro 1).

En términos generales, se han obtenido los siguientes logros:

- Cada centro cuenta con una estructura técnico-administrativa, enmarcada dentro de la organización administrativa de una Escuela de Enfermería.
- La organización y coordinación está a cargo de una enfermera, profesora de la escuela, con el apoyo de un comité asesor.

⁷Informe de la Reunión de Trabajo de Directoras de las Escuelas y Coordinadoras de los Centros de Tecnología Educacional en Enfermería, OPS/OMS, CLATES/Río de Janeiro. Universidad Central del Ecuador, Escuela Nacional de Enfermería, Quito, Ecuador, septiembre de 1978. Págs. 9-10.

CUADRO 1—Cursos, seminarios y reuniones de trabajo realizados en los Centros, con la cooperación del personal del NUTES/CLATES, y número de participantes, 1975-1978.

Centros	1975		1976		1977		1978		Total	
	Cursos	Part.								
Brasil (Río de Janeiro)	1	48							1	48
Ecuador	1	14	1	23			1	21	3	58
Chile	1	50	1	42			1	34	3	126
Costa Rica	1	23	1	27			1	22	3	72
Venezuela	1	19	1	15					2	34
Brasil (Minas Gerais)			1	48			1	50	2	98
México					1	25	1	25	2	50
Colombia (Cali)					1	25	1	20	2	45
Colombia (Bogotá)					1	25	1	42	2	67
Brasil (Bahía)					1	30	1	30	2	60
Reuniones de Directoras y Coordinadoras de los Centros			1	12			1	27	2	39
República Dominicana (Santo Domingo) ^a			1	27					1	27
Total	5	154	7	194	4	105	9	271	25	724

^aSe ofreció un curso de enseñanza modularizada ante la posibilidad de creación de un Centro de Tecnología.

- Los centros cuentan con una infraestructura, en grados diferentes, según las posibilidades de cada una de las escuelas.
- Los centros, como elementos multiplicadores, han organizado una serie de actividades educacionales para enfermeras docentes y de servicios, haciendo extensivas las nuevas propuestas y tendencias en educación en ciencias de la salud y prestación de servicios (cuadro 2).
- La producción de materiales de instrucción, a pesar de algunos problemas, ha sido significativa (cuadro 3).

CUADRO 2—Cursos y seminarios ofrecidos por los Centros para enfermeras docentes y de servicios, y número de participantes, 1976-1978.

Centros	1976		1977		1978		Total	
	Cursos	Part.	Cursos	Part.	Cursos	Part.	Cursos	Part.
Chile	3	76	10	174	4	93	17	343
Ecuador	2	25	4	88	—	—	6	113
Costa Rica	1	20	1	^a	—	—	2	20
Colombia (Bogotá)	—	—	—	—	1	19	1	19
Colombia (Cali)	—	—	—	—	1	^a	1	^a
Total	6	121	15	262	6	112	27	495

^aNo se dispone del número de participantes.

CUADRO 3—Módulos y otros materiales de instrucción, 1975-1978.

Centros	Probados	En proceso	Total
Chile	37	43	80
Ecuador	2	17	19
Costa Rica	13	33	46
Colombia (Bogotá)	—	10	10
Colombia (Cali)	10	10	20
México	—	6	6
Brasil (Belo Horizonte)	5	12	17
Brasil (Bahía)	—	6	6
Total	67	137	204

- Las comunicaciones entre el Centro Regional CLATES, y los centros nacionales es dinámica, a través de un boletín trimestral del proyecto que se envía a todos los centros, los cuales a su vez remiten informaciones periódicas. Estos mecanismos han permitido tener una apreciación global del desarrollo del proyecto.

- Tanto el intercambio de experiencias como la formación pedagógica del personal docente han sido reforzados con el otorgamiento de becas. Han asistido al CLATES/Río 30 enfermeras para cursos de adiestramiento docente, mediante el financiamiento de varias instituciones (básicamente de la Secretaría Económica, Técnica e Internacional del Brasil).

COMENTARIO

La descripción y análisis precedente ponen en evidencia un proceso de evolución de los conceptos y prácticas educacionales como fenómenos multivariados. Consecuentemente, cada una de las etapas de la evolución del proyecto coinciden con momentos determinados históricamente y cumplieron un papel preponderante en el espacio de tiempo en el cual se desarrollaron, sirviendo de escalón necesario para las nuevas propuestas.

La “tecnología educacional” constituye un área relativamente nueva en nuestro quehacer educacional. Hoy tenemos a través de este programa una experiencia que permitirá seguir acumulando conocimiento al acervo latinoamericano. Su futuro solo podrá predecirse en términos de la evaluación permanente que debe acompañar a todo proceso social, en este caso, la educación, información y capacitación permanente del personal de enfermería, y la prestación de servicios de salud.

RESUMEN

En la primera parte del artículo, se sostiene la tesis de que la tecnología educacional no puede considerarse como algo neutro, sino que debe concebirse como un conjunto de métodos, técnicas y recursos pedagógicos organizados lógicamente para buscar solución a los problemas, situaciones y procesos de la vida material e intelectual. Se procura demostrar la existencia de varias tecnologías educacionales, según los marcos teóricos que le sirven de base, y se aboga por la tecnología educacional autóctona, no eficientista, capaz de permitir innovaciones eficaces, es decir, transformadora de la realidad. ✓

En la segunda parte, se da cuenta de los resultados alcanzados por el Programa Latinoamericano de Tecnología Educacional en Enfermería, que la OPS lleva a cabo a través de una red de centros ubicados en las escuelas de enfermería de varios países. El objetivo del Programa es difundir el uso de la moderna tecnología educacional, procurando compatibilizar la formación de la enfermera a las demandas y tendencias de la prestación de servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

- Bruner, J. *El proceso de la educación*, 2ª ed. México, Unión Tipográfica, Ed. Hispano-Americana, 1972.
- Forachi, M. y L. Pereira. *Educação e sociedade*, 8ª ed. Companhia Ed. Nacional, 1977.
- Gomes, S. y R. C. Leite. *Ciência, tecnologia e independência*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1978.
- García, J. C. "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. Mimeografiado, 1976.
- Graviria, E. C. *Notas para una aproximación a la crítica de los sistemas*. Universidad de Antioquia, Medellín. Mimeografiado, 1976.
- Jaguaribe, H. y J. Sabato. Ciencias, tecnología y relaciones internacionales. *Ciência, tecnologia e independência*. Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1978.
- Leite, R. C. Tecnología e dependencia. En: *Journal do Brasil*, Suplemento Mundial, junio-24 de 1979.
- Marques, I. da Costa. Transferência de tecnologia. En: *Journal do Brasil*. Suplemento Mundial, junio 24 de 1979.
- Márquez, M. y J. Andrade. División Social de Trabajo, Estructura del Personal de Salud. Mimeografiado, 1975.
- Ministerio de Salud del Brasil. VI Conferencia Nacional de Salud. Brasil, 1977.
- Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud. Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud. *Relatorio de actividades*. Río de Janeiro, 1975-1976-1977.

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

Organización Panamericana de la Salud. *Projeto de Tecnología Educacional em Enfermagem*. Mimeografiado, 1975.

Rojas, G. y R. Ojeda. *Elementos para el desarrollo de una estrategia de diseño curricular*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Mimeografiado, 1976.

Skinner, B. F. *Tecnología do ensino*. Ed. Herder, 1972.

Viana, M. Exposición de Marcos Viana. *Ciencia, tecnologia e independencia*. Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1978.

EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN NURSING: THE CONCEPTUAL FRAMEWORK AND THE EXPERIENCE OF LATIN AMERICAN CENTERS (*Summary*)

In the first part of the article the assertion is made that educational technology should not be regarded as something apart, but as a corpus of teaching methods, techniques and resources rationally organized to solve problems of material and conceptual situations and processes. Several educational technologies are explained on the basis of their underlying theoretical frameworks, and grass-root educational technology is advocated because, while it does not emphasize efficiency, it is capable of inducing innovations that are effective in that they actually accomplish change.

The second part reviews the results of the Latin American Program for Educational Technology in Nursing, which PAHO conducts through a network of centers in the nursing schools of several countries. The purpose of the Program is to disseminate modern educational technology and to endeavor to harmonize nurse training with demands and trends in the delivery of health services.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM ENFERMAGEM: QUADRO CONCEITUAL E EXPERIÊNCIAS DOS CENTROS LATINO-AMERICANOS (*Resumo*)

Na primeira parte do artigo, consta a tese de que a tecnologia educacional não pode ser considerada como algo neutro, e sim, como um conjunto de métodos, técnicas e recursos pedagógicos organizados logicamente com vistas à solução dos problemas, situações e processos da vida material e intelectual.

Procura-se demonstrar a existência de diversas tecnologias educacionais, segundo os marcos teóricos que lhes servem de base, e se preconiza a tecnologia educacional autóctone, não "eficientista", capaz de permitir inovações eficazes, vale dizer, transformadora da realidade.

Na segunda parte, consta uma descrição dos resultados obtidos pelo Programa Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Enfermagem, que a OPAS executa por meio de uma rede de centros localizados nas escolas de enfermagem de diversos países. O objetivo do Programa é difundir o uso da moderna tecnologia educacional, procurando compatibilizar a formação da enfermeira com as demandas e tendências da prestação de serviços de saúde.

LES TECHNIQUES D'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS: CADRE CONCEPTUEL ET EXPÉRIENCES DES CENTRES LATINOAMÉRICAINS (*Résumé*)

Dans la première partie de cet article, les auteurs soutiennent la thèse selon laquelle la technologie de l'enseignement ne peut être considérée comme un élément neutre, mais doit se concevoir comme un ensemble de méthodes, de techniques et de ressources pédagogiques organisé logiquement pour la recherche de solutions aux problèmes, situations et processus de la vie matérielle et intellectuelle. Cet article évoque ensuite l'existence de diverses technologies de l'enseignement, selon les cadres théoriques qui leur servent de base, et prend la défense de la technologie de l'enseignement autochtone, capable de permettre des innovations efficaces, c'est-à-dire, de transformer la réalité.

Dans la deuxième partie, les auteurs rendent compte des résultats obtenus par le Programme latinoaméricain de technologie de l'enseignement des soins infirmiers, mené à bien par l'OPS grâce à un réseau de centres situés dans les écoles d'infirmières des divers pays. Ce programme a pour objet de diffuser les techniques modernes d'enseignement, en s'efforçant d'adapter la formation du personnel infirmier aux demandes et aux tendances de la prestation de services de santé.

Modelo educativo experimental Complementario de Licenciatura en Enfermería a Distancia¹

CENEYDA MONTES DE JAIMES,² GRACIELA PARDO DE VELEZ,³
ROSAURA OBREGON³ Y MARLENE MONTES DE TRIANA³

INTRODUCCION

El Programa Complementario de Licenciatura en Enfermería a Distancia, de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, es el resultado del trabajo docente realizado en el Departamento de Enfermería con posterioridad al desarrollo del Programa Regional en el Sur Occidente Colombiano mediante el cual se crearon tres nuevas escuelas tendientes a aumentar la cobertura de enfermeras en las instituciones de salud de la región. Con la realización del Programa Regional, se adquirió el compromiso de continuar la preparación de las egresadas de los Programas de Enfermería General del Sur Occidente Colombiano. La evaluación del Programa Regional (1) permitió identificar la mayor expectativa de las enfermeras al continuar sus estudios complementarios de Licenciatura en Enfermería, lo cual planteó al Departamento un reto para lograr la satisfacción de las demandas y exigencias educativas con los recursos humanos y físicos disponibles.

El Departamento de Enfermería, además de utilizar los métodos y técnicas tradicionales en la formación de las profesionales, ha trascendido el aula universitaria para extender su acción a la Región Sur Occidente. Asimismo, ha realizado investigaciones, entre otras el "Estudio de las Prácticas Maternoinfantiles y Utilización de Servicios de Salud en un Area Rural en Relación con las Actividades de la

¹Programa auspiciado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia, y la Fundación W. K. Kellogg.

²Profesor Asociado, Jefe Departamento de Enfermería, División de Salud Universidad del Valle.

³Profesoras auxiliares.

Promotora", (2) el cual permitió capacitar las promotoras por medio de nueva metodología educativa, evaluar el trabajo de la promotora, y medir el efecto de sus actividades en la población del Valle de Sibundoy.

El "Programa a Distancia en Enfermería" constituye un esfuerzo por romper el estilo tradicional del trabajo docente para diseñar, experimentar y evaluar nuevas metodologías en el sistema de instrucción, a fin de que permita contribuir al aprendizaje que demandan las enfermeras que por razones geográficas, económicas, de trabajo o de otra índole, no pueden asistir a los programas formales de la Universidad.

El Programa es una modalidad educativa que el Departamento de Enfermería quiere utilizar para vincular el mayor número de personas a la educación superior y responder a las expectativas de las enfermeras de la región, estableciendo una mayor relación con las instituciones de salud tendiente al intercambio de experiencias y actividades que les beneficie lo mismo que a otras instituciones y programas docentes.

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL (3-5)

En la formación de personal auxiliar, técnico y profesional el educador se enfrenta con el problema de seleccionar el método de enseñanza más adecuado para que el educando obtenga el máximo beneficio. En la metodología de la enseñanza actual se dispone de técnicas fáciles de aplicar, las cuales pueden ser individualizadoras, socializadoras y mixtas, y dan la oportunidad para que el educando tenga mayor participación en el aprendizaje. Los métodos individualizados facilitan el encuentro entre el alumno y el saber, no solo con el fin de facilitar la adquisición de nuevos conocimientos sino lograr el desenvolvimiento personal.

El Programa parte de estudios en donde se ha comprobado la existencia de las diferencias individuales, lo cual facilita el aprendizaje de grandes grupos en su propio sitio de trabajo, pudiendo ser controlado por el mismo individuo. Por lo tanto, se basa en el método individualizado, que le permite a la persona realizar su aprendizaje independientemente, de acuerdo con su motivación y características personales, y utiliza también técnicas socializadoras, las cuales contribuyen a enriquecer y fortalecer el aprendizaje.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los objetivos del Programa son:

1. Aumentar en un 50% los egresos de enfermeras capacitadas en el manejo de entidades clínicas más frecuentes en la región.
2. Disminuir el desplazamiento de la enfermera-estudiante de su sitio de trabajo, manteniendo la continuidad de servicios en la región.
3. Promover la capacitación del personal docente en la utilización de técnicas educativas que permitan el aprendizaje individualizado.
4. Aplicar un modelo de programa que pueda ponerse en práctica en Colombia y el resto de América Latina, como también en otros programas de salud. Para ello se pretenderá: a) evaluar el rendimiento obtenido en el grupo experimental ("Programa a Distancia") y en el grupo control ("programa tradicional"), y b) medir el costo beneficio del Programa a Distancia en Enfermería.

PLAN DE ESTUDIOS

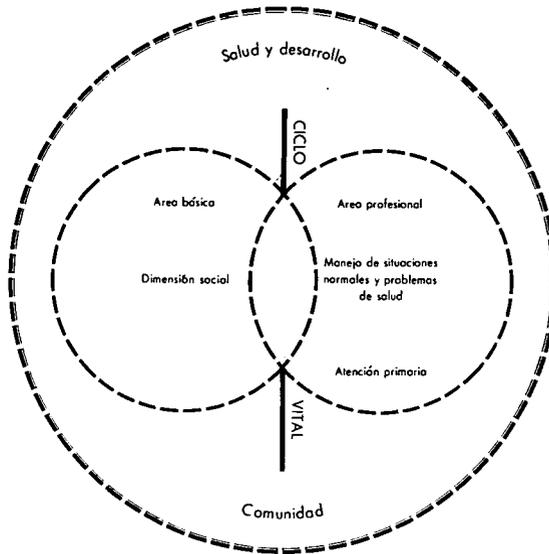
El modelo curricular del Programa (figura 1) está orientado hacia el trabajo comunitario, teniendo en cuenta que el hombre no es un elemento aislado sino un miembro de la comunidad, lo cual determina, entre otros, los aspectos culturales, su estilo, nivel de vida y su actitud hacia la salud (6, 7).

Las áreas instrumentales básicas permitirán al estudiante adquirir una dimensión social que contribuye a la integración de conceptos en el área de enfermería.

El diseño curricular enfoca el área de enfermería hacia la atención primaria, ya que mediante esta se provee la atención necesaria para dar mayor cobertura a la población tanto en aspectos de promoción y conservación de la salud como de prevención de enfermedades en personas y grupos. Con base en las etapas del ciclo vital del individuo, se lleva al estudiante a la identificación y manejo de situaciones normales de salud y de problemas seleccionados de manejo ambulatorio.

El tiempo mínimo que se ha contemplado para el plan de estudio (cuadro 1) es de dos años y medio y el máximo de tres, con un promedio de 18 semanas para una o dos materias, dependiendo de la in-

Fig. 1—Modelo curricular.



Cuadro 1. Plan de estudio del Programa a Distancia Complementario de Licenciatura en Enfermería.

Asignaturas	Intensidad semanal		
	Teoría	Práctica	Total
Sociedad y Salud en Colombia	5	—	5
Planeamiento Curricular e Instruccional	2	2	4
Demografía y Salud	3	2	5
Metodología Científica	2	2	4
Enfermería 1-C	6	8	14
Enfermería 2-C	5	10	15
Administración en Enfermería	5	4	9

tensidad horaria semanal, tomando como base las experiencias de otros Programas de Educación a Distancia.

El Programa se desarrollará en la región Sur Occidente de Colombia, en los Departamentos de Quindío, Risaralda, Cauca y Valle del Cauca (figura 2), que representan el 8% de la superficie total del país y tienen una población aproximada de 5 millones de habitantes.

El Programa constituye una experiencia que, de acuerdo con los resultados que se obtengan, puede ofrecer un modelo piloto aplicable a otros niveles de enfermería y a la universidad en el campo de la educación.

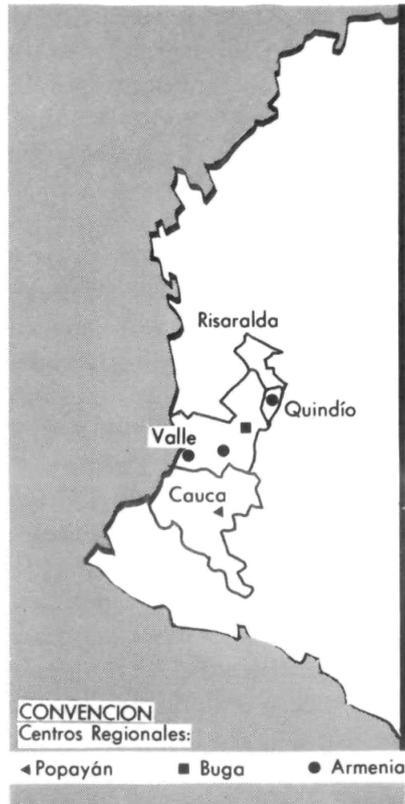


Fig. 2—Area de influencia del Programa.

METODOLOGIA

El Programa Complementario de Licenciatura en Enfermería a Distancia es una alternativa de enseñanza-aprendizaje, no un sustituto de la universidad formal. Se realizará en una forma experimental para comparar los resultados de dos grupos: el grupo control (“programa tradicional”) y el grupo del Programa a Distancia. La metodología puede dividirse en la descripción analítica de los aspectos administrativos correspondientes a las etapas de planificación, ejecución, evaluación y al método de experimentación de campo propiamente dicho.

El Programa depende desde el punto de vista administrativo y académico de la Dirección del Departamento de Enfermería, y cuenta con una Coordinadora y un Comité Asesor, conformado por el grupo de Coordinadoras de los Subsistemas de: Finanzas y Costos, Desarrollo Académico, Tecnología Educativa y Evaluación e Investigación, representantes del Profesorado del Departamento e invitados externos.

El Comité Asesor inició sus actividades con el diseño del organigrama administrativo (figura 3) y la aprobación del propósito, objetivos y funciones para cada uno de los subsistemas.

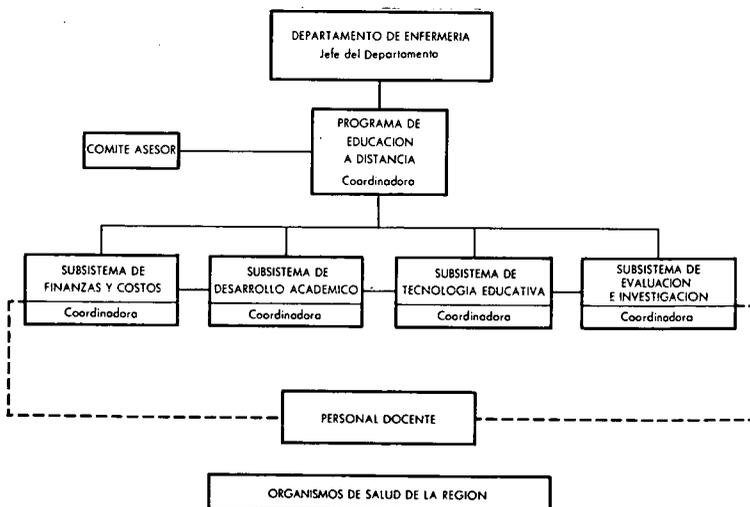
El Subsistema de Finanzas y Costos define con la Universidad los costos del Programa, y suministra los elementos y recursos necesarios para el funcionamiento del mismo.

El Subsistema de Desarrollo Académico define con la Universidad la política académica del Programa, y coordina los aspectos académicos relacionados con el plan de estudios.

El Subsistema de Tecnología Educativa es responsable de la capacitación del profesorado del Departamento, monitoras y tutores, y de la producción y entrega del material educativo a los estudiantes.

El Subsistema de Evaluación e Investigación realiza la evaluación del proceso (entendido como la constante retroalimentación y ajustes necesarios para lograr los objetivos propuestos) y del efecto o resultados finales del Programa.

Fig. 3—Organigrama administrativo.



Funcionamiento del Programa

Para el funcionamiento del Programa se ha establecido un Centro Sede en el Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, y tres Centros Regionales: en las ciudades de Armenia, para las Enfermeras de los Departamentos del Quindío y Risaralda, ubicado en la Escuela de Enfermería del Servicio Seccional de Salud del Quindío; Buga, para las Enfermeras del Departamento del Valle del Cauca, ubicado en el Hospital Regional de Buga; y Popayán, para las Enfermeras del Departamento del Cauca, ubicado en la División de Salud de la Universidad del Cauca.

Los Centros Regionales se destinarán a reuniones de las estudiantes para realizar algunas actividades de aprendizaje y evaluación. Estas actividades serán planificadas por los profesores de la Universidad del Valle y organizadas por las monitoras de los Centros Regionales según horarios establecidos conjuntamente con las estudiantes. Cada Centro dispone de un local acondicionado para biblioteca y reuniones, contando con una secretaria de medio tiempo.

La experimentación de campo utiliza un diseño en el cual se controla la homogeneidad de los grupos (experimental y control) por medio del pareamiento de los sujetos de cada uno, respecto a características de personalidad, capacidad intelectual, actitudes hacia la profesión y conocimientos previos en cada materia. Las variables que intervienen son la modalidad en la presentación de las materias de acuerdo al momento y la modalidad del aprendizaje. El grupo control recibe las materias en bloques semestrales (en el primer semestre cuatro materias y en el segundo tres); en el grupo experimental las materias se ofrecen sucesivamente hasta terminar el Programa (2.5 a 3 años de duración).

En las actividades de aprendizaje individualizado se ha diseñado el material con énfasis en la enseñanza modularizada, las cuales realizarán las participantes en su propio sitio de trabajo. Para las actividades de aprendizaje socializado las estudiantes se desplazarán a los Centros Regionales y contarán con la asesoría de monitores en la metodología y el manejo del material. Para las experiencias prácticas de enfermería, contarán con la asesoría de tutores en su sitio de trabajo y realizarán algunas actividades previamente planificadas en los Centros Regionales con la asistencia de profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, quienes son responsables de aclarar las dudas y orientar el aprendizaje durante el desarrollo

del Programa. A su vez, se ha contemplado el desplazamiento de las estudiantes al Centro Sede (Universidad del Valle), para la evaluación final.

Respecto a la modalidad del aprendizaje, el grupo tradicional (control) asiste a la Universidad del Valle, contando con la presencia constante del profesor y utilizando diferentes técnicas educativas individualizadas y socializadas. El grupo a distancia (experimental) no asiste a la Universidad y recibe el material de aprendizaje individualizado, en su sitio de trabajo, contando con el Centro Regional para algunas prácticas y trabajos de grupo. El profesor (que presta asesoría a distancia) y la presentación de las materias, incluyendo las técnicas educativas (materias en bloque o sucesivas), constituyen las variables experimentales. Se empleará el análisis de varianza para medir el efecto de las variables y la interacción existente, permitiendo aceptar o rechazar la hipótesis "igual aprendizaje en los dos grupos".

El universo está compuesto por el grupo de estudiantes aceptadas en el Programa de acuerdo con los criterios de selección existentes en el Departamento de Enfermería. La muestra está constituida por los sujetos que presentan homogeneidad en los dos grupos según las variables enunciadas.

Los instrumentos para el pareamiento de los grupos son: prueba de personalidad de Gordon, habilidades mentales, y escala de actitudes hacia la profesión, las cuales presentan puntajes aceptables de validez y confiabilidad. La prueba de rendimiento (antes y después) en cada materia está bajo la responsabilidad de cada profesor.

RESULTADOS DE LA ETAPA DE PLANIFICACION

Ante toda actividad nueva en la que se pretende involucrar el mayor número de individuos, se presentan fenómenos de reacción individual y de grupo, algunos predecibles y otros que aparecen paulatinamente a medida que aumenta el conocimiento de acuerdo con la forma como puede afectar a los individuos involucrados.

En el Programa a Distancia el personal docente del Departamento, inicialmente experimentó algunas reacciones de sorpresa e incredulidad sobre la posibilidad de efectuar un proyecto de tales características para una profesión que incluye no solo conocimientos sino gran número de habilidades y actitudes. Otro aspecto fue la dificultad de realizar cambios en la educación tradicional, dada la poca acepta-

ción de la modalidad individualizada y como una respuesta ideológica a conservar la enseñanza tradicional. Posteriormente el personal docente ha experimentado un cambio gradual que se manifiesta en una tendencia evidente a la participación activa en el desarrollo del Programa en esta primera etapa.

Los resultados de la asesoría recibida y del constante análisis de las actividades cumplidas se manifiestan en la evaluación de esta etapa, que ha determinado los siguientes cambios: el nombramiento de una Coordinadora diferente a la Jefe del Departamento, quien ha venido ejerciendo dicho cargo desde un principio, y la reorganización de algunas funciones de los subsistemas.

A partir de enero de 1979 se ha desarrollado el primer semestre del Programa Complementario de Licenciatura en el grupo tradicional (control), con la correspondiente aplicación de las pruebas de pareamiento que permitirán establecer una comparación con el grupo del Programa a Distancia (experimental), que empezará próximamente. Ya se ha preparado un 60% del material educativo estando en proceso de elaboración un 40%.

RESUMEN

Se hace una breve reseña del Programa Complementario de Licenciatura de Enfermería a Distancia, que ofrece el Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. El propósito del Programa es permitir que las enfermeras generales puedan seguir estudios sin desplazarse de la institución donde laboran, experimentando un modelo educativo que permita, de acuerdo con sus resultados, extenderlo a otros niveles de la enseñanza de enfermería.

La metodología enuncia el proceso administrativo centrado en la etapa de planificación ya cumplida, y los logros obtenidos hasta el momento.

REFERENCIAS

- (1) Pardo de Vélez, G. y R. Obregón. Evaluación Curricular del Programa Regional de Enfermería, Región Sur Occidente Colombiana, 1970-1975, Cali. Aceptado para publicación en *Acta Médica del Valle*.
- (2) Montes de Jaimes, C. y E. Rueda. Estudio de las prácticas materno infantiles y de utilización de servicios de salud en un área rural en relación con las actividades de la promotora. Universidad del Valle, Cali, 1973.

(3) Brown, J. W., R. B. Lewis y F. Harceroad. *Instruction media and methods*, 3ª ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1969. Págs. 13-16.

(4) Hilgard, R. R. *Teorías del aprendizaje*. México, Fondo de Cultura Económica, 1966. Págs. 370-379.

(5) Manfredy, M. *et al.* Modelo Experimental "Programa a Distancia en Enfermería". Universidad del Valle, Cali. Págs. 3-7.

(6) Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* (Washington, D.C., 1977). Documento Oficial No. 155. Washington, D.C., 1978.

(7) Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Servicios comunitarios de salud y participación de la población. *Bol Of Sanit Panam* 76 (1)1-16, 1974.

PROGRAM OF NURSE TRAINING AT A DISTANCE (*Summary*)

A brief review is given of the Supplementary Licentiate Program in Nursing at a Distance offered by the Nursing Department of the Valle University, Cali, Colombia. The purpose of the Program is to allow general nurses to pursue studies without leaving their place of work, using an experimental education model; if the results are good, it will be extended to other levels of nursing training.

The methodology describes the administrative process resultant from the already completed planning stage, and the gains made to date.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS À DISTÂNCIA (*Resumo*)

O artigo descreve resumidamente o Programa Complementar de Formação de Enfermeiras à Distância, oferecido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade do Vale, em Cálí, Colômbia. O propósito do Programa é permitir que as enfermeiras gerais possam continuar a estudar sem sair da instituição em que trabalham, mediante a aplicação experimental de um modelo didático que, de acordo com os resultados obtidos, permita sua extensão a outros níveis do ensino da enfermagem.

A metodologia preconiza o processo administrativo centralizado na etapa já cumprida de planejamento e o que foi conseguido até o momento.

**PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIÈRES
À DISTANCE (*Résumé*)**

Une brève description est donnée du Programme complémentaire de formation supérieure d'infirmières à distance, offert par le Département d'études d'infirmières de l'Université del Valle, Cali, Colombie. Ce programme a pour but de permettre aux infirmières générales de suivre des études sans se déplacer de l'établissement où elles travaillent, et représente une expérience d'un modèle éducatif qui pourra, selon les résultats obtenus, être étendue à d'autres niveaux des études d'infirmières.

La méthode employée consiste à analyser le processus administratif appliqué à l'étape de planification déjà menée à bien, et à indiquer les résultats obtenus jusqu'à présent.

Tecnología apropiada en salud implica un enfoque sistemático que permita establecer las relaciones entre el estilo de vida individual, el comportamiento comunitario, los factores sociales y del medio ambiente, incluyendo las características propias de un sistema de salud y de los servicios de salud con las posibles soluciones de un problema de salud comunitaria.

*Tomado de Informe Final, Grupo de Trabajo sobre
Tecnologías Apropriadas para la Atención
Primaria Materno infantil.*

El futuro de la enfermería en América Latina

LIBIA VICTORIA CEREZO,¹ CAROLYN JONES² Y
LILLIAN GIBBONS³

INTRODUCCION

Hablar del futuro de enfermería en un sentido básico implica el plantear una predicción científica tentativa del desarrollo de una profesión y, como tal, exige el empleo de medios científicos y premisas pertenecientes a una o más ciencias, a fin de lograr generalizaciones fundamentadas y contrastables. Como expresa Bunge al referirse a la predicción científica:

“[Se trata de] un trabajo que se realiza con el máximo de racionalidad, puesto que es una conclusión de premisas explícitamente enunciadas, y con datos que han sido recogidos, o mejor educidos, con la ayuda de medios confiables, a la vez empíricos y conceptuales, y que están abiertos al examen crítico” (1).

Desde el punto de vista contextual, proyectamos nuestro trabajo partiendo de una visión retrospectiva del desarrollo de los sectores de salud y formación del personal de enfermería en América Latina, hacia los cambios fundamentales que se preven para comienzos del siglo XXI en los modelos de atención del proceso salud-enfermedad y los de formación de personal para el sector. El enfocar el tema con esa perspectiva nos dará mayor posibilidad de lograr respuestas cohe-

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

²Asesora Regional en Educación en Enfermería, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS, Washington, D.C.

³Asesora Regional en Enfermería, División de Servicios Integrados de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

rentes en relación con las premisas que sustentamos, los cambios que se propugnan, las acciones que debe cumplir la enfermería como profesión en el seno de la comunidad y en los servicios de salud, la formación y capacitación del personal y la producción de nuevos conocimientos; ya que todo ello en su conjunto determinará que la función de la enfermería esté a la altura de su compromiso con la sociedad de la cual forma parte.

LA POLITICA DE SALUD

En 1961 surgió en las Américas el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, en el marco de la Carta de Punta del Este, el cual reconocía el siguiente cuerpo doctrinario y operativo:

“Teniendo presente las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar . . . [recomienda] a los gobiernos las siguientes medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades, y la defensa y recuperación de la salud:

- a. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
- b. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación, con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, para la correspondiente coordinación.
- c. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.
- d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:
 - 1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión;
 - 2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y
 - 3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios.
- e. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.
- f. Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en

la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros.

g. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica para la prevención y el tratamiento de las enfermedades" (2).

Posteriormente, en 1972, en base a la experiencia alcanzada en el decenio anterior, se elaboró el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980, teniendo como enunciado básico el que "la salud es para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a que pertenece, un medio", y proclamando además "la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos", y que "en consecuencia, la atención de la salud es un derecho de la población y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos" (3).

En la aplicación de los postulados de este Plan, surgieron áreas a las cuales se ha dado especial énfasis, entre ellas los servicios comunitarios de salud y participación de la población, y la extensión de la cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

En el área de servicios comunitarios de salud y participación de la población, se ha reconocido que "el ser humano, como miembro de la sociedad, debe ser visto en su doble carácter en relación con las acciones de salud: es objeto fundamental y, a la vez, protagonista de ellas (4). Este concepto ha recibido el apoyo y aprobación de los países y los organismos de carácter mundial y regional, como se refleja en las decisiones adoptadas por la 23ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA23.61 (5), el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 51ª Reunión y la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Resolución XXII), en que se puso de relieve la importancia de la participación de la comunidad como un elemento esencial en el éxito de cualquier política de salud, y se reconoció que sin esa participación los servicios de salud no estarían en condiciones de responder a las necesidades cambiantes de la sociedad (6).

En lo que atañe a la extensión de la cobertura con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, debemos precisar que fue este el tema central de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (septiembre de 1977), cuyo informe final constituyó la contribución de esta Región a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud que en forma conjunta fue convocada por la OMS y el UNICEF y que se realizó en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978 (7).

En las conclusiones de la IV Reunión Especial de Ministros de

Salud, se definieron ciertos principios que constituyen la base de las políticas que se están aplicando, en mayor o menor grado, en los países latinoamericanos, a saber:

“La salud es un derecho esencial del hombre. El hombre, a su vez, es sujeto y objeto del desarrollo socioeconómico. En consecuencia, los planes de atención a la salud deben ser parte integrante de los planes nacionales de desarrollo . . .

“La cobertura de servicios de salud debe tener las características de universalidad, accesibilidad . . . y continuidad. Las estrategias deben diseñarse y ejecutarse de acuerdo con las realidades políticas, socioeconómicas y culturales de cada país . . .

“La atención primaria de salud y la participación de la comunidad son valiosas estrategias para acelerar el proceso de extensión de la cobertura . . .

“La participación de la comunidad ha demostrado ser un elemento esencial para la realización de programas de beneficio colectivo, pero para que la participación sea efectiva, debe estar comprometida en todas las etapas del proceso administrativo, desde la determinación de prioridades hasta la producción y entrega de servicios. La participación de la comunidad adquiere así las características de activa, consciente, deliberada, responsable, organizada y permanente” (8).

LA PRACTICA DE SALUD Y LA FORMACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

Hasta 1950, los servicios de salud mantuvieron su estructura polarizada en función de la atención curativa que se cumplía en los hospitales, al margen de las campañas verticales de erradicación y control de las enfermedades transmisibles. En estas condiciones, el tipo y características del personal de enfermería, en su formación y en el trabajo, obedecían a las necesidades básicas de los centros hospitalarios y estaban en dependencia directa a la concepción hegemónica que mantenía el médico con respecto a lo que debían ser la atención de la salud, la organización de los servicios y el desarrollo de las especialidades (9-10).

En el decenio de 1960, con el influjo de las resoluciones y recomendaciones que surgieron de la Reunión de Punta del Este, la atención a la salud en los países latinoamericanos, recibió, como expresara Horwitz:

“el espaldarazo consagratorio”. . . [y continúa diciendo] “los trabajadores de la salud deben cohesionarse, suplementar sus técnicas con conocimientos

de mayor universalidad y prepararse para una obra de largo aliento. La pendiente es larga y escarpada. Al final de la senda brilla una luz que será vivida cuando todos se convenzan de que hay verdades olvidadas y que toda una grande obra se abre para quienes, con el viejo romano, estén de acuerdo en que el hombre es sagrado para el hombre" (11).

Para responder a la doctrina sanitaria emergente de carácter integralista en su propia área (promoción, prevención primaria, secundaria y rehabilitación) y con las áreas dependientes de la instancia económico-social, la estructura de los servicios tuvo que modificarse progresivamente y ampliar su radio de acción, manteniendo como premisa central la integración y la coordinación, y como instrumentos de trabajo la programación, la organización y la administración, la investigación científica, y la correspondiente formación de personal. La explicitación del marco teórico y la aplicación de nuevos métodos de análisis y ejecución de los programas de salud sirvió en buena medida a la definición de problemas estructurales básicos en la organización de los servicios de salud, que se encontraban encubiertos por formas de trabajo obsoletas para el momento histórico que vivían los países, tanto en su propia dinámica como en su interrelación con los otros países y regiones del mundo.

La estructura de personal de salud, la composición de los grupos de trabajo, las funciones y los niveles de articulación entre los especialistas y profesionales con el personal técnico y auxiliar, han estado influidos por los métodos de planificación que se utilizan en los países latinoamericanos. Es así como se estableció que la estimación de las necesidades de personal debe surgir de la demanda de los servicios y de la utilización de los mismos por la comunidad. En este sentido se realizaron varios estudios en distintos países latinoamericanos (Colombia, Perú, Argentina, Chile, Cuba) que indudablemente abrieron nuevos enfoques para la determinación de las necesidades de recursos humanos y la definición del tipo de programa y cursos que se debían cumplir para lograr su adecuada formación.

En enfermería, fueron numerosos los estudios efectuados y los cambios introducidos en el cumplimiento de sus funciones en los servicios de salud, en su relación con la comunidad, en su interrelación con otro personal, al igual que en las escuelas y centros de formación de personal. Entre los estudios de los últimos 15 años, y que reflejan muy bien los principios teórico-metodológicos empleados, podemos mencionar el relativo a las escuelas de enfermería en el área

del Caribe (12), que dio lugar a recomendaciones básicas para la planificación del futuro.

En noviembre de 1968 tuvo lugar en la Sede de la OPS la Primera Reunión del Comité Técnico Asesor de Enfermería, en la cual se analizaron aspectos relacionados con el sistema de personal de enfermería, utilización de personal de enfermería, planeamiento e investigación y publicaciones, y se formularon una serie de recomendaciones. Entre otras medidas, se recomendó que la Organización Panamericana de la Salud:

“1. Estimule a los países de la Región a establecer y a desarrollar tres niveles o categorías de personal de enfermería:

a. *Nivel superior.* Comprende enfermeras de nivel universitario capaces de proporcionar atención de enfermería de alta calidad a individuos y a comunidades; de orientar a personal de enfermería con menos conocimientos, y de continuar su propia preparación para asumir responsabilidades docentes y administrativas más amplias. La preparación académica necesaria para el adiestramiento a este nivel debe ser semejante en todos los países a fin de facilitar el intercambio de personal, especialmente para fines de educación superior.

b. *Nivel intermedio.* En este nivel se prevé una considerable diversidad, ya que puede incluir enfermeras con menor preparación que la de enfermeras a nivel superior, o personal auxiliar con una preparación más amplia que las auxiliares a nivel básico. Este grupo proporcionará a los pacientes o a las comunidades la mayor parte del cuidado directo de enfermería.

c. *Nivel básico.* Se incluye en este nivel a las auxiliares que no reúnen las condiciones de educación o los requisitos personales para ser enfermeras y que han obtenido una limitada formación en cursos ofrecidos en la institución donde prestan sus servicios o en una institución docente. Se puede prever que este personal asumirá funciones similares y comparables en todos los países, y que estará capacitado para desempeñar funciones sencillas relacionadas con el cuidado del paciente y la medicina preventiva, así como tareas administrativas, bajo la dirección de una supervisora con mayores conocimientos y experiencia. Este sistema tiene la ventaja de ser simple y económico: no solo reduce el número de niveles al mínimo sino que también permite a cada país una mayor amplitud en cuanto al establecimiento de normas.

2. Estimule a las personas encargadas de la planificación local, regional y nacional de los servicios de enfermería y de enseñanza en cada país a elaborar planes para un sistema completo de enfermería, así como determinar el personal que se requiere en cada categoría, su ubicación y utilización” (13).

En 1971, se realizó un amplio análisis de la enseñanza de enfermería, que culminó con un seminario regional en Puerto España,

Trinidad, en septiembre, que permitió precisar el concepto de liderazgo en enfermería, la planificación de salud y los requerimientos de enfermería, el impacto de los cursos y la planificación futura (14). En esta misma época se realizaron varios estudios y seminarios orientados a lograr una mejor definición de los problemas y soluciones plausibles en la administración de los servicios de enfermería, tanto a nivel hospitalario como en los centros periféricos (15). En 1973, 1974 y 1975 distintos grupos de enfermeras docentes y de servicio, con la colaboración de la OPS, trabajaron en la proyección de la enseñanza de enfermería y la reforma de la educación media en América Latina, y definieron las características, conceptos y principios del programa, las estrategias de la enseñanza, y los factores y etapas en la planificación del programa, completándose de esta manera los estudios efectuados sobre la enseñanza de enfermería a nivel universitario (16, 17).

En los últimos tres años se plantearon dos nuevos aspectos en el proceso de desarrollo de enfermería: la salud de la comunidad y la atención primaria. Las propuestas de cambio y las medidas que deben optarse en el futuro a este respecto fueron recogidas en documentos publicados por la OMS y la OPS (18, 19).

EL FUTURO DE LA ENFERMERIA

Si partimos de la interpretación de que enfermería, como práctica, es una de las áreas más importantes en la atención de la salud, que se cumple en diferentes niveles de los servicios, en la propia comunidad y en la toma de decisiones en el aparato estatal, nos encontramos que su desarrollo futuro está íntimamente ligado a las transformaciones del proceso de producción económica de cada país. Esto significa que existe un espacio fuera del alcance de la propia acción de enfermería y en el que entran en juego otras causas y efectos de orden económico-social y político.

Frente a la situación planteada, surge una primera consideración en el quehacer futuro de enfermería, cual es el trabajar con nuevos modelos de interpretación de la realidad cambiante de los países latinoamericanos. Estos modelos deberán utilizarse no como fórmulas preestablecidas, sino por el contrario, tendrán que surgir, elaborarse y aplicar con criterios objetivos y ser interpretados como un proceso dinámico de diferente magnitud y alcance, y que necesitan para su

abordaje del aporte teórico-metodológico de la economía política, las ciencias sociales, las ciencias de la educación y la psicología social. En estas condiciones, los modelos de interpretación y transformación de la realidad, tendrán su propio aspecto, su ritmo y su temporalidad específica. La aplicación de estos modelos, a la vez que permitirá modificar las características de la atención a la salud, determinará que la práctica de enfermería se oriente a acciones de promoción, prevención de la salud, recuperación y rehabilitación de la patología prevalente en la comunidad. Al mismo tiempo, en forma independiente o en coordinación con otras profesiones, se proyectará cada vez con más énfasis a la función de colaboración y apoyo para que el individuo, la familia y, sobre todo, la comunidad, se organice y participe consciente y activamente a fin de lograr el desarrollo económico-social y la solución de los problemas de salud.

Para cumplir con los nuevos cometidos, la enfermería, como profesión, tendrá que coordinar e integrar sus acciones con otras profesiones, no solo del sector salud sino también de los sectores económico, social y educacional. Solo de esta manera será posible que enfermería se sitúe como el eje de actualización del sistema de salud y entre este y la comunidad.

La consideración de la salud como un derecho y como un bien del cual el hombre es responsable, presenta implicaciones para el futuro de enfermería, especialmente al establecer relaciones con la comunidad, con la familia y el individuo. La tendencia a desarrollar actividades paternalistas de parte de los profesionales de salud, y a asumir actitudes dependientes y conformistas de parte de la comunidad, se cambiarán por la tendencia hacia el ejercicio de una responsabilidad mutua y compartida conscientemente frente a los problemas de salud. En consecuencia, le tocará a enfermería impulsar en los sistemas de salud los esfuerzos por desarrollar mecanismos y promover acciones de real participación de la comunidad en la atención de salud.

Orientados los servicios con este concepto, la enfermería y las demás profesiones que trabajan en el campo de la salud están llamadas a enfocar sus acciones para atender la salud en forma integral, y en una extensión tal que sobrepasará los límites de su ejercicio, para reconocer el concurso de grupos ocupacionales que pertenecen a otros sectores sociales.

La enfermería tendrá que discutir y programar sus acciones no solamente dentro de su campo de trabajo, sino en un ámbito más

amplio. Para ello habrá de tener una clara definición de la función que le corresponde en las áreas de su propia competencia, y en aquellas en las cuales debe colaborar, coparticipar y aún coordinar para que se desarrollen en beneficio de la comunidad.

Las anotaciones antes precisadas, sin embargo, no deben ser obstáculos para que la enfermería, como profesión, continúe su evolución y profundización en el manejo de conocimientos y técnicas que permitan el adecuado diagnóstico, tratamiento y referencia de pacientes que le competa en su trabajo en las distintas áreas de la atención clínica y especializada, y que son consustanciales al sistema regionalizado de salud. Esto, a su vez, conlleva la idea de que el conocimiento y manejo de las técnicas de diagnóstico y tratamiento no serán privativas de una sola profesión — médico o enfermera — sino que deberá ser compartido por la totalidad del equipo de salud, la que facilitaría la aprobación y utilización del conocimiento por la comunidad.

En cuanto a la formación de la enfermera del futuro, podemos decir que con la consolidación y el progresivo desarrollo de los servicios de salud y de atención a la comunidad, el personal tendrá que capacitarse con una nueva perspectiva que abarque todos los aspectos de la vida humana: económico, social, biológico, cultural, psicológico y político; es decir, llegar a la formación omnilateral.

La aplicación de estos conceptos demandará importantes cambios en la enseñanza y en la práctica de la enfermería, que podrían basarse en las siguientes premisas:

- 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 del 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.

Si se llevan a la práctica las premisas propuestas, se lograría que la educación en enfermería que se imparta en las escuelas guarde relación con las necesidades actuales y previsibles de salud de la comunidad. El personal de enfermería, al igual que otros trabajadores de salud, estará capacitado para comprender mejor los problemas, formular juicios, adoptar una decisión, y continuar aprendiendo toda su vida y tendrá la posibilidad de prestar entonces un mejor servicio a la sociedad, tanto cuando egrese de las aulas como 30 años después.

RESUMEN

Las autoras abordan el tema con una visión retrospectiva de los conceptos de desarrollo económico-social, la política de salud generada en los últimos 25 años y las características más sobresalientes de la práctica de salud y la formación del personal de enfermería.

Interpretan los hechos ocurridos en el campo de la salud y los distintos enfoques que han venido aplicándose para lograr la extensión de la cobertura de los servicios de salud en los países de la América Latina con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

Por último, plantean algunas consideraciones sobre el futuro de la enfermería, centralizando su esfuerzo en la visión integral de la profesión como práctica profesional y social, luego de lo cual elaboran una serie de planteamientos que pueden servir de base para la formación del personal de enfermería que se necesitará para servir adecuadamente a la sociedad. x7

REFERENCIAS

- (1) Bunge, M. *Teoría y realidad*. Ed. Ariel, Barcelona, 1972, Pág. 273.
 - (2) Organización de los Estados Americanos. *Carta de Punta del Este*. Resolución A.2. (Uruguay, 1961). Documento OEA/Ser. H/XII, Rev. 2, Washington, D.C., 1967.
 - (3) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* (Chile, 1972). Documento Oficial No. 118, Washington, D.C., 1973. Pág. 4.
 - (4) Organización Panamericana de la Salud. *Servicios comunitarios de la salud y participación de la población—Discusiones Técnicas, XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS*. Publicación Científica No. 289, Washington, D.C., 1974.
 - (5) Organización Mundial de la Salud. *23ª Asamblea Mundial de la Salud y 51ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS*. Actas Oficiales Nos. 184 y 206, Ginebra, 1970 y 1973, respectivamente.
 - (6) Organización Panamericana de la Salud. *XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS*. Documento Oficial No. 127, Washington, D.C., 1974. Págs. 22-23.
 - (7) OMS/UNICEF. *Atención primaria de salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (Alma-Ata, 1978). Ginebra, Nueva York, 1978.
 - (8) Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final y Documento de Referencia*. Documento Oficial No. 155, Washington, D.C., 1978.
 - (9) Arnstein, M. ¿Cuál es el tipo de enfermera que necesitamos? *Bol Of Sanit Panam* 29(7):750-757, 1950.
 - (10) Chagas, A. La educación de enfermeras en la América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 32(1):48-57, 1952.
 - (11) Horwitz, A. La Organización Panamericana de la Salud y la Carta de Punta del Este. *Bol Of Sanit Panam* 51(5):472, 1961.
 - (12) Organización Panamericana de la Salud. *Survey of Schools of Nursing in the Caribbean Area*. Informes sobre Enfermería No. 6. Washington, D.C., 1966.
 - (13) Organización Panamericana de la Salud. *Comité Técnico Asesor en Enfermería*. Publicación Científica No. 180, Washington, D.C., 1969.
 - (14) Organización Panamericana de la Salud. *Nursing Education*. Informes sobre Enfermería No. 15. Washington, D.C., 1972.
 - (15) Organización Panamericana de la Salud. *Seminario sobre Administración de Servicios de Atención de Enfermería Hospitalaria*. Informes de Enfermería No. 16. Washington, D.C., 1972.
 - (16) Organización Panamericana de la Salud. *Enseñanza de enfermería integrada a la educación media*. Publicación Científica No. 274. Washington, D.C., 1973.
 - (17) Organización Panamericana de la Salud. *Seminario sobre Enseñanza de Enfermería a Nivel Universitario*. Publicación Científica No. 259. Washington, D.C., 1973.
 - (18) Organización Mundial de la Salud. *Enfermería y salud de la comunidad*. Serie de Informes Técnicos No. 558, Ginebra, 1974.
 - (19) Organización Panamericana de la Salud. *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Publicación Científica No. 348. Washington, D.C., 1977.
-

THE FUTURE OF NURSING IN LATIN AMERICA (*Summary*)

The authors take up the subject with a retrospective review of the concepts of economic and social development, the health policy that has emerged in the last 25 years, and the salient characteristics of health practices and the training of nursing personnel.

They interpret development in the health field and various approaches to the extension of the health services coverage that have been taken in the countries of Latin America through implementation of the strategies of primary care and community participation.

Finally, they present several considerations on the future of nursing, with emphasis on a comprehensive view of the profession as an occupation and a social practice, after which they formulate a series of propositions that can serve as a basis for the training of the nursing personnel that will be needed to serve society adequately.

O FUTURO ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA (*Resumo*)

O tema é abordado por meio de uma visão retrospectiva dos conceitos de desenvolvimento econômico e social, da política de saúde formulada durante os últimos 25 anos e das características mais salientes da prática de saúde e da formação de pessoal de enfermagem.

As autoras interpretam os eventos ocorridos no campo da saúde e os diferentes critérios que têm sido aplicados para conseguir estender a cobertura dos serviços de saúde nos países da América Latina mediante as estratégias de atenção primária e participação da comunidade.

Ao final do artigo, formulam considerações sobre o futuro da enfermagem, centralizando sua análise na visão integral dessa atividade como prática profissional e social, e a seguir oferecem uma série de sugestões que podem servir de base para a formação do pessoal de enfermagem que será necessário para servir adequadamente a sociedade.

L'AVENIR DU PERSONNEL INFIRMIER EN AMÉRIQUE LATINE (*Résumé*)

Les auteurs abordent ce thème en faisant un premier bilan de l'évolution des notions de développement économique et social et de la politique de santé telle qu'elle est apparue au cours des 25 dernières années, et retracent les caractéristiques les plus saillantes de la pratique des métiers de la santé et de la formation du personnel infirmier.

Elles interprètent les faits intervenus dans le domaine de la santé et les diverses conceptions appliquées en vue d'étendre la couverture des services de santé dans les pays d'Amérique latine grâce aux soins de santé primaires et à la participation de la communauté.

Enfin, elles présentent quelques réflexions sur l'avenir du personnel infirmier, en s'attachant plus particulièrement à une vision d'ensemble de la profession en tant que pratique professionnelle et sociale; après quoi elles élaborent une série d'hypothèses qui pourraient servir de base à la formation du personnel infirmier qui sera nécessaire afin de servir comme il convient la société.

Comentarios

INDEXED

FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS PAISES DEL PACTO ANDINO

Maricel Manfredi¹

En 1969 se firmó en Bogotá, Colombia, el Acuerdo de Cartagena, por el que cinco naciones, con base en los principios de amistad y ayuda mutua, integraron sus esfuerzos con el objeto de promover su desarrollo equilibrado y armónico, procurando un mejoramiento constante del nivel de vida de los habitantes de la Subregión Andina. En 1973, Venezuela se incorporó en el Pacto Andino, y en 1975 se retiró Chile, quedando definitivamente el Pacto conformado por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, países con características similares de idioma, condiciones socioeconómicas y problemática de salud.

Por otra parte, en 1971, los Ministros de Salud de la subregión, considerando que la salud es parte determinante del desarrollo de los pueblos, suscribieron el Convenio Hipólito Unanue, con el objeto de "mejorar la salud humana" de los países del Pacto, a través de las acciones coordinadas de los países participantes.

En la actualidad se están haciendo algunos intentos para determinar las necesidades de formación del personal de salud, en sus diferentes niveles, que colabore en la solución de la problemática de salud, pero a pesar de las buenas intenciones de los países, aún no se ha involucrado a enfermería como un recurso indispensable que haga factible el logro de los propósitos enunciados.

En varios artículos de esta Antología se han revisado diferentes enfoques en la formación del recurso humano de enfermería de los países de la Subregión Andina, con el fin de contribuir a forjar nuevos horizontes y perspectivas dentro de la educación de enfermería latinoamericana. A continuación presentamos un breve análisis de la educación en enfermería en los países del Pacto Andino.

En los países de la Subregión Andina, la enfermera viene adquiriendo cada vez más el reconocimiento que como profesional se merece. Esto se debe, en parte, a que la profesión ha comprendido la necesidad de hacer

¹Asesora en Educación en Enfermería, Area IV, OPS/OMS, Lima, Perú.

ajustes dentro de la práctica y la educación, de acuerdo con la actual política de salud de extensión de la cobertura de los servicios, utilizando la estrategia de atención primaria.

Existe también un reconocimiento por parte de otros profesionales de la salud y del público en general, del papel de la enfermera como coordinadora de acciones de salud en la comunidad y con ella, y a nivel clínico, de la responsabilidad que tiene en el cuidado del paciente y en la evaluación de la calidad de los servicios prestados.

Consciente de estas nuevas necesidades, enfermería ha venido analizando las funciones que le corresponde desempeñar e incorporando otras actividades a su práctica, como son: la valorización integral de la salud de individuos y comunidades; la atención de problemas de salud que están en el ámbito de su competencia; la atención integral de la madre y el niño; la realización de acciones de vigilancia epidemiológica; el seguimiento de condiciones estabilizadas y la educación de individuos y grupos para el autocuidado; además de funciones más ligadas al apoyo de atención primaria, tales como las dirigidas al desarrollo comunal, participación comunitaria, medio ambiente y el establecimiento de infraestructuras para lograr dicho apoyo.

Otro aspecto importante es la transformación del papel de la mujer frente a una sociedad de características eminentemente masculinas. En los últimos años se ha estimulado la promulgación de leyes que favorecen los derechos de la mujer, que ha ido adquiriendo una mayor participación en el proceso de desarrollo socioeconómico de los países y un mayor aprovechamiento de las oportunidades de educación a nivel medio y superior. Aunque esta promoción es halagadora, la mujer aún no ha adquirido el suficiente poder social y político para que los derechos adquiridos se extiendan a la mayoría de las mujeres que viven en la Subregión Andina.

Debe mencionarse asimismo el uso que enfermería ha hecho de los continuos avances científicos y tecnológicos, lo que le ha permitido integrar aspectos de la ciencia en general en un todo funcional acorde con las acciones que le corresponde desempeñar en el campo de la salud. Aunque la investigación en enfermería aún es incipiente, se viene estimulando a fin de proveer evidencia empírica que permita explicar y mejorar la práctica y la educación.

En este contexto, y siguiendo las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas, se ha estimulado la formación y capacitación de enfermeras. Se han utilizado estrategias diferentes, como la incorporación de enfermería dentro de la enseñanza media con programas de bachillerato diversificado (como es el caso de Venezuela o el bachillerato profesional de salud en el Perú), el establecimiento de programas escalonados (en Colombia, Ecuador y Bolivia), la creación de nuevas escuelas o programas de enfermería (en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), así como la mayor utilización de las escuelas existentes. Aunque algunos países—como Perú que

con su producción de aproximadamente 1,000 enfermeras al año—están alcanzando las metas propuestas, las cifras, en general, no son halagadoras para otros, y el incremento en la formación de enfermeras debe recibir prioridad en el futuro.

Los currículos de enfermería han venido sufriendo cambios trascendentales—más marcadamente a partir del decenio de 1960—a fin de preparar a la enfermera según la realidad de cada país y teniendo en cuenta las nuevas tendencias en la prestación de servicios de salud. Los cambios se han producido tanto en la estructura de los programas como en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La nueva forma de concebir este proceso, partiendo de una realidad concreta, ha puesto de manifiesto la necesidad de propiciar una participación conjunta de los sectores de educación y de servicio en el planteamiento, desarrollo y evaluación del currículo. Esta integración docente-asistencial significa que “los docentes son incorporados al servicio para enseñar lo que dominan teórica y aplicativamente, y el personal de servicio es integrado a la docencia como medio para mejorar el proceso educativo así como la atención prestada”. Asimismo, “la participación activa y racional de la comunidad como sujeto de la atención mediante sus elementos representativos debe caracterizar a la integración docente-asistencial, para que no sea considerada solo como un objeto de servicio ni solo como un medio en la formación de futuras enfermeras”.²

Es así como se han intentado varias estrategias para dicha integración a través del establecimiento de comités de ambos sectores, la vinculación de enfermeras de servicio a la enseñanza, la realización de programas conjuntos y la participación en ellos de profesores y estudiantes.

Con las reformas educativas que se suceden paulatinamente en los países, muchos programas que habían estado enclaustrados dentro de instituciones hospitalarias han pasado a formar parte del sistema educativo a nivel medio o universitario. En este último nivel, enfermería empieza a adquirir autonomía como programa, es decir ya no está bajo la tutela de una facultad de medicina sino que forma parte directa de la estructura universitaria como facultad o como componente de divisiones o departamentos de ciencias de la salud.

La orientación curricular en el nivel de formación básica en su primera etapa hace énfasis en la integración de la salud pública en cada una de las áreas clínicas y posteriormente en la necesidad de utilizar estas áreas en todos los niveles de los servicios de salud y no solo en los hospitales universitarios. Hacia el final de la carrera, el área de salud pública y comunitaria se intensifica, e incluso se han establecido en los países los internados obligatorios o el año de servicio rural. Por ejemplo, en el Perú, donde se

²Primer Informe de las Jornadas sobre Tendencias en el Diseño Curricular. Programa Académico de Enfermería, Universidad de San Marcos, Lima, 1977.

denomina a esta modalidad "Servicio Civil de Graduandos", unas 4,000 enfermeras han cumplido este programa desde que se estableció en 1945, pudiendo decirse que la profesión de enfermería es la que más se ha visto representada en los servicios de salud en las áreas más remotas del país.

A medida que el concepto de extensión de la cobertura ha avanzado de una concepción puramente teórica y numérica a un nuevo enfoque de atención primaria de salud, que estimula la asistencia sanitaria básica de la población con la plena participación de la misma, los profesionales de salud se ven abocados a revisar sus funciones y adecuarlas dentro de estas nuevas concepciones de prestación de servicios.

Este mismo concepto ha servido como punto de partida para la preparación de la auxiliar de enfermería, que ha adoptado diferentes modalidades en cada país de acuerdo con las condiciones locales y las metas establecidas.

Se reconoce en la Subregión Andina, como en toda la América Latina, la necesidad de preparar líderes a través de programas de graduados en el campo de la educación y del servicio, que pudieran contribuir a elevar el nivel académico de los programas, al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y de enfermería, al enriquecimiento del conocimiento e incorporación de nuevas prácticas a través de la investigación, así como a servir de agentes multiplicadores dentro del panorama de enfermería latinoamericana.

Los programas de graduados dieron comienzo en Colombia en 1964, ofreciendo oportunidades a las enfermeras latinoamericanas de participar en cursos avanzados en áreas específicas de enfermería en su propio idioma y dentro de un contexto social similar al de sus propios países. Estos programas se iniciaron con enfoques diferentes: en la Universidad del Valle (Cali) se orientaron hacia la formación especializada en un área de enfermería, mientras que en la Universidad Nacional (Bogotá) estuvieron orientados hacia la formación en áreas de administración y docencia. Vale la pena destacar los cursos posbásicos que de 1971 a 1975 ofreció el Centro de Educación de Enfermería Materno-infantil, con la cooperación de la OPS/OMS, en la Universidad del Valle, en los que 226 enfermeras latinoamericanas recibieron adiestramiento. Estos cursos de posgrado fueron más tarde ampliados en la misma Universidad a la preparación de enfermeras en el área de cuidado ambulatorio del adulto y del niño. Otros centros de Colombia (Escuela de Salud Pública) Bolivia y Perú han venido ofreciendo preparación posbásica y de posgrado para enfermeras en salud pública, administración y educación.

La consolidación de las nuevas orientaciones curriculares, la integración docente-asistencial y el estímulo para el incremento de programas de graduados y de educación continua debe ser otra de las metas futuras en la educación de enfermería en la Subregión Andina, a fin de contribuir al fortalecimiento de la práctica y la educación en enfermería.

De las experiencias presentadas puede apreciarse que los países del Pacto Andino, a pesar de su similitud histórica, cultural y ecológica han enfocado la educación en enfermería en forma diversa, de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno. Si bien estos esfuerzos son significativos, debemos reconocer que representan soluciones parciales a la problemática de enfermería, que deberá ser abordada con energía por los diferentes componentes de la profesión: docencia, servicio y gremio.

Las experiencias constituyen una pequeña muestra de las múltiples realizadas, pero creemos que los trabajos presentados constituyen el inicio de un empeño por dar a conocer lo realizado, utilizando los medios de divulgación que permitan el intercambio de experiencias entre los países latinoamericanos en la readecuación de sus sistemas educativos en enfermería.

INDEXED

EDUCACION PARA LA FUNCION AMPLIADA DE LA ENFERMERIA: PERSPECTIVAS EN LOS PAISES DE HABLA INGLESA DEL CARIBE

Mary J. Seivwright³

Las deficiencias que se observan en los países de habla inglesa del Caribe con respecto a las instalaciones y servicios de salud para atender a la población desatendida o insuficientemente servida, seguramente se agravarán antes de que puedan subsanarse, a medida que la economía subregional se sienta cada vez más presionada por los serios problemas derivados de la inestabilidad económica mundial.

La situación relativa al desarrollo de los recursos humanos, por su parte, probablemente tampoco mejorará mucho en un futuro cercano, ya que por razones económicas, sociales y políticas se produce en estos países un importante éxodo del personal de salud bien capacitado. Estos mismos factores contribuyen también a que el personal que actualmente reside en el extranjero se sienta poco atraído por la idea de regresar a su país de origen. Sin embargo, la población sigue abrigando la esperanza de recibir la atención de salud que necesita, y es en este contexto en el que debe considerarse la función ampliada de la enfermería, que ya se ha convertido en un imperativo.⁴

Pero ¿qué significa esta función ampliada de la enfermería? Consideramos que supone una expansión tanto en lo que se refiere a las funciones propias de enfermería como a las de medicina. No se trata de producir "semimédicos", "ayudantes médicos", ni una "prolongación del médico".

³Directora, Enseñanza Superior de Enfermería, Universidad de las Indias Occidentales, Mona, Jamaica.

⁴Véase al respecto la Publicación Científica de la OPS 348, *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Washington, D.C., 1977.

La función ampliada debe formar parte de una transformación del tipo y enfoque de los sistemas de prestación de servicios de salud que implique la consecuente revisión y modificación de las funciones del personal de salud tradicional y la necesidad de crear nuevas categorías de trabajadores de salud. En ese sentido, la función ampliada supone un proceso de desarrollo continuo que responda a las necesidades variables de atención de la salud de las sociedades. No se trata simplemente de una actividad provisional encaminada a resolver la escasez de médicos, aunque este problema es de gran importancia; de ser así, lógicamente una vez remediada esa escasez la función ampliada de la enfermera resultaría supérflua. Pero este no es ni puede ser el futuro de la función ampliada; por el contrario, la necesidad de disponer de enfermeras que desempeñen esa función aumentará a medida que se haga más palpable su contribución a la atención de la salud.

Las diversas formas que puede asumir la ampliación de la función de la enfermera ya han sido señaladas repetidas veces, por lo que no las mencionaremos aquí. Pero sí conviene recordar que la función ampliada puede relacionarse con uno o con los tres niveles identificados de atención de la salud (primario, secundario o terciario) e incluir tanto los aspectos funcionales como los clínicos de la enfermería.

A continuación nos referiremos a la función ampliada de la enfermera en la atención primaria de salud y en el aspecto clínico de la enfermería, partiendo de la base del programa que al respecto se lleva a cabo en Jamaica ("Nurse Practitioner⁵ Program").

La filosofía de este programa se basa en el principio de que la atención de salud adecuada es un derecho humano fundamental, no un privilegio. Esta atención debe estar al alcance del individuo en el momento en que la necesite, independientemente de las posibilidades que tenga de pagar por el servicio que recibe. El sistema de atención de la salud debe reflejar el valor inherente de la vida humana y la dignidad del individuo. El buen estado de salud de todos los hombres, mujeres y niños es una valiosa meta nacional, y el progreso social y económico de cualquier país está en relación directa con las condiciones de salud de la población.

Por eso, el programa tiene la finalidad de desarrollar actividades que permitan formar enfermeras profesionales de categoría superior capaces de asumir responsabilidades clínicas mayores en los servicios de salud y, de esta manera, ofrecer una mejor atención de salud en cantidad y calidad. Concretamente, se trata de capacitar enfermeras-obstetricas experimentadas, con una formación avanzada en medicina y enfermería que les permita hacer frente a una mayor diversidad de necesidades de salud de las familias (enfermas o sanas) en distintas instituciones y ambientes de salud. Su misión se concentra

⁵En varios países de América Latina se denomina "enfermera experta clínica" a esta profesional, la cual desempeña sus labores en diversas especialidades, tales como cuidado ambulatorio del adulto, maternoinfantil, pediatría y salud mental.

en la atención primaria, en especial en las comunidades rurales y otros sectores subatendidos de la población. La capacitación se basa en los conocimientos teóricos y prácticos reconocidos, pero debe ajustarse rigurosamente a las necesidades locales.

Esta enfermera debe ser una profesional de categoría superior que reúna los requisitos mínimos de la enfermera-obstetrix diplomada (en el caso del personal del sexo masculino se precisa una preparación posbásica que sustituya a la obstetricia) y posea por lo menos cinco años de práctica después de obtener el diploma en una especialidad clínica pertinente. Además, debe haber terminado un programa aprobado de capacitación y adiestramiento en una disciplina clínica seleccionada.

Esta profesional proporcionará una extensa atención de enfermería y tendrá funciones y atribuciones específicas de carácter médico, actuando de manera independiente con una delegación de autoridad bien definida. Deberá trabajar en asociación, consulta y colaboración por lo menos con un médico autorizado. Asimismo mantendrá relación y colaborará con otros colegas del campo de la enfermería, dependiendo directamente del empleador o la persona que lo presente.

Las enfermeras del Caribe encuadran bien en este marco conceptual, ya que tradicionalmente han demostrado una aptitud para ampliar su función y han aceptado la responsabilidad de diversos aspectos de la atención de la salud que van más allá del ámbito habitual de la enfermera. Es más, lo han hecho sin preparación adicional, reconocimiento, remuneración ni protección legal.

En vista de la creciente escasez de personal médico para atender a la mayoría de la población, en especial la de las zonas rurales y de los sectores superpoblados y marginales de los centros urbanos, hay que recurrir y adiestrar a las enfermeras para que asuman esta función ampliada. No debe considerarse que esta enfermera va a sustituir o a desplazar a ningún grupo del personal de salud sino que, por el contrario, complementará la labor de profesionales de salud que poseen una aptitud clínica de alto nivel y de los que hay una grave escasez. Está, pues, fuera de toda duda la necesidad de un personal de esta naturaleza.

La educación y el adiestramiento para desempeñar la función ampliada, como en todas las formas de enseñanza de enfermería, deben proporcionarse con el patrocinio de instituciones cuya finalidad principal sea la docencia. En los países de habla inglesa del Caribe no debe permitirse que la enseñanza de enfermería a este nivel se convierta en un programa más de adiestramiento durante el servicio, ni tampoco debe dejarse el control de estos programas en manos de los médicos o de otros profesionales, sean de salud o no. Estas enseñanzas deben permanecer bajo la supervisión administrativa de enfermeras destinadas a preparar otras para ejercer la función ampliada.

Los componentes principales de un programa de este tipo deben consistir en lo siguiente:

- Temas generales encaminados a ampliar los conocimientos teóricos y prácticos sobre comunicación, interacción social, solución de problemas científicos y otros.
- Ciencias afines complementarias, epidemiología, farmacología, anatomía, fisiología y microbiología.
- Temas de enfermería avanzada, tales como sensibilización y readaptación social a la nueva función; enfermería comunitaria, psiquiátrica y de salud mental; el proceso de la enfermería (determinación del estado de salud, diagnóstico, atención del paciente y evaluación), principios de administración y educación.
- Temas médicos, tales como semiología, investigación diagnóstica, prescripciones médica y atención del paciente, enseñados a un nivel equivalente al de una escuela de medicina.

De conformidad con el esquema general expuesto, el programa de estudios aplicado en Jamaica es el siguiente:

- Un plan de estudios básico de seis semanas, que consta de temas generales (inglés, sociología, psicología, introducción a los métodos de investigación), enfermería y temas afines (enfermería comunitaria, epidemiología farmacología, etc.), y temas de especialización comunes (anamnesis, examen físico y otros). Esta parte del plan de estudios es común para todo el grupo.
- Un plan de estudios de especialización bifurcado de 18 semanas, que consta de temas médicos pertinentes a cada subgrupo. (Durante estos seis meses queda terminado el contenido teórico del curso, junto con las demostraciones clínicas pertinentes.)
- Un internado de seis meses dividido en dos etapas de tres meses: la primera se lleva a cabo bajo la intensa orientación y supervisión de preceptores clínicos destinados al Área Incorporada de Kingston y sus inmediaciones, y en la segunda etapa se sitúa a la alumna interna en el lugar de su destino permanente (o en el más cercano posible), y la intervención de los preceptores es ya mucho menos estricta.

Las egresadas del programa deberán estar en condiciones de obtener y registrar historias clínicas completas; observar y analizar los signos y síntomas presentes; completar un examen físico general, incluida la determinación del desarrollo; evaluar los resultados clínicos; hacer diagnósticos médicos comunes y diferenciales (además de los de enfermería; practicar e interpretar pruebas y procedimientos de diagnóstico seleccionados; formular un plan de atención; prescribir, iniciar y aplicar el tratamiento oportuno y la atención médica del paciente (con arreglo a lo establecido por los protocolos acordados); hacer frente a las situaciones de emergencia y a las necesidades urgentes; enviar al médico los casos que requieren una asistencia fuera del alcance de la enfermera; consultar con un médico autorizado en caso de duda; evaluar la atención ofrecida y modificarla cuando sea procedente; efectuar visitas domiciliarias cuando lo requiera la observación ulterior del paciente, y actuar de consultora del personal de enfermería y otros trabajadores de salud.

También deberán estar preparadas para desempeñar las funciones que les corresponda en materia de administración, enseñanza, investigación y relaciones públicas. La preparación continua y la debida asignación de este personal de salud presenta un importante avance en la prestación de servicios de atención de la salud, por lo que su educación continua es de gran impor-

tancia y constituye una característica de la planificación del plan de estudios.

Por último, entre las repercusiones más evidentes de la ampliación de la función de la enfermera para la enseñanza básica de enfermería figuran las siguientes: requisitos académicos de más alto nivel para ingresar en las escuelas básicas; mejor formación en ciencias, especialmente las físicas y biológicas, para las aspirantes a la profesión de enfermería; exigencia de una mejor preparación al profesorado de enfermería, en particular en materia de conocimientos clínicos, y la iniciación de programas básicos para incorporar los conocimientos clínicos que servirán de base a los estudios avanzados.

SE JUBILA LA SRTA. CLAIRE HARLEY

Después de 29 años de servicio en la Organización Panamericana de la Salud, se jubiló el 30 de abril de 1979 la Srta. Claire Harley, Jefe de la Oficina de Publicaciones.

Su inquietud intelectual y su dominio de varios idiomas, así como su adiestramiento formal en escuelas de Suiza, las universidades de la Sorbona y Columbia, y en la Facultad de Economía en Rio de Janeiro, entre otras, la capacitaron en forma singular para su larga y fructífera carrera en la OPS. Comenzó sus labores como traductora al inglés, con la gran ventaja de conocer los cuatro idiomas oficiales de la Organización. En 1958 comenzó a dirigir la Unidad de Publicaciones Especiales—un buen preámbulo para el cargo que ocuparía al momento de jubilarse y desde donde se originó un amplio programa que a través del tiempo llegó a ser una de las actividades más importantes de la OPS.

Con un extraordinario sentido editorial y una especial sensibilidad para este tipo de trabajo, la Srta. Harley se esmeró por mantener el prestigio y mejorar el *Boletín de la OSP* e inició y fue editora del *PAHO Bulletin*. Siempre consciente de las prioridades y de la imagen de la Organización y del valor de las publicaciones como apoyo para sus programas, insistió constantemente en mantener el más alto nivel de calidad en la palabra impresa, aun en una época en que tiende a predominar el interés por la producción en masa, en deterioro del lenguaje. Este esfuerzo y criterio se vio reflejado en las publicaciones periódicas, las científicas, los documentos oficiales, el programa de cintas-fijas y las innovaciones en la distribución de todas ellas, resultado de la transformación de sus ideas en hechos reales.

Indudablemente se sentirá su ausencia—en especial por parte del personal bajo su dirección, que se ha beneficiado de sus conocimientos y experiencia—pero deja una base firme para todas las actividades futuras del programa de publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud.



Noticias

ANIVERSARIO DE LA FUNDACION W. K. KELLOGG

La Fundación W. K. Kellogg, de Battle Creek, Michigan, E.U.A., que durante medio siglo ha venido prestando apoyo a proyectos de salud y otros que tienen por objeto la aplicación de los conocimientos a la solución de problemas importantes de la población, celebra este año su 50^a Aniversario.

Como parte de las actividades conmemorativas, la Fundación ha concedido subvenciones a nueve organizaciones relacionadas con la salud y la agricultura en la América Latina, para una serie de conferencias o disertaciones que serán presentadas durante las reuniones anuales de estas instituciones en 1979 y 1980. El propósito principal de las subvenciones es colaborar con las instituciones en el análisis de la manera más efectiva de realizar sus labores futuras en el campo particular de su interés.

Las subvenciones consistirán en \$2,500 para cada organización, la cual seleccionará las personas que se encargarán de las conferencias y recibirán la subvención para honorarios, viajes y otros costos.

Las instituciones que recibirán las subvenciones son:

- Asociación Brasileña de Facultades de Odontología
- Asociación Brasileña de Educación Médica
- Asociación Brasileña de Enfermería (a través de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, PAHEF)
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (Guatemala, a través de PAHEF)
- Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (Costa Rica, a través de PAHEF)
- Federación Internacional de Hospitales (Inglaterra, para una conferencia regional en Brasil)
- Asociación Internacional de Sociología Rural (Universidad de Kentucky)
- Asociación Latinoamericana de Escuelas de Odontología (Guatemala)
- Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (Venezuela).

Para fines de 1980 el valor de todas las subvenciones que la Fundación ha concedido a través de los años en América Latina será de \$52 millones (a nivel mundial la cifra es de \$495 millones). Todas las subvenciones para proyectos de salud, educación y agricultura han sido posibles gracias a los ingresos obtenidos con la donación inicial de \$45 millones del filántropo W. K. Kellogg a la Fundación.

La Organización Panamericana de la Salud ha venido recibiendo por mucho tiempo la colaboración de la Fundación para desarrollar importan-

tes actividades de salud en los países de las Américas, y también recibió su ayuda para la construcción del edificio de la Sede, en Washington, D.C.

Un importante esfuerzo cooperativo entre la OPS y la Fundación es el relativo al INCAP, creado por los Gobiernos de los países de Centro América y Panamá en 1949. El apoyo de la Fundación resultó fundamental para el desarrollo de un grupo importante de investigadores y científicos que cursaron estudios de posgrado en nutrición y ciencias de los alimentos en centros académicos de los Estados Unidos de América. Desde entonces la cooperación recibida por el programa de nutrición de la OPS se ha venido ampliando cada vez más. Actualmente la Fundación colabora en los programas de nutrición aplicada de los países del área centroamericana y sigue dando apoyo al INCAP.

Además, en los últimos 10 años, ha ampliado la cooperación con la OPS para el mejoramiento de la educación en medicina, odontología y enfermería, dando apoyo a instituciones de capacitación para que orienten la formación del personal de acuerdo con las necesidades de los servicios de salud en relación con la extensión de la cobertura.

El Consejo Directivo de la OPS, en su XXVI Reunión (septiembre-octubre de 1979) adoptó una resolución por la que dejó constancia del agradecimiento de los países a la Fundación Kellogg por la colaboración recibida a través de los años.

ENCUESTA SOBRE LAS ESCUELAS DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA-OBSTETRICA

Las Divisiones de Recursos Humanos e Investigación y de Servicios Integrados de Salud de la OPS están realizando una encuesta con el fin de obtener la mayor información posible sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de obstetricia y de enfermería-obstetricia en los países de América Latina, y determinar su participación en el Programa Ampliado de Libros de Texto y materiales educacionales.

Los objetivos específicos de la encuesta son:

- Determinar las necesidades y requerimientos de libros y otros materiales educacionales en las escuelas de obstetricia y enfermería obstétrica.
- Elaborar un documento básico sobre la situación actual y prospectiva de las carreras de obstetricia y enfermería obstétrica, que servirá de marco de referencia de la Primera Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto para la Enseñanza de la Obstetricia y Enfermería Obstétrica.
- Elaborar un directorio de las escuelas, cursos y programas de formación de obstetricas y enfermeras obstétricas.

BIBLIOGRAFIA SOBRE HIGIENE MATERNOINFANTIL¹

Esta bibliografía está destinada al personal docente encargado de formar agentes sanitarios de la comunidad para actividades de higiene materno-infantil y planificación familiar. Su principal objetivo es servir de ayuda al profesorado de los agentes rurales polivalentes y de las comadronas y parteras tradicionales y otros agentes sanitarios de la comunidad.

Comprende publicaciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, puericultura y nutrición, planificación familiar, higiene del medio, diagnóstico en la comunidad, y la coordinación con otros sectores, ya que estos temas son probablemente una novedad para la mayoría de los agentes sanitarios experimentados. En las referencias seleccionadas se da preferencia a la documentación fácilmente asequible y barata, producida para satisfacer necesidades concretas de un programa adaptable, sin dificultad y, si procede, sencillamente ilustrada.

La bibliografía se divide en cuatro partes. La Parte I comprende cinco secciones que tratan de la formación del profesorado, la planificación, organización y evaluación de servicios de higiene materno-infantil, la instrucción de otros agentes sanitarios en la prestación de estos servicios, el método para obtener información sobre la comunidad local y, por último, la forma de trabajar con los servicios sanitarios y grupos locales relacionados con el desarrollo de la comunidad (coordinación con otros sectores). La Parte II es un índice, ordenado por nombres de autores, instituciones o países, de todas las referencias que figuran en la primera parte. La Parte III es un índice de títulos. En la Parte IV se describen las lagunas de la bibliografía y se pide a los lectores que sugieran a la OMS otros documentos y publicaciones sobre temas insuficientemente tratados.²

CURSO DE ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), con sede en la ciudad de México, desarrolló su curso anual de organización y dirección de los servicios médicos entre el 5 de marzo y el 20 de abril de 1979.

Este curso, que está dirigido a directivos de servicios médicos de la seguridad social de los países de las Américas, contó con 17 participantes de Boli-

¹Resumido de *Crónica de la OMS* 33 (6), 1979.

²Existe un número limitado de ejemplares de esta bibliografía (documento de la OMS inédito MCH/79.1) a disposición de las personas profesionalmente interesadas. Las solicitudes deben dirigirse al Servicio de Salud de la Madre y el Niño, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

via, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y República Dominicana.

La Organización Panamericana de la Salud colaboró a través de dos profesionales de las Divisiones de Recursos Humanos e Investigación y de Servicios Integrados de Salud en la presentación y desarrollo de los temas sobre funciones directivas, solución de problemas, toma de decisiones, comportamiento directivo y organizacional, evaluación de la calidad de la atención y educación como estrategia de cambio. Este importante evento educacional permitió la actualización de conocimientos, y el desarrollo de destrezas técnicas, conceptuales y de relaciones humanas de los participantes, mediante la utilización de 11 metodologías modernas de enseñanza-aprendizaje.

NUEVA OFICINA DE PUBLICACIONES DE LA OPS

En la Sede de la OPS, en Washington, D.C., se ha creado la Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud, que comprende Publicaciones (incluyendo *Educación médica y salud*), Información Pública, Libros de Texto y el Servicio de Publicaciones y Documentación, ubicado en México.

Ha sido designado Jefe de la nueva oficina el Dr. Manuel A. Bobenrieth, médico chileno, que lleva varios años trabajando con la Organización en distintos cargos y cuenta con una vasta experiencia en el campo de la docencia y la administración de salud. Asimismo, por cuatro años ha actuado como Presidente del Subcomité de Publicaciones Periódicas de la OPS.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Genética craneofacial, Carlos F. Salinas (ed.). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. 225 págs. *Publicación Científica de la OPS* 378. (ISBN 92 75 31378 4). Precio: EUA\$8.00.

Este libro constituye una contribución importante para los países de la América Latina ya que existen muy pocas publicaciones en idioma español sobre este tema. Además, se trata de una disciplina joven y en estado de constante evolución.

En efecto, apenas en 1956 se estableció el número correcto de cromosomas en el hombre. Avances muy recientes en técnicas citogenéticas han permitido detectar aberraciones morfológicas imposibles de descubrir anteriormente. En consecuencia, la lista de trastornos hereditarios se amplía todos los años. Las modificaciones en esta esfera son tan rápidas que en 1958 se habían clasificado 412 condiciones mendelianas y en 1975 el número de las mismas se había elevado a 2,336. Esto representa un aumento del 500% en los trastornos conocidos en poco más de 15 años.

Una de las razones fundamentales que explican el carácter experimental de muchas conclusiones de la genética clínica reside en las dificultades propias del método utilizado. El genetista clínico no puede practicar experimentos, como lo hacen sus colegas de otras ramas de la medicina; debe partir de los resultados mismos del "experimento", es decir, de la familia bajo observación. Y aun en estos estudios el método epidemiológico es apenas accesible por los obstáculos insuperables implícitos en la tarea de tratar de examinar en detalle, por ejemplo, el sistema nervioso de un millón de personas para descubrir 10 casos de distrofia muscular. Así, se utiliza principalmente el método de "probandos", o sea, el estudio de casos específicos detectados en la práctica clínica, examinando minuciosamente a sus parientes cercanos. Casi todos los trastornos clasificados como mendelianos han sido establecidos por este método.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu, 862, São Paulo, S.P., Brasil.

Por otra parte hay que agregar las dificultades inherentes al pronóstico. La importante tarea de prever con cierta exactitud la posibilidad de que una enfermedad hereditaria se transmita a las próximas generaciones se ve extremadamente limitada porque existen ciertos factores—como la tasa de mutación—que no se pueden calcular porque son el resultado de procesos muy diversos.

Todos estos elementos de incertidumbre contribuyen a hacer de la genética médica una de las ramas más dinámicas y cambiantes de la medicina contemporánea.

La odontología ocupa un lugar destacado dentro de la genética. Cerca de 500 trastornos mendelianos (más de un 20% del total) están relacionados con este campo; de estos, unos 100 afectan solo a las estructuras orales y unos 400 están asociados a alteraciones de carácter sistémico. Además de estos trastornos, existen otros de tipo cromosómico, poligénico o multifactorial, de los cuales no existe aún una lista adecuada y que, de hacerse, tal vez sea igual en número a la de los trastornos monogénicos.

El libro comprende una recopilación de trabajos escritos por especialistas destacados en genética médica en general y en genética craneofacial en particular. Se ofrece un panorama global y actualizado de la genética clínica, incluyendo nociones básicas, nomenclaturas y clasificaciones. Se analizan con detenimiento instrumentos fundamentales, como el diagnóstico radiológico, los árboles genealógicos y el cálculo de probabilidades en los trastornos hereditarios.

Asimismo, se estudian estos trastornos por regiones anatómicas, abarcando tejidos blandos de la boca; tejido conectivo; estructura del esmalte; estructura y morfología de los dientes y los maxilares; primer arco branquial, y macizo craneofacial. Del mismo modo, se incluyen trabajos de trastornos específicos que tienen un interés especial para el odontólogo, como las displasias ectodérmicas, la creaneosinostosis y las fisuras faciales.

Condiciones de salud del niño en las Américas. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. 144 págs. *Publicación Científica de la OPS* 381. (ISBN 92 75 31381 4). Precio: EUA\$5.00.

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

Los temas se presentan tanto de acuerdo con un criterio cronológico—morbimortalidad desde los menores de 10 años hasta los jóvenes—como con arreglo a problemas específicos.

En los dos capítulos que tratan sobre la mortalidad y la morbilidad en menores de 10 años, por una parte, y de adolescentes y jóvenes, por otra, se ofrecen cifras pertinentes de las principales publicaciones en este campo, así como datos estadísticos inéditos.

También se incluyen capítulos sobre factores que afectan a la infancia en general.

Asimismo, se traza un panorama global de la situación nutricional y las condiciones de saneamiento ambiental en América Latina como factores condicionantes de la salud del niño, para lo cual se recurre a las estadísticas más recientes publicadas por organismos internacionales, tales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional.

Un capítulo completo analiza el problema de la salud mental y el desarrollo psicosocial del niño, distinguiendo entre los factores socioeconómicos que pueden producir una apariencia de retraso mental en la infancia y la enfermedad mental propiamente dicha.

Se examinan también las perspectivas de la salud infantil para el decenio de 1980, identificando los problemas principales y señalando las tendencias más importantes.

En los anexos se presentan experiencias concretas de programas integrados de salud en diversos países, destacando su impacto sobre el niño.

Se espera que el libro resultará de suma utilidad para todos los que se interesen por las condiciones de salud del niño en América Latina.

Informe Anual del Director, 1978. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. 170 págs. *Documento Oficial de la OPS 165.* (ISBN 92 75 37165 2).

Esta publicación da cuenta de las actividades realizadas por la Organización Panamericana de la Salud durante el último año, en su afán de cooperar con los países para lograr el mayor bienestar de todos y cada uno de los habitantes de las Américas.

A través de sus páginas se destaca que la mayor preocupación de los Gobiernos y de la Organización sigue siendo la extensión de la cobertura de los servicios de salud, en particular los orientados hacia la atención primaria. Se ha venido insistiendo en que el éxito de este proceso depende de una mayor participación de la comunidad. Los países también han establecido sus prioridades, metas y estrategias en el campo de la salud con programas nacionales que muchas veces tienen un enfoque multisectorial.

Por su parte, la OPS ha adecuado su cooperación técnica estableciendo un fluido mecanismo de comunicación con las autoridades de salud. Su concurso en los programas de los países se ha identificado en las siguientes áreas programáticas: servicios integrales de salud; prevención y control de enfermedades; protección y control de factores ambientales que representan un riesgo para la salud; desarrollo de recursos humanos en forma multidisciplinaria y en todos los niveles, con énfasis en el personal medio y auxiliar, y promoción de investigaciones biomédicas y sociales.

El informe, elaborado en un nuevo formato, consta de una introducción y de los siguientes capítulos: Cuerpos Directivos, desarrollo de programas generales, control de enfermedades; salud ambiental, sistemas de servicios de salud, salud de la familia, recursos humanos, promoción y coordinación de investigaciones, servicios de apoyo, administración y relaciones externas de la Organización.

Contiene un índice analítico de materias.

Formación y utilización de personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 1978. *Serie de Informes Técnicos* No. 633. (ISBN 92 4 320633 8). 38 págs. Precio: Fr. s. 5. Se publica también en francés y en inglés.

En los países en desarrollo, la gran mayoría de los habitantes pobres de las zonas rurales han carecido hasta ahora de sistemas bien organizados de servicios de salud, y para remediar esa carencia se está generalizando la aplicación del concepto de atención primaria de salud.

La OMS convocó hace poco un Comité de Expertos encargado de asesorar sobre la formación y utilización de personal de salud de primera línea y de nivel intermedio y de proponer una estrategia para el establecimiento de grupos rurales de salud gracias a los cuales se podrá traducir en hechos el concepto de atención primaria de salud.

Al examinar la cuestión de la formación de personal para los servicios de salud rural, hay que tener presente que el mejoramiento permanente de la situación sanitaria será poco probable si no se acompaña de la mejora de las condiciones sociales y económicas generales. Una de las responsabilidades básicas del agente de atención primaria de salud debe ser, por lo tanto, la de fomentar unas condiciones de vida más higiénicas y para ello ha de recibir la formación necesaria para trabajar en equipo con, por ejemplo, técnicos de extensión agrícola y maestros de escuela. La labor de cada miembro del equipo vendrá a completar la de los demás, abordando así con un criterio integrado el desarrollo de la comunidad.

En el informe del Comité de Expertos se insiste en la conveniencia de formar personal procedente de las aldeas o de las zonas en que habrá de prestar servicio, porque de ese modo estará más familiarizado con el medio cultural y las costumbres locales y será mejor aceptado por la población local. Por otra parte, las personas que practican la medicina tradicional en la comunidad deben considerarse como una posible fuente suplementaria de personal.

Las recomendaciones formuladas en el informe han sido reforzadas por las que se adoptaron en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en septiembre de 1978. Esas recomendaciones habrán de facilitar la planificación a escala nacional para el desarrollo de la atención primaria de salud como un paso más hacia la adecuada cobertura sanitaria de toda la población.

El informe concluye con una extensa bibliografía selecta y una lista de películas que ilustran el funcionamiento de la atención primaria de salud.

Aplicación de los progresos de las neurociencias en la lucha contra los trastornos neurológicos. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 1978. *Serie de Informes Técnicos* No. 629. (ISBN 92 4 320629X). 90 págs. Precio: Fr. s. 9. Se publica también en francés y en inglés.

En los últimos decenios han progresado mucho los conocimientos acerca de las afecciones orgánicas del sistema nervioso, en gran medida como consecuencia del empleo de nuevas técnicas y de la aplicación de datos y métodos procedentes de las ciencias fundamentales. Por desgracia, entre los países en desarrollo son pocos los que disponen de instalaciones, personal y equipo suficientes para el estudio, la prevención y el tratamiento de las neuropatías. La elevada prevalencia en el Tercer Mundo de diversas enfermedades que causan trastornos del sistema nervioso plantea por lo tanto un enorme problema.

Con objeto de tratar de mejorar esa situación, la OMS convocó a un Grupo de Estudio encargado de examinar la aplicación de los progresos recientes de las neurociencias en la lucha contra las enfermedades con secuelas neurológicas, algunas de las cuales afectan cada año a millones de personas en Africa, América Latina y Asia.

El informe del Grupo de Estudio trata esencialmente de las siguientes enfermedades: epilepsia y otros trastornos convulsivos; enfermedades cerebrovasculares, con especial referencia al ictus; malnutrición y neuropatías nutricionales; paludismo cerebral; tripanosomiasis; cisticercosis del sistema nervioso; lepra; meningitis bacterianas, virosis como el kuru y otros trastornos infecciosos del sistema nervioso; y parkinsonismo. Se dedica a cada enfermedad una sección distinta en la que se examinan la etiología, la epidemiología,

la neuropatología, el tratamiento (incluida la farmacocinética), las medidas de prevención y de lucha y, en algunos casos, las consecuencias sociales para los enfermos.

Se exponen luego los problemas con que se enfrentan los servicios de salud insuficientemente dotados de personal y de equipo de los países en desarrollo en sus esfuerzos para combatir esas enfermedades y mejorar la suerte de los que las padecen. Teniendo en cuenta que los trastornos del sistema nervioso constituyen una de las principales causas de defunción y de invalidez crónica en todos los países, tanto en desarrollo como desarrollados, el Grupo de Estudio ha formulado una serie de recomendaciones que se reproducen en el informe. Respecto de cada una de las enfermedades mencionadas se indica en esas recomendaciones el orden de prioridad aplicable a las medidas de prevención, lucha y tratamiento. Se incluyen asimismo propuestas de estudio de la acción de los medicamentos en los trastornos neurológicos y de investigaciones sobre la epidemiología de estos trastornos, junto con recomendaciones generales sobre el mejoramiento de la asistencia de los pacientes que padecen esas enfermedades.

Completan el informe una extensa lista de referencias bibliográficas recientes sobre las diversas enfermedades de que trata y una bibliografía selecta compilada de diversas fuentes.

Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud 1973-1977. Una bibliografía. Organización Mundial de la Salud, 1979. ISBN 92 4 052006 6. 388 págs. Precio: Fr. S. 40. Edición trilingüe (español/francés/inglés).

Esta bibliografía, que forma parte de la serie que abarca actualmente 30 años de publicaciones de la Organización, comprende todas las obras publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el período de cinco años 1973-1977.

El volumen difiere de los precedentes en dos importantes aspectos. En primer lugar, se trata de una edición trilingüe, en español, francés e inglés y, en segundo lugar, comprende por vez primera las publicaciones editadas por las distintas oficinas-regionales de la OMS y por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC). En realidad, de un total de 3200 obras citadas, no menos del 37% son trabajos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (cuya Secretaría es también Oficina Regional de la OMS para las Américas) y otro 15% son publicaciones del CIIC.

La bibliografía consta de siete partes: 1) artículos y publicaciones de carácter técnico dispuestos por orden alfabético, primero por materias (en inglés), tomando como base la clasificación usada en el *Index Medicus* y luego por autores, citando las obras no firmadas por orden alfabético de ttu-

los; 2) artículos sobre temas administrativos y generales, enumerados por orden alfabético bajo epígrafes correspondientes a temas generales; 3) índice de autores; 4) índice de países y zonas; 5) lista alfabética de palabras francesas que remiten al lector de habla francesa al índice de materias en inglés; 6) lista análoga en español para los lectores de habla española, y 7) tres listas, redactadas en español, francés e inglés respectivamente, de las distintas series publicadas por la Sede de la OMS, las oficinas regionales y el CIIC.

En el prefacio de la bibliografía se reseñan brevemente las principales características de las publicaciones de la OMS con objeto de orientar al lector en el uso de la bibliografía. A continuación figura una descripción de la disposición del material incluido en el volumen, así como una explicación de las siglas empleadas para indicar el idioma o idiomas en que se ha publicado cada obra citada.

MEDIO AMBIENTE

El Centro Latinoamericano de Documentación Económica y Social (CLADES), cuya sede se halla en Santiago de Chile, ha publicado el *Directorio del Medio Ambiente en América Latina y el Caribe*.

Se trata del primer inventario elaborado hasta el presente de instituciones de la región relacionadas con el medio ambiente y está basado en una encuesta regional llevada a cabo por dicho Centro. Contiene informaciones básicas acerca de los fines, estructura y funcionamiento de 470 instituciones latinoamericanas y de la región del Caribe especializadas en temas tales como agricultura, alimentación y nutrición, asentamientos humanos, contaminación, ecología, energía, flora y fauna, hidrología, geología, población y demografía, recursos naturales, vivienda, salud y transporte.

(Tomado de *Ciencia Interamericana*, Vol. 19, No. 2, 1978. OEA, Washington, D. C.)

INDICE DEL VOLUMEN 13 (1979)

Educación médica y salud

A

- Abarca, Alfonsyna de, 351
Acuña, Héctor R., 209
Alma-Ata, Declaración de, 84-86
Almeida Souza, Alina María de, 401
Alvarez, Jaime, 134
Análisis de la enfermería en América Latina, 315-340
Andrade, Jorge, 1
Andrología, Congreso Panamericano de, 98-99
Antología de experiencias y docencia en enfermería en América Latina, 313-314
Año Internacional del Niño (1979), 96-98, 175-178, 388
Arango de Bedoya, Yolanda, 341
Atención Primaria de Salud, Conferencia Internacional sobre, 82-86
Atención primaria, proposición de un marco conceptual, 341-350

B

- Becas adjudicadas por la OPS en 1978, 298-299
Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 209
Bioquímica, taller de actualización en México, 189-190
Bobenrieth, Manuel A., 202, 453
Bolivia
desarrollo de la educación en enfermería, 380-388
Brasil
formación y adiestramiento del médico general, 149-163

C

- Carrillo, Georgina, 401
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 452
Centro Internacional de Formación en Ciencias Ambientales para Países de Habla Española (CIFCA), 179-181
Centro Latinoamericano de Documentación Económica y Social (CLADES), 460
Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), 407
Cerezo, Libia Victoria, 314, 428
Ciencias del ambiente, enseñanza, 73-81
Cintas Fijas, Programa de la OPS, 296-297
Cisneros, Jorge Nicolás, 243
Colombia
Programa Complementario de Licenciatura en Enfermería a Distancia, 417-427
Comentarios, 441-449
Comisión Económica para la América Latina, 3, 215, 319
Comunidad del Caribe
educación en enfermería en la, 445-449
repercusiones de las escuelas de medicina foráneas en la, 42-60
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 82-86
Congreso Panamericano de Andrología, Primer, 98-99
Coria Cano, Raquel, 243

Costa Rica

enfermería en la seguridad social,
363-379

Creación de escuelas de medicina,
requisitos mínimos, 259-273,
274-287

Cuba

taller sobre formación de técnicos
medios, 293-296

Curso

de fisiología en la formación mé-
dica, 134-148

internacional sobre inmunidad a
afecciones bacterianas, 301-302

monográfico de medicina social
en México, 190-191

de organización y dirección de
servicios médicos, 452-453

regional de control de calidad en
química clínica, 301

CH

Chang, Mayra, 351

Charles, L. J., Sr., 42

Chile

fisiología, diseño de un curso de,
134-148

formación de recursos en nutri-
ción, 164-174

infecciones bacterianas, curso
sobre inmunidad, 301-302

D

Declaración de Alma-Ata, 84-86

Día Mundial de la Salud, 175-178

Director Adjunto de la OSP, 298

*Directorio del Medio Ambiente en
América Latina y el Caribe*, 460

E

Editorial, 209, 313

Educación continua para personal
de salud, proyecto regional,
302-303

Educación en enfermería en Boli-
via, 380-388

Educación médica en América La-
tina, marco conceptual, 1-33

Educación médica, subvenciones de
la Fundación Josiah Macy, Jr.,
188-189

Educación, tecnología apropiada
en, 182-183

Enfermedades tropicales, material
de enseñanza sobre, 191-192

Enfermeras, necesidad de, 163

Enfermería

análisis de la, en América Latina,
315-340

antología de experiencias en ser-
vicio y docencia, 313-314

atención primaria, proposición
de un marco conceptual, 341-
350

desarrollo de la educación de, en
Bolivia, 380-388

educación para la función am-
pliada de, 445-449

formación del personal en los
países del Pacto Andino, 441-
445

futuro en América Latina, 428-
440

Licenciatura en Enfermería a
Distancia, 417-427

en el Plan Nacional de Salud de
Honduras, 351-362

salud comunitaria como eje inte-
grador del currículo de, 389-
400

en la seguridad social en Costa Rica, 363-379
 tecnología educacional en los centros panamericanos, 401-416
 Enseñanza sobre enfermedades tropicales, material de, 191-192
 Enseñanza de personal técnico y auxiliar, participación de los centros de salud, 34-41
 Escuelas de medicina foráneas en la Comunidad del Caribe, repercusiones, 42-60
 Escuelas de medicina, requisitos mínimos para la creación de, 259-273, 274-287
 Escuelas de obstetricia y enfermería-obstétrica, encuesta sobre, 451
 Espino de Alayo, Susana, 389
 Espinoza, Julio, 164
 Etienne, Gérard, 61

F

Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, 9, 21, 259, 274
 Fisiología, diseño de un curso en función de la formación médica, 134-148
 Formación de profesionales de salud, trabajo científico en la, 212-231
 Formación de recursos humanos en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Chile), 164-174
 Fraga Filho, Clementino, 149
 Fundación Josiah Macy, Jr., 188-189
 Fundación Milbank Memorial, 4
 Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 99, 184

Fundación Rockefeller, 13, 274, 317, 321
 Fundación W. K. Kellogg, 21
 Aniversario de la, 450-451

G

Gibbons, Lillian, 428
 González, Elizabeth G. de,
 González Pacheco, Antonio, 243, 363
 Grupo de Trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina, Informe Final del, 274-287
 Güel Jiménez, Rafael, 34

H

Haddad, Jorge, 351
 Harley, Claire, 449
 Heredia Díaz, José G., 34
 Higiene maternoinfantil, bibliografía sobre, 452
 Honduras
 enfermería en el Plan Nacional de Salud, 351-362

I

Index Medicus Latinoamericano, 209-211
 Infecciones bacterianas, curso internacional sobre inmunidad, 301-302
Informe Epidemiológico Semanal, 100
 Ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente, enseñanza de la, 73-81
 Instituto Bacteriológico (Chile), 301-302

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Chile), formación de recursos humanos, 164-174

Investigación
en la formación de personal de salud, 212-231
en salud en los países de Centro América y Panamá, 288-297

J

Jones, Carolyn, 428
Jornadas farmacéuticas en República Dominicana, 303

K

Kellogg, Fundación W. K., 21
Aniversario de la, 450-451

L

Libros, reseñas de, 101-109, 196-205, 304-310, 454-460
Libros de Texto, Programa de la OPS/OMS
Comité para la Enseñanza de la Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, 73-81
Nutrición, 192-193
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, 99
lista de libros disponibles, 242
Licenciatura en Enfermería a Distancia, 417-427

M

Maestría en medicina social en México, 300
Manfredi, Maricel, 441

Medicina

en el mundo contemporáneo, 113-133
escuelas de, requisitos mínimos para la creación de, 259-273, 274-287
Medicina previdenciaria e o ensino médico, 232-242
Medicina social
curso monográfico en México, 190-191
maestría en México, 300
y educación médica, 232-242
Médico geral, formação e treinamento do, 149-163
Mello, Carlos Gentile de, 232

México

actualización bioquímica, taller de, 189-190
enseñanza de personal técnico y auxiliar, 34-41
medicina social
curso monográfico, 190-191
maestría en, 300
organización de los servicios médicos, curso, 452-453
Millán, Margarita de, 380
Miranda Beaujean, Joaquín, 34
Mojica, María Jesús, 351
Montes de Jaimés, Ceneyda, 417
Montes de Triana Marlene, 417

N

Neri, Aldo C., 113
Noticias, 96-100, 188-195, 298-303, 450-453
Nutrición, enseñanza, 164-174, 192-193

O

Obregón, Rosaura, 417
Off-shore medical schools in the

Commonwealth Caribbean, implications, 42-60
 Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud (OPS), 354
 Oliden, Betty T. de, 380

P

Pacto Andino, formación del personal de enfermería en los países del, 441-445
 Pardo de Vélez, Graciela, 417
 Parteras tradicionales, 362
 Personal técnico y auxiliar, enseñanza de, 34-41
 Planificación de la salud y de los recursos humanos, 1-12
 Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 184-187
 Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centroamérica y Panamá, 193-195
 Programa de Cintas Fijas de la OPS, 296-297
 Publicaciones de la OPS y de la OMS, 101-109, 196-200, 304-310, 454-460
 Puffer, Ruth Rice, 184-187

Q

Química clínica, curso de control de calidad, 301

R

Ramos, Gertalina de, 351
 Recursos humanos en salud ambiental, 61-72

Recursos humanos en salud en las Américas, 87-95
 Recursos humanos, formación de, 164-174, 243-258
 República Dominicana
 jornadas farmacéuticas, 303
 Requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina, 259-273, 274-287
 Reseñas, 82-95, 175-187, 288-297, 441-449
 Reunión sobre Enseñanza de la Nutrición, 192-193
 Reunión sobre Políticas de Investigación en Salud, 288-293
 Reyes Retana, Gabriela, 243
 Rodríguez, María Isabel, 212
 Rodríguez Neto, Eleuterio, 401
 Romero Cabello, Raúl, 243
 Rosa, Alice Reis, 149

S

Salud ambiental, desarrollo de recursos humanos para trabajar en, 61-72
 Salud de la comunidad, programa de adiestramiento para Centroamérica y Panamá, 193-195, 441
 Salud comunitaria
 formación de técnicos en, 243-258
 como eje del currículo de enfermería, 389-400
 Sandoval, Irma, 363
 Seguridad social y enfermería en Costa Rica, 363-379
 Seivwright, Mary J., 445
 Servicios médicos, curso de organización y dirección de, 452-453

T

- Taller Internacional para el Desarrollo de la Formación de Técnicos Medios en Salud, 293-296
Técnico en salud comunitaria, formación del, 243-258
Tecnología apropiada en educación, 182-183
Tecnología educacional en enfermería, marco conceptual y experiencias de los centros panamericanos, 401-416
Trabajo científico y formación en salud, 212-231

U

- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco, México), 17, 18, 190-191, 269, 300-301
Universidad de Brasilia (Brasil), 14, 269
Universidad Católica de Chile, 134-138
Universidad Central de Venezuela (Caracas), 4, 14
Universidad de Costa Rica (San José), 19
Universidad de Chile, 164-174

- Universidad Federal de Rio de Janeiro (Brasil), 149, 401
Universidad Mayor de San Andrés (La Paz, Bolivia), 381
Universidad Nacional Autónoma (México), 15, 189-190, 269
Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú), 389-398
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (República Dominicana), 303
Universidad de Oriente (Ciudad Bolívar, Venezuela), 14
Universidad de São Paulo (Brasil), 13
Universidad del Valle (Cali, Colombia), 13, 417-427

V

- Valiente, Sergio, 164
Verderese, Olga, 315
Vidal, Carlos, 182
Viruela, recompensa por su notificación, 100

Z

- Zapata, Patricio, 134



INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

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

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio EUAS	
No. 378	Genética craneofacial, C. Salinas, ed. 1979 (En preparación.)	10.00
No. 377	Técnicas de aislamiento para uso en hospitales. 1979 (En prensa.)	3.00
No. 376	Manual de normas y procedimientos para un programa integrado de control de la tuberculosis en América Latina. 1979 (En prensa.)	8.00
No. 375	Dengue in the Caribbean, 1977. 1979. (198 pp.)	8.00
No. 374	La comercialización de animales y sus productos—Documentos de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1979 (198 págs.)	5.00
No. 374	Marketing of Animals and Their Products and Animal Health—Proceedings of the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, en Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1979 (186 pp.)	5.00
No. 373	Orientaciones sobre quimioterapia de la malaria humana. 1979 (25 págs.) (Inglés y portugués en preparación.)	1.00
No. 372	El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, 12ª ed. 1978 (436 págs.)	4.00
No. 371	Diseño de programas de vigilancia del aire para zonas urbanas e industriales. 1978 (68 págs.)	3.00
No. 370	Metodología para la planificación integral de departamentos de radiodiagnóstico, por A. Cordera. 1978 (240 págs.)	5.00
No. 369	Procedimientos simplificados para el examen de aguas—Manual de laboratorio. 1978 (145 págs.)	4.00
No. 368	Normas e instrucciones para la obtención de material cervicouterino, por M. Pontês Cunha. 1978 (18 págs.)	1.50
No. 367	Procedimientos para la investigación de enfermedades transmitidas por alimentos. 1978 (68 págs.)	2.00
No. 366	The Armadillo as an Experimental Model in Biomedical Research. 1978 (144 pp.)	10.00
No. 365	Psychosocial Determinants of Fertility and Contraception in Venezuela, by S. B. Kar and R. González-Cerrutti. 1978 (157 pp.)	3.00
No. 364	Health Conditions in the Americas, 1973-1976. 1978 (335 pp.)	5.00
No. 364	Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976. 1978 (339 págs.)	5.00
No. 363	Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1978 (16 págs.)	1.00
No. 362	Criterios de salud ambiental No. 1—Mercurio. 1978 (214 págs.)	5.00
No. 361	La salud del niño en los trópicos, 2ª ed. 1978 (214 págs.)	4.00
No. 360	Health Education. Addresses Presented at the IX International Conference on Health Education. 1978 (65 pp.)	1.50
No. 360	Educación para la salud. Discursos pronunciados en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud. 1978 (73 págs.)	1.50
No. 359	Modern Medicine and Medical Anthropology in the United States-Mexico Border Population. 1978 (240 pp.)	10.00
No. 359	La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. 1978 (242 págs.)	10.00
No. 358	Control de enfermedades de los animales en las Américas, 1977. Documentos de la X Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1978. (174 págs.)	5.00
No. 358	Animal Disease Control in the Americas, 1977. Proceedings of the X Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1978 (178 pp.)	5.00
No. 357	Radiology and Primary Care, by P.E.S. Palmer. 1978 (60 pp.)	3.50
No. 357	La radiología y la atención médica primaria, por P.E.S. Palmer. 1978 (63 págs.)	3.50
No. 356	Proceedings, IV International Conference on the Mycoses—The Black and White Yeasts. 1978 (343 pp.)	10.00
No. 355	Ventures in World Health—The Memoirs of Fred Lowe Soper. J. Duffy, ed. 1977. (379 pp.)	10.00
No. 354	Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, por P. N. Acha y B. Szyfres. 1977 (726 págs.)	15.00
No. 353	Clasificación Internacional de Enfermedades—Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Vol. I. Novena revisión. 1978. (871 págs.)	15.00
No. 352	Desnutrición, aprendizaje y comportamiento. 1977 (46 págs.)	1.00
No. 351	Publicaciones sobre nutrición recomendadas para la formación de personal de salud. 1977 (31 págs.)	1.50
No. 350	Enterotoxigenic <i>Clostridium perfringens</i> Type A in Selected Humans. I. A Prevalence Study, por M. J. Torres-Anjel, H. P. Riemann y C. C. Tsai. 1977 (35 pp.)	2.00
No. 349	Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital. 1977 (95 págs.)	2.50
No. 348	The Role of the Nurse in Primary Health Care. 1977 (20 pp.)	1.00
No. 348	El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. 1977 (20 págs.)	1.00
No. 347	Chagas Disease: Proceedings of an International Symposium Held in Conjunction with the Fifth International Congress on Protozoology. 1977 (82 pp.)	3.50
No. 346	Métodos de control de la tuberculosis. 1977 (84 págs.)	3.00
No. 345	CIE-O Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. 1977 (140 págs.)	8.00
No. 345	CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 1978. (126 págs.)	8.00
No. 344	IV Seminario Panamericano sobre el Control de la Lepra. 1977 (157 págs.)	2.50
No. 343	Investigação de Mortalidade na Infância no Brasil—Descobertas e atividades. 1977 (111 págs.)	1.50
No. 342	Leprosy: Cultivation of the Etiologic Agent; Immunology; Animal Models. 1977 (82 pp.)	7.00
No. 341	Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. 1977 (33 págs.)	1.00
No. 341	First Meeting on Basic Principles for the Development of Medical Education in Latin America and the Caribbean Area. 1977 (33 pp.)	1.00
No. 340	Formación académica de nutricionistas-dietistas en América Latina—Guía para el desarrollo de planes de estudio y programas de enseñanza. 1977 (124 págs.)	5.00
No. 339	Intercambios placentarios en la especie humana, por W. L. Benedetti y O. Althabe. 1977 (62 págs.)	2.50
No. 338	Estudio de la morfología de <i>Simulium metallicum</i> , vector de la oncocercosis en Venezuela, por J. Ramírez Pérez. 1977 (143 págs.)	4.00
No. 337	Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. 1977 (165 págs.)	2.50
No. 336	Tratamiento y prevención de la deshidratación en las enfermedades diarreicas—Guía para el uso del personal de atención médica primaria. 1977 (23 págs.)	2.00
No. 336	Tratamento e prevenção da desidratação nas diarreias—Guía para uso ao Nivel Primário. 1977. (24 págs.)	2.00

Se pueden enviar pedidos directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-Third Street. N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A. En Sudamérica, diríjase a: Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América

Grenada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 7^o Ave. 12-23, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS
Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Area II, Homero 418, 1^{er} piso
México, D.F., Mexico

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

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

CONTENIDO

**EDITORIAL: ANTOLOGIA DE EXPERIENCIAS EN SERVICIO Y
DOCENCIA EN ENFERMERIA EN AMERICA LATINA**

ANALISIS DE LA ENFERMERIA EN LA AMERICA LATINA

**REFLEXIONES SOBRE LA ATENCION PRIMARIA: PROPOSICION
DE UN MARCO CONCEPTUAL**

LA ENFERMERIA EN EL PLAN NACIONAL DE HONDURAS

LA ENFERMERIA EN LA SEGURIDA SOCIAL EN COSTA RICA

DESARROLLO DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA EN BOLIVIA

**LA SALUD COMUNITARIA COMO EJE INTEGRADOR DEL
CURRICULO DE ENFERMERIA**

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN ENFERMERIA

PROGRAMA DE FORMACION DE ENFERMERIA A DISTANCIA

EL FUTURO DE LA ENFERMERIA

**FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS PAISES
DEL PACTO ANDINO**

**EDUCACION PARA LA FUNCION AMPLIADA DE LA ENFERMERIA:
PERSPECTIVAS EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA**

ANIVERSARIO DE LA FUNDACION W. K. KELLOGG

**ENCUESTA SOBRE LAS ESCUELAS DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA
OBSTETRICA**

BIBLIOGRAFIA SOBRE HIGIENE MATERNOINFANTIL

CURSO DE ORGANIZACION Y DIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

NUEVA OFICINA DE PUBLICACIONES DE LA OPS

RESEÑAS DE LIBROS

INDICE DEL VOLUMEN 13 (1978)

