

16

**La Enfermería
en la Región
de las Américas**

Septiembre de 1999

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 1999

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	V
INTRODUCCIÓN	1
1. ATENCIÓN DE SALUD Y SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD	3
2. PERFILES DE LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA	7
2.1 OFERTA Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	7
2.2 EDUCACIÓN BÁSICA	14
2.3 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA	17
2.4 EDUCACIÓN PERMANENTE	19
2.5 EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA	20
3. MARCO REGLAMENTARIO PARA LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA	25
3.1 LEGISLACIÓN	25
3.2 REGISTRO Y LICENCIA PROFESIONAL	26
4. SITUACIÓN Y CONDICIONES DE TRABAJO	29
4.1 SITUACIÓN E IMAGEN DE LA ENFERMERÍA Y PARTERÍA	29
4.2 CONDICIONES DE TRABAJO	29
5. LIDERAZGO Y GESTIÓN DE LA ENFERMERÍA	31
5.1 LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN LOS MINISTERIOS DE SALUD Y SU PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS	31
6. FACTORES PRINCIPALES QUE INFLUYEN EN LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN LA REGIÓN	33
7. PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE ACCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA..	37
7.1 ELEMENTOS PARA ELABORAR LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA	37
7.2 DESAFÍOS DE ESTAS ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA LA ENFERMERÍA	37
7.3 LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	38
7.4 DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	38
7.5 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	38
7.6 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	38
7.7 SALUD AMBIENTAL	39
7.8 MECANISMOS PARA LA COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN ENTRE LA SEDE DE LA OMS, LAS OFICINAS REGIONALES DE LA OMS Y LOS PAÍSES	39
7.9 PLANES NACIONALES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	40
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
9. PROGRAMA PARA LA ACCIÓN 1998-2002	45

9.1 MISIÓN	45
9.2 VISIÓN	45
9.3 OBJETIVOS	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	51

PRESENTACIÓN

La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud 49.1, aprobada en 1996, refleja el reconocimiento de los Estados Miembros del potencial de la enfermería para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención de salud. Los proyectos de demostración y la investigación de servicios de salud han mostrado que el personal de enfermería puede entregar los servicios de calidad en los modelos eficaces en función de los costos a través de un proceso continuo de la atención mientras que la cobertura se amplía a las poblaciones vulnerables. Sin embargo, estos resultados no siempre han resultado en el cambio de sistemas de salud que aproveche en su totalidad este potencial.

"La Enfermería en la Región de las Américas" ha sido preparada como un análisis de la situación de la enfermería—enfermería como fuerza laboral; el reglamento, las condiciones de trabajo; el liderazgo y la gestión. También considera cómo la enfermería puede contribuir a las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS. Finalmente, propone los objetivos para un programa de trabajo en el futuro para asegurar el potencial de la enfermería.

"La Enfermería en la Región de las Américas" es el producto de un esfuerzo colaborativo progresivo de los Programas de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud y de Desarrollo de Recursos Humanos. El documento inicial fue preparado por la Dra. Alina Sousa como una respuesta a una solicitud de la OMS para analizar la enfermería en la Región como parte de la ejecución de la Resolución WHA49.1. Se circuló ampliamente para las observaciones y el documento final refleja la participación de los líderes de enfermería en toda la Región. También refleja la discusión y recomendaciones de una sesión de los expertos que se realizó en la OPS en octubre de 1997.

El personal de enfermería es el 80% de la fuerza laboral de salud en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Por consiguiente, la enfermería es un recurso importante para el desarrollo de sistemas y servicios de salud en cada país. Sin embargo, la mayoría de los países tienen una seria y persistente escasez de enfermeras profesionales y una distribución inadecuada de estos escasos recursos. El reto para los países es hacer el mejor uso de los recursos limitados para proporcionar atención segura, mientras que a mediano y largo plazo mejorar la calidad con una fuerza laboral de enfermería que esté mejor preparada.

INTRODUCCIÓN

La Región de las Américas, símbolo del nuevo mundo, es un continente grandioso y de vastos contrastes. Se encuentran en ella la economía más rica del mundo y algunas de las más pobres. La población de la Región (774.220.000 habitantes) ocupa un tercio del territorio del planeta, y en esa extensión hay una gran variedad y una vasta cantidad de recursos naturales. Para un tercio de la población del continente (la mayor parte de ellos reside en Estados Unidos) las condiciones de vida son las mejores del mundo. En cambio, por lo menos 10% vive en la pobreza más extrema, con los recursos mínimos para sobrevivir.

Durante el transcurso del siglo, la tasa de crecimiento demográfico se ha desplazado de Estados Unidos y Canadá al resto del continente. La tendencia presente revela un mayor aumento de la población en los países más subdesarrollados de la Región. En Estados Unidos y Canadá se registra una disminución de 40% del crecimiento demográfico. En México y Brasil también está descendiendo el crecimiento de la población. Las tasas de crecimiento demográfico varían desde la más baja 1,06% en Estados Unidos y Canadá, pasando por valores intermedios 2,75% para los países andinos, y llegando hasta un valor extremo 4,1% en Venezuela. La esperanza de vida se ha incrementado en forma sostenida durante este siglo y actualmente se sitúa en más de 70 años. La media de la edad de la población se está elevando a un ritmo diferente en cada país de la Región. Los países latinoamericanos están experimentando una transición demográfica importante, previéndose para fines del siglo un aumento explosivo en el grupo de personas de más de 60 años

La Región de las Américas, como gran parte del resto del mundo, está atravesando una época de paradoja. A fines del milenio, cuando la revolución liberal muestra signos de debilitamiento, las transformaciones anuncian un cambio de paradigma en muchas esferas. La ansiedad y la desorientación van de la mano de la oportunidad y la esperanza. Si bien es impensable que se desate una guerra general devastadora entre las principales potencias, están proliferando en todo el mundo guerras de menor envergadura entre las naciones más pequeñas. En la Región, se están intensificando los conflictos en el Caribe, en América Central y en América del Sur.

La revolución liberal ha modificado rápida y completamente el perfil económico de la Región. En primer lugar, Chile y Bolivia, seguidos de Argentina, México y más tarde de Brasil, reformaron drásticamente su política económica. En otros países también se han emprendido reformas en la misma dirección, todas ellas encaminadas a reestructurar la producción, las finanzas y las comunicaciones. El proceso en sí está difundiéndose más allá de las fronteras nacionales; cada vez hay más descontento con las políticas democráticas, no sólo en América Latina y el Caribe, sino también en Estados Unidos y Canadá. La democracia parece padecer dificultades incluso, como afirma Abraham Lowenthal, en el momento en que se proclama su triunfo. El autor agrega que "la justicia, la ley y el orden son los temas prioritarios en todos los países del mundo..."

Las políticas liberales han acrecentado las desigualdades sociales en todas partes; grandes sectores de la población han quedado excluidos de los mercados. En casi toda la Región,

quizás con excepción de Estados Unidos, cuya economía ha crecido a pesar de las desigualdades sociales, las economías han registrado una recesión significativa. Los pueblos están promoviendo alianzas para detener éstos y otros efectos de las políticas liberales. Alain Touraine, en un artículo reciente, señala que el mundo está entrando en una difícil etapa de transición para superar los resultados de la política liberal; las sociedades están tratando de forjar un nuevo orden político y social.

Bradford, refiriéndose al mismo tema, habla de una transición hacia un nuevo sistema de producción basado en lo que considera una "economía civil", es decir, una economía más descentralizada, que depende de unidades pequeñas y, en consecuencia, puede crear las condiciones para la producción y la creatividad. Todo esto está vinculado a la noción de un proceso innovador de "simplemente hacer las cosas mejor que antes", no forzosamente dentro de la clasificación de alta tecnología. Con la participación de todos se construye esta sociedad innovadora y se replantean las maneras de promover el progreso para hacerlo conducente a mejorar la calidad y las condiciones de vida para todos. Éste es el motor de la esperanza en el futuro, recuperarse de las condiciones que estaban erosionando el bienestar, y encaminarse hacia una situación más productiva dentro de un marco de consolidación de la equidad.

Para Bustelo, un nuevo trato económico y político en la Región promovería un Estado de bienestar mixto, en el cual la reglamentación de políticas centralizadas y descentralizadas aportaría nuevas medidas de carácter social orientadas a los servicios públicos y universales.

Desde esta perspectiva, y ocupándose específicamente de la situación de la salud en la Región, en este documento se trata la situación de la enfermería en las Américas. A manera de introducción se presenta un breve resumen de la atención de salud y del sistema que impera en la Región. En segundo lugar se incluye una secuencia de cuatro secciones en las que se describen y analizan la oferta de mano de obra, el sistema educativo, el ejercicio de la profesión y las condiciones de trabajo de la enfermería. Por último, se presenta un panorama general de las cuestiones que atañen a la enfermería y se proponen planes de acción estratégicos.

Debido a la complejidad del tema, es importante recordar que el resultado de este análisis no deberá confundirse con la realidad. No sería posible analizar a los profesionales de la enfermería ni la profesión misma como actores aislados y disociados de su contexto social. Este informe no pretende cubrir cada uno de los detalles de la enfermería sino plantear algunos de los temas y las tendencias fundamentales que podrían sentar las bases de la acción futura.

1. ATENCIÓN DE SALUD Y SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

La salud de la población de la Región ha mejorado gradualmente en este siglo. En los países más desarrollados se ha registrado una disminución temprana de las enfermedades transmisibles y durante el primer cuarto de siglo su composición demográfica y perfil epidemiológico han cambiado drásticamente. El aumento de la disponibilidad de alimentos, la mejora de la vivienda y el saneamiento ambiental han desempeñado una función importante en este marco de transición epidemiológica y han promovido una era en la que los procesos degenerativos constituyen la mayor parte del perfil epidemiológico. Como consecuencia, el aumento de la esperanza de vida está produciendo una nueva era de supervivencia prolongada a los procesos degenerativos crónicos. La esperanza de vida de más de 80 años, como corolario del envejecimiento de la población, se está planteando como un nuevo desafío para el sistema de seguridad social y la atención de salud.

La transformación que ha mejorado las características epidemiológicas en los países en desarrollo ha sido más lenta. En estos países las condiciones de vida han registrado una mejora pausada e irregular. La era de los antibióticos ha promovido una disminución rápida de la mortalidad infantil y de la mortalidad general por enfermedades infecciosas. Estos fenómenos asociados con un crecimiento demográfico general conllevan un aumento gradual de la esperanza de vida. Las enfermedades crónicas y la violencia (incluidos los accidentes, los desplazamientos y los conflictos) se encuentran entre las 10 causas principales de muerte. Bobadilla et al. describen esta tendencia como una transición no lineal en la que las enfermedades infecciosas y crónicas influyen de manera importante en la mortalidad y la morbilidad.

En general, el panorama para el próximo siglo apunta hacia la continuación de estas tendencias de transformación de la composición demográfica, aparición de nuevas entidades nosológicas asociadas al modo de vida (como el SIDA), así como cambios en las características epidemiológicas generales. La articulación con movimientos ecológicos (bióticos) con miras a aumentar la conciencia y a abogar por cambios en el modo de vida es otra tendencia que tiene consecuencias en la salud.

A pesar de la reforma y la descentralización, la asistencia y los sistemas sanitarios en la Región (principalmente en América Latina) están atravesando la peor crisis de su historia reciente. En América Latina, la reforma de los sistemas de salud está pautada por los principios de los derechos universales, la equidad y la descentralización administrativa. Sin embargo, la crisis económica ha sido devastadora. La disminución de la participación del PIB en la salud ha provocado un deterioro general de la calidad de la atención.

En Canadá y en los países del Caribe de habla inglesa, los cambios en el sistema de salud se han basado en las premisas de eficiencia y de eficacia en función de los costos. En Estados Unidos, la reforma instigada por el Gobierno demócrata está determinada por las premisas del incremento de la cobertura para millones de ciudadanos que no están protegidos por el sistema tradicional de seguro médico.

La proposición estratégica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud acompaña el movimiento de reforma.

En toda la Región, el sistema de salud se centra en la hospitalización y en las acciones curativas. En este escenario, se observa el desarrollo de tratamientos muy especializados y tecnologías médicas avanzadas con sus correspondientes aumentos de costo.

En un intento por superar esta dificultad, los sistemas de salud están abordando tres temas principales: financiamiento, desarrollo de infraestructura (incluidos recursos materiales, tecnologías específicas y medicamentos) y recursos humanos.

El financiamiento del sistema es muy importante y debe definirse junto con las políticas de seguridad social. Será necesario explorar nuevas fuentes y racionalizar los gastos. Es menester equilibrar mejor los gastos destinados a medidas preventivas, promoción de la salud y la atención crítica. La reforma debe hacer frente a la reorientación de instituciones de atención a largo plazo a centros más especializados. Para los países en América Latina se tiene que considerar también un aumento de los gastos (como porcentaje del PIB).

La situación de la infraestructura varía de un país a otro. En Estados Unidos, Canadá y el Caribe impera la necesidad de reorientar los servicios. En América Latina se necesitan inversiones para reparar y construir nuevos centros y para apoyar el desarrollo científico. Además, las tecnologías y los medicamentos específicos han generado la necesidad de contar con mejores políticas de control.

El tema de los recursos humanos es el más complejo, abarca cuestiones que van desde la preparación de personal hasta su administración. La administración de personal adecuada prevé la promoción de los trabajadores y el estímulo a la productividad y la calidad de la atención mediante un sistema de compensación beneficiosa. La preparación de recursos humanos presenta un panorama más difícil e intrincado.

Primero, el sistema tiene que intercambiar experiencias y puntos de vista sobre la educación antes del ingreso al ejercicio profesional. Segundo, tiene que organizar programas de educación permanente para todo el personal. La escolaridad previa no es una responsabilidad central del sistema de atención de salud. Sin embargo, en la práctica existe la necesidad de definir una política en coordinación con el sistema educativo para especificar las necesidades presentes y futuras en materia de profesionales y técnicos en el área de salud. La educación permanente exige la definición de políticas para el desarrollo y la actualización de personal en su totalidad, así como programas de capacitación para los recién graduados y oportunidades de educación de posgrado. En la mayoría de los países de América Latina existe también la necesidad de establecer políticas y programas formales para adiestrar a ayudantes y otro personal sin preparación previa.

La profesión de enfermería desempeña una función activa en la reforma de los servicios de salud. En las asociaciones nacionales, las enfermeras participan en los procesos de formulación de políticas. En unos pocos países, ocupan cargos directivos en los equipos de planificación sanitaria y, con frecuencia, encabezan los procesos de educación permanente y preparación del personal profesional. En resumen, la enfermería en la Región ha acumulado un vasto acervo

de conocimientos y experiencia que son fundamentales para facilitar la necesaria reforma de los servicios de salud.

Para la Región en su conjunto, el tema de la equidad debe desempeñar una función trascendental en el próximo siglo. Las diferencias entre las tasas de mortalidad y morbilidad de diferentes grupos sociales muestran los efectos de una desigualdad social marcada que apunta hacia problemas en el sistema de salud y la atención de enfermería. La enfermería también debe desempeñar una función distributiva para corregir o disminuir las diferencias regionales.

Escenario regional social y de salud (perfil)

- Cambios principales en la estructura demográfica y familiar (aumento de un segmento de población de mayor edad; más pequeñas y nuevas clases de organización familiar).
- Situaciones políticas y económicas nuevas (democracias en renovación, globalización de la economía, aumento de volumen de mercados comunes).
- Sistemas nuevos y más rápidos de comunicaciones (World Wide Web)
- Problemas de desigualdades entre países y dentro de ellos que hay que superar.
- Problemas de salud nuevos y reemergentes (aparición de nuevas enfermedades vinculadas a la mutación viral y otros factores biológicos [genéticos], reaparición de las enfermedades que se consideraban bajo control, por ejemplo, la tuberculosis, causadas por deficiencias en el sistema de defensa corporal, etc.).

Consecuencias para la enfermería

- Desarrollo de nuevas aptitudes para trabajar con poblaciones de mayor edad y estructuras familiares diferentes.
- Mejora de la participación en la formulación de políticas de salud.
- Aprendizaje y uso de nuevos medios de comunicación.
- Mejora de la participación en equipos multidisciplinarios.
- Formulación de nuevas estrategias para el trabajo comunitario, haciendo hincapié en la promoción de la salud y la atención de enfermedades agudas basadas en la gestión de la atención de enfermería.

2. PERFILES DE LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA

2.1 OFERTA Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los cambios en la estructura demográfica y epidemiológica, la disponibilidad de recursos humanos en salud y los modelos de prestación de servicios de salud, desempeñan una función importante en la demanda de personal de enfermería y en la determinación de la oferta. Se sabe que hay escasez de personal de enfermería en toda la Región, pero las diferencias dentro de los países son enormes. La tendencia actual de escasez de enfermeras en Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, podría analizarse considerando la sobreoferta relativa en otros países donde la economía y la oferta de médicos determinan una menor utilización del personal de enfermería en la fuerza laboral. El resultado de este análisis podría proveer un mejor entendimiento de los factores determinantes, así como de la tendencia actual de la "fuga de cerebros" en la Región.

En la mayoría de los países se percibe la probabilidad de que la demanda de atención de salud aumentará después del año 2000. Sin embargo, se ha estimado que parte de esta demanda no será cubierta. Muchos países de la Región tendrán dificultades para mantener una oferta adecuada de personal de enfermería. Todos estos elementos apuntan hacia una escasez general de personal de enfermería en la Región.

Buchan (1993) comenta que la tendencia general en ese contexto, es considerar al personal auxiliar de enfermería como una solución a la "escasez" de enfermeras, ya que este personal requiere menos tiempo y recursos para su preparación y empleo. Sin embargo, Buchan observa que es preciso mantener un equilibrio de la "combinación de categorías de personal" para asegurar la calidad de la atención de enfermería. Para Buchan, "el logro de un equilibrio en la combinación de categorías de personal con la razón óptima de enfermeras de primer nivel, trabajadores de apoyo, ayudantes y auxiliares de enfermería constituye unos de los principales retos que afrontan los planificadores de recursos humanos para la atención de la salud". En la mayoría de los países de América Latina, esta solución es el *modus operandi* del sistema de salud. La escasez de personal de enfermería se resuelve mediante la contratación de personal sin capacitación específica y el adiestramiento en servicio es un procedimiento común en los hospitales y en la comunidad.

La razón de enfermeras profesionales/personal auxiliar de enfermería (combinación de categorías de personal "skill mix") ha disminuido en forma sostenida en los últimos 10 años en toda la Región. Sin embargo, esta razón varía dentro de un campo relativamente extenso (de 209,7 en Cuba a 0,11 en Brasil), y debido a las grandes diferencias en la preparación del personal auxiliar en cada país y aun dentro del mismo, es difícil tener un panorama claro de la situación".

En los últimos cinco años ha aumentado la fuerza laboral de enfermería. Los datos publicados en la edición de 1994 de *Las condiciones de salud en las Américas* revelan un incremento absoluto y relativo del personal de enfermería profesional y no profesional, en

comparación con datos similares de 1990 (anexo A: cuadro A. enfermeras profesionales y otro personal de enfermería por 10.000 habitantes, según subregiones y países, alrededor de 1988 y 1992).

A efectos de un análisis detallado se propone un examen comparativo de las dos variables básicas: la cobertura de atención de enfermería y el equilibrio de la combinación de categorías de personal "skill mix". En el cuadro 1 se presentan tres rangos para el total de personal de enfermería por 10.000 habitantes, que representan la cobertura de atención de enfermería de la población general, como sigue:

baja: < 20 por 10.000 habitantes;

intermedia: entre 21 y 40 por 10.000 habitantes, y

alta: > 40 por 10.000 habitantes.

Asimismo, el cuadro presenta tres rangos para la combinación de categorías de personal, que representan una medida de la calidad de la atención de enfermería, como sigue:

combinación desequilibrada de categorías de personal: < 0,45;

valores intermedios de combinación de categorías de personal: 0,45-0,65, y

hacia una combinación equilibrada de categorías de personal: > 0,65.

Alrededor de 1992, usando la base de datos del mismo año para los países, la matriz resultante muestra seis grupos de países cuya combinación de categorías de personal fluctúa desde una categoría de personal menor de 0,45 y una razón baja de personal de enfermería/población (menos de 20 por 10.000 habitantes) hasta una combinación de categorías de personal de 0,65, acompañado de una razón alta de personal de enfermería/población (más de 40 por 10.000). Para cada uno de estos grupos es posible plantear interrogantes acerca de la cobertura y la calidad de la atención. Los países con una razón baja de personal de enfermería/población y una combinación de categorías de personal baja (< 0,45) podrían considerarse en una situación crítica en lo referente a la disponibilidad y calidad de la atención de enfermería. Por consiguiente, debe usarse cautela al hacerse comparaciones entre países.

Cuadro 1
Total de personal de enfermería y combinación de categorías de personal
Región de las Américas, alrededor de 1992

No. de personal de enfermería/10.000 habitantes	Combinación de categorías de personal Enfermera profesional/Total de enfermeras		
	< 0,45	0,45-0,65	> 0,65
Bajo < 20	Belice Bolivia Colombia Ecuador Guatemala Guyana ¹ Honduras Haití Paraguay Rep. Dominicana	El Salvador Jamaica México Nicaragua Uruguay	
Intermedio 20-40	Argentina Brasil Chile Costa Rica Panamá Perú Venezuela	Granada Santa Lucía San Vicente y las Granadinas Trinidad y Tabago Turcos y Caicos	
Alto > 40		Anguila Antigua y Barbuda Barbados Islas Vírgenes Británicas Martinica	Bahamas Bermuda ¹ Canadá Cuba Dominica ¹ Guyana Francesa ¹ Guadalupe Islas Caimán Montserrat Saint Kitts y Nevis Estados Unidos de América

Fuente: Las condiciones de salud en las Américas 1994.

Es importante señalar que deben tenerse en cuenta otras variables que podrían modificar este primer panorama de los países individuales. Entre estas variables las más importantes son: la razón entre médicos y enfermeras y las condiciones de la infraestructura de los servicios de salud.

¹ Datos incompletos

La presencia de otros proveedores de atención primaria de salud como las parteras, también influirá en el análisis y comparaciones en todos los países. Ecuador, Paraguay, Jamaica, Chile y Perú tienen un número considerable de parteras profesionales que entran directamente en la fuerza laboral de salud que presta atención primaria a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos.

En cuanto a las tendencias observadas en el personal de enfermería, lamentablemente desde 1992 no se cuenta con los datos necesarios para actualizar este análisis. El único indicador que se incluye actualmente en los datos básicos para el personal de enfermería y que se encuentra comúnmente es el número de enfermeras profesionales por cada 10.000 habitantes.

De los países donde la cobertura de personal de enfermería es baja y hay una combinación de aptitudes de menos de 45% de profesionales, solo tres registraron un aumento de dos o más enfermeras profesionales por 10.000 habitantes. Ecuador, Belice y Bolivia mostraron aumentos de 2,01; 2,72 y 4,46 respectivamente.

Seis países con una combinación de aptitudes en el intervalo central, de los cuales tres (Granada, Santa Lucía y Trinidad) tienen un nivel medio de cobertura para la atención de enfermería, notificaron aumentos de siete o más enfermeras por cada 10.000 habitantes.

Cuatro de los países que presentan la situación más grave con respecto a cobertura de enfermería y combinación de aptitudes, a saber: Haití, Guyana, Guatemala y Paraguay experimentaron disminuciones en el número de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes. El Canadá y varios países del Caribe también notificaron disminuciones de 5 o más enfermeras por cada 10.000 habitantes.

El cuadro 2 presenta el número de enfermeras por 10.000 habitantes alrededor de 1994 y 1998.

Es necesario contar con más información para entender la dinámica de la fuerza laboral de enfermería en los países de la Región y en qué forma ésta repercute en la salud de las poblaciones

Cuadro 2
Enfermeras por 10.000 habitantes
Enfermeras por 10.000 habitantes, por subregión y país, circa 1992, circa 1997

Subregión y país	Año	Enfermeras circa 1997	Por 10.000 habitantes circa 1992	Por 10.000 habitantes circa 1997
Subregión Andina		73.054	5,96	7,22
Bolivia	1997	5.393	2,48	6,94
Colombia	1994	16.560	4,56	4,83
Ecuador	1997	8.362	5,00	7,01
Perú	1997	28.063	8,74	11,52
Venezuela	1997	14.676	7,44	6,44
Cono Sur		36.184	4,92	6,42
Argentina	1994	26.000	5,44	7,68
Chile	1996	6.738	4,16	4,72
Paraguay	1997	1.216	3,04	2,39
Uruguay	1996	2.230	5,46	7,00
Brasil	1996	66.857	3,66	4,13
Istmo Centroamericano		18.630		
Belice	1996	178	5,48	8,20
Costa Rica	1997	3.902	9,46	10,91
El Salvador	1997	2.068	4,92	3,49
Guatemala	1997	3.031	3,20	2,70
Honduras	1997	1.528	2,48	2,55
Nicaragua	1997	4.000	5,56	9,19
Panamá	1997	3.923	10,46	14,41
México	1995	84.701	8,76	8,65
Caribe Latino		78.212	26,53	29,45
Cuba	1997	75.000	68,07	67,76
República Dominicana	1997	2.422	1,82	2,99
Haití	1997	790	1,08	1,07
Caribe		14.331	15,67	20,35
Anguila	1997	29	22,22	36,25
Antigua y Barbuda	1996	218	23,25	33,03
Bahamas	1996	634	25,83	22,97
Barbados	1993	880	32,28	33,03
Islas Vírgenes Británicas	1997	66	36,92	33,00
Islas Caimán	1997	197	51,85	59,70
Dominica	1996	295	26,27	41,55
Guayana Francesa	1984	688	73,19	86,00
Granada	1997	342	23,94	36,77
Guadalupe	1984	997	24,93	29,94
Guyana	1997	713	8,76	8,42
Jamaica	1996	1.578	6,95	6,45
Martinica	1997	2.202	46,11	56,75
Montserrat	1997	32	38,00	29,09
Saint Kitts y Nevis	1997	204	59,09	49,76
San Vicente y las Granadinas	1997	272	18,67	23,86
Santa Lucía	1997	384	17,66	26,30
Suriname	1996	661	22,72	15,63
Trinidad y Tabago	1994	3.910	16,10	28,68
Islas Turcas y Caicos	1997	29	17,65	19,33
América del Norte		2.823.702	89,46	96,45
Bermuda	1991	523	88,64	89,55
Canadá	1996	264.305	95,84	89,71
Estados Unidos	1996	2.558.874	87,78	97,20
Región de las Américas		3.195.671	37,93	41,09

Fuente: OPS, Las condiciones de salud en las Américas 1994, La salud en las Américas 1998.

Sin embargo, según ha señalado Nogueira, en la mayoría de los países de América Latina hay una distorsión en la fuerza laboral de salud con una razón mayor de trabajadores de salud

en los dos extremos de la línea de aptitudes y preparación: los más preparados (médicos) están presentes en la misma razón que los menos preparados (enfermeras auxiliares y similares); entre estos dos extremos, el número de profesionales de la salud con aptitudes y conocimientos especializados, como las enfermeras, es relativamente bajo para poder asegurar la cobertura y la calidad de la atención de la salud de forma generalizada.

El cuadro 3 muestra la razón de enfermeras profesionales con respecto a los médicos en los países de la Región. Los nueve países con tres o más médicos por enfermera profesional se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 3
Razón de enfermeras profesionales con respecto a los médicos
Región de las Américas, alrededor de 1997

< 1 Enfermeras/Médico	1-3 Enfermeras/Médico	> 3 Enfermeras/Médico
Argentina Belice Bolivia Brasil Chile Colombia Costa Rica Ecuador El Salvador Guatemala Haití Honduras México Nicaragua Panamá Paraguay Perú República Dominicana Uruguay Venezuela	Anguila Bahamas Barbados Cuba Guadalupe Guyana Islas Vírgenes Británicas Jamaica Martinica Puerto Rico Trinidad	Antigua y Barbuda Bermuda Canadá Dominica EUA Granada Guyana Francesa Islas Caimán Turcos y Caicos Montserrat Saint Kitts y Nevis San Vicente y Granada Santa Lucía Suriname

Cuadro 4
Médicos/Enfermeras profesionales en países seleccionados alrededor de 1997

Argentina	5 – 1
Belice	5 – 1
Brasil	4 – 1
Colombia	3 – 1
República Dominicana	10 – 1
Ecuador	3 – 1
Guatemala	3.5 – 1
Paraguay	8 – 1
Uruguay	5 – 1

Fuente: La salud en las Américas, 1998.

La distribución de la fuerza laboral de enfermería continúa siendo desigual y sigue los modelos de la prestación de atención de salud en la Región. Los profesionales de enfermería y el personal de enfermería auxiliar mejor preparados están concentrados en los grandes centros urbanos. Las zonas rurales suelen estar atendidas por los auxiliares y los trabajadores de salud de apoyo. En el Caribe no latino la emigración de las enfermeras profesionales adiestradas sigue siendo un problema y explica el aumento negativo observado para el área. Desde el punto de vista de los recursos humanos y las políticas de enfermería, los cambios para corregir la distribución desigual son difíciles de promover porque dependen en último término de la reforma socioeconómica estructural dentro de los países, con miras a que haya empleo y condiciones adecuadas de vida en las zonas más remotas. No obstante, las proyecciones indican un aumento de las oportunidades comunitarias para los puestos de enfermería en la mayoría de los países.

Los informes de ciertos países ponen de manifiesto la misma tendencia general. En Ecuador, las enfermeras están concentradas en las ciudades más grandes y la mayoría trabajan en hospitales. El país tiene dificultades para crear nuevos puestos y, por lo tanto, hay enfermeras desempleadas.

En Argentina, donde la mayor parte de la fuerza laboral de enfermería está integrada por personal auxiliar (58% de auxiliares de enfermería y 12% de ayudantes), la distribución del personal de enfermería tiene las mismas características, y la escasez de enfermeras se compensa actualmente con personal auxiliar poco capacitado. Recientemente, el Ministerio de Salud, con apoyo de la OPS, promovió un programa nacional para la profesionalización de la enfermería, gracias al cual, 20.000 ayudantes de enfermería pudieron incorporarse a un programa académico. Brasil presenta una situación muy similar, ya que más del 50% de la fuerza laboral de enfermería está constituida por ayudantes sin preparación profesional.

En Canadá, la mayoría de las enfermeras tituladas en ejercicio trabajan en Ontario y Quebec, sobre todo en centros hospitalarios (62,6%), seguidos de hogares para convalecientes (10,5%), dispensarios comunitarios (5,9%), instituciones de enseñanza (2,5%) y dispensarios/consultorios médicos (2,5%).

En los países del Caribe no latino se registra una fuga de cerebros de enfermeras profesionales hacia Estados Unidos. La distribución del personal de enfermería es similar a la que se describe para los países latinoamericanos, con la salvedad de que el personal de enfermería profesional se ocupa de un porcentaje alto de los servicios de salud en la comunidad, siguiendo el modelo inglés.

Las restricciones del mercado de trabajo, que tienen su origen en la crisis económica y las políticas liberales, están dando lugar a contratos de trabajo temporales o contratos que no proporcionan protección social. Esto agrava la situación de la baja remuneración ya mencionada, las largas jornadas de trabajo y pocas oportunidades de adelanto profesional y desarrollo personal.

2.2 EDUCACIÓN BÁSICA

La formación de enfermeras profesionales en la Región ha aumentado en forma sostenida en el transcurso del siglo. Actualmente existen 2.173 programas de formación de enfermeras que se pueden clasificar en tres categorías principales: licenciatura o equivalente, diplomado y enfermería de nivel técnico.² La figura 1, tomada del cuadro B que se encuentra en el anexo A, muestra esta tendencia del número de escuelas de enfermería.

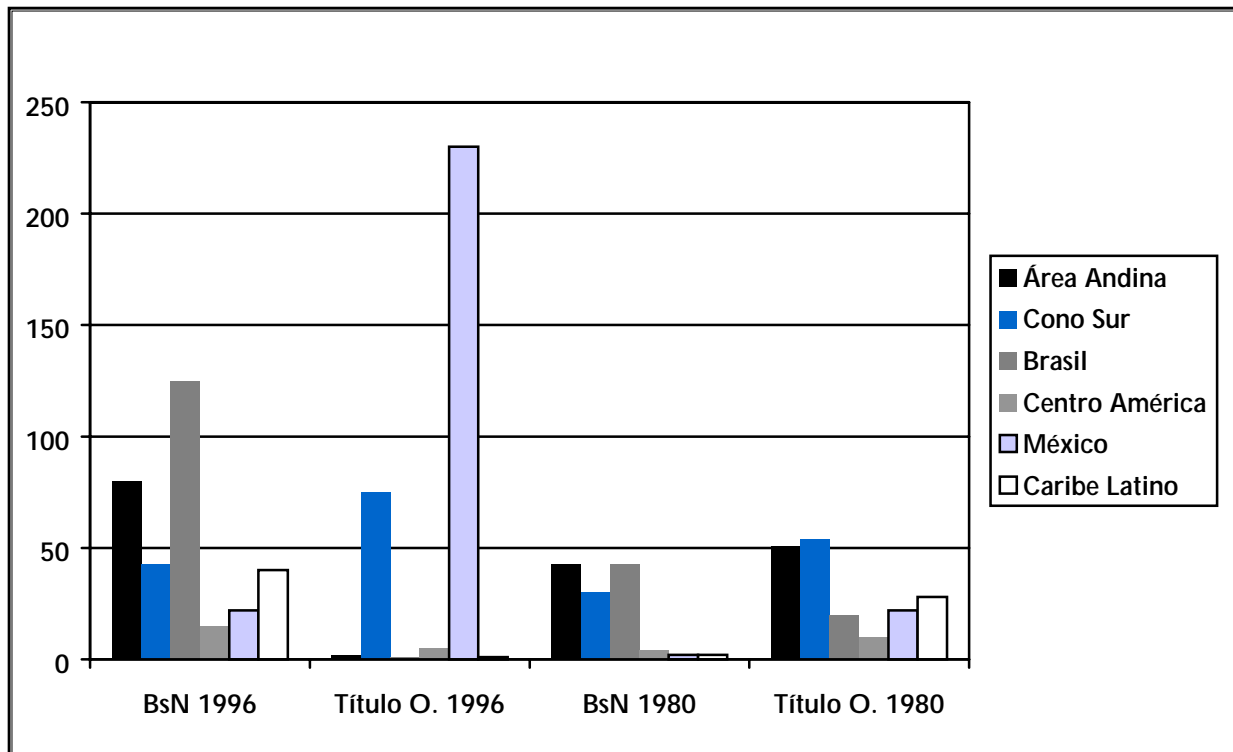
Según el estudio realizado en 1982 por la OPS sobre la formación de personal de enfermería en América Latina, 52% de los programas eran de nivel universitario; 21% eran patrocinados por los ministerios de educación; 19%, por los ministerios de salud, y 7%, por otras instituciones. No hay datos nuevos con los cuales actualizar esta información. Sin embargo, podría inferirse del número de programas de licenciatura actuales que más de 80% se ofrecen a nivel universitario. En 1949, cuando la OPS auspició el primer estudio sobre la educación en enfermería en América Latina, había 294 programas, de los cuales solo 37% exigían más de seis años de educación previa. En la actualidad, todos los programas, incluidos los que preparan personal auxiliar, requieren más de 10 años de escolaridad previa y 49% tienen nivel universitario (licenciatura o equivalente). Desde esa época ha habido un incremento de 220% en las escuelas de enfermería en esta subregión.

No obstante, este panorama es más complejo, la enfermería como un sistema de enseñanza varía dentro de los países. El nivel universitario puede ser el más homogéneo de toda la Región, con dos o tres programas distintos: "licenciatura", en el que se otorga un título de educación superior (en programas de cuatro a cinco años); diploma (programas de tres años), y enfermería de nivel técnico (programas de dos años, principalmente en Estados Unidos). Algunos países tienen un programa de técnicos expertos en enfermería. Estos programas forman parte de la educación secundaria técnica y ofrecen dos o tres años de adiestramiento específico. Brasil,

² En la mayoría de los países latinoamericanos el título de BSN se denomina licenciatura, porque los programas latinoamericanos que otorgan el título no están asociados a escuelas de hospitales como en Estados Unidos. Es un programa de educación en enfermería de tres años en una institución de educación superior, como la universidad. El título de nivel técnico es un programa de educación en enfermería esencialmente estadounidense.

Cuba, Nicaragua y Venezuela han establecido esta clase de programa de enfermería. Sus programas de preparación de auxiliares de enfermería y ayudantes son de una diversidad extraordinaria. Algunos países tienen programas de educación vocacional formales para preparar auxiliares de enfermería. Los programas duran entre dos años y nueve meses y algunos exigen educación secundaria completa, y otros no. En algunos otros países se prepara al personal auxiliar en servicio mediante programas de capacitación en el trabajo. Por último, casi todos los ayudantes en estos países reciben capacitación en servicio con una duración variable como parte de su trabajo. Los ayudantes de enfermería pueden, además, pertenecer a distintas categorías dentro de los países, dependiendo de si trabajan en hospitales o en la comunidad.

Figura 1
Programas Educativos de Enfermería
BsN y otros Prgramas de Título para 1996 y 1980



Lo más sorprendente de esta situación es la falta de una delimitación clara de las funciones y tareas del personal de enfermería con preparación tan heterogénea. En la mayoría de los países, es posible que las mismas funciones y tareas estén a cargo de personal de enfermería al margen de su preparación.

La tendencia general de la Región es establecer la enseñanza de la enfermería en las universidades. Sin duda, esto es resultado de un aumento general del grado de instrucción general de la población en su totalidad, lo que impulsa el desarrollo de la educación superior, así como una mayor presencia de la enfermería en la comunidad universitaria. Por otra parte, se están incorporando a los programas de estudios la atención primaria de salud y la asistencia

comunitaria. La Fundación Kellogg ofrece respaldo a un importante programa multiprofesional (UNI) con esas características en varios países de América Latina.

En América Latina, la enseñanza de la enfermería se debe analizar tomando en cuenta que existe una crisis educacional y universitaria. Las universidades latinoamericanas han soportado enormes presiones como consecuencia de las limitaciones económicas del decenio anterior. El aumento del número de estudiantes y la falta de recursos desbordaron el sistema. Dadas estas condiciones, las instituciones debieron limitarse a transmitir conocimientos de manera conservadora, con poca creatividad o capacidad real para promover la capacidad intelectual.

Estos obstáculos a la educación, aunados a las dificultades del sistema de atención de salud, han exacerbado los problemas en la enseñanza de la enfermería. La mayor parte de los programas básicos carecen de las aptitudes didácticas en el tratamiento clínico de los pacientes y hay deficiencias en la distribución y supervisión del adiestramiento práctico en los establecimientos de salud.

La promoción de cambios creativos en la formación de enfermeras profesionales es una tarea compleja y a veces difícil. Se está estructurando una iniciativa que procura incorporar un nuevo método en la Región mediante una red de comunicación, Red de Enfermería de América Latina (REAL) que respaldaría el intercambio de innovaciones e información, el fortalecimiento del liderazgo, el apoyo al desarrollo profesional y oportunidades para que la enfermería participe en foros multidisciplinarios. También se busca el reforzamiento de asociaciones multidisciplinarias, la identificación de necesidades para buscar apoyo, y los recursos técnicos para forjar el progreso profesional. La REAL se ha propuesto fortalecer la profesión de enfermería a través de una red de individuos e instituciones. Es de esperar que con esto mejoren las condiciones de salud y de vida en América Latina.

La Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE) ha demostrado interés en esta red para articular iniciativas y acciones. Además, la Asociación propone cambios tales como aumentar el número de miembros y acciones para mejorar los métodos didácticos, crear normas educacionales y evaluar los programas de la subregión.

La educación en enfermería básica debe cambiar su foco de atención y orientarse hacia la atención primaria de salud y comunitaria. Hammond (1991) recalca la necesidad de cambiar el contenido de los programas a efectos de poder discutir la realidad del sistema asistencial y las condiciones socioeconómicas, y fomentar la atención de salud preventiva.

Se recomienda invertir la tendencia del modelo autoritario, pasivo, sumiso y no crítico de la formación de enfermeras. Se sugieren principios de educación adulta y procesos activos autoadministrados y de aprendizaje autodirigidos, utilizando técnicas de resolución e identificación de problemas y trabajo comunitario colectivo. Según Davine, la enseñanza de la enfermería habrá de incorporar la nueva función profesional al ámbito de la transformación de los servicios de salud. Habrá que integrar nuevos conocimientos, de conformidad con la división general en materia de salud, de una manera más global u holística para evitar la fragmentación. También es necesario evitar el fortalecimiento de las prácticas burocráticas. La división del trabajo debe contemplar la racionalización de las tareas, más cooperación entre los profesionales y la humanización de la atención. Donley cuestiona la utilidad de los resultados

de los estudios en hospitales y su aplicabilidad a los servicios comunitarios. Concluye diciendo: "Me pregunto si es posible transformar el paradigma de la educación en enfermería, que ha preparado a enfermeras para cuidar a personas muy enfermas y para ejercer su profesión en hospitales, a fin de que puedan preverse nuevas realidades".

Es importante destacar la experiencia de los análisis prospectivos realizados en muchos países de América Latina. La estrategia analítica proporciona las bases para la evaluación de la realidad y la previsión del futuro, mediante la planificación estratégica encaminada a superar los problemas e introducir nuevos conceptos y metodologías en el proceso educativo. En algunos países este procedimiento ha motivado a la comunidad universitaria de enfermeras y al personal en ejercicio a proponer cambios de fondo en la educación, principalmente al hacerse cargo de la realidad de los servicios de salud mediante la coordinación e integración de la teoría y la práctica, el enfoque multidisciplinario y las estrategias multiprofesionales para elaborar programas de estudios.

La reforma de la educación en enfermería también exige experiencias interdisciplinarias. En un boletín informativo reciente de la Asociación Estadounidense de Escuelas de Enfermeras (AACN), se insta a las escuelas a que consideren la interdependencia entre las profesiones de la salud y la necesidad de realizar un trabajo colaborativo, dado que "la educación interdisciplinaria parece ser un paso vital en el movimiento hacia los sistemas coordinados de atención de salud eficientes, eficaces en función de los costos y de alta calidad." Lo anterior se enmarca en una visión más global de lo social y en el compromiso de mejorar la salud de todos.

Los programas de enfermería regionales y de país de la OPS se están centrando en las iniciativas para mejorar la enseñanza de la enfermería en función de la perspectiva indicada más arriba. Se está brindando apoyo a la reforma de programas de estudios y a los procedimientos de acreditación de educación en enfermería (TLCAN: México, Estados Unidos y Canadá; MERCOSUR: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay; región andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela)".

2.3 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Durante el primer cuarto de siglo se establecieron programas de enfermería posbásicos en la Región. Con excepción de América del Norte, puede decirse que sólo los programas impartidos después de los años sesenta son más estructurados y desarrollados. Esto coincide con la integración de la educación en enfermería a la universidad en casi toda la Región durante ese decenio.

En 1994 había un total de 690 programas de posgrado en enfermería en la Región, a saber: 271 programas de especialización, 311 programas de maestría, 71 programas de doctorado y 37 programas posbásicos (cuadro 5). Estados Unidos representa 70% del total y son 14 los países que no cuentan con programas a estos niveles.

Los programas educativos posbásicos deberán centrarse en un alcance más amplio de las aptitudes para tratar facetas comunitarias y de promoción de salud. Esta tendencia está dando lugar al desarrollo de aptitudes no específicas o aptitudes que son comunes a las de otros profesionales, como el desarrollo comunitario, la formación de grupos, la planificación de programas y la formulación de políticas. En este sentido, la dotación de capacidad de decisión al personal debe ser un componente significativo de todos los programas posbásicos. Es importante recordar que la salud pública mejora por medio de los cambios en el modo y las condiciones de vida, y no mediante la curación de la enfermedad.

El estudio sobre la especialización en enfermería en seis países latinoamericanos (Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá y Venezuela) informa sobre la existencia de los programas de esa índole en 14 universidades. Los programas de especialización están relacionados con campos específicos como: terapia crítica e intensiva, pediatría y atención neonatal, enfermería obstétrica, enfermería renal, enfermería cardiorrespiratoria, atención respiratoria, enfermería en oncología, enfermería medicoquirúrgica, psiquiatría y salud mental, administración de la atención de enfermería, salud pública y enfermería comunitaria, administración y enseñanza, atención maternoinfantil, salud ocupacional, atención a las familias, los adultos y los ancianos.

Estos programas, generalmente de jornada completa y un año de duración, presentan una gran diversidad en los créditos académicos y las horas de clases (que varían entre 999 y 2.999 horas). Sin embargo, la nueva tendencia observada en unos pocos países es la utilización de las estrategias de aprendizaje a distancia.

En los últimos 11 años se han capacitado por medio de estos programas 1.002 enfermeras especialistas (la media anual es 30 especialistas de los 32 programas estudiados de los seis países). La enfermería clínica, la asistencia de enfermería/atención general de los pacientes, la prevención y la promoción de la salud materna, neonatal, infantil y perinatal son los campos más comunes.

El estudio llega a la conclusión de que los programas de especialización en enfermería están bien establecidos en estos países. El cuerpo docente está bien preparado y el flujo de los estudiantes y la calidad del programa de investigación son adecuados. Se señala la falta de apoyo oficial (del gobierno) para la formulación de los programas. También se observa la falta de políticas específicas para la formación de personal de enfermería.

En 1995 se llevó a cabo una reunión panamericana sobre la educación de posgrado centrada en la educación superior de enfermería como vía para una atención de salud de calidad. En esta reunión se analizó la educación de posgrado y la especialización en función de la reforma de los sistemas de salud y de las necesidades de salud pública. Se propusieron asimismo acciones estratégicas para los próximos años.

Los programas posbásicos apoyan por lo menos tres metas básicas: la formación de enfermeras para la atención especializada, la preparación de educadores de enfermeras, y el fomento de la investigación. Las enfermeras clínicas especializadas (en diferentes campos), de salud pública y de la comunidad se preparan por medio de programas de posgrado o de especialización.

Desde los años sesenta, tras la integración masiva de las escuelas de enfermería al sistema universitario, los educadores de enfermería en todos los países de la Región han perfeccionado su preparación gracias a programas de enfermería generales y específicos a nivel posbásico. La OPS y otros organismos internacionales han contribuido con becas de enfermería (véase el anexo B).

Cuadro 5
Programas de posgrado de enfermería en las Américas y el Caribe, 1994

Países	Espec.	Maestría	Doc.	Posbásico
Colombia	14	6	..	..
Ecuador	3	2	..	..
Perú	..	1	..	..
Venezuela	1	3	..	..
Chile	3	1	..	..
Brasil	102	19	7	..
Panamá	6	2	..	..
México	5	1	..	..
Canadá	..	23	7	..
Estados Unidos	136	252	57	37 ³
Jamaica	1	1	..	..
Región de las Américas (Total)	271	311	71	37

Fuente: Estudio de los programas de especialización y maestría en América Latina
Espec.= especialización
Doc. = doctorado

Otra faceta importante de la educación posbásica es el desarrollo de la investigación. Estados Unidos cuenta con centros de investigación más avanzados y ha generado conocimientos e instrumentos metodológicos esenciales para la investigación en enfermería. En los últimos dos decenios casi todos los países de la Región han creado un núcleo de desarrollo de la investigación. Los cinco coloquios sobre investigación en América Latina y las actividades de carácter nacional en la mayor parte de los países están dando lugar a un nuevo foro para la institucionalización de la investigación en enfermería, la aplicación de sus resultados y el adelanto de temas y prioridades (anexo C).

2.4 EDUCACIÓN PERMANENTE

En general, este tipo de formación se ha promovido mediante el programa de la OPS para la educación permanente. Sin embargo, en los países de la Región todavía son escasos los planes de enseñanza continua en enfermería.

³ Programas de certificado posbásico en Estados Unidos.

La Universidad de Panamá ha creado un programa de educación permanente en enfermería que emplea la tecnología de aprendizaje a distancia, en un proceso reglamentado, cuyas repercusiones han sido evaluadas positivamente por las enfermeras mismas. En el resto de los países de esta subregión se están poniendo en práctica procesos similares.

En Argentina se lanzaron iniciativas encaminadas a preparar enfermeras para la formulación y la ejecución de propuestas y para la actualización regular del personal de servicio. Brasil ha formulado durante varios años, a nivel del gobierno central, programas orientados a los servicios básicos comunitarios. Con el transcurso del tiempo estos programas se integrarán a los planes regionales o estratégicos del Estado para consolidar el sistema local de salud.

La OPS está apoyando un programa para la preparación de supervisores de instructores para impartir cursos permanentes en ciertos países. Este programa tiene dos fases: un taller (de una semana) para tratar la planificación del proceso educativo y un seminario sobre estrategias y metodologías de la enseñanza y el aprendizaje. Este proyecto se basa en la experiencia del Brasil y otros países de la Región que han adoptado y adaptado la estrategia llamada "larga escala". Las subregiones andina y centroamericana ya llevaron a cabo la primera fase del proyecto.

La República Dominicana, Cuba y Nicaragua están adquiriendo experiencia en servicios locales de salud (SILOS). Brasil, además de la experiencia central del proyecto "larga escala", ha realizado otras diferentes experiencias en los estados. Algunas están relacionadas con los proyectos UNI de Kellogg. Ecuador, Colombia y Venezuela también están haciendo planes y organizando grupos, sin embargo, estas experiencias son muy selectivas y a pequeña escala, con una cobertura muy baja del personal de enfermería. En general, las actividades de educación permanente tienen pocos recursos presupuestarios asignados.

En resumen, todos los programas de educación en enfermería necesitan ser reestructurados y reformados dentro del contexto de sus políticas nacionales y de los planes generales de desarrollo del personal de salud. Un cambio importante y sustantivo deberá traer aparejados programas integrales para la enseñanza de la enfermería en todos los niveles. Es de esperar que la reforma de origen a una fuerza laboral diferenciada, a una relación más interdisciplinaria, a la especialización, al liderazgo y a una mayor presencia de la enfermería, la profesión más numerosa en el campo de la atención de la salud. Todo esto deberá insertarse en un marco de valores sociales de salud y vida, teniendo en cuenta el significado de la curación y la asistencia, base ética para la toma de decisiones, y centrando la atención en el valor colectivo de la diversidad.

2.5 EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

Durante los dos últimos decenios, la definición de la enfermería como recurso valioso para mejorar la salud, y la observación de que la profesión constituye la mayor parte de la fuerza laboral del sistema de atención de salud cobraron gran importancia. En la mayoría de los casos,

estos conceptos fueron expresados en debates sobre el ejercicio de la enfermería. En los países, así como en los organismos internacionales, estas afirmaciones forman parte del debate general y son tomadas en cuenta en casi todas las actividades de planificación de salud y formulación de políticas. Sin embargo, las autoridades siguen exigiendo de la enfermería la explicación del alcance y el carácter de su ejercicio.

En las Américas, la enfermería es un componente importante del sistema en la atención de la salud. Su práctica cubre una variedad amplia de entornos: servicios de salud y comunitarios, investigación académica y de alta tecnología, y planificación y formulación de políticas en las administraciones centrales. Este alcance amplio, a veces presenta dificultades y se convierte en un desafío para describir con exactitud la práctica de la enfermería, lo que coincide con las propias dificultades de la profesión para definir su identidad profesional.

Se ha documentado ampliamente que el compromiso de la profesión de enfermería al mejoramiento de la situación de salud de la población, exige una definición clara y una descripción de su ejercicio y de su finalidad en el marco del sistema de salud. En el debate sobre la función de las enfermeras, presentado en el informe sobre la práctica de la enfermería en la Región de las Américas, se resume la situación de la siguiente manera:

"Las enfermeras prestan servicios de salud y enfermería a individuos, familias, grupos, y a la comunidad, basándose en las necesidades identificadas de la población. La asistencia incluye la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el tratamiento de las enfermedades comunes y la rehabilitación cuando una dolencia ha pasado la fase aguda. Las enfermeras también participan en la asistencia a largo plazo de las personas que padecen enfermedades crónicas y degenerativas, y proporcionan cuidados paliativos a los pacientes en la fase terminal de la enfermedad".

Es importante señalar que este amplio enunciado pretende cubrir una gama muy extensa de funciones de la enfermería en la Región. En primer lugar, más del 80% de la fuerza laboral de enfermería y de las enfermeras profesionales trabajan en los hospitales, sobre todo en unidades de atención crítica, consulta externa y salas de urgencias.

En segundo lugar, las enfermeras se ocupan principalmente de administrar el personal y de supervisar la atención proporcionada por otro personal de enfermería. Esto puede verse en América Latina, algunos países del Caribe y, en algunas situaciones (atención del anciano en los hogares para convalecientes), en Canadá y Estados Unidos.

Tercero, aun en el plano de la atención primaria, según se señala en el informe sobre la práctica de enfermería de las Américas:

"En la mayoría de los casos, el personal de enfermería se encarga de la atención primaria en todo el ciclo de la maternidad, de la atención ginecológica regular y de los servicios de planificación de la familia, así como de la atención prenatal y del seguimiento del parto, el parto y el puerperio, tarea que incluye la atención en puericultura en casos de bajo riesgo. Muchos países han establecido normas que recomiendan la manera de asignar las visitas sistemáticas a diferentes miembros del equipo, incluido el personal de enfermería".

Cuarto, la participación de las enfermeras y la enfermería en la organización comunitaria y la acción política, si bien registra un incremento en la Región, son todavía incipientes y podrían considerarse como parte de un amplio movimiento de renovación, cuyo objetivo es que la enfermería (sobre todo el liderazgo de enfermería) participe en el establecimiento de políticas y la elaboración de programas. Cabe citar como ejemplo la participación de las enfermeras en algunos servicios de salud locales de ciertos países latinoamericanos. En esta capacidad, las enfermeras:

"Se ubican a la vanguardia de los programas y las iniciativas dirigidas a extender las actividades de atención y promoción de salud a las comunidades más necesitadas. Las enfermeras adaptan sus métodos y servicios a diferentes culturas y niveles socioeconómicos modificando las políticas y los procedimientos a los valores y las costumbres de la comunidad".

Quinto, se cuenta con información sobre la participación de la enfermería en el desarrollo y la supervisión de los trabajadores tradicionales de atención de salud en programas especiales y determinadas zonas geográficas:

"... las enfermeras trabajan directamente con el personal tradicional de salud para mejorar la articulación entre los sistemas de salud tradicionales y occidentales, lo que es particularmente importante en los países cuya población indígena es numerosa o constituye una razón considerable de los grupos más vulnerables".

Sexto: es razonable prever que:

"... a medida que los países buscan maneras de controlar el costo de la atención de salud, las enfermeras están adoptando nuevas funciones en la atención administrada. Un ejemplo de ello es el trabajo del personal de enfermería en el Hospital Universitario de Cali".

Por último, es importante señalar que las enfermeras y la enfermería siguen desempeñando un papel esencial en los programas de prevención de enfermedades. Por ejemplo:

"En 1994, la OPS ofreció un premio a la persona responsable del éxito del programa de vacunación en los países de la Región. Dos enfermeras, una de Guyana y otra de Perú, fueron homenajeadas por su compromiso y esfuerzos incansables en favor de las poblaciones de sus países para lograr altos niveles de cobertura de vacunación en condiciones sumamente difíciles".

Además, es necesario examinar la contribución de la enfermería a la promoción de la salud. La promoción de la salud, tal como se expresa en la Carta de Ottawa, deberá lograr la "igualdad de oportunidad y recursos para que todas las personas alcancen su mayor potencial de salud". Esto incluye el fortalecimiento de las acciones comunitarias para desarrollar aptitudes personales o comportamientos positivos (actitudes más sanas), crear ambientes favorables, forjar políticas públicas más saludables y reorientar los servicios de salud. La enfermería es, hasta cierto punto, la revisión y la reorientación de su propia noción de promoción de la salud. Al abandonar la tradición de dictar una norma de comportamiento, la profesión comienza a adoptar la posición de compartir los conocimientos y la experiencia en aras del mejoramiento y el mantenimiento de la salud. La enfermería tendría que depender de la experiencia de otros

profesionales para poder participar en la mejora de las condiciones de vida (social y ambiental). Habrá que crear una competencia técnica novedosa para trabajar en la capacidad reciente de dotar a la población de aptitudes de salud al nivel comunitario.

El incremento de la investigación en enfermería en la Región también está creando un nuevo entorno para el ejercicio y el desarrollo de la profesión. Pese a los vínculos estrechos que median entre la investigación y la educación de posgrado, la investigación en enfermería está trascendiendo los límites universitarios para insertarse en el entorno clínico y convertirse en un instrumento para mejorar la calidad y resolver problemas prácticos.

Otro factor importante que debe considerarse es la tendencia general de la transformación del trabajo, la cual está exigiendo una adaptación del personal de enfermería para hacer frente a las nuevas funciones. Es necesario romper con los hábitos y ayudar a transformar los conceptos sobre el trabajo en equipo y la cooperación en el proceso laboral. La calidad de la atención tiene que responder a medidas de eficiencia. Al referirse a la necesidad de que las enfermeras se centren en la atención de los pacientes y clientes, Boston y Vastal señalan: "Como enfermeras líderes, nos encontramos en peligro de extinción si dejamos de reconocer este cambio de paradigma".

La práctica de la enfermería dentro de la Región de las Américas está procurando hacer frente a las nuevas exigencias de los servicios de salud, de mejorar la calidad de la atención y la educación y de potenciar el papel de la profesión. El ejercicio de la profesión es complejo; abarca un amplio espectro de actividades de salud y de competencia técnica en la enseñanza y la investigación. En la mayor parte de los países, la práctica se realiza bajo presión y circunstancias adversas ocasionadas por la escasez de personal y las condiciones de trabajo inadecuadas.

3. MARCO REGLAMENTARIO PARA LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

3.1 LEGISLACIÓN

Los temas reglamentarios y legislativos en la enseñanza y la práctica de la enfermería son motivo importante de preocupación en la Región. Los países informan sobre los intentos de formular parámetros y normas de conformidad con las directrices del Consejo Internacional de Enfermería (CIN), además de la legislación aprobada o en proceso de aprobación por sus gobiernos. La información general también abarca otras actividades como el desarrollo de normas de la enseñanza de la enfermería y el uso de nuevas disposiciones legislativas para la práctica clínica y ética. Se carece, no obstante, de un sistema reglamentario completo en casi todos los países. Ralph señala:

"...hace falta un sistema reglamentario que enriquezca la atención de enfermería por medio de mejores normas educacionales, para desarrollar la práctica y para crear códigos de conducta y de ética. Así como el sistema cardiovascular humano es imprescindible para la vida, el sistema de reglamentación de la enfermería es la sangre vital de la profesión y de su destino".

La reglamentación es un poderoso instrumento para la potenciación de la profesión. La autoridad que reglamenta la profesión crea de esta manera una relación y un pacto especial con la sociedad. Las normas reglamentarias surgen del interior y del exterior del organismo profesional; en otras palabras, los decretos y las leyes son formulados por los órganos profesionales y promulgados por las autoridades legislativas, en tanto los códigos y las normas pueden circunscribirse a los órganos profesionales.

El hecho más trascendental, sin embargo, es el reconocimiento, por parte de los representantes de la enfermería de la Región, de la importancia que tiene la legislación para mejorar la enseñanza de la enfermería, las normas profesionales y la atención de los pacientes. Se acepta ampliamente que la reglamentación tiene que ver con la posición de la profesión de enfermería en la sociedad y con el poder de la profesión para controlar sus propias responsabilidades en el ejercicio profesional.

Casi todos los países tienen algún tipo de legislación o están en proceso de elaborarla. Algunos países también han revisado su reglamentación nacional en años recientes: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, México y Estados Unidos. Todos los países centroamericanos están formulando o promulgando reglamentos específicos para la profesión. No existen estudios comparativos sobre el alcance y los límites de la legislación aplicada ni sobre el contenido específico de un órgano normativo y su estatuto. Sin embargo, se cree que la mayor parte de los sistemas reglamentarios de la Región se podrían mejorar. Los países signatarios de tratados económicos, como son el Mercosur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay); el TLCAN (México, Estados Unidos y Canadá) y el Pacto Andino (Colombia, Ecuador, Venezuela, Bolivia y Perú), también están preparando recomendaciones sobre el sistema jurídico al estilo de la Unión Europea.

Las juntas de reglamentación de la enfermería son heterogéneas. Casi siempre, el proceso de desarrollo ha incluido el trabajo de una organización nacional, como una asociación de enfermería, que formuló las leyes, y las decisiones jurídicas que crearon las instituciones oficiales superiores para controlar y promover la legislación. En algunos países, las juntas u otras organizaciones, tienen vínculos con el gobierno relacionados con el registro y la concesión de licencias profesionales. En este caso se trata de instituciones creadas para apoyar y vigilar el respaldo jurídico. Según la organización del Estado (confederaciones, federaciones o estados nacionales), el sistema normativo de la enfermería se descentraliza en los planos estatal y provincial. Como tendencia general, las juntas se encargan de registrar a todo el personal de enfermería en un país.

La reglamentación de la educación depende del sistema del país. En la mayor parte de ellos, son los niveles nacionales y estatales los que definen las políticas generales de educación superior y los que establecen el reconocimiento de los programas en el marco de la autonomía universitaria. La acreditación de programas es una práctica general en Estados Unidos y Canadá. Las asociaciones de escuelas de enfermería en América Latina están empezando a debatir la acreditación de programas; la Asociación Colombiana de Escuelas de Enfermería es el foro para estos debates.

McBride y Bennet (1995), en una ponencia presentada en la Asociación Canadiense de Escuelas Universitarias de Enfermería (CAUSN) mencionaron que es probable que en el futuro aumente el interés internacional en la acreditación. La CAUSN prevé que recibirá más solicitudes de información sobre este particular de los países de América Latina y del Caribe, así como de otros países fuera de la Región. Se infiere en el documento mencionado que los avances en la democracia y las políticas más liberales que exigen la libertad académica en las universidades y las instituciones de educación superior en América Latina y el Caribe generarán una necesidad creciente de instrumentos que velen por el acceso a la educación de buena calidad, y también de que el público reciba servicios de profesionales capacitados, por ejemplo, mediante la acreditación.

3.2 REGISTRO Y LICENCIA PROFESIONAL

El registro y la licencia profesional como reconocimiento de las aptitudes y los conocimientos de enfermería no son comunes en la Región. Sólo en América del Norte y unos pocos países del Caribe no latino existen tales medidas. En una gran parte de los países latinoamericanos, el registro y la licencia profesional son sencillamente trámites burocráticos. En otros países no existen tales requisitos.

En América del Norte, algunas veces el sistema de registro está vinculado a los requisitos de educación permanente. Después de cierto tiempo en ejercicio, es necesario inscribirse en un programa de enseñanza continua o pasar un examen para mantener la licencia. En el resto de la Región el registro es un requisito para iniciar el ejercicio profesional. Actualmente, existe la tendencia a que se respeten los procedimientos de registro y su alcance en los programas de mantenimiento y desarrollo de aptitudes y conocimientos profesionales. Cuatro países, bajo el liderazgo de Colombia, están trabajando en la formulación de un sistema de registro nacional

para garantizar un nivel mínimo de competencia de todo el personal de enfermería. Hay una mayor preocupación por dar protección y seguridad al público, principio esencial de toda reglamentación de los procedimientos de registro.

4. SITUACIÓN Y CONDICIONES DE TRABAJO

4.1 SITUACIÓN E IMAGEN DE LA ENFERMERÍA Y PARTERÍA

En general, la situación y el reconocimiento social de la enfermería en la Región se caracterizan por sus limitaciones. En la mayor parte de los países la enfermería está integrada por un grupo inmenso que tienen muy poco peso social. Los principales factores determinantes de esta posición social son el predominio de las mujeres contratadas a sueldo, con poca preparación y organización. En los países donde casi toda la fuerza laboral de enfermería está constituida por asistentes sin formación, los clientes y la población general los perciben como personal de servicio, en la misma categoría que las empleadas domésticas.

La falta de identidad profesional, asociada a una historia de subordinación manifiesta al médico, genera una actitud psicológica de sumisión, falta de confianza y baja autoestima. En general, la enfermería como categoría profesional afronta dificultades para que se reconozca su contribución a la sociedad.

A pesar de esta tendencia predominante, los ejemplos del reconocimiento a enfermeras mencionados más arriba son importantes. La Organización Panamericana de la Salud otorgó a dos enfermeras (de Guyana y Perú) reconocimiento por su responsabilidad individual en los logros obtenidos en los programas de vacunación de sus países. Se hizo un reconocimiento público de su compromiso y esfuerzos infatigables en favor de la población, porque eso representa el trabajo frecuentemente anónimo de la enfermería en la Región, comprometida a mejorar la salud y la calidad de vida.

Varios países de la Región (Brasil, Canadá, Perú y Estados Unidos, entre otros) tienen enfermeras en puestos centrales clave. Asimismo, la enfermería participa e influye en las decisiones de política de salud a niveles estratégicos en varios países donde las universidades o las asociaciones profesionales intervienen activamente en los consejos nacionales de salud.

4.2 CONDICIONES DE TRABAJO

Desde 1992 se ha informado de mejoras en los sueldos y las prestaciones. No obstante, suelen ser inferiores a las tasas de inflación o, en los países donde hubo reajustes económicos o se devaluó la moneda, el aumento no elevó el poder adquisitivo. La remuneración, además, varía sobremanera. En Argentina, por ejemplo, el sueldo mensual oscila entre US\$ 200 y US\$ 2.500, según se indica en el informe sobre el ejercicio de la enfermería en la Región:

"...como las enfermeras reciben un sueldo muy bajo, a veces deben tener dos o tres trabajos para mantener a sus familias. Los estudios realizados sobre las condiciones de salud y

de trabajo del personal de enfermería han demostrado graves problemas de salud en las enfermeras y sus familias."

Es posible generalizar que la enfermería en toda la Región se ubica en la categoría intermedia de la escala salarial y que los sueldos dependen de las clasificaciones de la administración pública. Existe asimismo información sobre la disminución o congelación de los sueldos, supuestamente para equilibrar el presupuesto nacional. Rara vez se encuentran en la Región estructuras profesionales u otros incentivos o prestaciones.

Las condiciones de trabajo son precarias con respecto a la seguridad y al ambiente laboral en casi toda la Región, con excepción de los centros más desarrollados de América del Norte y las ciudades y los servicios más importantes de la Región. Esta situación podría describirse, en general, como una combinación de edificios y entornos inseguros ya sea por la estructura física o por la violencia (zonas de alta delincuencia); falta o inadecuado equipo de trabajo; aislamiento y falta de transporte público o condiciones peligrosas de transporte. Existen otras situaciones de condiciones extremas como el número excesivo de pacientes (la razón de personal de enfermería/paciente es en promedio de 20, en las unidades de atención aguda), y el horario de trabajo (se trabaja más de 8 horas por turno).

Las condiciones de trabajo reflejan claramente la situación económica de la Región en su totalidad; la crisis ha impedido una mejoría en los últimos cinco años. En conclusión, las enfermeras de casi todos los países siguen ganando sueldos bajos y trabajando en condiciones inseguras.

5. LIDERAZGO Y GESTIÓN DE LA ENFERMERÍA

5.1 LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN LOS MINISTERIOS DE SALUD Y SU PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS

Los puestos que ocupan las enfermeras en la administración central de los países de la Región varían. La estructuración y el fortalecimiento de la enfermería en los planos nacional y local han sido una motivación básica de la asistencia técnica de la OPS a los países desde 1949, cuando comenzó su programa de enfermería (en una reunión durante su lanzamiento). Durante dos decenios o más se hizo hincapié en que los puestos de enfermería al nivel central formaran parte de una estructura especializada. Posteriormente, ese énfasis se interrumpió como consecuencia de las nuevas políticas de la OPS relacionadas con los cambios en la estructura del sistema de salud que crearon la necesidad de aumentar la cobertura de la población y de concentrarse en la atención primaria de salud. Actualmente, ha resurgido el debate acerca de una estructura central de la enfermería a fin de satisfacer la necesidad de fortalecer su posición como contribuyente al sistema de atención de salud de la mayoría de los países.

Antigua, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Cuba, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, St. Kitts, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela cuentan con unidades centralizadas de enfermería a cargo de una enfermera principal o una enfermera a cargo del departamento.

Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Perú tienen enfermeras en cargos centrales como parte del personal de recursos humanos o de otras unidades; las enfermeras en estos puestos tienen responsabilidades similares en lo que respecta a la provisión de la fuerza laboral de enfermería y las políticas nacionales de educación permanente.

El liderazgo de la enfermería también ha sido una inquietud primordial de la cooperación técnica de la OPS en materia de enfermería. Inicialmente, se celebró una conferencia regional de enfermería que promovió el fortalecimiento del liderazgo, al que se dio seguimiento mediante distintos programas que recibieron apoyo mediante becas para programas de educación básica y de posgrado. El Programa Internacional de Residentes de Salud de la OPS ha admitido a tres enfermeras en los últimos 10 años (anexo D).

El liderazgo y los puestos gerenciales en los niveles de administración central varían en la Región. Se ha consolidado la contribución de la enfermería en las políticas de salud en países donde las enfermeras participan intensamente en la toma de decisiones, aunque es difícil que estas representantes de las enfermeras consideren la profesión como el foco principal de atención. Casi siempre las enfermeras en puestos altos forman parte de equipos técnicos de planificación y desarrollo de salud u otros campos particulares como la vigilancia epidemiológica, el control de las enfermedades a largo plazo y los desastres. Las enfermeras

que ocupan estos cargos casi siempre actúan en un marco más amplio que influye en las políticas generales de salud. Quizás esta contribución no se pueda interpretar como una participación crítica de la enfermería en la experiencia y el desarrollo del liderazgo de la profesión. En los países donde la participación de la enfermería en los procesos decisorios es insignificante, su influencia en la toma de decisiones relativas a las políticas es muy limitada.

La enfermería puede representar una fuerza importante con una extraordinaria repercusión en la salud de millones de personas, pero solo a condición de que haya una nueva iniciativa de liderazgo que proyecte lo que las enfermeras y el personal de enfermería pueden lograr en la Región. Sin embargo, no bastará con una visión nueva y simple, es preciso crear los medios para traducir dicha visión en hechos concretos tanto en la formulación de políticas para la enfermería en la Región como en la instrumentación de cambios en los servicios de salud y en la atención de enfermería. Por lo tanto, es fundamental que los países proporcionen a la enfermería una estructura sólida que faculte a la profesión para buscar nuevos métodos que mejoren la calidad de la atención, y que se comprometan a mejorar la salud de la población a fin de que la enfermería se desarrolle en la Región.

6. FACTORES PRINCIPALES QUE INFLUYEN EN LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN LA REGIÓN

La enfermería más allá del año 2000 debe considerar minuciosamente el conjunto de los cambios sociales que están transformando la realidad y las necesidades sanitarias de la población. La enfermería tendrá que hacer frente a las economías industriales, cuyos recursos son insuficientes para financiar los servicios públicos que se exigen. Es menester desarrollar nuevos conocimientos y aptitudes para satisfacer la demanda de nuevos servicios sanitarios que plantea el cambio social, generador de un nuevo perfil demográfico y epidemiológico.

Pese a los intentos por conservar un servicio de salud nacional (público y universal), mundial y principalmente en las Américas, hay una tendencia general a abandonar la cobertura universal de los sistemas de bienestar y depender cada vez más de la confianza y el compromiso de las familias y los individuos. Los clientes participarán más en las decisiones sobre la utilización de los servicios. Sin embargo, la recaudación de impuestos seguirá representando un monto considerable del financiamiento de la atención de salud.

El sistema tendrá que tomar decisiones explícitas sobre el racionamiento de la atención de salud desde el punto de vista de su financiamiento, la organización de la labor profesional y el diseño de la prestación de los servicios que se centran en los resultados deseados, definidos en función de las inversiones en atención de salud. Como resultado, los servicios y los profesionales de salud deberán asumir la responsabilidad de sus acciones. La organización de la atención profesional de salud también debe contemplar estrategias para superar escollos institucionales y promover un comportamiento más ético a favor del cliente.

En este nuevo escenario los profesionales de salud necesitarán orientarse más hacia la gestión gerencial. Tendrán que vincular y evaluar las actividades clínicas y los recursos financieros, tratando de hacer hincapié en la gestión del presupuesto y de los recursos. La experiencia de los grupos interdisciplinarios de manejo clínico está sentando las bases para ampliar y aprovechar mejor la auditoría médica, la evaluación de tecnologías y la definición de metodologías basadas en resultados clínicos. Estas direcciones fomentarán una participación más activa de los profesionales y los clientes y ofrecerán más oportunidad de influir en el tratamiento y en la expansión de la función de los agentes de la salud. Es indispensable racionalizar las acciones y los recursos.

Lo anterior se debe proyectar como parte de una realidad social y ligarse a los requisitos de las políticas nacionales y a la salud de la nación, definida políticamente como salud, longevidad y calidad de vida. En otras palabras, la situación de salud que se desea lograr deberá marcar el ritmo y la sincronización de los cambios en los sistemas asistenciales. La meta es crear un sistema cuya organización sea más fluida, orgánica, creativa y motivada por una clara visión, a fin de hacer frente a los nuevos tipos de exigencias en materia de salud. Como siempre, la brecha entre las ideas y la ejecución es muy profunda. Para la Región, el proceso de cambio apenas ha empezado y aún no se han materializado muchos de los cambios necesarios.

Basado en estas premisas, el nuevo sistema de atención de salud, en lo que respecta a los cambios epidemiológicos y demográficos, se caracteriza por la descentralización y la reforma institucional. Un ejemplo podría ser la transformación de los hospitales de atención no crítica en instituciones orientadas a la atención especializada, guarderías u hogares para convalecientes. Además, las nuevas tecnologías modificarán la organización de los servicios.

La mayor parte del proceso actual de cambio social está trascendiendo las fronteras nacionales. La tarea futura es sondear las diferencias de opiniones. ¿Tenderá el proceso a acrecentarse o a disminuir? ¿Podrán las economías aumentar la producción y la capacidad de generar empleos? La necesidad de la solidaridad entre los pueblos se concibe como la única vía para la libertad y la equidad. En el próximo siglo se tendrá que resolver la paradoja de la modernidad a fin de impulsar el crecimiento económico asociado a la distribución de la riqueza y de poner a disposición de todos, en igualdad de condiciones, los avances tecnológicos.

Todas estas facetas de la transformación social tendrán importantes repercusiones en la enfermería. En lo que se refiere al desarrollo profesional, la limitación de los recursos impone autoidentificación, transparencia, límites bien definidos y eficiencia.

La educación, clave de la reforma a largo plazo, tiene una función muy importante para promover el liderazgo de la enfermería y para asegurar la calidad de la práctica y la administración de servicios. Además, es menester seguir integrándola íntimamente con la práctica para conseguir el desarrollo adecuado del conocimiento sobre la enfermería mediante una investigación básica y sólida de todos los fenómenos que comprende el ejercicio profesional.

Por último, como se indica en el estudio de Argentina, una de las mayores dificultades ha sido la utilización del paradigma del análisis y de soluciones firmemente basadas en visiones normativas de planificación y programación. Esta visión ha restado capacidad para analizar los factores determinantes, sociales y de otra índole que podrían asegurar la formulación de planes de acción estratégicos más eficaces.

A la luz de este análisis, se pueden identificar las principales esferas críticas de la enfermería en la Región. Tomando en cuenta la enorme variabilidad entre países, los elementos enunciados a continuación se deben tomar con la relatividad del caso:

- se puede decir que la calidad de la asistencia de enfermería para la mayor parte de la población en la Región es deficiente porque hay un gran número de ayudantes de enfermería sin preparación específica. Se registran asimismo algunas deficiencias en la preparación del personal profesional que habrá que considerar. Es también importante destacar que existe cierto grado de indiferencia entre la enfermeras hacia el estado de salud de la población. Sin embargo, teniendo en cuenta que la Región es heterogénea, la calidad del personal de enfermería que atiende a la población reducida de las zonas más desarrolladas la ubica entre las mejores del mundo;
- son muchas las posibilidades de que se produzca una escasez de enfermeras, sobre todo de personal profesional adecuadamente formado. Se ha observado una reducción en la

matrícula de las escuelas de enfermería. En algunos países de América Latina la tasa de deserción de puestos es muy alta y en otros preocupa a las autoridades la inmigración de profesionales mejor capacitados;

- falta de conceptualización de la enfermería como profesión comprometida al mejoramiento de la situación de salud de la población;
- pertinencia de la educación en enfermería frente a las necesidades concretas del sistema de salud y las tendencias actuales de su transformación;
- carencia de un plan de desarrollo más "holístico" (para superar la capacidad limitada de diseño) que lleve a la profesión a ocupar una posición más firme en el futuro;
- falta de reglamentación y poder jurídico para fiscalizar el ejercicio profesional, lo que está generando subordinación y participación insuficiente en las decisiones;
- un sistema de institucionalización deficiente para el desarrollo y la utilización de nuevos conocimientos de enfermería y un sistema de información casi nulo en español.

7. PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE ACCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

7.1 ELEMENTOS PARA ELABORAR LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

Las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS sientan las bases para las acciones de salud en las Américas a efectos de alcanzar las metas de la Organización aprobadas por el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. Las orientaciones estratégicas son: la salud en el desarrollo humano; desarrollo de los sistemas y servicios de salud; promoción y protección de la salud; protección y desarrollo ambiental, y prevención y control de enfermedades.

Dentro de esa amplia definición de ámbitos de trabajo, se dan tres directrices importantes a los grupos técnicos. Primero, tomar en consideración el presupuesto y las capacidades y responsabilidades de la Organización al brindar cooperación técnica. Segundo, vincular las propuestas a los indicadores básicos de *Las condiciones de salud en las Américas*. Tercero, considerar la importancia de la participación de la comunidad y sus principales preocupaciones.

7.2 DESAFÍOS DE ESTAS ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS PARA LA ENFERMERÍA

El desafío primordial que enfrenta la OPS en lo que respecta a su capacidad para formular una orientación estratégica y programática para la enfermería es la presencia de la misma dentro de la Organización. En el transcurso de este siglo, la enfermería ha perdido estatura como entidad en la Organización; casi todos los puestos de enfermería se han sustituido y a las enfermeras que trabajan en la Organización se les pide que realicen nuevas tareas.

En el futuro, las actividades de enfermería de la Organización deberán incluir la sensibilización de los funcionarios para que consideren los criterios del desarrollo de la enfermería en la planificación y la programación como métodos para mejorar las condiciones de salud.

Considerando estos lineamientos, se proponen los siguientes criterios para el desarrollo de las actividades de enfermería en las cinco orientaciones estratégicas propuestas:

7.3 LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

- reforzar el liderazgo de la enfermería y su capacidad para desarrollar análisis situacionales, vinculando la enfermería a las condiciones de salud, las políticas y los servicios;
- promover la participación de la enfermería en el proceso de reforma del sector salud;
- promover el desarrollo de sistemas de información técnica y científica y la generación de conocimientos científicos.

7.4 DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

- ayudar en la evaluación de las necesidades de la enfermería y en la definición de competencias en el marco del sistema local de salud;
- proporcionar asistencia para la definición de las normas de enfermería a fin de lograr cuidados de salud de calidad dentro de un marco de cobertura de la población;
- ayudar a planificar la capacitación en servicio del personal que realiza funciones de enfermería sin preparación formal; capacitar a especialistas clínicos en funciones administrativas y superiores para lograr calidad, eficiencia y resultados óptimos;
- fomentar el desarrollo de conocimientos de enfermería y liderazgo en los sistemas de atención de salud.

7.5 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

- dar apoyo a la participación de la enfermería en el conjunto de iniciativas de promoción y protección de la salud;
- promover la definición de aptitudes y conocimientos de enfermería que se requieren para trabajar en ambientes multidisciplinarios en la promoción de la salud más allá de las actividades tradicionales de la educación de salud.
- guiar el liderazgo en la generación de información y programas educativos orientados a la modificación del modo de vida a fin de promover vida y entornos más sanos.

7.6 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

- ampliar la participación de enfermería en todos los programas de prevención y control de enfermedades;

- fortalecer la participación tradicional de la enfermería y la intervención más autónoma posible en programas específicos de prevención de enfermedades, como el programa de vacunación;
- apoyar la capacitación y desarrollo de conocimientos para la intervención de la enfermería en la atención de las enfermedades clasificadas como nuevas o reemergentes, sobre todo el SIDA y otras infecciones afines;
- desarrollar la capacidad de enfermería en el análisis y las prácticas epidemiológicos.

7.7 SALUD AMBIENTAL

- preparar a las enfermeras para roles en atención primaria de salud con enfoque en aspectos del medio ambiente;
- involucrar a las enfermeras en programas y actividades sobre salud del trabajador;
- desarrollar modelos interdisciplinarios para la atención a la comunidad que respondan a las necesidades básicas de salud;
- trabajar con coaliciones comunitarias para promover comunidades y escuelas saludables, y
- introducir contenidos sobre salud ambiental en el plan de estudios de enfermería.

Dentro de este amplio marco, la enfermería en la OPS también debe incorporar los otros mandatos de su órgano rector, y en cooperación con todo el personal técnico, trabajar para que se cumplan las metas de la Organización.

7.8 MECANISMOS PARA LA COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN ENTRE LA SEDE DE LA OMS, LAS OFICINAS REGIONALES DE LA OMS Y LOS PAÍSES

Los mecanismos de colaboración con los países deberán incluir un plan estratégico regional para la acción, considerando las orientaciones estratégicas de la OPS, en por lo menos cuatro esferas diferentes:

- desarrollo profesional;
- ejercicio profesional;
- administración de los servicios, y
- enseñanza.

Para cada una de estas esferas, los mecanismos de colaboración incluirían evaluación de las instituciones nacionales e internacionales, incluyendo el liderazgo en los servicios de salud, las escuelas y las asociaciones de enfermería entre otros. Los centros colaboradores son un ejemplo pertinente de un mecanismo de cooperación en la Región.

Centros colaboradores en enfermería y partería

Desde mediados de los años ochenta se designaron centros colaboradores de la OMS en enfermería y partería en la Región. Actualmente funcionan 14 centros: Estados Unidos (9), Canadá (2), Brasil (1), México (1), y Colombia (1). Las actividades de los centros cubren tres campos básicos de interés: el desarrollo de la enfermería en la atención primaria de salud, la educación en enfermería y la investigación en enfermería. En todas estas áreas se incluyen acciones conjuntas y algunas veces con intercambio internacional de estudiantes y docentes.

El desarrollo de la enfermería en la atención primaria de salud tiene lugar mediante programas de enseñanza continua, talleres y seminarios vinculados a proyectos de investigación específicos. Las actividades de educación en enfermería incluyen la preparación de material didáctico por escrito y asistencia en la elaboración de los programas de posgrado. La investigación se lleva a cabo en talleres para preparar propuestas, cuya ejecución se apoya en contacto frecuente con la Internet y otros medios de comunicación.

La experiencia internacional ha sido intensa. Estudiantes, profesores e investigadores están intercambiando visitas para desarrollar la práctica y la investigación. La mayor parte de los países de América Latina han recibido visitantes de Estados Unidos y Canadá.

Los centros se están convirtiendo en una red importante para el intercambio de información, la ejecución de acciones conjuntas y el fortalecimiento profesional de la enfermería en la Región, así como para el avance de la causa mundial de salud para todos

7.9 PLANES NACIONALES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Para consolidar los planes nacionales para el desarrollo de la enfermería y la partería dentro del marco de las orientaciones estratégicas de la OPS, habrán de incluirse los siguientes elementos principales:

Para el desarrollo de la profesión

- discusión del temario para redefinir las metas institucionales y formular estrategias que fomenten una mayor cooperación interprofesional; las universidades y asociaciones profesionales requieren estrategias de potenciación para destacar la presencia de la enfermería en los procesos de definición de políticas de salud,
- una clara definición de los derechos y responsabilidades legales para que sus instituciones puedan abrirse a la participación comunitaria.

Para el mejoramiento del ejercicio profesional

- promoción y participación de la gestión de la atención de salud en grupos interdisciplinarios;
- reflexión y entrega en el proceso de trabajo y la búsqueda de la interacción interprofesional;
- desarrollo de conocimientos y aptitudes para participar en ambientes de alta tecnología, atender a la población vulnerable, prestar servicios especializados a los ancianos y hacer frente a nuevas entidades nosológicas;
- promoción del desarrollo humano;
- avance de los perfiles de un ejercicio profesional de calidad;
- ampliación del alcance de la promoción de la salud.

Para la administración de servicios

- planificación para la gerencia de servicios.
- planificación para hacer frente a la escasez de personal de enfermería en la:
 - provisión y coordinación de asistencia domiciliaria a pacientes crónicos, población auxiliar, niños en situación de alto riesgo, etc.;
 - organización de servicios específicos de prevención y promoción de la salud, por ejemplo, consultorios de vacunación, consejos de nutrición y otros de carácter más independiente al nivel básico de la prestación de servicios;
 - participación en la atención y prevención de las enfermedades infecciosas, como el SIDA;
 - prestación de atención de alta tecnología.
- búsqueda de menos jerarquía, más flexibilidad, trabajo más humanitario, y una relación verdaderamente interdisciplinaria.

Para la enseñanza:

- planificación para el perfeccionamiento de las instituciones de enseñanza sobre todo mediante la racionalización de recursos y su utilización eficaz;
- incremento del número de estudiantes en el sistema;
- planificación para un proceso de capacitación integral y realista para lograr la profesionalización del total del personal de enfermería en los distintos niveles;

- valoración, en todos los niveles, de la realidad social y de servicios por medio de un método más multidisciplinario e integrado.

Para la investigación

- realizar investigaciones sobre problemas en la prestación de servicios de calidad y atención de enfermería;
- usar los resultados de la investigación en salud para modificar las prácticas para el beneficio de los clientes;
- hacer posible la capacitación en investigación a las enfermeras para que les permita incorporar el proceso de investigación en su práctica y responsabilidades de enseñanza;
- hacer llegar los resultados de la investigación a otros profesionales a través de las publicaciones y coloquios de investigación.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La enfermería en la Región debe procurar establecer una presencia más manifiesta para defender el mejoramiento de las condiciones de salud y cobertura de acuerdo a los principios de salud para todos.

La enfermería debe buscar una participación más activa en los programas y acciones de promoción de la salud y más participación en la atención primaria de salud y en la elaboración de modelos de servicios de enfermería innovadores en la comunidad. Las normas de enfermería deberán seguir las políticas nacionales de los países de la Región y las resoluciones de la OPS/OMS que están fomentando las orientaciones estratégicas y programáticas. La extensión de este proceso es necesaria e imperativa; es imprescindible para promulgar nuevas reglamentaciones que garanticen la participación de la enfermería en los servicios básicos de salud.

Los programas de enseñanza básica se deben reorientar y diseñar para preparar enfermeras para las nuevas misiones en la comunidad y también para mantener las aptitudes necesarias en establecimientos de atención aguda. El trabajo y la especialización de posgrado deberán basarse en estas premisas, siempre conforme a las condiciones de una labor multidisciplinaria y multiprofesional. Se deberá formular un programa de educación permanente al alcance de todo el personal de enfermería.

La Asociación Estadounidense de Colegios de Enfermeras, al manifestar su postura en el "Programa de Educación de Enfermería para el siglo XXI", recomienda un "núcleo educativo común" para que la capacitación cubra la nueva tecnología, la cual es una de las tendencias principales. La AACN propone, entre otras, las siguientes funciones: promoción de la salud, atención primaria de salud, atención de enfermos en fases crónicas y agudas, y más énfasis en el aprendizaje de técnicas administrativas.

En la preparación de personal no profesional se deberán explorar nuevas estrategias que aseguren la calidad de la atención, la evaluación de todo el personal empleado, las metodologías de enseñanza, el aprendizaje de adultos, y los certificados de estudios con reconocimiento oficial. La réplica de experiencias como la del proyecto "larga escala" en Brasil y otros similares desarrollados en Argentina y Cuba se podrían considerar.

Se deberán explorar todos los niveles educacionales de las telecomunicaciones por satélite y otros nuevos adelantos que puedan facilitar el aprendizaje a distancia, a fin de mejorar la educación en enfermería en la Región.

Es preciso promover modelos de atención de enfermería y administración de servicios para hacer frente a las necesidades de racionalización de los recursos, eficiencia y participación comunitaria. La atención de salud se está tornando más especializada y compleja; los modelos de enfermería tienen que incorporar medidas de contención de costos y subrayar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Los entornos tradicionales del ejercicio de la profesión están adoptando nuevas tecnologías y se están convirtiendo en instituciones de

atención de salud de enfermos crónicos y de cuidados intensivos. Como señala Wilkinson, la intervención de la enfermería "se centrará en la evaluación, el manejo de casos y la enseñanza a los clientes para lograr las metas de promoción de la salud y prevención de enfermedades".

Todo lo anterior depende plenamente de la voluntad de encontrar nuevos conocimientos donde hay brechas. Es perentoria la necesidad de crear un sistema de información y apoyo al desarrollo de nuevos conocimientos. Existe una amplia difusión de bases de datos y redes de telecomunicaciones. Kappor observa que: "Hoy en día se están construyendo nuevas comunidades. No se las puede ver salvo en la pantalla de la computadora. No se las puede visitar, excepto por medio del teclado. Sus autopistas son cables y fibras ópticas, y hablan un idioma compuesto de unos y ceros". Wilkinson, con toda la razón, afirma: "En los próximos años, quienes no puedan usar las computadoras tendrán las mismas desventajas que los que no sepan leer o escribir. No falta mucho para que las enfermeras utilicen en su trabajo cotidiano bases de datos de diagnóstico e intervención, y sistemas expertos para adquirir conocimientos y tomar decisiones".

Hay una necesidad de mejorar los sistemas legislativos y las normas jurídicas para la vigilancia del ejercicio profesional. Prácticamente todos los países de la Región han tomado medidas para reglamentar la profesión. Sin embargo, de ninguna forma es un sistema completo. Tal como se encuentra hoy en día, es imposible que resuelva los problemas de la profesión en el largo plazo.

En conclusión, la cooperación técnica de la OPS, dentro del marco de salud para todos y de la resolución 49.1, cuyo objetivo es fortalecer la enfermería, podría ser un mecanismo para el intercambio y la cooperación entre las enfermeras y el personal de enfermería, a fin de promover el cambio a favor de la salud y la calidad de vida de cientos de millones de habitantes de las Américas en el siglo XXI.

9. PROGRAMA PARA LA ACCIÓN 1998-2002

En octubre de 1997, un grupo de líderes de la profesión de enfermería de toda la Región de las Américas se reunió en la sede de la OPS en Washington, D.C. para tratar la situación actual de la enfermería y acordar un programa para la acción futura.

Entre los participantes se encontraban representantes de los ministerios de salud, los centros colaboradores de la OMS, las Asociaciones de Enfermería y los representantes de varios proyectos especiales que están llevando a la práctica los líderes de la enfermería--REAL, Liderazgo para el Cambio, Enfermería Trilateral, etc.

Sobre la base de los debates de tres días y sesiones en grupos de trabajo pequeños, se llegó a un acuerdo sobre los fundamentos de un Programa para la Acción que se refleja en el siguiente resumen:

9.1 MISIÓN

La enfermería, como disciplina profesional, tiene la misión de prestar atención de salud a los individuos y a la comunidad en todos los ciclos de vida y sus procesos de desarrollo, lo que es culturalmente apropiado y que conduce a un mayor bienestar.

Las intervenciones de enfermería están guiadas por principios científicos, humanísticos y éticos fundamentados en el respeto a la dignidad y la vida humanas. El ejercicio de la enfermería requiere un enfoque interdisciplinario, un comportamiento multidisciplinario, y el trabajo en equipo imbuido con un concepto holístico de los seres humanos en su relación con el contexto social y ambiental.

Virginia Henderson propuso que la función singular de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), que ese individuo haría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Además, esto lo debe hacer la enfermera de tal manera que ayude a la persona a recobrar su independencia a la mayor brevedad posible. Las enfermeras trabajan con los individuos, las familias y las comunidades para llevar a cabo esta función.

9.2 VISIÓN

La atención de enfermería es un servicio esencial para la sociedad. Representa capital humano de la máxima importancia en el campo de la salud, en vista de su contribución a la atención de la salud, al enlace dinámico que crea entre el sistema de salud y la población, y a su aporte para el logro de mejores condiciones de vida.

Para mantener la excelencia de los servicios que presta la profesión, la enfermería se esfuerza constantemente por lograr los niveles más altos de calidad. Seguirá estando al corriente de los adelantos sociales, científicos, humanos y tecnológicos.

9.3 OBJETIVOS

- el personal de enfermería tiene acceso a los niveles apropiados de educación (básica y de especialidad) que preparan al personal de enfermería para satisfacer las diversas necesidades de la población, creando sociedades sanas y que respondan a los cambios en un sector de la salud reformado;
- la formación de recursos estratégicos de enfermería responde a las necesidades de personal de enfermería teniendo en consideración la combinación de aptitudes así como su distribución a los niveles local, regional, nacional e internacional;
- las enfermeras participan con otras disciplinas en el proceso de reforma del sector salud y en la formulación de políticas que influyan en el contexto en el cual se practica la enfermería;
- la enfermería asume la responsabilidad de servicios de salud de calidad que sean equitativos, accesibles y apropiados;
- la producción y difusión del conocimiento para apoyar la toma de decisiones están institucionalizadas a través de sistemas de información adecuados, y de canales de comunicación en redes;
- la formación anticipada del liderazgo permite reconocer el valor del trabajo de enfermería y el potencial que aporta al sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de salud en las Américas", edición de 1994. Publicación Científica de la OPS No. 549. ISBN 92 75 115494. Esta publicación suministra información y un análisis detallado de las características y las condiciones de salud en las Américas.
2. Touraine, Alain. "Novos Parâmetros do Pensamento Político". O Brasil e as tendências econômicas e políticas contemporâneas. Seminário de Brasília (1994, Brasília) Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 1995.
3. Lowenthal, Abraham. "A time of paradox". O Brasil e as tendências econômicas e políticas contemporâneas. Seminário de Brasília (1994, Brasília) Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 1995.
4. Touraine, Alain. "Entramos en la era posliberal". El País. Opinión, Madrid, 7 de enero de 1996.
5. Bradford, Colin. "Processo e tendências da economia mundial". O Brasil e as tendências econômicas e políticas contemporâneas. Seminário de Brasília (1994, Brasília) Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 1995.
6. Bustelo, S. Eduardo. "La Producción del Estado de Malestar: Ajuste y Política Social en América Latina". Salud Internacional: Un debate Norte-Sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 95. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1992.
7. Bobadilla J. L., Frenk J., Frejka T., Lozano R. y Firme C. The epidemiological transition and health priorities in disease control priorities in developing countries, Oxford University Press, para el Banco Mundial.
8. Buchan, James. World Nursing "Shortages" and Human Resource Planning. Study Group on Nursing Beyond the Year 2000. World Health Organization, Ginebra, julio de 1993.
9. Nogueira.
10. Comité Interinstitucional de Enfermería. "II Plan Integrado de Intervención de Enfermería en Ecuador. 1993-1996". Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador, 1993.
11. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985 - 1995: análisis de situación y líneas de trabajo. OPS, Representación en Argentina, Publicación N° 42, Buenos Aires, Argentina, 1995.

12. Canadian Nurses Association. Registered Nurses 1995: Statistical Highlights, Facts Sheet, Nursing and Policy Division, mayo de 1996.
13. Noel, Gloria. Nursing Situation Analysis: Grenada, Carriacou and Petit Martinique. Consultora de corto plazo, Organización Panamericana de la Salud, octubre de 1994.
14. Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo sobre el mercado de trabajo en enfermería en el contexto de las reformas. Washington, D.C., agosto de 1995 (doc. preliminar).
15. Organización Panamericana de la Salud. "Cuarenta años de cooperación técnica de la OPS en enfermería y algunas anotaciones sobre educación de enfermería en América Latina". Programa de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1993. (Documento mimeografiado).
16. Davini, María Cristina. "Elementos para repensar el modelo educativo en enfermería". Conferencia presentada en la Reunión Internacional de Educación de Enfermería y el Programa Ampliado de Libros de Texto de la Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, abril de 1993. (Documento mimeografiado.)
17. Red de Enfermería de América Latina. RED (Rede network). Boletín N° 1 y 2, noviembre y diciembre de 1993.
18. Hammond, M. Nurse education: in need of radical change for PHC. *Tropical Doctor*, 1991, 21, 5-8.
19. Manfredi, Maricel. Calidad de la Educación de Enfermería. Asesora Regional para Educación en Enfermería. Programa de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Octubre 1994.
20. Donley, Rosemary. Reflections on success, Challenge. *Reflections* 9, Spring 1995.
21. Organización Panamericana de la Salud. "Análisis Prospectivo de la Educación en Enfermería". *Educ Med Salud*, Vol. 23, no.2 (1989)
22. NEWS. American Association of Colleges of Nursing. Press release. Washington, D.C., abril de 1995.
23. Organización Panamericana de la Salud. Informe: Proyectos 95-HSP 01. Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C., 1995.

24. Registered Nurses Association of British Columbia. Determinants of Health: Empowering Strategies for Nursing Practice. A background paper. New Direction for health Care. Vancouver, B.C. 1992.
25. Wright, Maria da Gloria Mito y Gárzon, Alarcón Nelly. "Study of Specialization and Master's Degree Programs in Nursing in Latin America. Pan American Health Organization. Washington, D.C., 1995.
26. Grupo Centro Americano. Panamá, Núcleo Nacional. Informe sobre avances. (Documento mimeografiado sin fecha).
27. L. Chinn, Peggy. "Looking in the Crystal Ball" - Positioning Ourselves for the Year 2000". Nursing Outlook. Nov.-Dec. 1991. Citado por Maricel Manfredi en "La Formación de Recursos Humanos en Enfermería, (Documento mimeografiado).
28. Pan American Health Organization. Nursing practice - AMRO Region. NURPRACT.DOC. Washington, D.C., 1995.
29. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. An International Conference on Health Promotion. Ottawa, Ontario, Canada, November 1986.
30. Boston, Carol y Vestal, W. Katherine. Work Transformation. Why the new health care imperative must focus both on people and processes. Hospitals and health networks. 5 de abril de 1994.
31. Ralph, Colin. Regulation and Empowerment of Nursing. International Nursing Review. ICN, Vol.40 No.2 Issue 308, pp58.
32. McBride, Wendy y Bennet, Christa. "Nursing education program accreditation". The Canadian association of University Schools of Nursing, (Documento mimeografiado), 1995.
33. American Association of Colleges of Nursing. NEWS. "AACN Monograph explores future role of nurse practitioners, clinical specialists". Washington, D.C., 24 de abril de 1995.
34. Se describe la experiencia "a gran escala" en Educación Médica y Salud y en Revista do Cebes. (Izabel dos Santos *et al.*)
35. Wilkinson, M. Judith. The C World A Curriculum for the future, N&HC: Perspectives on Community, 17:2 marzo-abril de 1996.
36. Kapor, Mitchell. "Big Dummy's Guide to the Internet". Cofundador, Electronic Frontier Foundation, 1996.

ANEXO A

**Cuadro A: Enfermeras profesionales y otro personal de enfermería,
por subregión y país, alrededor de 1992**

Subregión/país	# Enfermeras profesionales Razón		# Otro personal de enfermería Razón		Enfermeras profesionales/Otro personal de enfermería
Zona andina	57.296		126.748		
Bolivia	1.869	2,5	4.713	6,3	0,4
Colombia	15.251	4,6	31.125	9,3	
Ecuador	5.538	5,0	11.736	10,6	0,5
Perú	19.612	8,7	38.850	17,3	
Venezuela	15.026	7,4	40.324	20,0	0,4
Cono Sur	26.738		84.477		
Argentina	18.000	5,4	51.000	15,4	0,4
Chile	5.653	4,2	28.794	21,2	
Paraguay	1.375	3,0	3.183	7,2	0,4
Uruguay	1.710	5,5	1.500	4,8	
Brasil	57.047	3,7	455.110	29,2	0,1
Istmo Centroamericano	15.080		28.701		
Belice	102	5,5	135	7,3	0,7
Costa Rica	3.021	9,5	4.000	12,5	0,7
El Salvador	2.655	4,9	2.439	4,5	1,1
Guatemala	3.120	3,2	11.281	11,6	0,3
Honduras	1.352	2,5	4.936	9,0	0,3
Nicaragua	2.200	5,6	2.569	6,5	0,9
Panamá	2.630	10,5	3.341	13,2	0,8
México	80.760	9,2	61.540	7,0	1,3
Caribe latino	75.680		6.787		
Cuba	73.592	68,1	351	0,3	209,7
Rep. Dominicana	1.360	1,8	4.675	6,3	0,3
Haití	728	1,0	1.761	2,6	
Caribe no latino	12.017		6.373		
Anguila	20	22,2	19	21,1	1,0
Antigua y Barbuda	179	23,3	188	24,4	0,9
Bahamas	682	25,8	1.000	37,9	0,7
Barbados	836	32,3	502	19,4	
I. Vírgenes Británicas	48	36,9	27	20,8	1,8
Islas Caimán	140	51,8	22	8,1	6,4
Dominica	218	26,3			
Guayana Francesa	688	73,2			
Granada	225	23,9	122	13,0	
Guadalupe	997	24,9			
Guyana	708	8,8			
Jamaica	1.716	6,9	919	3,7	
Martinica	1.697	46,1	1.390	37,8	1,2
Montserrat	38	38,0	18	18,0	2,1
St. Kitts y Nevis	260	59,1	24	5,5	10,8
Santa Lucía	279	17,7	161	10,2	1,7
San Vicente y las Granadinas	224	18,7	144	12,0	1,6
Suriname	995	22,7	383	8,7	2,6
Trinidad y Tabago	2.037	16,1	1.438	11,4	
Turcos y Caicos	30	17,7	16	9,4	1,9
América del Norte	2.502.627		1.485.539		
Bermuda	523	88,6			
Canadá	262.288	95,8	85.539	31,3	
Estados Unidos de América	2.239.816	87,8	1.400.000	54,9	1,6
Región de las Américas	2.827.245		2.255.275		

Fuente: Las condiciones de salud en las Américas, edición de 1994, volumen 1.

**Cuadro B: Instituciones de educación en enfermería por tipo de programa,
subregión y país, 1996**

Subregión/país	1996 Licenciatura o equiv.	Título	1980 Licenciatura o equiv.	Otro título
Zona Andina	78	3	40	54
Bolivia	10	-	3	2
Colombia	21	-	13	9
Ecuador	10	-	7	-
Perú	30	-	14	11
Venezuela	7	3	3	32
Cono Sur	41	75	29	58
Argentina	25	75	12	57
Chile	12	-	14	-
Paraguay	3	-	2	1
Uruguay	1	-	1	-
Brasil	125	-	40	17
Istmo centroamericano	17	7	5	11
Belice	1	-	-	-
Costa Rica	3	-	1	-
El Salvador	5	1	1	2
Guatemala	2	1	-	3
Honduras	3	-	2	1
Nicaragua	2	5	-	4
Panamá	1	-	1	1
México	23	230	99	24
Caribe latino	35	1	3	31
Cuba	24	-	1	28
República Dominicana	9	-	2	-
Haití	2	1	-	3
Caribe no latino	1	22	..	..
Anguila	-	-	..	..
Antigua y Barbuda	-	1	..	..
Bahamas	-	2	..	..
Barbados	-	2	..	..
Islas Vírgenes Británicas	-	-	..	..
Islas Caimán	-	-	..	..
Dominica	-	1	..	..
Guayana Francesa	-	-	..	..
Granada	-	1	..	..
Guadalupe	-	-	..	..
Guayana	-	4	..	..
Jamaica	1	4	..	..
Martinica	-	-	..	..
Montserrat	-	1	..	..
St. Kitts y Nevis	-	1	..	..
Santa Lucía	-	1	..	..
San Vicente y Granadinas	-	1	..	..
Suriname	-	-	..	..
Trinidad y Tabago	-	3	..	..
Turcas y Caicos	-	-	..	..
América del Norte¹	670	845	..	..
Bermuda	-	-	..	..
Canadá	23	8	..	..
Estados Unidos de América	647	837	..	..
Región de las Américas	990	1183	215	196

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

ANEXO B: PROGRAMA DE BECAS DE ENFERMERÍA DE LA OPS

Los datos que se anexan muestran las limitaciones del programa de becas de enfermería de la OPS/OMS en lo relativo al total de subvenciones y su distribución entre los países. El programa general también muestra una relativa participación inferior de las enfermeras en comparación con los médicos.

Aparte de los datos, un tema de interés es la naturaleza del programa. El programa de becas de la OPS/OMS está controlado por los ministerios de salud en cada país; los criterios de aplicación casi nunca corresponden a un plan estratégico para la potenciación y el avance de la enfermería en el país.

ENFERMERAS Y PARTERAS BECADAS POR LA OPS/OMS										
	1990		1992		1993			1994		
	#	Total de meses	#	Total de meses	#	(*)	Total de meses	#	(*)	Total de meses
Anguila	---	---	1	12,0	---	---	---	---	---	---
Antigua y Barbuda	2	22	2	30,0	3	9	12,5	3	6	42,0
Argentina	1	9,5	1	0,4	---	15	---	1	15	---
Bahamas	---	---	---	---	4	9	21,0	---	1	---
Barbados	14	117,0	6	60,0	12	20	92,2	11	15	109,5
Belice	3	26,0	---	---	1	8	1,0	2	7	22,0
Bermuda	1	0,2	1	0,1	1	U	0,1	---	---	---
Bolivia	2	3,0	---	---	---	2	---	---	9	---
Territorios Británicos	1	3,0	1	12,0	1	16	12,0	---	10	---
Brasil	---	---	---	---	---	18	---	---	10	---
Canadá	3	4,0	---	---	3	14	3,0	---	10	---
Chile	5	29,0	2	8,0	7	37	53,0	2	20	12,5
Colombia	1	1,5	1	2,5	---	1	---	1	5	---
Cuba	---	---	2	6,0	---	20	---	---	6	---
Costa Rica	1	1,5	---	---	---	4	---	---	5	---
Dominica	4	52,0	3	28,0	3	11	24,7	3	6	19,0
Rep. Dominicana	---	---	1	2,5	---	0	---	---	1	---
El Salvador	6	4,4	---	---	---	4	---	---	11	---
Ecuador	---	---	---	---	---	2	---	---	1	---
Guayana Francesa	1	1,0	---	---	---	1	---	---	---	---
Granada	4	33,7	1	12,0	2	11	3,5	2	8	48,0
Guatemala	4	35,0	---	---	---	1	---	---	23	---
Guyana	2	1,4	1	12,5	---	6	---	---	10	---
Haití	2	19,0	---	---	---	1	---	1	1	2,5
Honduras	5	36,5	5	18,5	1	8	2,0	1	10	2,0
Jamaica	6	15,5	21	104,0	25	86	160,0	18	59	73,5
México	2	1,7	---	---	---	3	---	---	2	---
Montserrat	1	11,0	7	57,0	3	U	21,0	---	---	---
Antillas Neerlandesas	---	---	1	1,5	---	1	---	---	---	---
Nicaragua	6	20,5	24	213,0	20	23	24,0	1	11	12,0
Panamá	1	0,5	1	0,7	---	1	---	---	3	---
Paraguay	3	4,5	---	---	1	17	1,0	---	6	---
Perú	3	2,1	---	---	---	4	---	---	2	---
San Vicente	2	22,0	1	15,0	1	9	2,0	1	6	4,0
Santa Lucía	2	11,7	---	---	1	11	6,0	5	8	48,0
San Cristóbal	3	34,0	3	24,7	3	7	9,0	2	6	24,0
Suriname	---	---	---	---	1	5	3,0	---	---	---
Trinidad y Tabago	2	48,0 (otorgada)	4	36,5	3	14	4,0	1	7	1,1
Turcos	1	1,5	---	---	1	--	12,0	---	---	---
Estados Unidos	1	2,0	1	1,0	3	8	2,9	2	7	1,9
Uruguay	---	---	---	---	---	7	---	---	3	---
Venezuela	---	---	2	15,2	---	9	---	1	6	1,2
Total	95	574,7	93	504,1	100	---	469,9	62	316	445,6

(*) Becas otorgadas

ANEXO C: COLOQUIOS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La Asociación Colombiana de Escuelas de Enfermería (ACOFAEN) ha promovido la idea de que las enfermeras de América Latina intercambien experiencias en el campo de la investigación en enfermería en el seno de su coloquio bianual. La ACOFAEN cree firmemente que la investigación es un instrumento básico para el desarrollo de conocimientos específicos y el avance de la potenciación y desarrollo de la profesión. La Asociación también ha acumulado una larga experiencia de cooperación con la Organización Panamericana en el desarrollo de actividades y acciones para forjar la investigación en enfermería en la Región. En 1983, la OPS elaboró un documento para guiar la investigación en enfermería y apoyó un estudio en seis países acerca del ejercicio profesional de la enfermería.

Considerando su experiencia, la ACOFAEN recibió apoyo para organizar el primer coloquio sobre investigación en enfermería en América Latina. Para este primer encuentro, la OPS respaldó una encuesta para estudiar las tendencias de la investigación en enfermería en seis países de la Región. El tema central fue "Tendencias de la investigación en enfermería y su proyección para el desarrollo profesional". El primer coloquio tuvo lugar en Colombia en 1988, y contó con la participación de más de 100 enfermeras de casi todos los países de la Región. La publicación "Serie Desarrollo de Recursos Humanos" presenta el informe final del estudio.

El segundo coloquio se celebró en México, en 1990. El tema central fue: modelos de alternativas de enfermería para la transformación de servicios de salud y el mejoramiento de la salud de la población. El ponente principal abordó los temas siguientes: políticas para la investigación, la contribución de la investigación en enfermería en la generación de nuevos modelos de atención de salud, las instituciones de enseñanza y el desarrollo de nuevos modelos de atención de salud. Antes del coloquio, un grupo de enfermeras latinoamericanas preparó un documento de trabajo en el que describieron su postura acerca de cómo guiar la investigación en enfermería en la Región y durante la reunión un grupo de expertos discutió el tema. Otro grupo de expertos abordó varias facetas del desarrollo de investigación en enfermería. Estuvieron presentes enfermeras de seis países diferentes, y se presentaron ponencias individuales en sesiones sobre temas concretos (la enfermería en el desarrollo político, económico y social; la salud de la población; la formación y el desarrollo de recursos humanos; las mujeres y la salud, y los servicios de salud).

El tercer coloquio se reunió en la Ciudad de Panamá, en 1992. El tema central fue la investigación y la transformación del ejercicio de la enfermería. El ponente principal trató estos temas: importancia de la investigación para la transformación de la enseñanza de la enfermería y su ejercicio, reafirmación de las perspectivas de la enfermería en el siglo XXI, evaluación de la repercusión de la acción de enfermería en los servicios de salud en América Latina. Varios paneles y grupos de discusión consideraron temas relacionados con la investigación en enfermería y el ejercicio de la profesión. Asistieron al acto enfermeras de 18 países, además de Panamá.

El cuarto coloquio se llevó a cabo en Santiago de Chile en 1994. Su tema central fue el reto presente y futuro en los campos del ejercicio de la enfermería: administración, educación y

asistencia. Cuatro conferencias informativas y sesiones de debate e intercambio dieron la oportunidad a los participantes de proponer líneas de investigación, estrategias para reencauzar el desarrollo de la investigación en enfermería, y un plan para la intervención. Este plan insta al centro colaborador de enfermería en la Región a apoyar las estrategias. Informa e invita a la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería a participar en la coordinación de los proyectos en colaboración. Además, pide a la OPS que organice un seminario sobre investigación en enfermería para brindar su asistencia en la elaboración de proyectos en colaboración entre diferentes grupos de la Región.

ANEXO D: PROGRAMA DE RESIDENCIA EN SALUD INTERNACIONAL DE LA OPS/OMS

El programa de Residencia en Salud Internacional de la OPS se creó en 1985 para preparar profesionales de la salud y otros profesionales en campos de la salud internacional relacionados con los programas técnicos de la Organización.

Durante los últimos diez años se han matriculado en el programa 94 profesionales de casi todos los países de la Región, entre ellos, tres enfermeras, dos de Brasil y una de Colombia. El siguiente cuadro muestra la participación de los países en dicho programa.

Programa de Residencia en Salud Internacional 1985-1995, por país de los participantes

País	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Antillas Neerlandesas									1			1
Argentina	1	1	1	1	2	2	1					9
Belice										1		1
Bolivia			1	1	1					1		4
Brasil		1	2	2	2	2	2	1	2	1		15
Chile			1				1	1	1		1	5
Colombia		1				2	1	1		1	1	6
Costa Rica		1	2					1				5
Cuba		1		1						1		3
Rep. Dominicana	1		1									2
Ecuador	1	1	1			2	1	1	1	1	1	10
El Salvador		1			1							2
Guatemala								1				1
Guyana										1		1
Honduras							1					1
México		1		2	1	1					1	6
Nicaragua						1		1				2
Perú	1			1	1		2	1	2	1	1	10
Estados Unidos		1							2	1	1	5
Uruguay	1		1		1							3
Venezuela	1										1	2
Total	6	9	10	7	10	10	9	8	9	9	7	94

ANEXO E: AGENDA

GRUPO DE TRABAJO REGIONAL – FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD 1998-2002 Ejecución de la Resolución WHA 49.1

- Lugar: Washington, D.C., sede de la OPS
- Fechas: 1-3 de octubre de 1997
- Finalidad: Preparar un Plan/Proyecto de Acción 1998-2002 para la Región de las Américas para Fortalecer la Enfermería en el Desarrollo de Sistemas de Salud
- Participantes: 30-40 personas - Los participantes incluirán a líderes de enfermería, a los representantes de las organizaciones de enfermería, los Centros Colaboradores de la OMS, los representantes de los proyectos en la Región, otros grupos interesados en el sector de la salud, personal de la OPS/OMS y la Jefe Científica de Enfermería de la OMS de Ginebra.

1-3 de octubre de 1997
Programa preliminar

Martes, 30 de septiembre

2:00-4:00 p.m. Orientación a los facilitadores

Miércoles, 1 de octubre

9:00-9:30 a.m. Ceremonia inicial

- Dr. George Alleyne, Director de OPS

9:30-9:45 a.m. Presentación de los participantes
Selección del moderador y reporteros

9:45-10:20 a.m. Análisis regional

- Los retos de la reforma del sector de la salud en las Américas
Dr. Daniel López Acuña, Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)
- Desarrollo de Recursos Humanos en el contexto de la reforma de salud
Dr. Rodrigo Barahona, Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)

10:20-10:35 a.m. Receso

- 10:35-12:45p.m. Enfermería en las Américas: Modelos de Atención, la Red de Servicios en el Contexto de la Reforma del Sector de la Salud
Panel Lic. Maricel Manfredi, Dra. Sandra Land y
Dra. Alina Sousa - Observaciones de las Subregiones (10 minutos)
- América del Norte, Lic. Wendy McBride/Proyecto Trilateral
 - Centroamérica, Sra. Gladys Araya/Grupo de Centroamérica
 - Caribe, Lic. Valerie Johnson/Enfermería Regional -CARICOM
 - Subregión Andina, Lic. Luisa Velandia
 - Cono Sur, Dra. Roseni Chompré de Sena
- 12:45-2:00 p.m. Almuerzo
- 2:00-4:30 p.m. Grupo de Trabajo - Problemas prioritarios/ Áreas críticas
- 3:30-4:00 p.m. Café
- 4:00-6:00 p.m. Plenaria y discusión
- 6:00-7:30 p.m. Recepción

Jueves, 2 de octubre

- 8:30-9:00 a.m. Enfermería a nivel mundial, Dra. Miriam Hirschfeld, OMS
- 9:00-10:30 a.m. Panel por aspectos (15 minutos cada uno)
- Educación--ALADEFE, Sra. Rosa María Nájera
 - FEPPEN de Práctica, Dra. Milca Pereira
 - Administración y Política, Sra. Belkis Feliu
 - Investigación--Centro Colaborador, Dra. Isabel Costa Mendez
 - Redes--REAL, Sra. María Mercedes Villalobos
- Discusión
- 10:30-10:45 a.m. Receso
- 10:45-12:30 p.m. Grupos de Trabajo-Líneas de Trabajo para Áreas de Prioridad
- 12:30-1:30 p.m. Almuerzo
- 1:30-3:45 p.m. Panel sobre las áreas de salud para todos los objetivos/áreas programáticas y enfermería
- Medio Ambiente, Sr. Horst Otterstetter, División de la Salud Ambiental
 - Promoción y Protección de la Salud, Dr. Antonio Solís, División de Promoción y Protección de la Salud
 - Inmunización, Dra. Cristina Nogueira, Programa Especial de Vacunas e Inmunización
 - Asuntos de Género, Dra. Pamela Hartigan, Programa de la Salud de la Mujer y Desarrollo

- 3:45-4:00 p.m. Receso
- 4:00-5:30 p.m. Grupo de Trabajo--Líneas de Trabajo Continúa

Viernes, 3 de octubre

- 8:00-9:00 a.m. Panel Socios en el Cambio
- FIDE, Sr. Máximo González
 - PANMCC, Dra. Juanzetta Flowers
 - CIN, Lic. Pearlie Estee
- 9:00-11:00 a.m. Presentación de los informes de grupos
- 11:00-12:30 p.m. Grupos de Trabajo por Área de Resultados Claves 5-7
- 2:00-5:00p.m. Plenaria y discusión
- 5:00 p.m. Cierre

ANEXO F: LISTA DE PARTICIPANTES

GRUPO DE TRABAJO REGIONAL — FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD 1998-2002 EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN WHA 49.1

Sede de la OPS, Washington DC
1-3 de octubre de 1997

Lista de Participantes

Elizabeth ("Bets") Anderson

Director
WHO Collaborating Centre for
Nursing/Midwifery Development
in Primary Health Care
School of Nursing
University of Texas Medical Branch
301 University Blvd.
Galveston, Texas 77555-1029
Tel (409) 772-5029
Fax (409) 772-5864
e-mail: etanderso@utmb.edu

Gladys Araya

Directora Enfermería Costa Rica
Departamento Enfermería
Ministerio de Salud
Ap 5085-1000
San José AP 10123-1000
Costa Rica
Tel (506) 223-0333 Ext.351/2579522
Fax (506) 257-9854

Rodrigo Barahona

Program Coordinator
Human Resources Development
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3805
Fax (202) 974-3612
e-mail barahor@paho.org

Joan Barry

Principal Nursing Officer
Ministry of Health
Brickdam, Georgetown
Guyana
Tel (592-2) 71745

Gloria Briceño

PAHO/WHO Paraguay
Edificio "Faron del Río"
Mcal. López 957 Esq. Estados Unidos
Asunción
Paraguay
Tel (011-595-21) 450-495
Fax (011-595-21) 450-498

Rita M. Carty

Head
WHO Collaborating Centre for Nursing
Administration, Health Policy and
Health Care Ethics
Dean and Professor College of Nursing
and Health Science
George Mason University
4400 University Dr.
Fairfax, Va. 22030-4444
Tel (703) 993-1918
Fax (703) 993-1943
e-mail rcarty@gmu.edu

Carol Collado

Program Coordinator, a.i.
Family Health and Population Program
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3504
Fax (202) 974-3694
e-mail colladoc@paho.org

Isabel Amélia Costa Mendes

Director
WHO Collaborating Center for Nursing
Research Development
Dean
University of Sao Paulo at Ribeirao Preto
College of Nursing
Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirao Preto, SP
Brazil
Tel (55-16) 633-0379
Fax (55-16) 630-2561
e-mail iamendes@glete.eerp.usp.br

Pearlie Esteen

Nurses Association of Jamaica
P.O. Box 277
Kingston 5
Jamaica, W.I.
Tel (876) 929-5213/926-6585 Of.
Tel. (876) 977-1095 H
Fax (876) 968-2200

Oscar R. Fallas

Program Coordinator
Organization and Management of Health
Systems and Services
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3215
Fax (202) 974-3641
e-mail fallasos@paho.org

Suzanne Feetham

Professor
Harriet Werley Research Chair
College of Nursing
University of Illinois and Chicago
845 So. Damen Ave. M/C 802 Rm. 524
Chicago, IL 60612-7350
Tel (312) 996-8008
Fax (312) 996-1819
e-mail sfeetham@uic.edu

Belkis Feliú

Directora Nacional de Enfermería
Ministerio de Salud Pública
Calle 23 entre N y M, Vedado
La Habana
Cuba
Tel (53-7) 32-8748
Fax (53-7) 33-4341

Juanzetta Flowers

Deputy Director
WHO Collaborating Centre for
International Nursing
University of Alabama at Birmingham
School of Nursing, NB119
1701 University Boulevard, UAB Station
Birmingham, Alabama 35294-1210
Tel (205) 934-5483
Fax: (205) 934-1894
e-mail flowersj@admin.son.uab.edu

Richard Garfield

Head
WHO Collaborating Center for
International
Nursing Development in Advanced
Practice
Columbia University
School of Nursing
Box 6 630 West 168th Street
New York, NY 10032
Tel (212) 305-3248
Fax (212) 305-6937
e-mail rmg3@columbia.edu

Denise Geolot

Acting Director Division of Nursing
 Bureau of Health Professions, HRSA
 U.S. Dept. of Health and Human Services
 Public Health and Science
 Room 9-35 Parklawn Building
 5600 Fishers Lane
 Rockville, MD 20857
 Tel (301) 443-5688
 Fax (301) 443-8586

Máximo González

Presidente Consejo General de Enfermería
 Presidente de Fundación Iberoamericana de
 Enfermería (FIDE)
 Fuente del Rey, 2 (Esquina ctra de Castilla)
 28023 Madrid, Spain
 Tel (34) 334-5520
 Fax (34) 334-5503

Pamela Hartigan

Program Coordinator
 Women, Health, and Development
 Pan American Health Organization
 525 23rd Street, NW
 Washington, DC 20037
 Tel (202) 974-3405
 Fax (202) 974-3671
 e-mail hartigap@paho.org

Miriam Hirschfeld

Chief Scientist for Nursing
 World Health Organization
 20 Avenue Appia
 1211 Geneva 27,
 Geneva
 Switzerland
 Tel (41-22) 791-2507
 Fax (41-22) 791-0746
 e-mail hirschfeldm@who.ch

Mary Louise Johnson

Director of Nursing
 Chairperson
 Regional Nursing Body
 P. O. Box 5120 SS
 Nassau
 Bahamas
 Tel (242) 32-42634
 Fax (242) 32-27788

Sandra Land

Regional Nursing Advisor
 Pan American Health Organization
 525 23rd Street, NW
 Washington, DC 20037
 Tel (202) 974-3214
 Fax (202) 974-3641
 e-mail landsand@paho.org

Daniel López Acuña

Director
 Division of Health Systems and Services
 Development
 Pan American Health Organization
 525 23rd Street, NW
 Washington, DC 20037
 Tel (202) 974-3221
 Fax (202) 974-3613
 e-mail lopezdan@paho.org

Wendy McBride

Executive Director
 Canadian Association of University Schools of
 Nursing
 325, 350 Albert Street
 Ottawa, Ontario
 Canada K1R 1B1
 Tel (613) 563-1236 ext. 280
 Fax (613) 563-7739
 e-mail causn@cyberus.ca
www.causn.org

Beverly McElmurry

Head
WHO Collaborating Centre for
Int'l Nursing Development in PHC
College of Nursing
University of Illinois at Chicago
845 South Damen Avenue (M/C 802)
Chicago, Illinois 60612-7350
Tel (312) 996-0621
Fax (312) 996-8945
e-mail mcelmurr@uic.edu

Maricel Manfredi

Regional Advisor for Nursing Education
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3298
Fax (202) 974-3612
e-mail manfredm@paho.org

Lucy D. Martínez

MIRT Scholar
Loyola University
Niehoff School of Nursing
6525 N. Sheridan Rd. DH415
Chicago, Illinois 60626
Tel. (773) 508-2889
Fax (773) 508-3241
e-mail lmartin@luc.edu
drlucy1@aol.com

Carolyn Beth Mazzella

Chief Nurse Officer
US Public Health Service
Dept. of Health and Human Services
Office of International and Refugee Health
Room 11-05 OCN Parklawn Building
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
Tel (301) 443-0577
Fax (301) 443-9309
e-mail cmazzella@hrsa.dhhs.gov

Doris Modly

Director
WHO Collaborating Ctr. for Research &
Clinical Training in Home Care Nursing
Case Western Reserve University
Frances Payne Bolton School of Nursing
10900 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106-4904
Tel (216) 368-2543
Fax (216) 368-8864
e-mail dxm11@po.cwru.edu

María Teresa Monzón

Vicepresidenta
Consejo General de Enfermería
Secretaria General
Fundación Iberoamericana de Enfermería
Siglo XXI
FIDE
c/Fuente del Rey
28023 Madrid
España
Tel (34-1) 334-5520
Fax (34-1) 334-5503

Rosa María Nájera

Presidente
Asociación Latinoamericana de Escuelas y
Facultades de Enfermería
ALADEFE
Calz. del Hueso 1100,
Colonia Villa Quietud
04960 México, D.F., México
Tel (51-52) 724-5249
Fax (51-52) 724-5218
e-mail nanrm@cueyatl.uam.mx

Ana Cristina Nogueira

Chief Expanded Program on
Immunization
Special Program for Vaccines and
Immunization
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3269
Fax (202) 974-3635
e-mail nogueirc@paho.org

Jeanne Novotny

Assistant Dean
WHO Collaborating Centre. for
Research and Clinical Training in Home Care
Nursing
Case Western Reserve University
Frances Payne Bolton School of Nursing
10900 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106-4904
Tel (216) 368-6343
Fax (216) 368-5050
e-mail jmn6@po.cwru.edu

Horst Otterstetter

Director
Division of Health and Environment
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3311
Fax (202) 974-3645
e-mail otterste@paho.org

Milca Severino Pereira

Federación Panamericana de Profesionales de
Enfermería (FEPPEN)
SGA Norte 603 Conjunto "B"
Brasília
Brazil
Tel. (55-061) 225-0670
Fax (55-061) 225-4473
e-mail milca@international.com.br

Gisela Pimentel

PAHO/WHO Perú
Los Cedros 269, San Isidro
Lima 27
Perú
Tel. (011-51-1) 421-3030
Fax (011-51-1) 442-4634
e-mail per_pwr@paho.org

Daniel Purcallas

Regional Advisor Human Resources
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3824
Fax (202) 974-3612
e-mail purcalld@paho.org

Eleanor Ross

Immediate past President
Canadian Nurses Association
858 Metler Rd.
Fenwick, Ontario
Canada LOSICO
Tel. (905) 892-4861
e-mail eross@vaxxine.com

Roseni Rosângela Chompré de Sena

Docente Universidad Federal de Minas Gerais
Universidad Federal de Minas Gerais
Rua Curitiba 2232 Dept. 301
Belo Horizonte, Minas Gerais
Brazil CEP 30170-122
Tel (011-55-031) 337-8838
Fax (011-55-031) 222-7733
e-mail chompre@gold.com.br

José Antonio Solís

Director, a.i.
Division of Health Promotion and
Protection
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Tel (202) 974-3512
Fax (202) 974-3640
e-mail solisjos@paho.org

Alina Sousa

STC Pan American Health Organization
Advisor on Nursing
Nursing Council of Spain
Fundación Iberoamericana de Enfermería
Siglo XXI
FIDE
C/Fuente del Rey #2
Aravaca, 28023 Madrid
España
Tel (34-1) 334-5520
Fax (34-1) 334-5503

Joyce Thompson

Director
WHO Collaborating Centre for
Nursing & Midwifery Leadership
Development
School of Nursing
University of Pennsylvania
Nursing Education Building
420 Guardian Drive, Room NEB449
Philadelphia, Pennsylvania 19104-6096
Tel.: (215) 898-4335
Fax: (215) 573-8857
e-mail thomspsoj@pobox.upenn.edu

Ana Luisa Velandia

Presidenta
Asociación Colombiana de Facultades y
Escuelas de Enfermería-ACOFAEN
Centro de Colaborador de Enfermería
OPS/OMS
Carrera 13 #44-35 Pisos 10 y 11
Santafé de Bogotá
Colombia
Tel. (011-57-1) 340-6846
Fax (011-57-1) 232-8399
e-mail alveland@bacata.use.unal.edu.co

María Mercedes Villalobos

Secretaria Ejecutiva
Red de Enfermería de América Latina
REAL
Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Unidad Camilo Torres Bloque B-2
Oficina 302
Santafé de Bogotá
Colombia
Tel. (011-57-1) 222-0428
Fax (011-57-1) 368-1261
e-mail mmvillalobos@hotmail.com

Jane Weaver

Director
International Nursing Center
American Nurses Association
600 Maryland Avenue, SW
Suite 100 West
Washington, DC 20024-2571
Tel. (202) 651-7234
Fax (202) 488-8461
e-mail jweaver@ana.org

Otros

Asesores Regionales de OPS de los Programas
de Organización y Gestión de Sistemas y
Servicios de Salud (HSO) y de Desarrollo de
Recursos Humanos (HSR)

ANEXO G: RESOLUCIÓN WHA 49.1

FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

49ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA 49.1

Punto 17 de la orden del día

23 de mayo de 1996

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería;⁴

Recordando las resoluciones WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9 y WHA 48.8, que tratan de la función del personal de enfermería y partería en la prestación de una atención de salud de calidad en el marco de la estrategia de salud para todos, y de la formación de los prestadores de atención sanitaria;

Procurando aplicar el espíritu de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995);

Preocupada por los problemas resultantes de la aparición de nuevas enfermedades y de la reaparición de otras antiguas, como se destaca en el *Informe sobre la salud en el mundo 1996*;

Preocupada por la necesidad de utilizar eficazmente el personal de atención sanitaria, habida cuenta del aumento de los costos, y consciente de la eficiencia de una práctica adecuada de la enfermería/partería;

Reconociendo el potencial de la enfermería/partería para mejorar de manera importante la calidad y eficacia de los servicios de atención sanitaria de conformidad con el Noveno Programa General de Trabajo;

Reconociendo la necesidad de un enfoque global del desarrollo de los servicios de enfermería/partería como parte integrante del desarrollo sanitario para elevar al máximo la contribución de las enfermeras y las parteras a los logros obtenidos en el campo de la salud;

Reconociendo asimismo que tal enfoque debe ser específico para cada país y contar con la participación activa de las enfermeras y parteras en todos los niveles del sistema de asistencia sanitaria, junto con los beneficiarios de esa asistencia, las instancias normativas, los sectores

⁴ Documento A49/4, parte II.

público y privado, los representantes de las asociaciones profesionales y de las instituciones docentes, y los responsables del desarrollo social y económico,

1. **DA LAS GRACIAS** al Director General por su informe y por el creciente apoyo a los servicios de enfermería en los Estados Miembros;

2. **INSTA** a los Estados Miembros:

- 1) a que hagan participar más estrechamente a las enfermeras y parteras en la reforma de la atención sanitaria y en el desarrollo de una política sanitaria nacional;
- 2) a que elaboren, donde no existan, y ejecuten planes de acción nacionales en materia de salud en los que la enfermería/partería sea parte integrante de la política sanitaria nacional, se esbochen las medidas necesarias para introducir cambios en la prestación de la asistencia sanitaria, y se asegure el mejoramiento de la política, la evaluación de las necesidades y la utilización de los recursos, la legislación, la gestión, las condiciones de trabajo, la enseñanza básica y continua, la garantía de la calidad y las investigaciones;
- 3) a que aumenten las oportunidades de las enfermeras y las parteras en los equipos de salud cuando se seleccionen candidatos para becas en enfermería y en otros campos relacionados con la salud;
- 4) a que vigilen y evalúen los progresos realizados hacia el logro de las metas nacionales de salud y desarrollo, y en particular el uso eficaz de las enfermeras y las parteras en las esferas prioritarias del acceso equitativo a los servicios de salud, la protección y el fomento de la salud, y la prevención y el control de problemas de salud específicos;
- 5) a que fortalezcan la enseñanza y la práctica de la enfermería y la partería en la atención primaria de salud;

3. **PIDE** al Director General:

- 1) que aumente el apoyo a los países, cuando proceda, en la preparación, ejecución y evaluación de planes nacionales de desarrollo sanitario que incluyan la enfermería y la partería;
- 2) que fomente la coordinación en los países entre todos los organismos y centros colaboradores y otras organizaciones interesadas para apoyar los planes nacionales de salud y hacer un uso óptimo de los recursos humanos y materiales disponibles;
- 3) que asegure la continuación del trabajo del Grupo Consultivo Mundial sobre Enfermería y Partería;
- 4) que promueva y apoye la formación del personal de enfermería y partería en la metodología de investigación a fin de facilitar su participación en programas de investigación sanitaria;

- 5) que mantenga informada a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución y que presente un informe a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2001.

Quinta sesión plenaria, 23 de mayo de 1996

A49/VR/5