
ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA (SIGLO XXI)*

María Mercedes Durán de Villalobos**

RESUMEN

El artículo se refiere a la situación socio económica contextual del sector social de América Latina y su relación con la educación de enfermería. Plantea interrogantes y explicaciones derivadas de la crisis de la salud y propone algunas formas de acción no tradicionales y diferentes para enfrentar el problema.

Aún teniendo raíces comunes, los problemas pretenden soluciones apropiadas para cada país, pero se identifican requerimientos generales así: necesidad de disminuir la brecha educativa entre profesionales y auxiliares de enfermería, mejoramiento de la calidad de programas de todo nivel y en especial la calidad de la docencia, y enfoques curriculares que permitan el trabajo con grupos y comunidades con nuevos abordajes para identificar y solucionar problemas de forma contextual, además de la participación política en la toma de decisiones de salud.

En respuesta a estos requerimientos se proponen las siguientes estrategias: transformación de paradigmas educativos y de prestación de servicios de enfermería, flexibilización de modelos pedagógicos que permitan la exposición de estudiantes a experiencias apropiadas, utilización de la informática y comunicaciones de manera rutinaria, mejoramiento de los docentes e integración y conexión de la pirámide educativa para facilitar el aprovechamiento del recurso humano de enfermería de manera óptima.

Descriptores: Estrategia educativa, tendencias, modelo de prestación de servicios, sistema educativo, movilidad del sistema educativo

Al hablar de estrategias para la educación de enfermería se debe partir de dos premisas básicas ligadas entre sí:

(1) que cualquier estrategia educativa debe promover el mejoramiento de la calidad práctica a través de la calificación de recur-

* Ponencia presentada en el Simposio sobre "Impacto de la Política Social en la Educación y la Práctica de Enfermería", los días 5 y 6 de septiembre de 1996.

** Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

so humano y (2) que no se puede pensar en estrategias educativas en términos de un sólo componente del sistema; es necesario pensar en enfermería como un todo, ya que la práctica de enfermería debe mirarse como una práctica ejercida en diferentes niveles de complejidad y a través de la colaboración de personal auxiliar. Se debe recordar que nuestra práctica no es exclusivamente profesional.

Estos hechos deben llevar a repensar el comportamiento y las estrategias que se han utilizado en Colombia y América Latina, para reforzar y mejorar lo que se ha dado en llamar el "Fortalecimiento de Enfermería".

Es comprensible que durante por lo menos tres décadas, los sistemas educativos de enfermería se hayan dedicado con tesón a mejorar el nivel de la educación para profesionales. En la actualidad, y faltando cuatro años para comenzar el tercer milenio, enfermería tiene que analizar su futuro en términos del componente integral de la profesión (todo los niveles de personal) y de los cambios que se operan en el contexto.

El contexto

Voy a utilizar a manera de préstamo algunos apartes de la conferencia que dirigió la Dra. Gloria Smith, Vicepresidenta de la Fundación W. K. Kellogg a los participantes del Seminario de Salzburgo y del Taller de Evaluación de Cluster de Educación a Distancia en Enfermería, por considerarlas pertinentes al tema.

Como las tendencias contextuales que se observan actualmente y que regirán las acciones de salud se pueden listar las siguientes:

- La salud está sufriendo un cambio rápido en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo;
- La mayoría de estos cambios están siendo impulsados por fuerzas económicas en las cuales se percibe una permisividad al mercado para determinar la reestructura-

ción del sistema, o para controlar los costos a través de presupuestos centralizados; pero el hecho fundamental gira al rededor del control de costos;

- La reestructuración plantea desafíos relacionados con la capacidad que muestran los sistemas emergentes para resolver las necesidades de la población, en especial de los grupos vulnerables y marginados (niños y mujeres);
- Se requiere de nuevas formas para recoger los datos esenciales y para hacer los subsecuentes análisis para identificar y auditar los problemas y para desarrollar las intervenciones apropiadas;
- Se deben diseñar y probar modelos de intervención apropiados y efectivos y;
- Los profesionales de la salud y los proveedores deben convertirse en "compañeros" de la clientela y de las comunidades para desarrollar alianzas, coaliciones o consorcios que puedan presionar para que se modifiquen las políticas sociales y de salud en particular.

A pesar de la retórica general, la salud se ha tornado inaccesible a grupos de población cada vez más numerosos (individuos, familias y comunidades). Los esfuerzos por juntar a las personas con los recursos fallan en el momento de resolver las necesidades de los menos favorecidos (mujeres, niños, poblaciones emigrantes, adolescentes y pobres). Esto se debe en parte, a la mala distribución de los recursos, de los servicios y del poder local.

La política del nuevo orden económico en América Latina apunta a grandes cambios en las inversiones del sector social (educación y salud). Esta política de "disminución de la apropiación de fondos" para los programas del sector social hace mella en las comunidades necesitadas y desencadena desequilibrios de poder e inequidad en la distribución de los bienes. Es bien conocido que la situación de salud y su impacto en la prosperidad

y crecimiento de la sociedad no han sido calibrados adecuadamente en la matriz de la economía global.

La disminución de la apropiación del presupuesto en las infraestructuras de salud ha creado ambientes en donde los recursos ya de hecho escasos, se gastan en hospitales de alta tecnología para grupos de población muy reducidos, más que en servicios rurales y comunitarios. El sistema de salud está sobresaturado por las altas proporciones de pobreza y enfermedad, por la inadecuada preparación del recurso humano y por la burocracia.

Pero existen estrategias de solución para este panorama complicado. El personal de salud se ha comenzado a preguntar: quiénes están mejor equipados para identificar los problemas de salud más urgentes?, quién debe allegar y analizar datos significativos?, cuál es el papel que las personas naturales juegan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad?, quién es responsable por la salud colectiva?, y a quién deben apuntar las intervenciones estratégicas?

Emerge un modelo de prestación de servicios diferente el cual reconoce que la salud de la gente está determinada por otros factores múltiples y no sólo por el cuidado médico, y que estos factores pueden ser controlados por las propias comunidades a través de colaboración con otros sectores incluyendo autodeterminación y autoconfianza.

La experiencia muestra que una estrategia adecuada para enfrentar esta problemática es desarrollar la asociación, y las alianzas entre las personas y los servidores.

La asociación a nivel personal, comunitario o institucional facilita que la gente logre un nivel de salud más productivo; además crea vínculos y obliga a los proveedores de salud a mirar de manera diferente los hechos de la prevención primaria; pero más importante todavía, permite al personal de salud comprender los problemas a través de los ojos de

la misma gente. Igualmente la asociación mejora la presentación de los servicios de salud y moviliza a las comunidades para actuar como agentes que desean cambios medibles en los resultados de la atención.

A través de este lente, el enfoque de la atención de salud se modifica y no se enfoca exclusivamente en el cuidado médico y en las fuerzas del mercado, sino en la promoción de cambios económicos y sociales fundamentales al interior de las comunidades.

Desde el punto de vista de la salud, esta estrategia implica el involucramiento de los miembros de la comunidad en el desarrollo de estrategias enfocadas en la promoción y prevención. Desde el punto de vista social significa optar por abordar y solucionar los problemas a través de la educación.

Y esta educación toca directamente a todos los actores envueltos en el proceso. Es decir: miembros de las comunidades y personal de salud en todos sus niveles y otro personal que tiene relación directa con las decisiones políticas y de ejecución de decisiones.

Las estrategias para la educación

En este contexto discurrirá la educación de enfermería del futuro. La pregunta es entonces: ¿cuáles son las estrategias que darán respuesta a estos desafíos?

La primera aclaración es que no existen soluciones milagrosas, ni estrategias únicas para abordar el problema porque a pesar de sus raíces comunes América Latina, al contrario de lo que muchos plantean, no se puede interpretar homogéneamente. La realidad es diferente. Cada país y aún las diferentes regiones de los países deben buscar sus propias formas de desarrollo considerando sus propios intereses y recursos, de manera creativa y promisoria.

Pero por otro lado se pueden prever algunas estrategias comunes en educación que provienen de mirar de manera conjunta el siste-

ma de enfermería; es decir, pensar que hacia el futuro se debe construir la educación de enfermería y no la educación universitaria de enfermería de forma exclusiva.

1. La proliferación de escuelas tanto de nivel profesional como vocacional de los años 60s y 70s se ha regularizado aún cuando quedan dudas sobre la calidad de muchos programas. Esta proliferación a sido reemplazada por una explosión indiferenciada de programas de especialidad y maestrías y de programas para profesionalización de auxiliares de enfermería.

El hecho en sí muestra una evolución en dirección positiva. Lo que es inadecuado es que no se ha desarrollado de manera concertada. Es claro que mientras unos sectores del subsistema educativo tienden a la superación, la brecha entre el personal vocacional y el profesional no se ha eliminado causando los desequilibrios naturales de comunicación en el momento, bien sea de dar atención directa, o de desarrollar acciones de gestión de los servicios.

Se requieren entonces, acciones educativas apropiadas y concertadas que apunten al mejoramiento de todos los niveles de personal y que desarrollen contenidos que tiendan a desarrollar competencias que faciliten el enfrentamiento de los cambios que se suceden en los servicios.

Otro elemento de significado que debe trabajarse es el de la calidad de los programas. Las grandes diferencias en la calidad de los programas están causadas por diversos factores: diferencias en requisitos de admisión, baja demanda de aspirantes, inadecuada preparación de docentes, aislamiento, de los programas, etc.

Teniendo en cuenta que la cualificación de programas es un proceso de mediano y largo plazo, se requieren acciones de corto plazo que garanticen algún tipo de balance en el estatus académico y en el entrenamiento del personal docente.

Esto es cierto tanto para los programas vocacionales como para los profesionales. Las situaciones descritas deben abocarse con estrategias no tradicionales y buscando formas paralelas de trabajo que reafirmen la creatividad y flexibilidad.

2. El futuro de enfermería, en gran medida debe centrarse en el trabajo con las comunidades desprotegidas, con los grupos menos favorecidos.

Esta perspectiva requiere de enfermeras y enfermeros educados para trabajar "comunitariamente", en comunidad y asociación con los grupos mencionados, lo cual obliga en gran medida a cambiar las estrategias curriculares actuales ajustándolas para que den respuesta a las exigencias de la esencia del trabajo asociativo.

Las enfermeras deben interesarse en buscar nuevos abordajes para identificar los problemas de salud, mirar por problemas diferentes a los del trabajo tradicional, mirar con ojos de los otros, de nuestros asociados, sus interpretaciones contextuales y de salud.

Para trabajar en asociación se requiere poder para abogar o interceder por otros y para abogar por otros se requiere capacidad de negociación y manejo de la información. Con estas dos habilidades se pretende ganar acceso y tener influencia en las decisiones políticas.

Los nuevos modelos políticos y sociales, como es bien sabido, están anclados en conceptos de descentralización y democratización. Enfermería debe educar a sus profesionales para enfrentar los retos de participación que generan las nuevas políticas de manejo gubernamental.

Para participar del nuevo orden se requiere la "proactividad", o sea tomar iniciativas antes que esperar directrices, trabajar con la gente y no por la gente, proponer cambios basados en el conocimiento contextual y no desarrollar acciones inconsultas.

Sin miedo a exagerar se puede afirmar que la enfermería del futuro requiere profesionales y auxiliares diferentes y naturalmente esto amerita estrategias educativas diferentes.

Puesto que la educación, al igual que la investigación de enfermería deben responder a las exigencias de la práctica, el futuro educativo debe apurarse para disminuir las brechas existentes en la actualidad. Para disminuir las brechas y plantear estrategias se requiere identificar las tendencias de la educación en América Latina, entre las cuales se han identificado:

1. Alta movilización del recurso en los diferentes niveles del componente de enfermería.

Manteniendo las exigencias académicas de los diferentes niveles educativos se observa movilización ascendente. Los sistemas educativos han promovido la educación universitaria para auxiliares de enfermería, de las enfermeras de programas de 3 años (tecnólogos o diplomados) hacia la obtención de título profesional o licenciatura en muchos países.

Igualmente se observa un fuerte interés por la obtención de títulos de postgrado (especialidades, maestrías y doctorado).

Estancamiento en las modalidades de educación continua tanto a nivel auxiliar como profesional, atomización y poca discriminación de la misma, en tanto la educación continua no ha sido utilizada como herramienta para el mejoramiento de la práctica, sino como una forma de llenar requisitos muchas veces burocráticos y técnicos.

3. Movilidad de las enfermeras en especial en las instituciones prestadoras de servicio con la consecuente necesidad de reinserción y de desarrollo de habilidades que respondan a un tipo de ejercicio móvil.

4. Cambio radical en el manejo de la información tanto a nivel educativo como profesional. Este cambio impactará las formas de

impartir la docencia ya que la velocidad de acceso al conocimiento eliminará la hegemonía del docente sobre el estudiante, tornando este acceso más autocontrolado y posiblemente más pertinente a la necesidad del estudiante, por otro lado porque el manejo de la información en los servicios y en las comunidades será un hecho común, en consecuencia la toma de decisiones deberá hacerse de manera concertada y participativa.

5. Posiblemente se creará una tendencia a la diversificación de los programas básicos en especial los de personal no profesional ya que el desarrollo de los servicios y la intención de prestar cuidados de calidad no se liga con la manera "general" en que se forma el recurso humano de enfermería. No existe una razón válida para continuar con la idea de que las enfermeras y las auxiliares de enfermería tengan que ser conocedoras de "todo" lo que se hace en enfermería.

6. Mayor impulso a los programas de maestría y doctorado y consecuentemente aceleración en la producción de conocimiento a través de la investigación.

7. Creación de grupos de excelencia que fortalezca el desarrollo académico y el ejercicio profesional. Esta tendencia que es universal requiere del mejoramiento de la comunicación y del trabajo en grupos.

A su vez con el auge del desarrollo científico y tecnológico y en especial de la multiprofesionalidad como respuesta a la solución de los problemas de salud, y con la democratización del conocimiento se perfila un desdibuje de roles profesionales específicos y por lo tanto se requerirá de profesionales fuertes en su identidad y hábiles para el ejercicio compartido.

8. La masificación institucional dará paso a la excelencia individual y grupal y por tanto "menos será más" si este menos es de calidad, y

9. Con el auge de la ciencias, de la tecnología dura, del mercadeo y del consumo disminuirá el deseo de ingresar al entorno de las profesiones de servicio y siendo enfermería una profesión de servicio se verá afectada (si no es que ya lo está) por esta motivación por el individualismo y el autodesempeño.

Para estas tendencias se han identificado algunas estrategias genéricas que tienden más bien a una posición filosófica que a una propuesta puntal de trabajo.

1. La educación de enfermería en América Latina debe modificar o más bien transformar sus paradigmas tradicionales y enfocarlos para responder a las negociaciones de la realidad contextual y profesional. Para esto se requieren currículos con propósitos que apunten a desarrollar habilidades para manejar el contexto, y habilidades para manejar, interpretar y redefinir el conocimiento científico de enfermería porque es éste el que guía la práctica.

A este respecto se puede decir que es necesario revisar cuidadosamente la totalidad del espectro del componente disciplinar de los planes de estudio, porque la gran mayoría de ellos no contempla este elemento en su estructura.

2. La educación de enfermería en América Latina, debe flexibilizar sus modelos pedagógicos y probar modelos innovadores, no tradicionales, que incluyan elementos dinámicos y que expongan a los estudiantes a experiencias apropiadas (ej.: manejo político, buscar alianzas, negociar, cuidar).

El componente de gestión y gerencia es algo vital para el futuro y todavía los planes de estudio manejan elementos conceptuales y de práctica caducos, que no proponen modificaciones para el futuro cercano.

3. El aprendizaje del uso de la informática, las comunicaciones, la telemática y la información es una estrategia que se ha demorado en impregnar a enfermería. No es posible

que nos escudemos en la cortedad de recursos y en la ignorancia. Cada año que pasa sin acercarse a este elemento de la vida moderna, son 10 años de desventaja profesional. La educación básica lo requiere para la formación básica; la educación de auxiliares y de profesionales la requiere para mejorar la docencia, y en el futuro facilitar el acceso a la educación continua, y la educación postgraduada lo requiere para tener graduados, actualizados y con acceso a la literatura científica actualizada; los profesionales en ejercicio urgen de ella para tener información actualizada y precisa para la toma de decisiones sobre sus intervenciones.

4. La enfermería de América Latina debe impulsar el mejoramiento de la docencia fortaleciendo la formación de docentes. El mejor modelo puede ser un docente.

5. Finalmente quiero plantear, a mi juicio, la estrategia más importante y es la de la concertación del sistema educativo para mirar por formas racionales que integren la pirámide educativa, la conecten y articulen, y se facilite el aprovechamiento de todos los recursos que tiene enfermería para cuidar a los seres humanos.

Estas estrategias pueden parecer imposibles o agobiantes, pero solamente pensemos en una enfermería como la actual proyectada para 20 años. Imposible! Las responsables de la educación deben pensar en grande porque los problemas son grandes y complejos, y tal vez las acciones puntuales ya no son suficientes ni atractivas. La responsabilidad que tiene el sistema educativo en el éxito o fracaso de la enfermería del futuro es muy grande.

El hecho de haber presentado lo anterior no significa pesimismo o desánimo. Existen oportunidades y el desarrollo histórico es testigo de lo que se puede lograr.

Para terminar quiero agregar una anotación muy personal: La diferencia en la práctica de enfermería es a la vez una medida economi-

ca y una medida de calidad. Distinguir las responsabilidades y respaldarlas con una educación adecuada es eficiencia y desarrollo al interior de la profesión de enfermería.

América Latina mirará las transiciones futuras, nos es claro que las "viejas reglas" no son satisfactorias y que estamos obligados a buscar nuestras formas de comportamiento profesional y diferentes escenarios para la práctica. Estamos en un punto crucial de la historia y tenemos la oportunidad y obligación moral de aceptar retos.

Referencias Bibliográficas

- CHOMPRES, R. y de VILLALOBOS, M.M. (1995) A cooperative effort: Nursing leadership development and the W. K. Kellogg Foundation. *Nursing and Health Care*. 16,4, pp 192-199.
- JOHNSON, P. y Mc CONNANS I (1995) Primary Health Care Led NHS: Learning from developing countries. *British Medical Journal*, 311, 7010, p.391.
- NAISBIT, John. (1995). *The Global Paradox*: New York: Avon Books.
- OFICINA Sanitaria Panamericana. (1995) Estudio de Programas de Postgrado en Enfermería en 8 países de América. Mayo.
- SMITH, G. (1996) *Critical Challenges: Improving the health care needs of people in communities*. Salzburg. (Seminar for Caring for People of Underserved Communities).
- THE WORLD BANK. *World Development Report (1993) "Investing in Health (World Development Indicators)* Oxford University Press.
- THE WORLD HEALTH REPORT (1995). *Bridging the Gaps*. World Health Organization: Geneva. p.p. 1-15.
- VILLALOBOS de, M.M. (1993). *The Latin American Perspective on WHO and Nursing*. San Francisco (Ponencia en el Seminario de Inauguración del UCSF School of Nursing WHO/PAHO Collaborating Ce.
- VILLALOBOS de, M.M. (1995) *Primary Health Care Needs in Latin America: Economic and Social Pressures on Health*. Kensington (Royal Public Health Nurses Association and Nursing Forum Congress , Mayo 25, 26 y 27).