

# DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

DR. NILO VALLEJO ESPINOZA \*

El término *enfermera* habitualmente se aplica a la persona que, habiendo recibido una preparación especial, trabaja como miembro de un equipo de salud, en el cuidado y atención de los pacientes encomendados a su asistencia, bajo la dirección de un profesional médico.<sup>1</sup> La misión y formación de la enfermera o enfermero han ido variando en el tiempo, de acuerdo al desarrollo científico y tecnológico y a la demanda de la sociedad.

Para la Asociación Americana de Enfermeras, el ejercicio de la enfermería significa la iniciación y ejecución, de manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidado y asesoramiento de los clientes, supuestos sanos, lesionados o enfermos; la conservación de la salud y prevención de las enfermedades; y la supervisión y enseñanza del personal técnico y auxiliar de la enfermería. Asimismo, tiene entre sus funciones la *ejecución* —previa autorización— de cualquier acción tendiente a la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por un médico u odontólogo legalmente autorizado.<sup>2</sup>

*Técnico en Enfermería* es aquella persona que, habiendo terminado la educación secundaria, sigue un curso de preparación en enfermería en las llamadas escuelas superiores de educación profesional (ESEP), que en el Perú iniciaron, en 1975, el primer programa para formar bachilleres profesionales en salud. Según la ley de su creación, las técnicas debían ser generalistas y polivalentes, y trabajar en zonas ru-

rales y remotas del país donde no hubieran profesionales de salud. Como no hubo asesoría del MINSA ni del Colegio de Enfermeros del Perú en el diseño del currículo la enseñanza, se orientó a tópicos mayormente relativos a la odontología, desviándose así el propósito del programa. Quizás ésta pudo ser una de las razones por las cuales los técnicos no lograron incorporarse como tales al mercado laboral. Más aún, al no crearse las plazas correspondientes en el presupuesto gubernamental, los egresados se vieron obligados a trabajar como auxiliares sanitarios en los puestos de salud del MINSA.

*Auxiliar de Enfermería* es la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar bajo la dirección de la enfermera titulada, en aquellas actividades de salud que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería.<sup>3</sup>

---

\* Médico, MPH, FAPHA, Funcionario Jubilado de la OPS/OMS. Presidente de la Asociación Consultores Internacionales en Salud.

<sup>1</sup> Colegio de Enfermeras del Perú. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N.º 27669 del 14 de febrero del 2002.

<sup>2</sup> Archer, Sarah Ellen. "Public Health". En Holland, Walter y otros (eds.) *Oxford Textbook of Public Health*. Vol 2. New York: Oxford University Press, 1985.

<sup>3</sup> OPS/OMS. *Guía para el adiestramiento de Auxiliares de Enfermería en América Latina*. Washington: 1964 (Pub. C 98).

La creación de escuelas de enfermería en América Latina coincidió con el desarrollo de la medicina a cargo de instituciones gubernamentales y la incorporación de la atención médica, o sea el cuidado de los enfermos individuales, como su principal quehacer. La expansión del papel de la enfermería en el campo de la salud pública, ocurrida posteriormente, ha estado estrechamente vinculada a las acciones de control de las enfermedades transmisibles y del saneamiento ambiental. Así en 1945, no más del 5% de las escuelas de enfermería en América Latina incluían en su currículo la experiencia en salud pública y el 75% de ellas no consideraba la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. Fue gracias a la cooperación técnica prestada por organizaciones internacionales —como la Organización Panamericana de Salud, la Fundación Rockefeller y el Instituto de Asuntos Interamericanos—, que en 1959 el 85.7% de dichas escuelas empezaron a incluir dentro de su currículo elementos básicos de salud pública y el 88.3% de ellas, la prevención y el control de enfermedades transmisibles. Estos cambios importantes en la preparación de las alumnas de enfermería coincidieron con el creciente desarrollo de la medicina preventiva en los países latinoamericanos, aún cuando por algunos años los servicios preventivo promocionales de salud funcionaron en centros apartados de los establecimientos que brindaban servicios de recuperación de la salud.

Consciente de la importancia de la enfermería en el desarrollo de los servicios de salud en América, la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto pudo contar con personal de asesoras en enfermería, inicialmente comisionadas por el Servicio de Salud Pública de los EE.UU., colaboró con los gobiernos miembros en la solución de tres aspectos de la enseñanza: la enfermería básica, la enfermería posbásica y la capacitación de los auxiliares de enfermería.

### 348

La Organización conjuntamente con las autoridades nacionales de salud acordaron preparar dos tipos de personal de enfermería: la *enfermera graduada o titulada* y la *auxiliar de enfermería*. Así como, en la década de 1850, apareció la *enfermera moderna*; en la década de 1950, fue aceptada la *auxiliar de enfermería* en América Latina.<sup>4</sup> To-

dos los países de la Región desde entonces han tenido programas regulares de adiestramiento de auxiliares, financiados por diversas fuentes y en muchos de ellos los centros o cursos han continuado aumentando, en particular desde que se iniciaron los programas de extensión de la atención primaria de salud. Los cursos de adiestramiento de las auxiliares de enfermería variaban mucho en cuanto a requisitos educativos de admisión, duración, funciones y campos de acción.

En lo referente a la *enseñanza de la enfermería básica*, las actividades de la Organización se orientaron a proporcionar asesoramiento y participar en la organización y/o fortalecimiento de las escuelas básicas de enfermería en los diferentes países. La política seguida por la OPS se orientó a que en cada país de la Región hubiera por lo menos una escuela. Durante los años sesenta, esta meta se alcanzó en casi todos los países, excepto en cinco de ellos: El Salvador, México, Perú y Venezuela, los cuales ya habían establecido escuelas universitarias de enfermería.

En cuanto a la *enseñanza posbásica de enfermería*, el programa de enfermería de la Organización se desarrolló rápidamente a partir de 1941, en base a solicitudes de los gobiernos, estimulados por la II Guerra Mundial. Por entonces, la propuesta era mejorar la situación de salud de las poblaciones que vivían en regiones consideradas estratégicas en América Latina, porque suministraban materiales como el caucho y la balata, así como alimentos requeridos por los países aliados. En consecuencia, la OSP recibió diversas demandas de ayuda para establecer *programas de enfermería de salud pública* en los países. Gracias a fondos provenientes de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, la OSP brindó su cooperación técnica para crear en los países nuevas escuelas de enfermería, reorganizar las existentes y desarrollar servicios de enfermería de salud pública en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Paraguay y Venezuela.

Hasta enero del 1945, el programa de enfermería de la OSP había contado con el apoyo técnico y fi-

<sup>4</sup> Ibídem.

nanciero de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, pero en esa fecha el nuevo coordinador relevó a la OSP de la administración de dicho programa, disponiendo la transferencia de la mayoría del personal de ese programa al mencionado Instituto de Asuntos Interamericanos.

No obstante haber agotado sus fondos, la OSP continuó apoyando el desarrollo de la enfermería, y gracias a donaciones del Servicio de Salud Pública de los EE.UU. y del Commonwealth Fund, continuó respondiendo a las solicitudes de cooperación técnica de los gobiernos. De 1945 a 1949 estuvieron asignadas sendas consultoras de enfermería en las Oficinas de la OPS en Guatemala y en Perú.

En setiembre de 1947, la Oficina amplió su programa de enfermería de salud pública en el continente, por medio de consultorías, correspondencia, conferencias, publicaciones y becas. Al efecto, la consultora regional de enfermería visitó todos los países para conocer a las autoridades en enfermería y familiarizarse con las necesidades regionales en este campo. Los datos obtenidos sirvieron de referencia para conocer la situación de la enfermería en la Región.

La Oficina auspició dos congresos de enfermería, uno en San José de Costa Rica, para enfermeras de Centro América y Mar de las Antillas ( setiembre de 1949), y el otro en Lima, en el mismo año, para enfermeras de América del Sur. En ambos eventos se formularon importantes recomendaciones respecto a las escuelas y al reclutamiento de postulantes interesados en seguir esa carrera. En consecuencia, la OPS tomó las siguientes medidas:

- a) Concedió becas a enfermeras de Ecuador, Costa Rica, Chile, Brasil y Nicaragua para efectuar estudios de posgrado en los EE.UU. y en Chile.
- b) Organizó y realizó, a mediados de 1950, un Seminario sobre “Principios de Enseñanza y Vigilancia”, destinado a preparar instructoras de escuelas de enfermería y administradoras de los servicios de enfermería en salud pública. Este evento se realizó en Santiago de Chile con remarcable éxito.
- c) Se tradujeron al español y publicaron tres libros de texto, previamente seleccionados durante el Congreso de Enfermería realizado en Lima.

En México la OPS organizó un Seminario sobre el Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería (Cuernavaca, 1-10 diciembre 1963), con los auspicios del gobierno de México y la OPS/OMS, y en el que participaron enfermeras instructoras de centros y cursos de adiestramiento de personal auxiliar de enfermería, así como jefes de servicios de enfermería donde trabajaban las auxiliares adiestradas. Unos diez países latinoamericanos, además de los EE.UU., Puerto Rico y representantes de la Fundación Rockefeller, asistieron al evento, así como las consultoras de enfermería de USAID y de la OPS/OMS. Como resultado, se preparó una *Guía para el Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería en América Latina*, con el objeto de establecer y proveer normas mínimas para la capacitación de personal auxiliar, las que deberían tener en cuenta las condiciones económicas, políticas y sociales de cada país. El Seminario definió a la *auxiliar de enfermería* como *la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar —bajo la dirección y supervisión de la enfermera titulada— en aquellas actividades del servicio de salud que demandan menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería.*

En noviembre de 1969, la OPS convocó en Washington, D.C., EE.UU. un Comité Técnico Asesor en **Enfermería**,<sup>5</sup> que recomendó a los gobiernos establecer y desarrollar los tres niveles de personal de enfermería ya mencionados. El primer nivel o superior requería comprender enfermeras de nivel universitario capaces de proporcionar atención de enfermería de alta calidad a individuos y comunidades; orientar al personal de enfermería con menos conocimientos; y continuar su propia preparación para asumir responsabilidades docentes y administrativas más amplias. La carga académica necesaria para la preparación y adiestramiento a este nivel debía ser semejante en todos los países, para facilitar el intercambio de personal, especialmente para fines de educación superior.

Existía una creciente demanda de enfermeras preparadas en escuelas universitarias, para hacerse

<sup>5</sup> OPS/OMS. *Comité Técnico Asesor en Enfermería. Primer informe.* Washington, 1969 (Pub. C 180).

cargo de planificar, supervisar y evaluar programas, así como también para educar a un buen número de profesionales y de subprofesionales. Su formación universitaria exigía una educación equilibrada en cuanto a su contenido técnico y humanístico.

Como paso previo fue necesario uniformar los años de escolaridad exigidos para el ingreso a las escuelas de enfermería básica, se debía exigir a los postulantes haber completado la secundaria. A cada país le correspondía definir el programa de enseñanza de enfermería integrado a la educación secundaria, de acuerdo con su estructura de enfermería y con los cambios efectuados en su sistema de prestación de servicios.<sup>6</sup>

Por años, la enfermería no era tomada en cuenta cuando se adoptaban decisiones importantes en la aplicación de las políticas de salud de los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, ni se le consideraba al diseñar el proceso de planificación de la salud, tarea en la que participaban los médicos, los ingenieros sanitarios y los estadísticos. Frente a esta realidad y con vista a estimular en los gobiernos la participación de enfermería en el proceso de planificación de la salud, la OPS/OMS patrocinó conjuntamente con el gobierno peruano la realización, en Lima, en 1970, de la reunión de un Grupo de Trabajo sobre Programación en Enfermería, a la que asistieron 28 enfermeras en representación de ocho países latinoamericanos. En este evento que alcanzó resonancia en América Latina, se esbozaron las líneas directrices para hacer efectiva la participación de la enfermería en la planificación de salud.

En agosto de 1961, la Reunión Extraordinaria del Consejo Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, había recomendado en su Resolución A.2 a los gobiernos el *Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso* que, entre otras medidas a largo plazo, exhortaba a las autoridades nacionales para dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin se consideró necesario determinar el número de profesionales y auxiliares de diversas categorías indispensables para cada función o profesión, capacitar a los funcionarios actuales, y for-

mar progresivamente a otros en vista de la necesidad de procurar la atención cada vez mejor a un mayor número de usuarios.

En octubre del 1972, el *Plan Decenal de Salud para las Américas* consideró la urgencia de intensificar la capacitación del personal de enfermería, del cual un tercio podría ser preparado a nivel universitario y el restante a nivel básico. En la década de los setenta, la OPS promovió un cambio en la tendencia de la enfermería hospitalaria: de un enfoque administrativo anterior a uno clínico, siguiendo los progresos científicos, tecnológicos y educacionales. Surgieron cursos de especialización en enfermería materno infantil y médico quirúrgico, en salud mental y psiquiatría.

La enfermera especialista empezó a tener mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. Así en el área de la salud materno infantil, asumió la responsabilidad del control de la salud del niño sano y de las gestantes en control; en el área de las inmunizaciones controlaba la aplicación de las vacunas; en el área del control de los pacientes tuberculosos, supervisaba el cumplimiento de los esquemas de tratamiento supervisado; en el área de la psiquiatría, pasó a participar en las terapias de grupo y compartir mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.<sup>7</sup>

También el *Plan Decenal de Salud para las Américas* había recomendado a la OPS/OMS establecer un centro para el desarrollo de la tecnología de la enseñanza y la investigación en enfermería,<sup>8</sup> con miras a fortalecer la educación de enfermería como un medio de mejorar la prestación de servicios de salud. Al efecto, la OPS/OMS creó el *Programa Latinoamericano de Tecnología Educacional en Enfermería*, con sede en el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES)

<sup>6</sup> *Enseñanza de Enfermería integrada a la Educación Media*. Lima: OPS/OMS, 1973 (Pub. C. 274).

<sup>7</sup> Para detalles ver las Public. Científicas de la OPS. N.º 332, 348 y 363.

<sup>8</sup> OPS/OMS. *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Washington: 1977 (Pub. C. 348).

en Río de Janeiro, Brasil. Su objetivo era contribuir al incremento del personal de enfermería, formación de docentes, desarrollo curricular y producción de materiales de instrucción.

En 1977 la OPS/OMS, consciente de la necesidad de volver a definir la función de la enfermera en cuanto se refiere a la contribución que debería hacer en la atención primaria de salud, en colaboración con el gobierno de Costa Rica y la Escuela de Enfermería de ese país, organizó y celebró un Seminario sobre nuevas Dimensiones en el Papel de la Enfermera en la Prestación de la Atención Primaria (San José, 27 octubre – 3 noviembre), que contó con la participación de 19 enfermeras y 17 médicos de 13 países latinoamericanos.

El referido seminario convino en un nuevo concepto del cuidado de la salud integral que reconoce que la salud del individuo y la población no solo depende de las acciones del sector salud, sino de las que realizan todos los sectores de la sociedad. El individuo y la sociedad tienen el derecho de participar activamente en las acciones dirigidas a la obtención y mantenimiento de su salud. Se reconoció que el individuo y la comunidad tienen el derecho de intervenir en el proceso de su propio desarrollo, y que su participación activa sea decisiva en la obtención y mantenimiento de la salud. Se convino, además, en que la enfermería es una profesión subutilizada, en comparación con su potencial para asumir funciones más directas en la prestación de la atención primaria que antes era privativa del médico.

La enfermera de atención primaria es una generalista, cuyos servicios e intervenciones en la prestación de la salud integral recaen directamente sobre los individuos, la familia y la comunidad. Ha alcanzado un grado de competencia que le permite, llegado el caso, tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros de equipo en la tarea de elevar el nivel de salud de la población a su cargo. Por lo tanto, en la atención primaria sus funciones se circunscriben al cumplimiento de las normas de los programas oficiales de salud orientadas a resolver problemas prioritarios como desnutrición, salud materno infantil, enfermedades transmisibles y otras prevalentes, así como el saneamiento básico del medio. Para ello, se mencio-

narón una serie de actividades a cumplir por la enfermera.<sup>9</sup>

Entre ellas destacan:

- Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad —incluidos los patrones culturales, estilos de vida que inciden en su problemática de salud— involucrando a los usuarios de los servicios en el proceso de diagnóstico y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y como deben abordarse.
- Prestar atención directa integral de salud al individuo, familia y a la comunidad como un todo.
- Iniciar el tratamiento y otras acciones que sean de su competencia o referirlos al nivel correspondiente.
- Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, adoptar las medidas pertinentes y mantener informados tanto al sistema de salud como a la comunidad.
- Establecer y mantener las medidas apropiadas para obtener un efecto positivo sobre el estado nutricional de la población.
- Capacitar a los practicantes de la medicina tradicional y otros voluntarios para que participen en los programas comunitarios de salud.
- Propiciar el mejoramiento del medio ambiente, con la participación de usuarios y miembros de otras entidades sectoriales y extrasectoriales.
- Incorporar a las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones referentes a la provisión y evaluación de los servicios de salud.

La elaboración de planes y programas educativos apropiados para la capacitación de las enfermeras para la atención primaria requiere condiciones que facilitan el tránsito de lo tradicional a una modalidad orientada a la formación de un recurso humano que contribuya a corto plazo y de modo eficaz a la extensión de la cobertura de servicios de salud.

Existe consenso de que la atención primaria de salud debe ser realizada principalmente por personal auxiliar y agentes de la comunidad; y que la enfermera de salud pública o comunitaria debe ser el eje

<sup>9</sup> OPS/OMS. Documento oficial 118. Washington, 1973.

de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, velando por la calidad de los servicios prestados, y por la relación entre el equipo de salud y la comunidad. El desempeño de la enfermera en la atención primaria demanda una supervisión técnica que contribuya al cumplimiento de las metas de los programas de salud, que los usuarios reciban una prestación libre de riesgos, y que las acciones que ejecuta la enfermera cumplan con las normas establecidas. Todo lo anterior requiere la creación y fomento de centros de capacitación de enfermeras en atención primaria, ubicados en lugares estratégicos de los países.<sup>10</sup>

En 1978 la OPS/OMS convocó un Grupo de Estudio en Ciencias de la Salud. El grupo reafirmó la responsabilidad de la enfermería como coordinadora de las acciones de salud en el primer nivel de atención del sistema de salud. En cuanto al aspecto educacional, se inició la reformulación del currículo orientado hacia la salud de la comunidad y la preparación de las enfermeras para la atención primaria. En la preparación de la enfermera, se dio importancia a la integración docente-asistencial, la educación informal, la autoinstrucción, la enseñanza extramural, el servicio social para las recién egresadas, etc.<sup>11</sup>

En 1970, la 64ª Reunión de su Comité Ejecutivo así como la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud aprobaron, por primera vez, sendas resoluciones enfatizando la importancia que se debía conceder a la enfermería. Así la Resolución XXI de la Conferencia dispuso que el director de la Organización proporcionara la asistencia requerida por los gobiernos para que se estableciera o perfeccionara su sistema de enfermería. Al mismo tiempo, instó a los gobiernos miembros a establecer sistemas de información que definieran las esferas de su responsabilidad, la cantidad y categoría del personal necesario compatible con los objetivos del programa local de salud, y la clase y nivel del cuidado de salud que se había de facilitar.<sup>12</sup> El propósito fundamental de los proyectos, en los que ha venido cooperando la OPS, ha sido y es el mejoramiento de los cuidados de enfermería mediante el perfeccionamiento de la organización y administración de los servicios y la consiguiente capacitación de su personal.

Con la cooperación de la OPS, el Perú reorganizó su sistema de salud, incluyendo sus servicios de enfermería, asimismo se intensificó el adiestramiento en servicio del personal de enfermería en las diversas especialidades como la médico quirúrgica, la neurológica, la psiquiátrica y la intensivista, dedicada al cuidado progresivo del paciente, que desde 1971, fueron el inicio y el estímulo para alcanzar una atención de enfermería más funcional en los servicios de salud.

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, celebrada en 1976, analizó la enseñanza de la enfermería en los países de América Latina, y formuló recomendaciones para la mejor organización de dicha enseñanza. Remarcó la tendencia a cambiar el modelo clínico a uno psicosocial con énfasis mayor en las relaciones terapéuticas interpersonales y el estudio de las acciones comunitarias para la solución de los problemas mentales. Destacó igualmente que las actividades de investigación en el área de enfermería eran escasas, aunque existía una tendencia al estudio de problemas de salud mental, especialmente en lugares en donde habían programas de educación de graduados.

Se mencionó que, como base para la enseñanza de enfermería en dicha área, se requerían conocimientos previos de ciencias biológicas y de la conducta debiendo orientarse el contenido hacia un enfoque preventivo que puede integrarse a lo largo del desarrollo del currículo.<sup>13</sup>

En el año 1960, el Comité Asesor en Enfermería, convocado por la OPS/OMS en Lima, había establecido que en uno de los niveles claves de personal es la enfermera con preparación universitaria. Reco-

<sup>10</sup> *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud.* Washington, 1977 (Pub.C 348).

<sup>11</sup> OPS/OMS. *La toma de posición en enfermería. Informe de un Grupo de Estudio en Ciencias de la Salud.* Washington, 1978 (texto mimeografiado).

<sup>12</sup> OPS/OMS. *Informe Anual del Director.* Washington, 1970.

<sup>13</sup> OPS/OMS. *Enseñanza de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.* Washington, 1978 (Pub. C. 363).

noció la creciente demanda de enfermeras preparadas para asumir la responsabilidad de planificar, supervisar y evaluar programas, así como la de educar a un buen número de enfermeras y auxiliares. Convino en que resultaría muy difícil realizar la formación de personal si se seguían utilizando los mismos requisitos básicos de educación y los programas tradicionales de enseñanza. Recomendó que la formación de enfermeras competentes fuera la responsabilidad de una universidad o de un instituto de enseñanza superior que debía garantizar una educación al mismo tiempo técnica y humanística.

En la actualidad, la enfermería es una profesión universitaria, en cuyos planes de estudio tienen igual importancia la enseñanza del cuidado de los enfermos, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Como profesión, la enfermería ha desarrollado técnicas propias aplicables a los dos aspectos fundamentales de su labor: cuando la enfermera se especializa en el cuidado del enfermo en el hospital o en el hogar, se refiere a la enfermera hospitalaria, y cuando ella se dedica al cuidado de la salud de la comunidad como un todo, poniendo énfasis en la promoción y protección de la salud, se le conoce como enfermera de salud pública o enfermera comunitaria.

La enfermería es, por lo tanto, una disciplina destinada a aplicar determinadas técnicas de fomento, protección y recuperación de la salud con el objeto de lograr el bienestar físico y emocional de la población. Estos procedimientos y técnicas se aplican al individuo aislado o agrupado, sano o enfermo, a través de la acción personal directa como mediante la enseñanza de sus técnicas y de la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería. La enfermería es una profesión en continuo perfeccionamiento. La tendencia general en la actualidad es hacia un concepto amplio de la enfermería, es decir hacia la preparación de una enfermera integral capacitada para laborar en ambas áreas, la preventivo promocional y la curativa. Es la misma tendencia que viene desarrollándose en la enseñanza médica.

*La enfermera hospitalaria o clínica* forma parte del equipo de atención médica curativa. Ella es la responsable de la aplicación correcta y la ejecución

de las indicaciones médicas para la recuperación de la salud del paciente. La enfermera, además, es una educadora del paciente en higiene personal y en el cumplimiento de las indicaciones médicas, y una orientadora de la familia en la protección y conservación de la salud. Además, la enfermera hospitalaria desempeña funciones administrativas en la dirección de los programas de enfermería en las diferentes especialidades médicas. También tiene a su cargo la supervisión del personal auxiliar y doméstico de las salas. Debe vigilar los intereses y economías de los servicios y mejorar la calidad de la atención de los pacientes. Otro campo de acción de la enfermera hospitalaria se vincula con la docencia, la investigación científica, la preparación de personal auxiliar, el trabajo de enfermería clínica en las industrias y en instituciones particulares, y la atención profesional privada.

*La enfermera de salud pública o enfermera comunitaria* tiene, dentro del equipo de salud, una función doble: suministra cuidado de salud en la comunidad con cuya ideosincrasia se identifica y desarrolla al mismo tiempo un programa de motivación y educación para la salud. Su función es esencialmente de naturaleza educativa. Su técnica es el trabajo con grupos para contribuir a enlazar a los estamentos de la comunidad con el sistema institucional de salud, con el objeto de mejorar el nivel de salud de la población inculcando hábitos y prácticas saludables de salud. Su método de trabajo es la visita al hogar para enseñar al grupo familiar cómo cuidar su salud mediante las entrevistas y las demostraciones, a la vez que esto le permite relacionarse con las diversas organizaciones que trabajan en pro del bienestar social.

La unidad de trabajo es la familia, que constituye el núcleo de la sociedad. La enfermera debe estar familiarizada con las creencias y prácticas de salud de los distintos grupos de la comunidad, ser amiga de la familia, visitarla regularmente y conocer sus problemas de salud y su ámbito de vida. La enfermera no es un médico pues no diagnostica ni prescribe tratamiento. Es una profesional capacitada para reconocer anomalías y llamar la atención sobre ellas, para realizar los tratamientos prescritos por el médico, para orientar al grupo social hacia la promoción y prestación de la salud.

Las funciones de la enfermera de salud pública o enfermera comunitaria se pueden agrupar en los siguientes servicios: protección de la salud de la madre (control prenatal, del parto y del puerperio, así como planificación familiar con énfasis en paternidad responsable); protección de la salud del niño (control de la salud del lactante, pre-escolar, escolar y del adolescente; control de las enfermedades transmisibles, incluyendo las inmunizaciones); protección de la salud del adulto; educación en alimentación familiar; salud mental (con énfasis en los desajustes familiares); y educación comunitaria para la salud.

En síntesis, la enfermera de salud pública o comunitaria trabaja muy cerca de la comunidad, conoce los problemas médicos, sociales, culturales y familiares del sector de población asignado a su cuidado, y siempre está tratando de ayudar a solucionar las dificultades existentes. Con toda probabilidad para los miembros de la comunidad, ella es la representante más conocida del centro de salud porque trabaja con los consultantes en los servicios de salud, entrevistándolos individualmente para aclarar sus dudas sobre el cumplimiento de las prescripciones médicas y para educar en salud; asimismo hace las visitas domiciliarias para reforzar la educación sanitaria no solo del paciente sino de su familia y conocer sus problemas de salud. La enfermera de salud pública o comunitaria constituye el agente más útil del centro de salud para la enseñanza individual y de la comunidad en los principios de la vida sana y para atraer a los grupos sociales a los servicios de salud.<sup>14</sup>

En países en vías de desarrollo —como el Perú— es necesario utilizar con la mayor eficacia los recursos de enfermería disponibles, en cuyo caso los conceptos y métodos epidemiológicos adquieren un significativo valor en todas las fases de la prestación de servicios de enfermería. Ellos permiten cuantificar las necesidades de servicios “extramurales” en la comunidad o “intramurales” en el establecimiento de salud, identificar aquellos grupos de individuos que comparten las mismas necesidades de cuidado de la salud y establecer prioridades para lograr una distribución eficaz de los recursos disponibles. Una orientación epidemiológica del personal de enfermería permite la aplicación de conceptos

de salud pública a las situaciones reales del ejercicio de la enfermería.

La enfermera en su calidad de integrante del equipo que realiza la vigilancia epidemiológica en la comunidad, interviene en dicha vigilancia en todos los niveles, aunque su actuación variará de conformidad con la situación general, el nivel en que se desempeña y el grado de preparación que posea en epidemiología. Así, a nivel local, puede realizar interpretaciones sencillas y adoptar decisiones respecto a las actividades de prevención y control de las enfermedades prevalentes en la localidad, puesto que por estar en contacto permanente con la comunidad y por conocerla bien, está en una posición privilegiada para evaluar la situación de salud. Asimismo, presta su cooperación técnica en el adiestramiento de auxiliares de enfermería como instrumentalistas, con el fin de que las enfermeras tituladas pudieran dedicarse a tareas más complejas.<sup>15</sup>

En el Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud del continente, se había reconocido la existencia de serias críticas a la práctica de la enfermería y a su sistema de formación. Estas deficiencias habían dado lugar a un desequilibrio entre los factores de necesidad, demanda, producción y absorción del personal formado. La falta de estudios en el país para evaluar la adecuación de los programas educativos frente a los requerimientos de los servicios de enfermería y la realidad socioeconómica del país significó la duplicación de esfuerzos y el consiguiente desperdicio de recursos.

### **Contribución de la OPS/OMS en el desarrollo de la enfermería en el Perú**

La primera escuela de enfermería que se estableció en el país, en 1907, funcionó en la Casa de Salud de Bellavista, Callao. Era administrada por la Sociedad de Institutos Médicos, y tuvo como directora a una enfermera inglesa. Posteriormente, la escuela pasó a formar parte de la Clínica Anglo

<sup>14</sup> OPS/OMS. *Enseñanza de Enfermería en Salud comunitaria*. Washington, 1976 (Pub. C 332)

<sup>15</sup> OPS/OMS. *La epidemiología y la enfermería*. Washington, 1976 (Pub. C 333)



Americana. En 1908 al reorganizarse la asistencia médica en el Hospicio de Expósitos, a cargo de la Beneficencia Pública de Lima, se estableció allí una escuela de enfermería que sobrevivió poco tiempo. En 1915 se creó la Escuela Mixta de Enfermeros, la que, en 1928, se convirtió en la Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza, de la Beneficencia Pública de Lima, a cargo de las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. En 1939 se estableció la Escuela de Enfermeras del Hospital del Niño del MINSA, a cargo inicialmente de la Orden de las Madres Carmelitas. En 1942 se fundó en Bellavista, Callao, la Escuela de Enfermeras del Hospital Daniel A. Carrión, a cargo de las hermanas de la Caridad. Desde 1938 hasta 1948, la Escuela del Hospital Arzobispo Loayza ofreció a sus alumnas la especialidad de enfermeras visitadoras al término de sus estudios generales de enfermería.

En 1947 ante la necesidad de uniformar y reforzar la calidad de los planes de enseñanza de la enfermería y de controlar permanentemente el cumplimiento de los mismos, el MINSA nombró una comisión encargada de elaborar la norma respectiva. Esta Comisión estuvo constituida por representantes del gobierno, las escuelas de enfermería civiles y militares, la sanidad naval, la OPS/OMS, el SCISP y la Fundación Rockefeller. El día 7 de enero del mismo año, el gobierno, por decreto supremo, aprobó los estatutos de las escuelas de enfermería, en base al proyecto elaborado por la mencionada Comisión.

En vista de la ampliación de las funciones que el personal de enfermería debía cumplir en los hospitales y en los servicios preventivos asistenciales periféricos y a la revisión de la currícula, las escuelas de enfermería incorporaron en sus planes de enseñanza las asignaturas de psicología, sociología, administración, salud pública y control de enfermedades transmisibles.

En octubre de 1948, el Departamento de Selección y Capacitación de Personal del MINSA, con la contribución financiera de la Fundación W.K. Kellogg, organizó el primer Curso para Enfermeras Instructoras en el país, que fue seguido por otros dos cursos en los años 1950 y 1951, respectivamente, alcanzándose a capacitar un total de 50 enfermeras instructoras.

En 1951 el Comité Permanente para el Control de las Escuelas de Enfermería estableció como requisito que todas las enfermeras tituladas que solicitaran autorización para ejercer su profesión, debían aprobar un examen final, a cargo del referido Comité. En forma gradual se fueron implantando diversas normas para que las escuelas siguieran procedimientos similares en la selección, preparación y evaluación de sus alumnos. El decreto supremo N.º 028-83-SA aprobó el reglamento general de las escuelas de enfermería. El D.S. N.º 054-84-SA dictó normas reglamentarias referentes a la carrera de enfermería que ampliaron los alcances del decreto supremo relativo a las carreras de los profesionales de salud, en lo tocante al factor “calidad de atención” del personal de enfermería.

En vista del grado de desarrollo que la enfermería iba alcanzando en el país y de la conveniencia de encauzar su conducción técnico administrativa a nivel nacional, en el año 1951 se creó en el MINSA, la Sección de Enfermería y Obstetricia.

En 1939 la Caja Nacional del Seguro Social Obrero organizó la Escuela de Enfermeras del Hospital Obrero de Lima, para atender las necesidades del personal de enfermería de su red de hospitales y policlínicos. La Beneficencia del Callao abrió, en 1940, la Escuela de Enfermeras del Hospital Daniel A. Carrión. La Sanidad de Policía estableció la Escuela Mixta de Sanidad de Gobierno y Policía en 1940.

El D.S. del 13 de enero de 1942 dispuso que, a partir de ese año, las escuelas de enfermería autorizadas debían adecuar sus respectivos al plan de estudios que aprobara el MINSA, asesorado a su vez por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Por D.S. del 27 de julio de 1942, se estableció en Iquitos la Escuela de Enfermeras de la Selva, y por D.S. del 22 del abril de 1944 se creó la Escuela Andina de Enfermeras, que funcionó en el Hospital de San Juan de Dios en Puno.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Zárata Leon, Margot. *Historia de la enfermería peruana*. Lima, 1992 (texto mimeografiado).

Según el gobierno, era necesario contar en el país con una enfermera por cada 10,000 habitantes, o sea que se necesitaban 7,000 enfermeras. En 1945 solamente estaban registrados en el país 750 enfermeros entre varones y mujeres, y en servicio 620 enfermeros para atender las 1,423 camas con que contaban entonces los 116 hospitales existentes en el país.<sup>17</sup>

Al finalizar el año 1945, se formaba personal de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital Arzobispo Loayza, la Escuela de Enfermeras Puericultoras del Hospital del Niño, las escuelas de las sanidades militar y policial, la Escuela del Hospital Daniel A. Carrión del Callao, la Escuela de la Clínica Anglo Americana, y la Escuela Mixta de Enfermeros del Hospital Larco Herrera.

Hasta mediados de la década de los cuarenta la enfermería era considerada en el país como una labor esencialmente técnica, cuyo entrenamiento estaba orientado a poner en práctica determinados procedimientos, pero con oportunidades muy limitadas de ejercitar su labor en forma independiente.

A mediados de 1953, la Sección de Enfermería y Obstetricia del MINSA reportó la existencia de 1,707 enfermeros titulados y que, además, hasta el año 1946 la Escuela de Enfermeros del Hospital Militar de San Bartolome había formado 285 enfermeros varones. Asimismo, reconoció que las prestaciones que se daban a los pacientes en los hospitales de provincias eran en su mayoría proporcionadas por personal auxiliar que carecía de entrenamiento. Solicitó como recomendación que urgentemente se ofreciera la debida capacitación al mencionado personal.<sup>18</sup>

En el mismo año, 1955, el MINSA, con la colaboración de la OPS, realizó el primer censo nacional de la enfermería, empadronándose un total de 1,274 enfermeras, las cuales, de acuerdo a su centro de trabajo, se distribuían de la siguiente manera: Sociedad de Beneficencia Pública 313 enfermeras (24,5%), Ministerio de Salud Pública (MINSA) 308 enfermeras (24,2%), organismos gubernamentales 213 (16,7%), empresas privadas 196 (15,4%), Fuerzas Armadas y Policiales 149 (11,7%), y servicios particulares 95 (7,5%). En cuanto al tipo de cuida-

do de la salud, las enfermeras se distribuían en: hospitales y clínicas 993 enfermeras (77,9%), dispensarios de servicios asistenciales 123 (9,7%), servicios particulares 45 (7,5%), salud pública 41 (3,2%) y escuelas de enfermería 22 (1,7%). Esta encuesta indicó que la mayoría del personal de enfermería residía en Lima, debido al hecho que en las provincias los sueldos eran muy bajos y además en sus hospitales no existían facilidades de vivienda para su personal profesional. Habían, además, departamentos que carecían de servicios de enfermería. Aún más, hospitales y clínicas privadas de 100 camas no disponían de enfermeras, por lo que la atención era dada por un personal auxiliar carente de capacitación.

En 1957 la Sección de Enfermería y Obstetricia del MINSA, en vista de la importancia de la enfermería, fue elevada a la categoría de Departamento. Pasó a estar integrada por las secciones de enfermería hospitalaria, enfermería de Salud Pública y asesoría para los programas de preparación de auxiliares de enfermería; en 1967, esta última pasó a ser la Unidad de Asesoría y Supervisión de Enfermería.

En 1953 para facilitar el desarrollo académico, deontológico y gremial de la enfermería como una profesión, se fundaron la Asociación Nacional de Enfermeras (antes Asociación de Enfermeras Católicas) y la Liga Nacional de Enfermeras del Perú (anteriormente el Consejo Nacional de Enfermeras).<sup>19</sup>

Durante la década de los sesenta el examen del gasto fiscal demostró que en un alto porcentaje del gasto público en salud se destinaba a la atención médica, particularmente en hospitales de las ciudades, con detrimento del cuidado *preventivo de la salud* a través de los centros y puestos de salud. En 1955 se terminaron los hospitales de Tacna, Arequipa, construidos por un consorcio alemán pero financiados por el Fondo Nacional de Salud y

<sup>17</sup> Alvarado, Delia. Informe de la Sección de Enfermería y Obstetricia, julio de 1953. En *Salud y Bienestar Social*, Vol. II, N.º 4 (julio-agosto de 1953).

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> "Dirección General de Asistencia Social y Hospitalaria: Sección de Enfermería y Obstetricia". En *Salud y Bienestar Social* N.º 10-11 (enero-junio de 1955).

Bienestar, creado en 1956, con la finalidad de fomentar programas de salud pública, en especial los relacionados con la prevención y control de las enfermedades transmisibles. Empero, en su informe de julio de 1968 el Fondo declaró que desde su creación había: 1) construido 30 nuevos hospitales de 100 a 300 camas cada uno en 20 departamentos del país; 2) remodelado y/o terminado 11 hospitales; 3) habilitado 15 centros de salud en 15 ciudades de más de 15,000 habitantes, 60 puestos médicos en ciudades de más de 5,000 habitantes y 80 postas sanitarias en poblados de más de 500 habitantes; y 4) edificado y equipado igualmente 300 locales para servicios de salud, con participación de diversas entidades y de las propias comunidades.<sup>20</sup>

En 1946 en virtud de un convenio, celebrado entre el gobierno y la Fundación Rockefeller, se estableció en el departamento de Ica el primer servicio departamental de salud, como un esfuerzo pionero para establecer un servicio regionalmente autónomo, con un programa bien concebido de acuerdo con la realidad nacional y personal a dedicación exclusiva. Su concepción y desarrollo fueron inspirados por el Dr. J. L. Hydrick, representante en el Perú de la referida Fundación.

El servicio establecido en Ica empleó por primera vez visitadoras de higiene, es decir personal auxiliar de enfermería, de ambos sexos, nativos del lugar, que habían sido entrenados durante un año antes de ser asignado a vivir y trabajar en determinadas comunidades. La política del servicio era reclutar los visitadores de higiene de niveles socioeconómicos y culturales similares a aquellos con los que trabajarían. Los visitadores habían sido instruidos en tópicos como higiene personal, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, nutrición, salud dental y economía doméstica. Especial énfasis merecían las técnicas de la entrevista, la demostración y el sociodrama o dramatización espontánea para enseñar a las familias en sus hogares. Su tarea principal era de índole educativa, para lo cual hacían repetidas visitas domiciliarias que tenían por objeto motivar a las familias para aplicar los nuevos conocimientos sobre salud.

Casi simultáneamente se estableció en el Perú, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pú-

blica (SCISP), mediante un acuerdo entre el gobierno y el Instituto de Asuntos Interamericanos de los EUA (IIAA). El SCISP inicialmente desarrolló programas de salud integral en los departamentos de Loreto y San Martín, a través del Proyecto Amazónico. Más adelante abarcó Chimbote (departamento de Ancash), Puquio (departamento de Ayacucho), Rimac (departamento de Lima) y el departamento de La Libertad.

En julio de 1945, el SCISP inauguró el Centro de Medicina Preventiva en el distrito del Rimac, el cual aparte de los programas preventivos, sirvió de centro de entrenamiento en salud pública de médicos, veterinarios, odontólogos, enfermeras, nutricionistas, estadísticos e inspectores de saneamiento. Las labores del Centro se orientaban al ámbito de la familia, el núcleo más importante de la sociedad y el más propicio para la realización de las medidas sanitarias, por medio de las visitas domiciliarias a cargo de las enfermeras, que llevaban a cabo la educación individual.

De los cursos de enfermería de salud pública que desarrolló el SCISP hasta 1961, egresaron 160 enfermeras para laborar en diversos servicios de salud, tanto en hospitales como en centros de salud y servicios especializados. El importante rol de la enfermería se puso en evidencia al fortalecerse los servicios de enfermería en los establecimientos de salud.

Hasta antes de la década de los cincuenta la formación de las auxiliares de enfermería en el país se había hecho en la modalidad de adiestramiento en servicio. Recién en 1958 ese personal comenzó a ser preparado mediante cursos regulares a cargo del MINSA, con una duración inicial de seis meses, exigiéndose como requisito de admisión la primaria completa, según la R.S. N.º 45-STN. Esta última norma legal estableció la nomenclatura única de Auxiliar de Enfermería. Posteriormente en 1968 se exigió como requisito de admisión el tercer año de secundaria.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Mensaje del Presidente de la República, 29 de julio de 1958.

<sup>21</sup> Zárate León, Margot. *Historia de la Enfermería Peruana*. Lima, 1992 (texto mimeografiado).

En el período 1946-1959, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública adiestró personal auxiliar de enfermería en cursos de seis meses de duración, con la denominación de visitadoras de salud. Su formación estuvo orientada a enfatizar la promoción y protección de la salud, pues dichas auxiliares estaban destinadas a trabajar en las unidades sanitarias y centros de salud.

En 1955 en vista de la urgente necesidad de capacitar a las enfermeras en administración de servicios de enfermería y en educación en enfermería, el gobierno —con el asesoramiento de la OPS— creó el Instituto Nacional de Enfermería. Se contó con los auspicios del MINSA, el Seguro Social del Empleado y la Fundación Rockefeller. Los objetivos del Instituto fueron: (a) organizar y poner en operación la Escuela de Enfermería del Seguro Social del Empleado; (b) elaborar los cursos de perfeccionamiento para enfermeras tituladas; y (c) preparar auxiliares de enfermería. Se admitieron 35 alumnas para el curso de Educación en Enfermería y 17 para seguir el curso de Administración de Servicios de Enfermería. Ambos cursos tuvieron una duración de seis meses. Desafortunadamente, el Instituto solo funcionó hasta 1957 debido al retiro del apoyo financiero del Seguro Social del Empleado y al poco interés de las enfermeras en este tipo de cursos.

La ley N.º 11672, del 31 de diciembre de 1951, creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, para contribuir, con los recursos que se le asignaron, a la realización de obras y servicios destinados a mejorar las condiciones sanitarias del país, promover la defensa de la salud y propugnar el bienestar social. Con la creación del referido Fondo, hubo un mejoramiento manifiesto de la salud de la población, pues con sus recursos financieros se pudieron atender muchas necesidades de salud, tales como controlar y prevenir las enfermedades evitables por medio de campañas masivas; implantar y difundir los servicios de protección y asistencia médica a la madre y el niño; construir y/o mejorar los sistemas de abastecimiento de agua potable y eliminación de aguas servidas; y construir, terminar y/o ampliar hospitales en diversos lugares del territorio.

En vista de los cambios sociales ocurridos en el país, se tomó conciencia que la situación no se resolvía

con meras medidas administrativas sino con el reconocimiento de la necesidad de atender los problemas sociales, entre ellos los de salud, originados por el intenso crecimiento demográfico, la explosión de las expectativas, la migración masiva del campesinado hacia las ciudades y la consiguiente creación de bolsones de población marginada en las principales urbes del país. La red de hospitales públicos del país demandó disponer de un mayor número de recursos humanos, entre ellos enfermeras.

En atención a los requerimientos antes mencionados, fueron abiertas nuevas escuelas de enfermería, durante el período 1969-1980, en las universidades nacionales Pedro Ruiz Gallo (1970), San Antonio Abad (1972), Amazonía Peruana (1972), Daniel A. Carrión (1979), José F. Sánchez Carrión (1980) y la de Ucayali (1980). Asimismo, la Escuela de Salud Pública empezó la capacitación de enfermeras tituladas en las áreas de educación en enfermería, con 44 egresadas en cursos de diez meses de duración; administración de servicios integrados de enfermería, con 151 egresadas en cursos de ocho meses de duración; enfermería de salud pública, con 350 egresadas en cursos de cinco meses de duración; y principios de administración de servicios de enfermería, con 389 egresadas en cursos de uno a dos meses de duración.<sup>22</sup>

El Censo Nacional de Población de 1972 mostró una tasa de 3,44 enfermeros por 10,000 habitantes. La proporción para Lima Metrópoli era de 8,54 por 10,000 habitantes mientras que Apurímac solo de una por 0,19 habitantes. En el Censo Nacional de 1981, la proporción nacional fue de 5,94 enfermeros por 10,000 habitantes, siendo la correspondiente a Lima Metropolitana superior a 10,0. De donde se infirió que en todos los departamentos donde existían programas académicos de enfermería, la disponibilidad de enfermeros se había incrementado significativamente. Adicionalmente, el SESIGRA, que operaba desde 1981, también había contribuido a este mejoramiento de la enfermería en aquellos de-

<sup>22</sup> Bustíos Romaní, Carlos y otros. *Perú: La salud pública durante la república demoliberal*. 2.ª parte, Lima: Consejo Superior de Investigaciones de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2000.

partamentos donde no existían los referidos programas académicos.

En 1996 la proporción de enfermeras fue 6,7 por 10,000 habitantes, con variaciones entre Moquegua con 14,9 y Arequipa y Tacna, con 13,8; mientras que en Loreto fue solo de 2,2, y en San Martín de 2,5 por 10,000 habitantes.<sup>23</sup>

De acuerdo con el contrato celebrado con el Consorcio Hospitalario Alemán, se construyeron los siguientes hospitales generales de: Tacna (256 camas), Sanatorio N.º 2 de Arequipa (850 camas), Tarma (257 camas), Huancayo (79 camas), Chota (69 camas), La Unión (59 camas). Además se edificó la Unidad Sanitaria y Refectorio Escolar de Chíncha y la Unidad Sanitaria del Callao, entre otros establecimientos de salud.

No obstante el asesoramiento técnico de la OPS a los programas académicos de enfermería, se observó un incremento desordenado del número de dichos programas, lo cual llevaba a un crecimiento acelerado de los egresados y titulados. El resultado fue que estos últimos constituían casi la mitad de los egresados. De modo que el número de egresados en el período 1975-1979 era casi equivalente al número total de enfermeros empadronados en el censo de 1972. Mientras que en el período 1969-1974, el número de titulados fue de 815; en el correspondiente a 1975-1979 alcanzó a 1,476 titulados, con promedios anuales de 136 y 295 titulados, respectivamente.<sup>24</sup>

El gobierno preocupado por otorgar a los egresados de los centros formadores de recursos humanos en salud una experiencia que incrementara su conocimiento de la realidad nacional en lo que se ha denominado “el Perú profundo”, acogió, en 1978, la propuesta de creación de un servicio social obligatorio de los egresados de las universidades, como parte de su formación profesional, mediante un Programa Piloto Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud (SECIGRA).

El decreto ley N.º 22315, del 17 de julio de 1978, creó el Colegio de Enfermeros del Perú, como entidad autónoma de derecho público interno, representativo de la profesión de Enfermería. Su propósito

principal es el ejercer una vigilancia permanente de la ética y de ontología profesionales. En su primer año de existencia se colegiaron 9,308 miembros.

Durante algún tiempo coexistieron en el país escuelas básicas de enfermería y escuelas y/o facultades de enfermería de nivel universitario; en vista de esta situación, el Colegio de Enfermeros del Perú acordó hacer las gestiones del caso para que las autoridades correspondientes llevaran a cabo la unificación del nivel de formación profesional del personal de enfermería.

En el bienio 1984-1985, se produjo la afiliación académica de las escuelas de enfermería a las universidades. Como se aprecia, la participación directa de las universidades en la tarea de mejorar la formación de los enfermeros se ha dado con algún retraso en relación con el ritmo con que se han venido produciendo los cambios en los enfoques y estrategias de los servicios de salud. Así, la intensidad de los procesos de transformación de los servicios y las modificaciones en los mercados laborales vienen señalando el sentido en que las instituciones formadoras de los recursos humanos en salud deben redefinir su misión, para incrementar ostensiblemente su participación integral en el proceso de desarrollo de la salud y reformular los perfiles de enseñanza, de acuerdo con las verdaderas necesidades de salud de la población.<sup>25</sup>

El insistente reclamo de los servicios por personal de enfermería (generalistas, especialistas en enfermería hospitalaria, comunitaria y familiar; técnicas en enfermería y personal de auxiliares), contrasta con la tendencia de las instituciones de educación superior y universitaria y las asociaciones profesionales de estimular la especialización profesional, debido a que esta tendencia permite mayor competitividad de los profesionales y estimula el crecimiento tecnológico. En forma similar se retrasa la respuesta de las instituciones públicas y privadas de educación superior y universitaria frente a las

<sup>23</sup> MINSA *Indicadores Básicos 1999*. Lima.

<sup>24</sup> *Ibíd.*

<sup>25</sup> OPS/OMS. *La Salud en las Américas*. Vol. 1. Washington, 1998 (Pub. 569).

necesidades de formación de personal técnico en salud con los niveles de calidad requeridos en las categorías de técnicas y de auxiliares de enfermería. El nuevo enfoque de la salud cambia el producto final del modelo flexneriano de la salud “sin enfermedad” al de “bienestar humano”, haciendo mucho más compleja la definición de responsabilidades no solo dentro del sector y de otros sectores afines sino para toda la sociedad.

A raíz de la decisión de los gobiernos americanos, en 1972, de programar la extensión de la cobertura de servicios de salud a la población de sus países, mediante la estrategia de la atención primaria de salud con participación activa y sostenible de la comunidad y el empleo de la tecnología apropiada a cada nivel de atención, el gobierno peruano inició en 1975 la formación de bachilleres del área profesional de salud, un tipo de enfermería no universitaria. Esta formación se hizo en siete ESEP's experimentales del Estado localizadas en Piura, Moquegua, Juliaca, Cuzco, Huancayo, Iquitos y en el distrito limeño de Comas. El programa curricular tuvo una duración de seis semestres académicos e incluía bloques integrales de aprendizaje para la formación polivalente que comprendía los aspectos básicos de salud para capacitarlos en su cuidado, así como bloques específicos más profundos en las áreas de enfermería básica y de salud oral, que fueron las dos opciones elegidas.

La creación de estas ESEP's así como de otras áreas educacionales, había sido concebida por los gestores de la reforma educativa como una manera de conciliar la educación básica y una formación profesional especializada, con la finalidad de eliminar la discriminación existente contra las carreras cortas y descongestionar las universidades, asegurando una preparación masiva de la juventud en actividades laborales de índole más técnica y práctica.

Sin embargo, la creación de estas ESEP's encontró un rechazo de las organizaciones representativas de los profesionales universitarios de la salud, en particular de la enfermería, cuyos miembros estaban promoviendo un mayor nivel universitario de su profesión. Además, la inexistencia de una apropiada coordinación intersectorial por falta de un efectivo liderazgo del sector por el MINSA, aunado a

una actitud poco convincente sobre la función de los bachilleres de salud en la práctica, por parte de los funcionarios del referido sector, contribuyó a que la orientación y, por tanto, las características básicas de la formación de los mencionados bachilleres estuvieran exclusivamente bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, sin la participación del MINSA ni de los colegios profesionales de las ciencias de la salud. En consecuencia, se produjeron discrepancias entre ambos sectores sobre el perfil ocupacional, la programación del currículo, etc. De donde se derivó el impase para la utilización de los servicios de salud del MINSA para la práctica de terreno de los estudiantes, entre octubre de 1977 y mayo de 1978. Esta situación retardó el egreso de la primera promoción de bachilleres, pues se notaban serias deficiencias en su formación.

La ley general de educación de 1982 hizo que la mayoría de las ESEP's se convirtiera en institutos superiores tecnológicos. En 1982 el decreto ley N.º 19326, ley general de educación fue derogado, al promulgarse la ley N.º 23384, con la cual desapareció legalmente el SECIGRA, que quedó desactivado.

La ley universitaria N.º 23733, promulgada en 1983, en su artículo 22 dispuso que solamente las universidades podían otorgar el título profesional, por lo que las escuelas de enfermería que venían funcionando dependientes de hospitales públicos y privados, se vieron obligadas a celebrar convenios con universidades, para que sus alumnos pudieran egresar con el título académico de licenciados en enfermería. Pese a esta disposición legal, las escuelas fueron feneciendo paulatinamente, pues las universidades crearon sus propias facultades y/o escuelas. Las escuelas dependientes del Estado fueron cerrando a causa de la política del sector salud. La más antigua de éstas, la Escuela Nacional de Enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza pasó a formar parte de la Universidad Cayetano Heredia; la Escuela del Hospital del Niño se integró a la Universidad Federico Villarreal, y la del Hospital Daniel A. Carrión a la Universidad Nacional del Callao. Las escuelas privadas de enfermería, como la de la Clínica Tessa, trabajan en convenio con una universidad, que brinda no solo la instrucción académica, sino también facilita la formación práctica en centros hospitalarios.

El 10 de diciembre de 1983, en anticipación de la nueva ley general de educación se promulgó la ley N.º 23330, que creó el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), en reemplazo del SECIGRA SALUD. Dicha ley estableció que el servicio social debía ser cumplido por los profesionales de la salud una vez que se hubieran graduado y colegiado en sus respectivos colegios profesionales, como un requisito indispensable para ocupar cargos en instituciones públicas, ingresar a segunda especialización profesional y postular a una beca u otra ayuda del Estado, sea para estudios de posgrado o perfeccionamiento. La duración de este servicio social en zonas rurales o urbano marginales era de un año, aunque en la práctica el MINSA, por falta de presupuesto, solo los hacía servir seis meses, a diferencia del IPSS que los retenía un año y les brindaba alojamiento. Por lo tanto, las enfermeras recién tituladas servían en el SERUMS.

El nivel del egresado de los institutos superiores tecnológicos sirvió de referencia del nivel ocupacional del llamado técnico de enfermería, al cual pertenecían por disposiciones expresas del sector y, por única vez, las auxiliares de enfermería que tenían determinado número de años de antigüedad en el cargo. Desafortunadamente, las autoridades rectoras de salud no delimitaron las funciones de los técnicos de enfermería ni los pusieron bajo la autoridad de la jefatura de los servicios de enfermería de los establecimientos de salud, con lo cual se originaron problemas serios de falta de autoridad, tanto por cumplir las técnicas en enfermería, en algunos casos, funciones propias de la enfermera titulada, cuanto porque pretendían tener su propio departamento en los establecimientos de salud, al menos en ESSALUD. Esta situación se ha agudizado por el hecho que algunas universidades ofrecen programas de formación de estos técnicos de enfermería. Desde 1982, se han incrementado significativamente los centros formadores de este tipo de personal, con una producción de egresados que excede la demanda de servicios y sin ninguna intervención del sector salud, que oriente y controle el cumplimiento de los requisitos mínimos de preparación para la autorización del ejercicio ocupacional.

En 1964 el MINSA suscribió un convenio con la OPS/OMS y la Universidad Nacional Mayor de San Mar-

cos, con el propósito de impulsar el desarrollo tanto de la docencia en las escuelas de enfermería como de los servicios de enfermería dentro de la red de salud, mediante programas complementarios y de una moderna escuela de enfermería. Hasta 1979 se habían creado 16 facultades y escuelas de enfermería, entre 1980 y 1985, se crearon otras 10, de las cuales 50% estaban ubicadas en el interior del país, siendo 5 de ellas de carácter gubernamental.<sup>26</sup> En el período 1980-1985, se registraron 6,163 egresados y 2,279 titulados, con promedios anuales de 1,027 y 497, respectivamente.

Al finalizar el año 1985, existían 26 facultades y escuelas de enfermería. Se observó un aumento en el número de estos centros formadores y una ampliación de la matrícula que no obedecía a razones derivadas de un estudio técnico del mercado de trabajo de los enfermeros. La creación de dichas facultades y escuelas de enfermería no responde a una planificación y no se recoge información ni la opinión de ASPEFEEN, del Colegio de Enfermeros del Perú o del MINSA.<sup>27</sup>

En 1983 el Colegio de Enfermeros del Perú tenía registrados 12,723 enfermeros colegiados, de los cuales el 54% residía en Lima y Callao y un 10.4% vivía en Arequipa. Dicho Colegio consideraba como problema principales el incremento desmesurado y descontrolado del personal técnico y auxiliar de enfermería con un perfil ocupacional definido sin participación del Colegio y de MINSA.

La educación del personal de enfermería requiere ser revisada constantemente, de acuerdo a los cambios no solo en la teoría y práctica de la profesión sino en la propia dinámica de la sociedad peruana, para que dicho personal posea una perspectiva más integral y realista de la población en la que vive y trabaja. Esta nueva perspectiva demanda cambios en la estructura de los programas de formación y

<sup>26</sup> Asamblea Nacional de Rectores. *Universidades del Perú. Facultades y Carreras Profesionales*. 1996. Lima, 1997.

<sup>27</sup> Zárate León, Gladys. *Resultados preliminares del estudio "Situación de la producción de RR.HH. y del Programa de Texto de las facultades y escuelas de enfermería"*. Perú. Lima: OPS/OMS, 1997 (Documento de Trabajo).

actualización, la orientación del currículo hacia la solución de problemas acordes con la realidad donde labora como miembro de un equipo interdisciplinario y de una comunidad.

La experiencia de lo logrado con la incorporación de la enseñanza de salud comunitaria en el plan de estudios del Programa Académico de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos servirá a modo de ejemplo de cómo se han difundido en el ámbito universitario los conceptos antes mencionados. El trabajo de enfermería en Villa El Salvador se inició en 1974. Más tarde, en 1977, se suscribió el respectivo convenio con el objetivo de llevar a cabo un programa de salud integral vinculado al plan de desarrollo socioeconómico de dicha población, con énfasis en los aspectos de promoción y protección de la salud comunitaria.

Al efecto, previamente todo el personal docente del Programa Académico de Enfermería, preferentemente las profesoras de enfermería, se prepararon en salud comunitaria y técnicas de cuidado de enfermería comunitaria. El plan incluyó la realización de talleres, así como el repaso de los conceptos básicos de las ciencias de la conducta aplicados a la realidad donde trabajarían. Igualmente los docentes desarrollaron programas de salud comunitaria.

La integración conceptual facilitó la integración del contenido de las experiencias de aprendizaje en una situación real, tomando como base los cuatro niveles de enseñanza-aprendizaje establecidos en el Programa. De este modo, las prácticas de salud comunitaria se llevaron a cabo a lo largo del currículo.

Durante los primeros años de vigencia del convenio, se observó la carencia de continuidad en la prestación de servicios de salud en la comunidad, a cargo de las entidades responsables. Por ello, los esfuerzos del Programa se orientaron a hallar una solución a dicho problema. Se vio la necesidad de trabajar en comunidades mayores que contaran con servicios de salud ya en operación. Asimismo, la comunidad debía tener una organización social adecuada y pertenecer a la zona de influencia de la UNMSM. Fue así como se organizó el proyecto de servicios de enfermería comunitaria en la ciudad autogestionaría Villa El Salvador, que contó con la

debida cooperación de la Región de Salud de Lima Metropolitana del MINSA.

Las profesoras de enfermería del Programa prestan servicios durante los períodos de vacaciones estudiantiles, y en los últimos tres años han estado capacitando y haciendo el seguimiento de las promotoras de salud en cada grupo residencial. El Programa además tiene una representante en el Consejo de Educación y Salud de la Villa autogestionaria de El Salvador.

Por su parte, una vez firmado el convenio, se reorganizaron las experiencias de aprendizaje de las estudiantes, de modo tal que durante el año la comunidad desarrollara actividades de salud que cubrieran las necesidades de los pobladores con los que se trabajaba. El trabajo de mayor embargadura en salud en Villa El Salvador estuvo a cargo de las alumnas del último año, durante su internado de salud comunitaria, y contó con la asesoría de una profesora por cada diez estudiantes. Las tareas que estas últimas realizaban fueron las siguientes:

- Estudiar y diagnosticar los problemas de salud de la comunidad, así como planificar, ejecutar y evaluar las acciones integrales de salud.
- Asegurar la participación real de los dirigentes y miembros de la comunidad en todas las fases del desarrollo de los programas.
- Estudiar la influencia de las intervenciones realizadas en los grupos atendidos y en la comunidad como un todo.
- Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de capacitación de promotores de salud, a fin de que participen en la atención primaria de salud conforme al modelo peruano.
- Diseñar, validar y aplicar el diseño de investigaciones a situaciones reales de la comunidad, promoviendo el estudio y solución de los problemas prioritarios, así como el avalúo crítico de sus resultados.
- Aplicar acciones de promoción y protección de la salud en sus correspondientes niveles de prevención, incluyendo la estrategia de atención primaria y el método epidemiológico.
- Efectuar un trabajo multidisciplinario e intersectorial con profesionales de la salud y de otras disciplinas afines en la comunidad.



La integración de la salud comunitaria en la currícula del programa se ha ido perfeccionando en forma progresiva debido a la evaluación permanente que permite una revisión constante. La dirección del Programa delega la administración de las medidas de integración en un comité técnico responsable de supervisar la ejecución del proceso educativo.<sup>28</sup>

Esta experiencia muestra el énfasis en la práctica de la enfermería comunitaria, que procuró equilibrar la experiencia intrahospitalaria con el trabajo en la comunidad. La difusión de este trabajo ha contribuido a que la mayor parte de las escuelas de enfermería en el Perú tiendan a incorporar a la en-

fermería comunitaria en su currículo. En el curso de estos últimos años la influencia de la OPS/OMS se ha incrementado considerablemente en el desarrollo tanto de la formación del personal de enfermería como en el ejercicio de la profesión a través de seminarios, talleres, cursos cortos de actualización y apoyo al Colegio respectivo.

El 15 de febrero del 2002 se promulgó la ley del trabajo de enfermería N.º 27 669, que establece su rol y ámbito de competencia, así como sus responsabilidades y funciones, al igual que sus derechos y obligaciones, y niveles de la carrera y modalidades de trabajo.

---

<sup>21</sup> Zárata León, Margot. *Historia de la Enfermería Peruana*. Lima, 1992 (texto mimeografiado).







