

Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina.

Segunda parte

¹Malvárez Silvana María, ²Castrillón-Agudelo María Consuelo

¹Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA ²Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR), Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD), Oficina de Gerencia de Programas (DPM), Biblioteca Sede OPS

2. Formación de recursos humanos de enfermería en América Latina

En América Latina la formación universitaria en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en la década de los 30 del Siglo XX. Las licenciaturas se desarrollaron alrededor de los años 60; los programas de posgrado comenzaron con especialidades y maestrías en los 80.

Brasil cuenta con 20 años de experiencia en formación doctoral en enfermería. Argentina, Colombia, Chile, México y Venezuela inician los doctorados a finales del Siglo XX y comienzos del XXI (Castrillón MC. 2003).

2.1. Los programas de pregrado

De acuerdo con estudios auspiciados por la OPS sobre la formación de personal de enfermería en América Latina y el último reportado por ALADEFE, el comportamiento de programas universitarios de pregrado en la región ha sido el siguiente:

Cuadro VI. Evolución de programas de grado en Enfermería en América Latina

Año	Número de programas	Fuente
1949	294	Encuesta OPS/1949
1980	425	OPS/1982
1996	635	OPS/1996 (Región de las Américas)
2004	723	ALADEFE 2004 (en 15 países)

Fuente: Castrillón y Lopera. Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004

En 1980, 52% de los programas estaban vinculados a universidades y 47% a otras instituciones (Ministerio de Educación 2%; Ministerio de Salud 19% y otros 7%) (OPS/1999). En 1996, 50.2% eran del primer tipo y 49.8%, del segundo. El estudio del 2004 realizado por ALADEFE con datos actualizados al momento de algunos países, reporta 55.1% de programas vinculados a las universidades y 44.9% vinculados a otras instituciones (Castrillón MC. y Lopera C. 2004). Según estos datos, el crecimiento de programas en instituciones no universitarias para 1996 podría obedecer a la proliferación de programas técnicos y de diplomas en enfermería probablemente relacionados a los primeros procesos de reforma y desregulación educativa. Sin embargo, para el 2004 la tendencia se revierte y vuelven a aumentar los programas universitarios mientras disminuyen los no universitarios aunque un país todavía reporta para el 2004, 35 programas vinculados a hospitales. Este cambio de tendencia podría relacionarse al comienzo de procesos de acreditación siendo los programas universitarios los primeros y también a innovadores modos de articulación entre instituciones universitarias y no universitarias. Un ejemplo se da en Argentina donde la Universidad de Buenos Aires articula 11 escuelas de enfermería de nivel superior no universitario y la Universidad de Quilmes más de 20 pasando ellas a otorgar títulos universitarios de enfermera y licenciada en enfermería.

"La enfermería como sistema de enseñanza varía entre los países. El nivel universitario puede ser el más homogéneo de toda la Región, con dos o tres programas distintos: Licenciatura, en el que se otorga un título de educación superior (en programas de 4 a 5 años); diploma (programas de 2 y medio a 3 años) y enfermería de nivel técnico (programas de 2 años, principalmente en Estados Unidos). Algunos países tienen un programa de técnicos expertos en enfermería. Estos programas forman parte de la educación secundaria técnica y ofrecen 2 o 3 años de adiestramiento específico. Brasil, Cuba, Nicaragua y Venezuela han establecido esta clase de programas" (OPS/1999).

El panorama para el 2004 es heterogéneo en: denominación de las unidades académicas (facultad, escuela, programa, carrera, departamento), en tipos de programas de pregrado en modalidades de formación (profesionalización de auxiliares y técnicos medios, reconversión de prácticos, complementación de licenciatura), en duración de los programas (2, 3, 4, 5 años). Tres países reportan sólo cuatro años de formación secundaria como requisito de admisión al programa; los requisitos de ingreso y egreso son poco exigentes en algunas escuelas, y como se dijo, se identifica un movimiento por la acreditación de los programas en países como México, Colombia, Perú y Chile (Castrillón y Lopera. 2004).

La gran mayoría de los países desarrolla cursos de formación de auxiliares de enfermería en cantidad, regularmente vinculados a instituciones no universitarias, con requisitos de ingreso variados (primario completo, primer tramo de secundario y secundario completo) y de entre 6 y 18 meses de duración. Existen también programas de bachilleratos técnicos (segundo tramo de la escuela media orientada a enfermería), habitualmente denominados "técnicos medios" a diferencia de los "técnicos superiores" que exigen la escuela secundaria completa.

Muchos programas de enfermería, continúan centrados en el modelo biomédico, aunque hace unos 10 años los planes de estudio comenzaron a transformarse significativamente incluyendo fuertes componentes de salud pública, ciencias sociales y centrados en los cuidados enfermeros.

Este iniciado cambio se expresa, por ejemplo, en las denominaciones de las asignaturas de enfermería.

El profesorado universitario de la mayor parte de escuelas en la región no alcanza niveles de formación de maestrías y doctorado para soportar las exigencias contemporáneas de la vida universitaria en el desarrollo de las funciones esenciales: docencia, investigación y extensión y las demandas de productividad académica en que se basan los sistemas de escalafón del profesorado.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 1996), la preparación del profesorado, su formación disciplinar e interdisciplinar, así como su experiencia en las prácticas asistencial y de investigación son factores determinantes de la calidad de la educación y pueden constituirse en obstáculo para el avance. Al carecer de experiencia, los profesores transmiten información pero no son facilitadores del aprendizaje ni articuladores de la investigación, la docencia y la práctica de la enfermería.

El difícil acceso a bibliografía actualizada y a revistas indexadas, por razones tanto físicas como de limitaciones en el dominio de una segunda lengua y la baja visibilidad de la producción intelectual de las enfermeras latinoamericanas, son barreras para la modernización académica de los currícula y para aspirar a credenciales internacionales.

Pero no toda la situación es negativa. Se cuenta también con importantes centros de formación con trayectoria y formación de docentes en niveles de posgrado *strictu sensu*, programas acreditados en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México, en-

tre otros países; y programas de doctorado en seis países.

Con relación a los alumnos, estudios realizados en el marco de los Observatorios de Recursos Humanos (OPS/OMS) muestran que la matrícula de estudiantes de enfermería en las universidades, los institutos y centros no universitarios y los programas de auxiliares de enfermería, se encuentra en aumento sostenido en los últimos diez años; en Argentina, por ejemplo, la matrícula creció progresivamente hasta cuatro veces en algunas universidades, en El Salvador aumentó 30%. Lo mismo sucede con el número de egresados. La mayoría de los líderes de enfermería de los países indican que la producción de egresados no aumenta lo suficiente para cubrir la demanda de profesionales de enfermería.

2.2. Los programas de posgrado

Los programas de posgrado buscan la formación avanzada para el desarrollo de la profesión, la disciplina y la formación de investigadores. Los antecedentes de los programas de educación avanzada en enfermería en la Región de las Américas se pueden encontrar desde la década de los años 30 del Siglo XX cuando se inicia la búsqueda de una definición oficial que destaque la función única o específica de la enfermería dentro del equipo de salud. La mayor tradición en este nivel de formación la tienen los programas de enfermería de los Estados Unidos. Brasil cuenta con siete programas de doctorado; Venezuela, Chile, México y Colombia recientemente han iniciado la educación doctoral y varios países como Argentina y Perú se preparan para hacerlo (Ketefian 2003:112). Argentina cuenta con un programa de doctorado en enfermería y tres programas de doctorado interdisciplinarios que otorgan a las enfermeras que los cursan título de doctor con orientación en enfermería.

Las maestrías tienen una trayectoria de más de 20 años y se ofrecen en

las escuelas con mayores desarrollos en investigación que cuentan con más de 40% de su profesorado con formación en maestría o doctorado. Hoy los Sistemas de Educación Superior exigen para la apertura de los posgrados *strictu sensu*, que las unidades académicas cuenten con un equipo profesoral calificado en formación y trayectoria investigativa, con grupos y líneas de investigación consolidados y conectados a pares nacionales y extranjeros con quienes comparten preocupaciones investigativas en campos relacionados.

Buena parte de las escuelas universitarias ofrecen programas de especialización cuyo objetivo es continuar la preparación profesional y el desarrollo de competencias y habilidades asistenciales, de salud pública y de gerencia de servicios de enfermería y salud.

Una caracterización de los posgrados en la región se recoge en el cuadro VII.

Es indiscutible el aporte de los posgrados en enfermería al desarrollo de la investigación. Se evidencia, tanto en la formación de investigadores, como en la producción de investigaciones y en su difusión en eventos académicos. La organización de los Coloquios Panamericanos de investigación en enfermería ha estado a cargo de unidades académicas en los países donde se han realizado, y la mayor parte de las publicaciones de enfermería de América Latina son administradas por facultades o escuelas de enfermería. Estados Unidos ha tenido una historia más larga en educación doctoral y ofrece hoy más de 80 programas de este nivel.

2.3. Acreditación de programas académicos de enfermería

Durante el Primer Seminario Internacional de Educación Superior: Calidad y Acreditación, celebrado en Cartagena Colombia, en julio de 2002, se mostró cómo el proceso de globalización ha significado para la educación superior en América Latina, un aumento noto-

Cuadro VII. Caracterización de los programas de posgrado en enfermería en América Latina

Especialización	Maestría	Doctorado
Especificidad en un campo	Amplitud temática Principios generales de las disciplinas.	Producción de conocimientos nuevos de frontera
Aplicabilidad a la solución de problemas del ejercicio profesional	Programas interdisciplinarios	Centrado en Investigación y en la profundización teórica
Contenidos delimitados	Aprendizaje tutorial y en seminarios modulares	Formación tutorial
Comprensión de idiomas para obtener información	Entrenamiento en las metodologías de la investigación	Dominio de idiomas para la comunicación de resultados
Trabajo final: Monografía (profundización en un tema)	Inicio de la investigación para la solución de problemas Conocimiento de idiomas para obtener información y redactar resultados Trabajo final: una investigación rigurosa	Trabajo final: Tesis Doctoral

Fuente: Castrillón y Lopera. Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004.

rio en las posibilidades de oferta de programas académicos, no sólo presenciales, sino también a distancia y virtuales. Ésto ha llevado a la proliferación de instituciones de educación superior no siempre de calidad académica debido a intereses económicos que definen muchas de estas iniciativas y al escaso control del estado.

La función de la acreditación es la de dar fe pública sobre las calidades académicas de las instituciones de educación superior, con relación a estándares que permitan efectivamente de ellas lo que anuncian. La acreditación así entendida, constituye un proceso social de interés público y no solamente de autoridades administrativas, ni de clientes nacionales o extranjeros interesados en el mercado educativo. Constituye un instrumento de rectoría del Estado en cuanto a defender a los usuarios de la educación superior de ser en-

gañados por instituciones pendientes del negocio.

Entre las conclusiones del seminario mencionado, se destaca que la calidad de la educación superior debe atender las cuestiones de:

- **Equidad** en el acceso y en la cobertura.
- **Cooperación** en tanto proceso de inclusión de otros, de las diferencias y de los diferentes como participación de todos en la formación de la cultura.
- **Interculturalidad** que conlleva el diálogo de pares, de culturas y de saberes.
- **Pertinencia** con las realidades sociales de nuestros países y en ello tener en cuenta que la educación es más un espacio de la ética que del mercado.

- **Compromiso** del Estado, de las autoridades y de la comunidad académica en el mejoramiento de los programas y
- Calidad como **saber responsable** más que como un proceso técnico cuantificable donde se aprende comunicando, relacionándose y reconociéndose.

Un estudio que recoge las principales características de los sistemas de evaluación y acreditación en el ámbito iberoamericano (CNA: 2002) señala que se aprecia heterogeneidad en el origen, objeto, naturaleza y formas de organización. Existen aproximaciones, discrepancias y desarrollos desiguales. No siempre la evaluación conduce a la expedición de la acreditación como expresión formal del reconocimiento de la calidad; en muchos casos termina en la expedición de una autorización para la apertura de programas académicos o de instituciones de educación superior, ex-presando que existe calidad para seguir operando o recomendando su mejoramiento.

El mismo estudio encontró formas gubernamentales y también no gubernamentales de acreditación. Priman los sistemas impulsados por actos de gobierno, la mayoría trabajan sobre estándares básicos (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela, Ecuador y España) y sólo dos sobre alta calidad (Colombia y México) en ocasiones con la colaboración de Comités Técnicos o validados por las comunidades académicas nacionales.

La creación de los organismos de acreditación es reciente en la región:

- Chile 1990
- Colombia 1992
- Argentina 1995
- Uruguay 1995
- Costa Rica 1999
- México 2000
- Ecuador 2000

Tres etapas caracterizan los procesos: evaluación interna o autoevaluación

siguiendo las orientaciones generales del organismo que acredita, evaluación externa realizada por pares evaluadores y evaluación final a cargo del ente que conduce la acreditación. Para la evaluación externa a veces se incorporan, además de académicos, profesionales de alto reconocimiento, expertos en educación superior y académicos de otras nacionalidades designados por los Consejos y Comisiones de Acreditación. En todos los casos se ha incorporado una orientación metodológica o de capacitación para facilitar la labor de los equipos de evaluación externa.

Las áreas que se consideran objeto de evaluación en el proceso de acreditación en los distintos sistemas se refieren con mayor o menor énfasis a la misión y proyecto institucional; los estudiantes y los profesores; la docencia, la investigación y la extensión; los egresados, el influjo sobre el medio; autoevaluación y autorregulación administrativa; organización, recursos físicos y financieros. En países como Colombia, México y Chile se contempla el bienestar universitario.

La regulación de la educación superior en enfermería es heterogénea en los países de América Latina, en cuanto a requisitos de admisión a los programas, duración, contenidos en la formación básica y profesional, orientaciones prácticas y competencias profesionales (Castrillón y Lopera, 2004). Los procesos de acreditación de escuelas y programas de enfermería se han iniciado en muchos países de América Latina. En el año 1998 la Organización Panamericana de la Salud realizó una reunión regional sobre acreditación de programas de enfermería en las Américas que permitió visualizar grados de avance, similitudes y diferencias y capacidades nacionales para impulsar los procesos referidos.

El CIE considera que "la acreditación puede ser la manera en que la formación en enfermería comunique clara y objetivamente lo que los programas de enfermería hacen y en qué

medida lo hacen bien. Esta función de la acreditación es especialmente importante cuando los cambios que están sucediendo en los cuidados de la salud exigen mayor responsabilidad y rendición de cuentas" (CIE 1999). La acreditación además de determinar si las instituciones y los programas cumplen o superan los criterios de calidad declarados, fomenta la calidad por cuanto orienta a las instituciones para seguir mejorando.

3. Producción y difusión del conocimiento en enfermería en América Latina

3.1. El contexto de ciencia y tecnología en América Latina

A partir de la mitad de la década de los 60 y particularmente en la década de los 70, estimulados por recomendaciones de conferencias auspiciadas por UNESCO y OEA, diversos países crearon organismos de ciencia y tecnología. En esa época surgió también el interés en buscar la coordinación entre las distintas instituciones de ciencia y tecnología que actúan en el campo en la Región. Se expresa así de manera más orgánica la preocupación por promover y fortalecer la capacidad de investigación científica. Organismos estatales son creados con este fin en países como Argentina y Brasil, en respuesta a iniciativas de los científicos. Se comienza a fortalecer la capacidad de la investigación, mediante becas y subvenciones a proyectos, teniendo como preocupación central la calidad científica de los mismos. (Pellegrini, de Almeida y Trostle, 2000).

El campo de la ciencia y tecnología en salud ya no se limita a la investigación desarrollada por médicos de los servicios de salud o las escuelas de medicina. La "desmedicalización" de la investigación en salud se acompaña de la ampliación del universo de problemas y de la diversificación de discipli-

nas, de enfoques, de tipos de investigación, de formación profesional de los investigadores, del ámbito institucional de las investigaciones, de los mecanismos de diseminación y transferencia de conocimientos y tecnología.

La organización de la investigación en enfermería en grupos, líneas y centros de investigación es reciente, con excepción del Brasil y algunas facultades de Venezuela y Colombia con mayor trayectoria. En el sistema de C&T tanto de Brasil como de Colombia son reconocidos grupos y líneas de investigación de enfermería y ellos, así como sus publicaciones y nexos o redes existentes constituyen información de países como Brasil, Colombia y Chile y se pueden consultar en la web.

La producción científica está fuertemente relacionada con la formación universitaria. Específicamente la formación en postgrados que favorecen la formación de investigadores y la constitución de masa crítica capaz de generar conocimiento nuevo.

El estudio sobre el estado del arte de la investigación en enfermería presentada en los coloquios celebrados entre 1989 y 1998 (Orrego S, Castrillón MC y Nájera RM, 2000), mostró que el mayor número de investigadores (52.8%) procede de la docencia. Contrario a las instituciones de servicio (con un porcentaje de procedencia de 13.1%).

3.2. Socialización del conocimiento enfermero

La producción investigativa en enfermería se visibiliza desde los años setenta con la creación de diferentes medios de difusión como revistas, edición de libros y memorias de eventos científicos. La Organización Panamericana de la Salud se encuentra actualmente desarrollando un directorio libre de revistas científicas de enfermería de América Latina con el objeto de relevar su existencia y características, hacerlas accesibles a los usuarios, promover mejoras en su calidad científica y editorial y apoyar procesos de indexación in-

ternacional. El directorio cuenta ya con 65 revistas de enfermería editadas y en circulación; de entre ellas, aproximadamente 20% están registradas en diferentes índices internacionales como CINHALL, LILACS y el INDEX CUIDEN, entre otros.

Según ello puede afirmarse que, se han fortalecido las publicaciones periódicas nacionales, en muchos países y especialmente en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba y México. No obstante la publicación internacional de alto rigor científico de investigaciones en español y portugués es aún débil, razón por la cual los aportes al conocimiento producidos en la región latinoamericana es prácticamente invisible. Los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería han jugado un papel importante en el estímulo al desarrollo investigativo y han promovido la creación de redes y la integración norte-sur, al igual que la participación de enfermeras en eventos nacionales e internacionales de diferentes disciplinas. Iniciativas como BIREME, la de la Biblioteca Virtual de Salud y la base LILACS de la OPS y otras específicas de enfermería como la Fundación INDEX

para levantar y hacer visible la producción iberoamericana de enfermería, constituyen una esperanza de socialización a mayor escala.

3.3. Áreas temáticas y enfoques teóricos metodológicos

Las categorías de áreas de investigación propuestas en Brasil fueron: profesional, asistencial y organizacional, dentro de las cuales se identifican líneas de investigación como se muestra en la cuadro VIII.

La investigación en enfermería comprende fundamentos del cuidado de enfermería, concepciones teórico filosóficas de la enfermería, tecnología en enfermería, ética e historia de la enfermería y otras; algunas de ellas son áreas que en América Latina comienzan a explorarse en las últimas décadas del Siglo XX solamente en pocas escuelas y con mayor importancia en Brasil, como producto de la actividad investigativa de los doctorados.

La investigación en el área de la asistencia con 13.7% comprende estudios dirigidos a procedimientos y procesos diagnósticos y terapéuticos; de admi-

Cuadro VIII. Áreas temáticas de la investigación en enfermería en América Latina

Profesional	Asistencial	Organizacional
1. Fundamentos del cuidar en enfermería	1. Proceso de cuidar en enfermería (niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos y familia)	1. Políticas y prácticas en salud y enfermería
2. Concepciones teórico-filosóficas de enfermería	2. Cuidar en enfermería en el proceso salud enfermedad	2. Políticas y prácticas de educación y de enfermería
3. Tecnologías de enfermería	3. Determinantes de calidad de vida y de salud enfermedad	3. Producción en salud y trabajo en enfermería
4. Ética en salud y enfermería		4. Gestión de los servicios de salud y de enfermería
5. Historia de enfermería		5. Información/comunicación y de enfermería

sión, estadía y egreso de pacientes tanto en el ámbito hospitalario como de consultorios y centros de salud. Su mayor énfasis está en la patología desde una mirada biomédica. Allí se clasifican según etapas del crecimiento y desarrollo en investigaciones referidas al cuidado de: niños, adolescentes, adultos, ancianos o según género.

En el área organizacional (34.6%) que comprende: administración (11%) y recursos humanos (23.6%). En este último, el 54% corresponden a educación en enfermería y hacen referencia a rendimiento académico, evaluación de campos de práctica, deserción de la carrera, evaluación de pruebas, diseño de micro currículum y modelos o estrategias educativas.

En el estado del arte de la investigación presentada en los coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería (CPIE) la clasificación se hace en las siguientes áreas:

- Investigación sobre el cuidado de enfermería: estudios relacionados con el objeto de conocimiento de la disciplina.
- Investigación clínica: centrada en los aspectos biomédicos de las enfermedades.
- Investigación en salud pública: enfocada en el proceso salud-enfermedad, las respuestas sociales en salud y las prácticas en salud.
- Investigación en el campo de recursos humanos: estudios centrados en la formación, distribución, regulación, utilización y mercado de trabajo del personal de salud.
- Investigación en administración: enfocada en el acto administrativo: planeación, organización, evaluación, calidad y personal e instituciones de salud.
- Investigación sobre producción científica: referida a la producción, difusión, utilización, métodos e instrumentos de investigación.
- Investigación sobre aspectos ético-legales: relacionada con la respon-

sabilidad y deberes profesionales de los actos de enfermería, incluyendo el campo de la bioética.

- Investigación histórica: se ocupa de los procesos de constitución y organización del conocimiento, las instituciones, las prácticas, y el desarrollo del conocimiento en salud y enfermería.
- Estudios cualitativos: son investigaciones con enfoque interpretativo que recogen las vivencias, significados, percepciones y representaciones de los sujetos cuidados, de sus familias y cuidadores.

De acuerdo con el estudio citado, hasta el decenio de los 80, la mirada privilegió las patologías con enfoques medicalizados. A partir de los 90 se observa mayor tendencia a estudiar los sujetos del cuidado (salud de las mujeres, salud del niño, salud del adulto, salud del anciano, salud de los adolescentes) y de los cuidadores; desde mediados de los 90 hay interés por comprender la vivencia de los sujetos sobre sus procesos vitales.

El mayor avance reciente es el movimiento por desarrollar más conciencia sobre la complejidad de la dimensión humana en las prácticas de cuidado. La mirada desde enfoques cualitativos enriquece la construcción disciplinar y cuestiona con argumentos el dogma positivista de la verdad anidada en el meta análisis. Sin embargo, se necesita un mayor esfuerzo en rigurosidad, en estudios multicéntricos y alianzas entre grupos de investigación para avanzar en el conocimiento de cuestiones fundamentales de enfermería y salud.

3.4. Educación, ciencia y fuerza de trabajo en enfermería en América Latina

La producción y transferencia de conocimientos a través de la educación, representan dinámicas que participan de la estructura constitutiva de la fuerza de trabajo en enfermería. La condición esencial de esta determinación

está dada en el aporte a los procesos de racionalización del saber, condición de la profesionalización de cualquier actividad humana.

De modo tal que, si la educación y la investigación se potencian en todas sus dimensiones, contribuirán a acelerar y calificar los procesos de profesionalización de la FTE.

La llamada explosión educativa y científica de la enfermería en esta parte del mundo en los últimos 20 años, ha aportado grandemente a estos avances, pero no lo suficiente como para formalizar una enfermería predominantemente profesional como lo hicieran otros países del mundo.

La predominancia de la práctica no profesional de enfermería en América Latina y la ubicación de la mayoría de los profesionales en puestos de conducción y de enseñanza, constituyen señales de lo que falta aún por evolucionar y del papel central que tienen la ciencia y la educación en enfermería para la composición y dinámica de la fuerza de trabajo.

Es imprescindible, en tal sentido que investigadores y educadores de enfermería potencien los desarrollos intrínsecos de ambos procesos pero, particularmente, presten atención especial tanto a los macro determinantes como a las necesidades y demandas de salud y servicios a las cuales sirven. Sin un análisis agudo y complejo de contexto y productividad de la ciencia y la educación en enfermería, que articule sus procesos internos con demandas y resultados en la fuerza de trabajo, y sin medidas concretas de intervención ordenadas a dichas necesidades, es posible que no se vean consecuencias positivas prontas. Hace falta más que las enfermeras abogando solas; hace falta la voluntad política y la intervención decidida de gobiernos, de instituciones educativas, de organismos de ciencia y tecnología y de organizaciones internacionales, para que la calificación de la FTE en América Latina se potencie y se realice a favor de la mejor atención de salud.

4. Organizaciones de enfermería en América Latina

La enfermería en la región de las Américas cuenta con un desarrollo de organizaciones profesionales amplio y activo. El estudio sobre panorama de las organizaciones de profesionales trabajadores de la salud en la Región de las Américas de la OPS resalta que "esta categoría de profesionales del equipo de salud es la única presente en todos los países de la región e indica que los grupos de profesionales de enfermería muestran una tendencia a integrarse a estructuras internacionales, desarrollan activas campañas a favor de la dignificación de la profesión y enfrentan desafíos ante las demandas de mayor tecnificación de las organizaciones de personal no profesional". En su mayoría, estas organizaciones son parte del Consejo Internacional de Enfermeras y 19 de ellas integran la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

En el marco del análisis de temáticas y conflictos, el estudio continua señalando que "enfermería es un recurso humano de alta demanda en los países desarrollados y a la vez enfrenta situaciones de deslaboralización, disminución de ingresos salariales, recorte del pago de trabajos suplementarios, eliminación de los departamentos de enfermería de nivel de gobierno, ausencia de medidas de seguridad en el trabajo, pérdida de autonomía profesional y sobrecarga de trabajo". "No obstante, estas organizaciones aparecen con un perfil menos beligerante que el resto, es creciente su participación en movilizaciones desde mediados del 2002, en las que buscan mejoras salariales en un marco general de oposición a las reformas de los sistemas de salud, resulta llamativa".

También indica que "las diferencias entre las organizaciones de licenciadas y los sindicatos de auxiliares de enfermería han sido motivo de conflicto. Ésta es una tensión interna en la que

parecen influir aspectos referidos a la cultura organizacional de cada agrupación y el temor a la competencia laboral de los auxiliares. Aparte de los temas que comparten con el resto, las organizaciones de enfermería parecen interesadas en aspectos de formación y calificación profesional y en la formación de nuevos recursos profesionales".

Un recuento ligero de las organizaciones de profesionales de enfermería en América Latina permite señalar que:

- 1) Existen asociaciones nacionales de profesionales de enfermería en todos los países de América Latina.
- 2) En muchos países estas organizaciones tienen rama de auxiliares y estudiantes.
- 3) Los auxiliares de enfermería bien organizan su propio sindicato o pertenecen a sindicatos generales de trabajadores de la salud.
- 4) Existen asociaciones de educación en enfermería en siete países de América Latina:

- ACHIEEN en Chile
- ACOFAEN en Colombia
- AEUERA en Argentina (escuelas universitarias)
- ACETERA en Argentina (escuelas no universitarias)
- FEMAFEE en México
- ASPEFEN en Perú
- ASOVESE en Venezuela y
- ASEDEFE en Ecuador
- Bolivia emprende actualmente la iniciativa de formar su asociación de escuelas de enfermería.

- 5) Existen tres organizaciones internacionales de enfermería en América Latina y tres grupos de integración regional:

- ALADEFE-Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería.
- FEPPEN-Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

- CIEN-Centro Internacional de Investigación en Enfermería.
- Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe.
- Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR.
- Grupo Profesionales de Enfermería la Región Andina, en proceso de constitución.

- 6) Todas las organizaciones de enfermería mencionadas participan activamente de procesos intersectoriales de desarrollo de la enfermería, conjuntamente con organismos gubernamentales, entidades educacionales y organismos de cooperación internacional. (Scavino J. 2004)

Por su importancia estratégica y por su capacidad de inserción en grupos o ramas de salud de las organizaciones de integración regional de América Latina, interesa presentar una caracterización somera de los grupos de integración regional de enfermería.

5. Políticas de recursos humanos de enfermería en América Latina

5.1. Iniciativas de desarrollo de enfermería con apoyo de la cooperación internacional

El intenso proceso de formulación de políticas y planes de desarrollo de enfermería en las Américas sobre el cual nos referiremos en el próximo apartado, no es un episodio puntual, en cambio, recoge la historia de desenvolvimientos de los últimos 20 años en que las organizaciones profesionales y académicas, las estructuras de enfermería de nivel de gobierno y de servicios y las agencias de cooperación internacional han confluído en un proceso sostenido de generación de iniciativas y desarrollos que han mudado la enfermería en la Región. La mayoría de esas iniciativas se llevaron a cabo en el marco de voluntarios y deliberados

Cuadro IX. Características de grupos de integración regional de enfermería en AL

Denominación	Características
Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe	El Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe está integrado por enfermeras de: El Salvador, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá, presentaron su experiencia de trabajo para mejorar la gerencia. El propósito de dicho organismo es trabajar con el equipo de salud y otros sectores para lograr el desarrollo integral de enfermería y mejorar así la calidad. Las líneas de acción que se encuentran desarrollando son: enfermería y reformas en salud; enfermería y medio ambiente; funciones de enfermería; liderazgo en enfermería; investigación en enfermería; desarrollo de recursos humanos; calidad en la prestación; y Fortalecimiento de los valores. A la fecha los logros obtenidos son la elaboración de estándares de enfermería, protocolos hospitalarios y comunitarios, capacitación en de calidad, elaboración y difusión de un código de ética, la aplicación del Proceso de Enfermería en las instituciones de salud y aportaciones a la currícula de las escuelas de enfermería. En términos generales se ha fortalecido el proceso de integración docencia-servicio y gremio (Salas S. y Zárata R. 1999).
Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM)	En el Cono Sur se aprobó el Estatuto del Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM). Organismo internacional de carácter civil sin fines de lucro entre los estados miembros del MERCOSUR en los campos de la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura. Está constituido por: Argentina – F.A.E. (Federación Argentina de Enfermería); Brasil, C.O.F.E.N. (Consejo Federal de Enfermería); - Paraguay – A.P.E. (Asociación Paraguaya de Enfermería); Uruguay – C.E.D.U. (Colegio de Enfermeras del Uruguay). Su Misión: Contribuir al fortalecimiento de un espacio político de intercambio profesional, educativo y de investigación en enfermería en la región. Conformar un organismo de referencia frente a otros, nacionales e internacionales de diferente naturaleza donde se requiera representar a la enfermería de los países del MERCOSUR. Contribuir con la difusión de las lenguas española y portuguesa, así como del perfeccionamiento de los métodos y técnicas de su enseñanza, mediante la inclusión de la educación bilingüe para preservar la identidad de los pueblos de América Latina. Promover y realizar programas de cooperación horizontal entre los estados miembros y de éstos con los Estados e instituciones de otras regiones, procurando asegurar técnicamente el libre tránsito de profesionales de enfermería.
Grupo de Profesionales de Enfermería de la Comunidad Andina de Naciones (en proceso de constitución)	Promovido por la OPS, en el año 2003 y precedido de algunas reuniones aproximativas en años anteriores, se reunieron líderes de enfermería de los países andinos pertenecientes a organizaciones profesionales y académicas y a niveles de gobierno de los países andinos para estudiar la viabilidad y necesidad de conformación del grupo. Todos los participantes manifestaron la necesidad de unirse y se previeron instancias posteriores de trabajo de análisis de situación, debilidades, fortalezas y capacidades de cooperación. La formación del grupo se encuentra en ciernes animado por las entidades de enfermería y la OPS y planea próximas reuniones de constitución y vinculación con el organismo de salud de la Comunidad Andina.

Fuente: elaboración propia

procesos de planificación e intervención con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de enfermería y contribuir a mejorar la atención de salud de las poblaciones.

En ellas han sido actores de importancia las fundaciones, en particular la Kellogg y Rockefeller y otros como FUNDEN de España, los organismos internacionales, especialmente la OPS y la OEA, las asociaciones profesionales y

académicas de enfermeras, las internacionales de educación en enfermería (ALADEFE), los grupos de integración regional y los Centros Colaborativos de la OMS/OPS, como el de Ribeirao Preto, Brasil, en investigación y de divulgación del conocimiento en la *Revista Latinoamericana de Educación en Enfermería*, el de ACOFAEN, Colombia, en materia de educación y ética en enfermería (Castrillón 2003) y desarro-

llo de prácticas basadas en evidencias y el de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, México en desarrollo de liderazgo y profesionalización de recursos humanos de enfermería.

En décadas pasadas muchas escuelas participaron en programas y proyectos desarrollados por la Fundación Kellogg dirigidos a mejorar la cantidad y calidad de oportunidades de forma-

ción para el personal de enfermería (De Sena y Duran 2000). Se estableció la red de escuelas. El desarrollo de 21 proyectos UNI (Una Nueva Iniciativa) ha suministrado liderazgo multidisciplinario (Grace H. 2000). Similar papel jugaron los proyectos del Consejo Internacional de Enfermeras, con iniciativas para desarrollar la Clasificación Internacional de Diagnósticos, Prácticas y Resultados de Enfermería, mediante investigaciones en Brasil, Chile, Colombia y México y con el proyecto Liderazgo para el Cambio.

La experiencia de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud mediante el análisis del desarrollo de recursos humanos de enfermería, el apoyo al desarrollo de escuelas y programas de enfermería, la capacitación de líderes, profesores y expertos en salud internacional, el programa de libros de texto, las reuniones de expertos sobre problemas prioritarios, los estudios multicéntricos y el apoyo a la investigación y a su divulgación a través de los Coloquios Panamericanos, entre otras iniciativas, han hecho aportes al mejoramiento de la calidad de la formación en enfermería en América Latina. Los programas de profesionalización y de educación a distancia han hecho posible que ayudantes y auxiliares de enfermería logren mejorar su capacitación hasta obtener la licenciatura y ellos se han extendido por el continente.

Así, la capacidad de los programas educativos de enfermería en la región se ha expandido en forma amplia. Los programas de graduación para impulsar la formación de docentes, gerentes y líderes para el futuro, son una realidad. Se está comenzando a fortalecer la educación doctoral, disminuyendo así la dependencia de las instituciones norteamericanas para la obtención de títulos de doctorado y logrando poner al alcance de las enfermeras la educación post-básica, al hacerla más accesible. Se han establecido centros bibliográficos y se publican series periódicas de

enfermería. Se han generado procesos de mejora de la calidad del cuidado y de los servicios, de desarrollo de las estructuras de enfermería de nivel de gobierno, de liderazgo de enfermería y de reorientación de la educación básica y permanente en servicio como base para la gestión.

El listado siguiente muestra algunos de los más importantes emprendimientos:

- PRODENS: Proyectos de Desarrollo de la Enseñanza de la Enfermería.
 - Cali, Universidad del Valle, Colombia.
 - Belo Horizonte, Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.
 - Santiago, Universidad Católica, Chile.
 - Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
 - Bireme, Sao Paulo, Brasil.
- Programas de APS: Programas de Atención Primaria de Salud.
 - Belo Horizonte, Brasil.
 - Valdivia, Chile.
 - Bogotá, Colombia.
 - Monterrey, México.
- Programas Materno-Infantiles.
 - La Paz, Bolivia.
 - Tegucigalpa, Honduras.
 - Quito, Ecuador.
 - Asunción, Paraguay.
 - Santo Domingo, República Dominicana.
 - Caracas, Venezuela.
- Proyectos de Desarrollo de la Enfermería.
 - Liderazgo para el cambio: Islas Vírgenes Inglesas, Grenada, Guyana, Trinidad y Tobago, Barbados, St Lucia, Jamaica, Bahamas, Bolivia, Ecuador, Colombia, Paraguay, Venezuela, Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.
 - CIPE: Clasificación Internacional de las Prácticas de Enfermería en Bogotá, Santiago, Brasilia y México.
- PRODEC: Programa de Desarrollo de Enfermería en Centro América y el Caribe.
- Bases de datos no convencionales: Universidad Federal de Minas Gerais, Universidad Nacional de Bogotá, Universidad Católica de Chile.
- REAL: Red de Enfermería de América Latina.
- LAS CASAS: Programa de Fortalecimiento de la Enfermería Basada en Evidencias-Fundación INDEX, España y ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería).
- Programa Piloto de Escuelas de Enfermería para la Prevención y el Control de la Droga (más de 10 países)-OEA.
- Algunas publicaciones científicas de Enfermería Indexadas en diferentes bases de datos (CINAHL, INDEX, LILACS, BVS).
 - Revista Latinoamericana de Enfermería, Riberão Preto, Brasil.
 - Investigación y Educación en Enfermería, Antioquia, Colombia.
 - Avances de Enfermería, Bogotá, Colombia.
 - Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, Brasil.
 - Acta Paulista de Enfermagem
 - Texto y Contexto en Enfermagem, Santa Catarina, Brasil.
 - Temas Actualizados de Enfermería, Buenos Aires, Argentina.
 - Revista de Enfermería del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.
 - Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Programas de educación a distancia con metodologías innovadoras.
 - Los Ángeles, California, Estados Unidos.
 - Rosario, Comodoro Rivadavia, Córdoba, Salta, Misiones, Río Negro, Santiago del Estero, Argentina.
 - Cali y Bogotá, Colombia.
 - Monterrey, México.

- Maracaibo, Venezuela.
- Belo Horizonte y Florianópolis, Brasil.
- Articulación de escuelas de enfermería no universitarias a universidades nacionales.
 - Universidad de Buenos Aires. Articula 11 escuelas no universitarias. Buenos Aires, Argentina
 - Universidad Nacional de Quilmes. Articula 21 escuelas no universitarias. Buenos Aires, Argentina.
- Transformación de auxiliares en técnicos de enfermería.
 - Uruguay
 - Argentina
 - Chile
 - Perú
 - Cuba
 - Brasil
- Profesionalización de auxiliares de enfermería
 - Argentina
 - Colombia
 - Venezuela
 - Guatemala
 - México
 - República Dominicana
 - Costa Rica
 - Honduras
 - Nicaragua
 - Ecuador
 - Brasil
 - El Salvador
- Realización de reuniones internacionales.
 - Reuniones de expertos en enfermería de la OPS/OMS (numerosas).
 - Simposios de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería (3).
 - Conferencias Iberoamericanas de educación en enfermería (7).
 - Encuentros sobre posgrados, Bogotá y Monterrey (3).
 - Coloquios Panamericanos de investigación en enfermería (11).
 - Congresos Panamericanos de Enfermería (9).
 - Reuniones del Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR.

- Reuniones del Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe.
- Congreso de Enfermería de Centro América y el Caribe.
- Conformación de grupos de integración regional.
 - Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe.
 - Consejo Regional de Enfermería de los países del MERCOSUR (CREM).
 - Grupo de Profesionales de Enfermería de la Comunidad Andina de Naciones.
 - Consejo de Organización de Profesionales de Enfermería del Caribe Inglés.

5.2. Políticas y planes de desarrollo de enfermería

Una política sanitaria es satisfactoria, cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Se logra igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos. (Banco Mundial. Citado por Laurel AC. 1994: 30-31).

Por su parte, Mario Testa, en su libro *Pensar en Salud* (OPS/OMS Argentina, 1988) define a la política como una propuesta de distribución de poder (poder cotidiano, poder técnico, poder político, poder administrativo) que permite mirar al campo de la salud y de los recursos humanos en salud, como campos de fuerza y de tensión entre actores e intereses cuya relación compleja se vincula por movimientos de determinación y condicionamiento y se puede expresar en conflictos y contradicciones.

Así definida la política, puede pensarse que los recursos humanos de enfermería participan activamente de la dinámica del poder en salud y sus orga-

nizaciones, emprendimientos e ideología facilitan, potencian u obstaculizan los objetivos sanitarios nacionales y regionales contribuyendo de diversos modos al logro de la salud para todos.

La importancia de los conceptos de equidad en salud, por un lado y la comprensión de la dinámica del poder en salud, por el otro, destacan la importancia de analizar las políticas de recursos humanos de enfermería en América Latina.

En los últimos 20 años, el desarrollo de la enfermería en las Américas ha transitado por un explosivo proceso de despegue hacia la profesionalización, la constitución como actor social influyente y el progreso hacia el status de disciplina científica. Innumerables evidencias dan cuentas de ello a lo ancho del continente. La globalización, la reforma educativa, la reforma del sector salud, los progresos científico-técnicos, comunicacionales e informáticos han servido de marco y determinación al mencionado fenómeno.

Uno de los componentes del mismo radica en la conformación de grupos intersectoriales de decisión en enfermería en la mayoría de los países y las subregiones, que se han reunido para realizar análisis contextualizados, enunciar y promover políticas de enfermería y diseñar y gestionar planes de desarrollo. Sin embargo, una cierta debilidad se advierte en los mismos: en varios países existe poca capacidad de vinculación de dichos planes a las políticas públicas y aparecen las dificultades para instalar las mencionadas propuestas en las agendas políticas del estado.

En el marco de los Lineamientos de Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, ha establecido una línea de trabajo orientada a favorecer el desarrollo de políticas y regulación de recursos humanos de enfermería que, articulada con el Observatorio de Recursos Humanos, se inició con la realiza-

ción de reuniones subregionales. Se han realizado hasta el momento tres Simposios Internacionales de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería que reunieron a líderes de enfermería de nivel de gobierno, de asociaciones profesionales y académicas: el primero se realizó en Asunción en 2003 y reunió a los países del Cono Sur, el segundo se realizó en Medellín, en el 2003 y reunió a enfermeras de países de la Región Andina y el tercero se realizó en 2004 en Panamá reuniendo a los países de Centro América y el Caribe Latino. Los análisis y recomendaciones de dichas reuniones se encuentran en proceso de edición y publicación y han nutrido el presente informe.

Simultáneamente se inició también un estudio regional orientado a analizar las áreas críticas, las políticas y los planes de desarrollo de enfermería en los países de la región, cuyos primeros resultados se muestran en el cuadro X. El estudio se encuentra en marcha y viene mostrando la manera como las enfermeras organizadas definen prioridades y proponen agendas de trabajo que influyen las decisiones en materia de salud.

Hasta el momento se han estudiado 22 documentos conteniendo análisis, políticas y planes de desarrollo de enfermería de 19 países (Argentina, Paraguay, Brasil, Cuba, México, Ecuador, Colombia, Bolivia, Perú, Panamá, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Guatemala, República Dominicana, Canadá y Estados Unidos), tres grupos de integración regional (Cono Sur, Centro América y el Caribe Inglés) y dos latinoamericanos.

Los primeros hallazgos indican que en los 19 países existen políticas y/o planes de desarrollo de enfermería. Los mismos son formulados e implementados por las unidades de enfermería del gobierno, en aquellos países donde existen conjuntamente con las asociaciones nacionales de enfermería y/o las asociaciones o institu-

ciones académicas de enfermería. Se observó también que tanto los grupos de integración regional como las organizaciones internacionales de enfermería los presentaban. De este modo, puede decirse que el análisis y los lineamientos para el desarrollo de enfermería en la Región de las Américas tiene una fuerte presencia en la preocupación e intervención de las enfermeras a favor de la calificación de la fuerza de trabajo y el servicio de enfermería. Esta tendencia se visualiza en las siguientes expresiones:

- 1) Existen planes y/o políticas de desarrollo de recursos humanos y servicios de enfermería en la mayoría de los países y sub-regiones del continente.
- 2) Todos los documentos estudiados, con variaciones de denominación, incluyen los siguientes apartados principales: contexto social y de salud del país, análisis de la situación de enfermería, identificación de problemas o áreas críticas, principales lineamientos y estrategias de acción.
- 3) La mayoría de los documentos han sido elaborados, independientemente de su inserción institucional, por líderes de enfermería de servicio y nivel de gobierno, de docencia y asociaciones profesionales trabajando conjuntamente.

Países y grupos de interacción regional incluidos en la consulta hasta el presente:

- Argentina
- Paraguay
- Bolivia
- Brasil
- Canadá
- Perú
- Ecuador
- Colombia
- Panamá
- Estados Unidos
- Grupo Cono Sur

- Nicaragua
- Costa Rica
- Honduras
- El Salvador
- Grupo Caribe Inglés
- ALADEFE
- Guatemala
- República Dominicana
- Cuba
- México
- Grupo Centro América

La continuación de este estudio y su complementación con los resultados de los Simposios Internacionales de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería, permitirán contribuir a la definición y promoción de políticas públicas saludables con base en la promoción y reorientación de políticas de enfermería.

5.3. Líneas actuales de cooperación técnica de la OPS

Para el desarrollo de los servicios

Partiendo del análisis la situación de los servicios de enfermería en los países de la Región, las reformas en sistemas y servicios de salud y las necesidades de individuos y comunidades, en el año 2002, se diseñó un Plan de Mediano Plazo 2002-2005 fortalecer el desarrollo de los servicios de enfermería y contribuir al logro de las metas de salud. Este plan involucra seis áreas estratégicas:

- Posicionamiento de enfermería en instancias de decisión de diferentes niveles del sistema de salud y de organismos territoriales e internacionales que permitan la participación de esta disciplina en la definición, ejecución y evaluación de políticas de salud y en la toma de decisiones sobre el sistema y los servicios.
- Fortalecimiento de los servicios de enfermería comunitaria urbana, urbano-marginal, rural y especializados acorde a las necesidades de grupos

Cuadro X. Áreas críticas y prioridades en las agendas de desarrollo de enfermería en las Américas

Categoría	Áreas críticas	Prioridades de desarrollo
1. Procesos de cambio	Crecientes y acelerados cambios en el contexto, en el ejercicio, la educación y la administración de servicios de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de análisis permanente del impacto de la globalización y las reformas en la salud, la educación y el trabajo para diseñar políticas y establecer planes de enfermería
2. Sistemas de información	Baja producción y sistematización de información sobre fuerza de trabajo en enfermería, regulación, ejercicio y educación	<ul style="list-style-type: none"> • Creación y potenciación de bases de datos y sistemas de información en enfermería • Creación y fortalecimiento de redes
3. Investigación	Debilidad en la producción, vinculación y diseminación de conocimiento científico de enfermería, incremento de la literatura gris y baja capacidad de investigación de las enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de políticas y líneas de investigación • Promoción de la recuperación, captación, vinculación y diseminación del conocimiento • Mejoramiento de la capacidad de investigación en cuanto a rigor metodológico, complejidad científica y producción • Fortalecimiento de la formación de investigadores
4. Capacidad política	Debilidad política de las enfermeras como actores sociales y baja capacidad de influencia en las decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de asuntos de enfermería en las políticas públicas • Inclusión de la perspectiva de enfermería en los análisis y decisiones de las políticas sociales • Inclusión de enfermeras en los niveles de decisión • Fortalecimiento de la imagen pública de la enfermería • Construcción y fortalecimiento de alianzas
5. Educación básica	Inconsistencia educativa, desarticulación con las necesidades de salud y los nuevos servicios. Paradigmas conceptuales y pedagógicos en discusión	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio hacia modelos sociales complejos • Orientación de los programas a las necesidades de salud y nuevos servicios • Definición de directrices curriculares • Potenciación de la enseñanza de la salud pública y la APS • Reforzamiento de la enseñanza de la ética • Promoción del pensamiento "crítico" • Revisión de los modelos pedagógicos y reorientación hacia la pedagogía constructivista y crítica • Promoción de la educación a distancia
6. Educación continua	Debilidad en la educación continua de las enfermeras, desactualización de los profesores y gerentes de enfermería. Debilidad y dispersión en la formación de posgrado	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y fortalecimiento de la educación continua y de la educación permanente en servicio • Formación de profesores y gerentes en nuevos paradigmas educacionales • Definición de políticas efectivas de posgraduación

Categoría	Áreas críticas	Prioridades de desarrollo
7. Dinámica de la fuerza de trabajo	Escasez/exceso de profesionales de enfermería, desbalances de distribución, creciente e intensa dinámica migratoria, ausencia/debilidad de planificación de RHEN	<ul style="list-style-type: none"> • Agresivos programas de reclutamiento • Programas de retención • Programas de administración de migraciones
8. Categorías ocupacionales y educativas	Diversidad de categorías ocupacionales, niveles, aparición de nuevos perfiles ocupacionales de enfermería sin formación, diversidad de programas, instituciones educativas y títulos, Indefinición de funciones por nivel. Alta proporción de personal de enfermería con bajo nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de perfiles ocupacionales • Definición de perfiles educativos y equiparación de títulos • Regulación de programas • Acreditación de instituciones • Certificación de profesionales • Profesionalización de auxiliares y técnicos de enfermería
9. Marcos regulatorios	Ausencia/debilidad en la vigilancia de marcos regulatorios de la enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar y promover la regulación del ingreso, el ejercicio, la educación, la ética de la enfermería
10. Gestión	Cambios en el sistema de salud y en los modelos de gestión. Rigidez y desactualización de la gestión de servicios y de recursos humanos de enfermería. Desactualización de procesos de educación en servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de cambios en la organización del trabajo • Vigilancia y mejora de las CyMAT en enfermería • Fortalecimiento del liderazgo. • Renovación de los programas de educación en servicio y articulación de los mismos con la práctica de enfermería para mejorar la calidad

Malvárez, S. (2004) Prioridades en las agendas de enfermería de las Américas. Estudio en curso. OPS/OMS.

- de personas y avances de la tecnología, que propicie los procesos de desarrollo integral.
- Adecuación de programas de formación y educación continuada de personal de enfermería que den respuesta a las necesidades de la población y los servicios de salud con modelos de atención y de participación, adecuados a las condiciones económicas, políticas, sociales, y a las proyecciones de los mismos.
- Diferenciación de perfiles y funciones dentro del equipo de enfermería y con otros profesionales, considerando los recursos locales disponibles y fortalecimiento de la participación equitativa y proactiva de enfermería en los equipos de salud.

- Desarrollo de un sistema de información de enfermería unificado a nivel nacional y compatible entre países cuando sea posible, que de soporte a la gestión de los servicios de enfermería y la investigación, en los diferentes niveles, para la toma de decisiones y mejoramiento de la práctica.
- Fortalecimiento de servicios de enfermería especializados en las diferentes áreas, acorde con los avances tecnológicos, las necesidades de los individuos, las comunidades y los modelos de atención.

El desarrollo de estas líneas estratégicas contribuye al redimensionamiento del rol de enfermería en la red de servicios, en su gestión, en la salud comunitaria, la

salud familiar y en la atención especializada. En cada una de las líneas, la OPS, a través de la Unidad de Servicios de Salud, desarrolla actividades específicas de cooperación que se nutren entre sí.

Para el desarrollo de recursos humanos de enfermería

En consecuencia de los estudios regionales realizados y atendiendo a la situación de la fuerza de trabajo en enfermería, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, diseñó también en el año 2002, un programa de cooperación regional para el periodo 2002-2007 que incluye cinco componentes estratégicos y encuadran las actividades de apoyo en actual proceso de realización. A saber:

- **Políticas, planes y regulación de RHE:** Promoción y orientación de la realización de análisis estratégicos y la definición y desenvolvimiento de políticas, planes y proyectos estratégicos de desarrollo de recursos humanos de enfermería, resaltando las estrategias de planificación de recursos humanos en el contexto de la escasez y los movimientos migratorios.
- **Profesionalización de recursos humanos de enfermería:** Promoción y mejoramiento de la calificación educativa del personal de enfermería que se encuentra al cuidado directo de personas y grupos, especialmente de aquel con bajos niveles de educación formal, conduciéndolo, al logro del nivel técnico y de grado, según su preparación y apoyo a la especialización en sus diferentes modalidades.
- **Educación básica para la salud pública:** Orientación de la educación en enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y APS, en particular en las áreas de salud mental, materna e infanto juvenil, de lucha contra el SIDA, la pobreza y la exclusión social; actualización y enriquecimiento de los modelos pedagógicos, formación de profesores y apoyo a los procesos de regulación de la educación. La mayor cooperación esta dirigida a la transformación y convergencia curricular de nivel básico, la educación virtual y a distancia.
- **Gestión de RHE:** Modernización de la gestión de RHE incluyendo estudio y mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo de las enfermeras; modernización de los sistemas de dotación y distribución de personal; análisis y administración de migraciones; generación de cambios conceptuales y pedagógicos, aumento de la per-

tinencia y mejora de la gestión de la educación permanente en salud orientada a la mejora continua de la calidad de la atención de enfermería.

- **Generación y diseminación de información y conocimientos:** Estímulo y apoyo a la generación, sistematización y vinculación de información referida al desarrollo de recursos humanos de enfermería y su relación con el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de los servicios. Recuperación, producción y diseminación de teorías y evidencias que permitan explicar la dinámica de los recursos humanos de enfermería y tomar decisiones, que nutran la edición de nuevos textos para la educación en enfermería orientados a la salud pública y que contribuyan a enriquecer la base científica de la enfermería y la educación de las enfermeras.

Los anteriores componentes se desenvuelven en múltiples actividades que estimulan el desarrollo y la adecuación de recursos humanos de enfermería en la región con la participación conjunta de enfermeras de nivel de gobierno, de servicio, educación y organizaciones profesionales.

6. Grandes temas y desafíos

El futuro del cuidado de la salud en América Latina depende mucho del rol que jueguen las enfermeras. Sin enfermeras y enfermería, será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad (Grace H. 2000). La enfermería ha obtenido grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, en materia de recursos humanos, participa de una triple problemática integrada por los problemas tradicionales, los devenidos de las reformas y los emergentes de la era de la globalización. En conjunto, ellos configuran un complejo panorama que podría resu-

mirse en las siguientes áreas críticas y desafíos:

- **Análisis estratégico, políticas y planificación de recursos humanos de enfermería:** El camino ganado aunque grande, no es aún suficiente; se requiere redoblar esfuerzos y agudizar ideas para ordenar los análisis hacia una visión estratégica compleja de la salud, de la dinámica social y de la articulación orgánica de la enfermería en ellos, visión que permita entender la capacidad de impacto de las enfermeras en la salud e intervenir políticamente con un norte claro y distinto a favor del desarrollo de las condiciones científicas, educativas, laborales y profesionales de la enfermería. Entender ésto significará incluir la categoría "poder" en la explicación del desarrollo/subdesarrollo de la enfermería, accionar en favor de la inclusión del problema de la enfermería en las políticas de salud, promover la participación de las enfermeras en la toma de decisiones sobre la salud, delinear y ejecutar políticas, planificación y programas específicos de desarrollo de recursos humanos de enfermería.
- **Composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería:** Ésta dimensión exhibe características preocupantes que merecen atención urgente y sostenida. La fuerza de trabajo en enfermería en esta parte del mundo se mantiene desbalanceada con relación a su composición y escasa e inequitativa con relación a su distribución en función de las necesidades de salud de las poblaciones. Los índices de enfermeras por habitantes son bajos, existe un número muy alto de ayudantes y auxiliares de enfermería responsables por casi la totalidad del cuidado directo, hay muy pocas profesionales preparadas para la atención primaria y las enfermeras se ubican en

posiciones administrativas, en servicios de alta complejidad y baja cobertura y en instituciones educativas. Este modelo exige ser repensado y establecidos los criterios, las políticas y las estrategias para proveer a América Latina de un conjunto suficiente y calificado de enfermeras que presten servicios de calidad, equitativos y oportunos. Existen evidencias y experiencias suficientes que respaldan la necesidad de multiplicar acciones a favor de la profesionalización general de la fuerza de trabajo en enfermería.

- **Dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería:** De acuerdo a los estudios, la escasez de enfermeras en América Latina guarda estrecha relación con procesos tales como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos en salud, los modelos elegidos de composición de la fuerza de trabajo en enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros. Ésto trae como consecuencia procesos tales como un aumento sostenido de la migración de enfermeras, el desinterés por cursar estudios de enfermería profesional, la pérdida de estudiantes y el doble empleo, entre otros. Este aspecto requiere esfuerzos en los países para adecuar las políticas, mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, modernizar, calificar y administrar mejor los programas educativos y desarrollar programas bilaterales de administración de migraciones. Algunas iniciativas pueden incluir:
 - Programas de repatriación de profesionales como el desarrollado por el Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia (Conciencias) durante el decenio de los noventa, para recuperar los

investigadores y profesionales con formación de doctorado que trabajaban en el exterior.

- En el marco de las negociaciones bilaterales, los países que se benefician con las migraciones podrían invertir en la formación de personal en el país de origen. Esta iniciativa complementada con oferta de becas que hagan atractivo el ingreso a la formación universitaria de enfermería, podría estimular a la vez la demanda por esta carrera en países donde ha disminuido la demanda por la profesión.
- Se pueden desarrollar campañas dirigidas a promover la imagen social de la enfermería y la información al público sobre el valor social del servicio que prestan las enfermeras, como lo están haciendo las enfermeras del Caribe Inglés.
- La motivación y las estrategias de retención son también esenciales: la revisión periódica de los sueldos, la actualización de la legislación donde aún no se ha hecho y la aplicación de las existentes; la preocupación genuina por elevar la calidad de la educación formal; por calificar al personal docente de las escuelas de formación y por integrar a estos profesionales al diálogo social y a la definición de políticas públicas en materia de salud, y en la autorregulación de su ejercicio profesional, constituyen principios esenciales para contener las migraciones masivas y aumentar las demandas por la formación en la región.
- La Organización Mundial de la Salud (2004) recomienda a cada país hacer esfuerzos concertados a fin de ocuparse de estos factores y buscar apoyo para aquellos que más lo necesitan. Las estrategias y políticas gubernamentales pueden influir en la ca-

pacidad de cada país para retener al personal de salud. Es más importante y más eficaz a largo plazo reducir o desalentar la migración que aumentar el personal sanitario capacitado según algunas opiniones.

- **De la gestión de recursos humanos de enfermería:** Las siguientes cuestiones vinculadas con este ítem requieren revisión:
 - El modelo organizacional de la enfermería en función del cual se sostienen estructuras normativas delineadas en diversas jerarquías educacionales, técnicas, administrativas, funcionales y valorativas, articulan un cerrado sistema de fuerzas que condiciona el desarrollo. En el Taller Internacional de Gerencia en Enfermería (México, agosto de 1999) existió consenso en la necesidad de fortalecer y modernizar la estructura y dinámica funcional de los servicios de enfermería hacia un enfoque gerencial de carácter horizontal cooperativo que favorezca las relaciones de carácter profesional, la conducción participativa y el trabajo en equipo." (Salas S. y Zárate R. 1999).
 - La dotación de personal y asignación del trabajo en enfermería conserva en muchos países modelos tradicionales, rígidos poco adecuados al contexto que obstaculizan la entrega calificada de servicios y empeoran las condiciones de trabajo del personal. Es necesario idear participativamente nuevos métodos adecuados al contexto que beneficien el cuidado de salud, generen sentido profesional y mejoren las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras. Establecer procesos dirigidos a definir criterios e indicadores para la dotación de personal de enfermería en las insti-

tuciones de salud y articular este proceso a los de acreditación institucional y recertificación profesional.

- Los estilos de educación en servicio se mantienen en buena medida desarticulados de la práctica, requieren ser revisados y orientados a procesos y modelos de educación permanente basados en pedagogías críticas que vinculen educación y trabajo para la mejora continua de la calidad de los servicios y estímulo y motivación a las enfermeras.
- Las condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras, en el marco de la flexibilización y precarización laboral, requieren urgentes medidas de abordaje en el sentido de salarios, jornada laboral, beneficios sociales, estímulos, apoyo al progreso y garantía de seguridad para el personal de enfermería.
- **Los temas y desafíos en educación:** La educación juega un papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud. Pero la educación en enfermería necesita transformaciones que se convierten en desafíos:
 - El desafío disciplinar. Desde la segunda mitad del Siglo XX se ha venido ampliando y profundizando el cuerpo propio de conocimientos de enfermería que se caracteriza por ser plural y multiparadigmático. Sin embargo, los desarrollos teóricos aun no se reflejan en la formación, la investigación y la práctica. El desafío entonces, es desmedicalizar los programas de formación en enfermería (Medina JL. 1999) y generar evidencia de buenas prácticas de cuidado, divulgar el conocimiento producido y mostrar, la di-

ferencia entre ofrecer cuidados genéricos y cuidados profesionales enfermeros. (ALADEFE/UdeA, 2003). El desafío disciplinar supone también que los programas se basen en las necesidades de salud de las poblaciones y se orienten hacia las mismas, haciendo énfasis en la salud pública y la atención primaria y contemplen la perspectiva multiprofesional (Malvárez 2003).

- El desafío pedagógico supone (Malvárez 2003):
 - Repensar y sustituir los extensos programas "bancarios" y "academicistas" de enfermería por programas de contenidos esenciales, pertinentes a las realidades sociales y de salud de los países, y a las posibilidades de los estudiantes, flexibles, de opciones múltiples y que articulen los distintos niveles e instituciones educativas.
 - Desarrollar pedagogías que consideren las condiciones de aprendizaje de los adultos, que integren la teoría y la práctica y que promuevan el pensamiento crítico, la formación ciudadana y el trabajo interdisciplinario.
 - Idear e implementar estrategias de educación a distancia y aprovechar las innumerables oportunidades que ofrecen las tecnologías de información y comunicación para enfermería.
- El desafío político, es la formación de ciudadanos. La educación ejerce una labor política cuando forma a la persona en el contexto de ciudadanía, es decir, para la participación democrática, y desarrolla el sentido cívico y la capacidad de practicar el juicio político (Bárceña 1997). Se necesitan escuelas de enfermería institucionalmente articuladas y comprometidas con la realidad social y orientadas a educar profesionales con capacidades

para deliberar sobre lo público, para formarse juicios políticos y comprometerse con la defensa de los usuarios, con el bienestar de las comunidades y aportar a la construcción de políticas públicas de salud y enfermería. Esta es una estrategia importante para contar con líderes capaces de incluir en las agendas de política sanitaria, el cuidado profesional de enfermería como un asunto de interés público, que levante la conciencia sobre el derecho a recibir tales cuidados y demuestre sus beneficios para la salud y el bienestar de las personas. La formación de juicio político en la educación de los profesionales de enfermería, constituye una estrategia central para fortalecer el concepto de justicia sanitaria, para superar la exclusión que enfrentan numerosos grupos poblacionales y para garantizar atención calificada de salud para todos.

- El desafío económico tiene a las escuelas de formación de enfermeras al igual que a las universidades, en condiciones de sobrevivencia en medio del ajuste y de las carencias. Las instituciones públicas enfrentan serios problemas por el déficit presupuestal que se acumula año tras año. Se necesitan políticas de apoyo y búsqueda de nuevas alternativas de financiación, comprometiendo al Estado a cumplir su función de financiar la educación pública, a cambio de mostrar excelencia en la calidad de los programas académicos y transparencia en el manejo presupuestal (Restrepo J. 1998).
- En un mundo globalizado es necesaria la internacionalización en la formación de enfermeras, particularmente en el marco de los procesos de integración regional; ésto exige formar profesionales competitivos y lograr en el educando tanto el dominio de la disciplina, como el de tecnología avanzada, de idiomas extranjeros y de asuntos

éticos y legales (Gallegos, 1997). Se plantea el reto del trabajo en red, mediante convenios de cooperación que permitan aprovechar desarrollos académicos, movilizar profesores y estudiantes y fortalecer la investigación y las publicaciones. El desafío supone primariamente la articulación de las instituciones de educación en enfermería al interior de los países y luego en el ámbito internacional.

- Tres aspectos de la gestión académica, son inaplazables en las agendas de las directivas universitarias y de las escuelas de enfermería: calidad de la educación, cobertura y pertinencia (Castrillón 2000): la calidad de la educación depende de quienes producen, transforman y transmiten el saber, es decir, de los docentes e investigadores encargados de la formación universitaria y de las condiciones de realización de la educación de la cual hemos hablado. La formación continua de los docentes es un desafío ineludible y ha de hacer especial énfasis en el perfeccionamiento técnico-profesional, en el ámbito de la ética, de la pedagogía y de las tecnologías de información y comunicación. Por otra parte, para lograr cobertura los centros de formación y los gobiernos requieren generar estrategias para aumentar la oferta de profesionales. La pertinencia en relación con los temas enseñados y los problemas que se abordan en la formación, debe también diversificar la formación de profesionales, para responder a demandas sociales.
- **Los temas y desafíos de la investigación en enfermería:** Una dimensión central del desarrollo de recursos humanos en enfermería es el desarrollo de la investigación pues es el proceso de nacionalización del saber lo que principalmente nutre

los progresos hacia la profesionalización y es por el conocimiento pertinente, singular y oportunamente entregado que una profesión adquiere relevancia social. El enorme progreso de la investigación en enfermería, sin embargo, necesita de un esfuerzo mayor que la aclare y posicione frente a las ciencias, al conocimiento universal y a la salud. En tal sentido, se requieren iniciativas y mayores esfuerzos para (Malvárez 2002):

- Aclarar la finalidad y establecer la base ético-política de la investigación en enfermería y definir su contribución al desarrollo nacional y regional, identificar cuál es su aporte a la ciencia y entenderla como aporte y parte de la salud de los pueblos.
- Potenciar los esfuerzos para definir el objeto de estudio de la enfermería y definir líneas de investigación: Se necesita de una reflexión epistemológica rigurosa y consistente, de la apelación, articulación y creación de marcos teóricos que expliquen y redireccionen lo que las enfermeras piensan y hacen a favor de las poblaciones y líneas investigativas relevantes que permitan explicar y transformar positivamente los procesos de salud y enfermedad.
- Ampliar y profundizar métodos complejos de investigación: Se debe ingresar críticamente en el desarrollo del sistema de evidencias científicas, vigilarlo con cuidado y prestar atención a sus productos, entendiendo que el mismo admite al menos una doble lectura: como recurso de acceso al cúmulo, dispersión y complejidad de la información y como justificación de las prácticas técnicas y políticas; es necesario analizar quiénes, para qué y para quiénes se producen las evidencias científicas que luego serán

utilizadas y utilizarlas sin perder el conocimiento y la preocupación por el contexto social. Es necesario combinar métodos que den cuenta de las dimensiones subjetivas, culturales, económico políticas y demográficas de la enfermería.

- Mejorar e incrementar las condiciones de realización y productividad de la investigación en enfermería supone intervenir sobre los determinantes estratégicos del status de la investigación en enfermería e incluye:
 - Potenciar el desarrollo socio-profesional.
 - Desarrollar políticas explícitas de investigación en enfermería.
 - Desarrollar la infraestructura de ciencia y tecnología para enfermería.

7. Reflexiones finales

En la presentación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS para Enfermería y Partería 2002-2008, la Directora de la OMS indicó que la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios de salud básicos, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud (Ginebra, 2002). Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, serán expresiones retóricas los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos.

La situación de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina enfrenta en la actualidad una compleja problemática integrada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia enfermería, antiguos y persistentes problemas de recursos humanos (hasta el 90), aquellos derivados de las reformas de los 90 y los actuales devenidos de la globalización y sus consecuencias.

El proceso de formulación de políticas es central para la constitución de una fuerza de trabajo de enfermería calificada y pertinente en América Latina. Es preciso una intensa acción de sensibilización sobre el problema, en términos del impacto para la vida y la salud de la gente y para la seguridad de las personas hospitalizadas. Dicha acción debe cubrir un amplio rango de actores, el más importante de ellos es la población para generar opinión pública y demanda de mejo-

res servicios, los gobiernos, ministerios y alta gerencia de los servicios de salud, seguridad social, educación, trabajo y economía, los organismos internacionales, las agencias multilaterales y de cooperación internacional y las organizaciones de enfermería.

Luego es preciso promover alianzas y establecer una agenda estratégica conjunta entre actores para generar procesos de cambio dirigidos a intervenir planificadamente en el bajo nivel de profesionalización de la en-

fermería, en la inequitativa distribución de enfermeras por regiones e instituciones, en el problema de las riesgosas condiciones de trabajo, para modernizar los sistemas de gestión de recursos humanos, para idear mecanismos de administración de migraciones, para potenciar la acción social de las organizaciones profesionales de enfermería y para alinear la educación y la investigación en enfermería a las necesidades de salud y desarrollo de los pueblos.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre-Gas H. (1990) Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. En: *Salud Pública de México*; 32 (2):170-180. México.
2. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. (1994) Lower medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. En: *Medical care*. 32, (28), 771-787 (Citados por Grinspun, 1997).
3. Aiken L, et al. (2002) Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 288: 1987-1993.
4. ALADEFE, (2003) Memorias VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Conclusiones del Simposio sobre la enseñanza de la gestión en enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín.
5. ALADEFE/Universidad de Antioquia, (2003). VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería: Conclusiones Simposio: Enseñanza de la disciplina de la Enfermería. Medellín, Colombia. Disponible en CD.
6. Anselmio ML, Angerami EL, Gomez E. 1997. Rotatividade e condições de trabalho m enfermagem nos hospitais do municipio de Ribeirao Preto. En: revista Brasileira de Salud Ocupacional. 23; 85/86: 31-41.
7. Arocena R, Sutz J. (2001) La Universidad Latinoamericana del Futuro: Tendencias, Escenarios, Alternativas. (Colección UDUAL 11). México DF.
8. Arriagada J, et al (2000). Recurso de Enfermería: Contribución al proceso de desarrollo. W.K Kellogg/ Real; Bogotá.
9. ATSA, Buenos Aires. (2003) Leyes Reglamentaciones y Normas de Enfermería. Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. Buenos Aires.
10. Badger K. (1998). Patient care report cards: an analysis *Outcome Manag Nurs Pract*, 2(1): 29-36.
11. Bárcena, F. (1997). El oficio de la ciudadanía: Introducción a la educación política. Paidós, Barcelona.
12. Behn V, Jara P, Nájera RM. (2002). Innovaciones en la formación del licenciado en enfermería en Latinoamérica al inicio del Siglo XXI. En *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. XX No 2.
13. Castrillón MC. (1997). La dimensión social de la práctica de la enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín.
14. Castrillón MC, et al. (1999). La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. En: *Investigación y Educación en Enfermería XVII* (1): 13-33.
15. Castrillón MC, Orrego S, Nájera RM. (2000). La práctica de la educación y la regulación de enfermería en el contexto de las reformas al sector salud en Colombia. En: *Memorias VIII Coloquio PanAmericano de Investigación en Enfermería*. ACOFAEN, Bogotá.
16. Castrillón MC. (2000). Gestión de los procesos de formación de personal de salud en lo relacionado con su situación actual: Desafíos y perspectivas. Ponencia: VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. La Habana.
17. Castrillón MC. (2003). El apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para el avance de la investigación en enfermería en América Latina. En: CICAD. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de las drogas en América Latina: Retos y Perspectivas. UNANL/OEA/CICAD Monterrey.
18. Castrillón MC, Lopera C. (2004) La regulación de la formación universitaria de pregrado en enfermería en América Latina. Universidad de Antioquia; Medellín.
19. Castro MG. (1994). "Latinos nos Estados Unidos: Unindo Américas, Fazendo a América de Lá ou perdendo a nossa América?". En: *Integração Região e Regionalismo*. Org. Layinas, L. Carleial LMF.; Nabuco, M.R. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
20. Chávez de Lock N. (2004) Migración y escasez de enfermeras en Perú. II Simposio Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. Lima.
21. Chompré R, Lange I, Monterrossa E. (1991). *Enfermería del siglo XXI en América Latina*. Fundación W. K. Kellogg, Tecnicolor Ltda., Nueva York.

22. Colegio de Enfermeras del Perú. (2004) Situación Laboral de las Enfermeras. Montevideo.
23. Collière MF. (1993). Promover la vida: de las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana, McGraw-Hill; Madrid.
24. Consejo Internacional de Enfermeras CIE (1993). La formación en Enfermería: Pasado y Presente. Vol I: Tendencias actuales y Futuras, una perspectiva del CIE. Ginebra, (Suiza).
25. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. 1996. La formación en Enfermería: pasado y presente. Ginebra, Suiza.
26. Consejo Nacional de Acreditación Colombia (2002). Memorias del Primer Seminario Internacional de Educación Superior, Calidad y Acreditación. Ponencias y Documentos de Análisis CNA (Disponible en CD). Cartagena, Colombia,
27. Correa A, Palacio M, Serna L. (2001). Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud del Municipio de Medellín. En: Investigación y Educación en Enfermería XIX (2): 10-25, Medellín.
28. De Sena R, Durán MM. (2000). Introducción. En Recurso de Enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo. Kellogg Foundation - REAL; Bogota.
29. De la Cuesta C. Investigación cualitativa y enfermería. En: Index de enfermería. Año IX (28-29). Pp 7-8.
30. Deyall T. (2003) Hasta la vista paraíso. En: Revista Perspectivas de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud. 8(2), Washington. Disponible en Internet www.paho.org
31. Donabedian A. (1984). La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana S.A. México.
32. Do Prado ML, Gelbecke FL. (2000) Produção do Cohecimento em Enfermagem na América Latina: O Estado da Arte. Santa Catarina: UFSC, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de.
33. Dussault G, Rigoli F. (2002). Dimensiones laborales de las reformas sectoriales en salud: sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad. En: Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, No 15.
34. Enciso V. (1997) Género y trabajo: La enfermería. En: La Viñeta, 6, 182-189.
35. Erdmann AL, Gonçalves Pinheiro PI. (1998) Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem: Questionando Estratégias. Cogitare Enfermagem, 3,1, 89-96, Sao Paulo.
36. Escobar I, Castrillón MC, Pulido S. (1992) Calidad de atención de enfermería en salas de trabajo de parto. En: Investigación y Educación en Enfermería. X (2):65-78, Medellín.
37. Esteban A. (1991) Perspectivas de los programas de calidad de asistencia. En: Todo hospital (80): 13-16. Barcelona.
38. Federación Argentina de Enfermería. (2004) Situación de enfermería en el MERCOSUR. Panel. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario.
39. Gallegos E. (2000). Formación de recursos en enfermería: Una estrategia clave. En: Recursos de enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo. Bogotá: Kellogg Foundation-REAL 2000:30.
40. Gestal OJ. (1993) Concepto importancia y clasificación. En: Riesgos del trabajo en el personal sanitario. InterAmérica McGraw Hill. Nueva York. (Citado por Grinspun 1997).
41. Garzón Alarcon N. (1988) Investigación en enfermería: Orientaciones internacionales. En: Memorias del Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá:
42. Guevara EB, Mendias E. (2001) "La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países". Programa de Recursos Humanos (HSR), Serie 27 OPS/OMS, Washington.
43. González de León D. (1990) Las mujeres médicas en las profesiones en México. En: Mujeres y Medicina 3; UAM-X; México.
44. González G, et al. (2003) Estudio de oferta y demanda de recursos humanos. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín. Disponible en Internet <http://www.minsalud.gov.co/>
45. Grace H. (2000) Reflexiones de nuestro viaje. En: Recursos de enfermería: contribuciones al proceso de desarrollo. Pág.36-37. W.K. Kellogg. Bogotá.
46. Grinspun D. (1994) Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico: Oportunidades y desafíos para enfermería. En: VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México. P. 6.
47. Grinspun D. (1997). La investigación centrada en la administración: Situación actual y desafío futuro. En: Investigación y Educación en Enfermería, 15 (1), Medellín.
48. Gutiérrez ML. La participación social para el desarrollo de la salud. Un compromiso para la enfermería. En: Enfermería en las Américas. Publicación Científica 571. Washington: OPS/OMS, 1999. Pp. 13-27.
49. Hartz A, et al. (1998). Hospital characteristics and mortality rates. En: The New England Journal of Medicine. 321 (25), 1720-1725.
50. INE/CEDU (1995). Instituto Nacional de Enfermería; Colegio de enfermeras del Uruguay, 1er Censo nacional de enfermería profesional, Diciembre de 1993, Montevideo.
51. Kats y Miranda (1994). Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación.
52. Kerouac S, et al. (1996). El pensamiento enfermero. Cap. 4. Barcelona: Masson.
53. Ketefian Sh. (2003). Una visión panorámica de los programas de doctorado en enfermería en el mundo. En: CICAD. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de las drogas en América Latina: Retos y Perspectivas. UNANL/OEA/CICAD Monterrey.
54. Lange I, et al. (2000). La práctica de enfermería en América Latina. Documento preparado para la reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS "Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe". Universidad Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte.
55. Lara MA, López EK, Fernández M. (1996) Efectos del estatus laboral de la madre sobre su salud emocional y sobre los patrones de apego de los/as hijos/as. En: Stern, C (Comp.) El

- papel del trabajo femenino en la salud infantil: Contribuciones al debate de las ciencias sociales. The Population Council, Colegio de México. México.
56. Lecaros de Cossio A. (2004). Los retos de la inserción del Perú en el contexto internacional y el importante rol de Europa en el Campo de la Cooperación. Ministerio de Relaciones Exteriores.
<http://www.rree.gob.pe/portal/enlaces.nsf/08dfe145e9b1238d905256ef40059f713?OpenDocument>
 57. Licha I. (1996). La Investigación y la Universidades Latinoamericanas en el Umbral del Siglo XXI: Los desafíos de la Globalización. (Colección UDUAL 7) México DF.
 58. López JG. (2004). Oferta y Demanda del Recursos Humanos en Salud. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Marzo de 2004, 22, (número especial): III Congreso Internacional de Salud Pública, Medellín.
 59. Malvárez S. (1999) Construcción de un nuevo paradigma de salud mental: La experiencia Argentina. En: Enfermería en las Américas. Publicación Científica 571. Washington: OPS/OMS, Pp. 75-87.
 60. Malvárez S. (2000) Interrogación a los fundamentos. Conferencia. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá.
 61. Malvárez S. (2002) Contexto de la práctica centrada en los cuidados: multideterminación, crisis y complejidad. Memorias del XVI Congreso Argentino de Enfermería. Córdoba.
 62. Malvárez S. (2002) La investigación en enfermería en el contexto de la salud mundial. Conferencia. VIII Coloquio Panamericano de Enfermería. México.
 63. Malvárez S. (2003). Necesidades y demandas para la formación de enfermeras. Conferencia. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Medellín.
 64. Malvárez S. (2004) Políticas de desarrollo de recursos humanos de enfermería. III Congreso Centroamericano de Enfermería. Panamá.
 65. Malvárez S. (2004). Elementos iniciales para el análisis de la ética en las organizaciones de salud. Revista Argentina de Enfermería. No. 35. Buenos Aires.
 66. Malvárez S. (2004) Situación de enfermería en las Américas. XVII Conferencia. Congreso Argentino de Enfermería. Rosario.
 67. Malvárez S. Heredia, AM y Espino, S. (2004) Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina. Serie Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. N° 13. En prensa. OPS/OMS. Washington DC.
 68. Manfredi M, Souza A. (1986). Educación en enfermería en América Latina. En Educación Médica y Salud 20 (4) OPS/OMS: Washington.
 69. Mc Elmurry B, et al. (2002) Primary health care in the Américas: framework, experiences, challenges and perspectives. N° 25. Series Organization and Management of Health Systems and Services. PAHO/WHO. Washington
 70. Medina, J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermeras. Barcelona: Laertes, p 60-61.
 71. Medina, J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermeras. Barcelona: Laertes, p 60-61.
 72. Minayo MC. (1992) El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Sao Paulo, Río de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 269 p.
 73. Ministerio de Salud. Universidad de Antioquia. (2003) Recursos Humanos en Salud en Colombia. Medellín.
 74. Molina ME. (2000) La ética en la formación del profesional de enfermería en la Universidad de Antioquia. En: Memorias del Curso Internacional Itinerante: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia, Pp. 517-546.
 75. Molina G. (1999) En Salas S, Zárate R. (1999) Informe Final del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. ENEO-UNAM Centro Colaborador de la OPS/OMS para el desarrollo de la Enfermería Profesional. México D.F.
 76. Morales JM. (2004) Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. En Index de Enfermería, XIII (44-45): 37-41, Granada.
 77. Moura Pinho DL, Abrahão JI, Ferreira MC. (2003) As Estratégias Operatórias e a Gestão da Informação no Trabalho de Enfermagem, No Contexto Hospitalar. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11, (2), 168-176.
 78. Naciones Unidas (2004). Informe Mundial de Desarrollo Humano: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Mundiprensa; Madrid.
 79. Nájera RM, Castrillón MC. (2001) Propuesta para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo, contribución de ALADEFE al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS. México DF.
 80. Negri, et al. (2002) Recursos Humanos en Salud: Política, Desarrollo y Mercado de Trabajo. Unicamp. Campiñas.
 81. Oficina Internacional del Trabajo OIT (2002). Panorama Laboral: América Latina y el Caribe migraciones internacionales y mercado de trabajo global. OIT; Ginebra.
 82. Oficina Internacional del Trabajo OIT (1998). Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, informe para el debate de la reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud. OIT; Ginebra; Págs. 43-44.
 83. Organización Mundial de la Salud OMS (2002). Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008, Ginebra.
 84. Organización Mundial de la Salud OMS (2004). Contratación del personal de salud del mundo en desarrollo. Informe de la Secretaría para el Consejo Ejecutivo 114ª reunión. Punto 4.3 del orden del día provisional. Disponible en Internet Sitio <http://www.who.org> 19 de abril de 2004 EB114/5.
 85. Organización Panamericana de la Salud (2002). La Salud Pública en las Américas. Washington DC. P: 301.
 86. Organización Panamericana de la Salud (2003). Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería. Washington. (Sin publicar).
 87. Organización Panamericana de la Salud (2004). Sitio Web <http://www.paho.org>
 88. Organización Panamericana de la Salud (1994) Las condiciones de salud de las Américas. Publicación científica, 549; Washington.

88. Organización Panamericana de la Salud (1999). La Enfermería en la Región de las Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), Serie 16 OPS/OMS, Washington.
89. Organización Panamericana de la Salud (2001). Análisis de los recursos humanos en los procesos de reforma. En: Seminario sobre recursos humanos. Brasilia. Disponible en Internet <http://seminariobrasilia.tripod.com/seminario/id4.html>, consultado en Septiembre 02 del 2004.
90. Organización Panamericana de la Salud (2001). Desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en el sector salud. En: 43 ER Consejo Directivo, Punto 4.5 del orden del día. Washington DC.
91. Organización Panamericana de la Salud (1973). Seminario sobre la enseñanza de la enfermería a nivel universitario, informe final. Publicación científica No.259, Washington.
92. Organización Panamericana de la Salud (2000). Informe del taller sobre proceso de acreditación para la educación en enfermería. Serie HSR 24. Ottawa.
93. Organización Panamericana de la Salud (2003). Informe del I Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Asunción. (Sin publicar).
94. Organización Panamericana de la Salud (2004). Informe de la II Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Medellín. (Sin publicar).
95. Organización Panamericana de la Salud (2004). Informe del III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Panamá. (Sin publicar).
96. Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe de la I Jornada Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. México. (Sin publicar).
97. Organización Panamericana de la Salud (2004). Áreas críticas y prioridades en el desarrollo de enfermería en las Américas. Informe de avance de investigación. Washington. (Sin publicar).
98. Organización Panamericana de la Salud (2004). Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/>
99. Organización Panamericana de la Salud (2002). Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad y la calidad en los servicios de salud. Plan de mediano plazo 2002-2005. Washington.
100. Orrego S, Castrillón MC. y Nájera RM. (2000) Estado del Arte de la Investigación presentada en Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería 1989-1998. En: *Investigação em Enfermagem*, Cantabria.
101. Partezani Rodríguez, R.A.; Emm Faleiros Sousa, F.A. (1993) O Trabalho da Enfermeira em Centro Cirúrgico Análise de Depoimentos. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 2, 1, 21-34, Riberao Preto.
102. Pérez L, et al (1997). Diseño de instrumento para el estudio de dotación de personal de enfermería profesional y auxiliar del área médico quirúrgica en siete instituciones de salud privadas de Medellín, Colombia. En: *Investigación y Educación en Enfermería XV* (1):35-44, Medellín.
103. Pizarro JM. (1993). Migración intrarregional de mano de obra calificada. *Revista de la CEPAL*. No.50. Agosto.
104. Portes, A. (1997). Los determinantes de la emigración profesional. *Revista paraguaya de Sociología*. Año 14. (39/40). Asunción.
105. República del Paraguay; Centro Nacional de Población y Vivienda, (1994). Secretaría Técnica de Planificación. Dirección general de estadísticas, encuestas y censos. Asunción.
106. Salas S, et al. (2002) Aportaciones de la enfermería en el Sistema de Salud. México.
107. Salas S y Zárate R. (1999) Informe Final del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. ENEO-UNAM Centro Colaborador de la OMS/OPS para el desarrollo de la Enfermería Profesional. México D.F.
108. Santamaría R, et al. (1990). Reflexiones sobre las condiciones de trabajo y práctica del personal de enfermería en el Ecuador. En: *Memorias Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. México DF.
109. Santos CE. (2000) Rescatando a trayectoria Profesional do enfermeiro do sexo masculino: um enfoque fenomenológico. En: *Rev. Bras. Enfermagem*; 53, (2), 183-191.
110. Scavino J. (2004) Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 35. OPS/OMS, Washington.
111. Siantz ML (2004). Migración de enfermeras en América Latina. Conferencia. IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Lima.
112. Silva EM, Ribas Gomes EL, Anselmi ML. (1993) Enfermagem: Realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 1, (1), 59-63, Riberao Preto.
113. Smith G, (2000). Prólogo En: Arriagada Jana et al. Recurso de Enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo. Bogota: W.K. Kellogg –REAL p. XII.
114. Tünnermann C (2003). La Universidad Latinoamericana ante los retos del Siglo XXI. (Colección UDUAL 13) México DF.
115. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Bureau of Health Professions. National Center for Health Workforce Analysis. (2002) Projected Supply, Demand and Shortage of Registered Nurses:– 2020. Washington.
116. Velasco M. y Granda E. (2002). Los recursos humanos en el campo de la salud y su evolución histórica: La distribución de los recursos humanos en el Ecuador. En: OPS/OMS. El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí: La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del siglo XX, Quito.
117. Verderese O (1979). Análisis de la enfermería en América Latina. En: *Educación Médica y Salud*, 13 (4): 315. Washington.
118. Vieira AL. (1998). Os enfermeiros nos países do Mercosul: Estudo comparativo da imobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde. Tesis para optar al grado de doctor en la Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.
119. Wright MG, Garzón N (1999). Análisis crítico holístico de los programas de posgrado en enfermería en América Latina. En: *Enfermería en las Américas*. OPS Publicación científica 571; Washington. 

Fe de erratas

En el número 1 Volumen 14 año 2006 de Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el artículo "Características clínicas y tratamiento de dismenorrea en estudiantes de licenciatura en enfermería" del Dr. Velasco-Rodríguez Raymundo, en la página 33 el título de la figura 2

Dice: Presencia de dolor durante la menstruación
Debe decir: Sintomatología asociada a dismenorrea

En la misma figura 2 (gráfica) las barras no representan las cantidades mencionadas:

Lo correcto es:

Figura 2. Presencia de dolor durante la menstruación

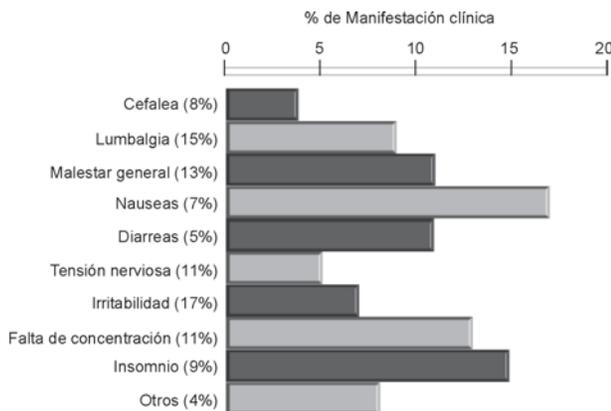
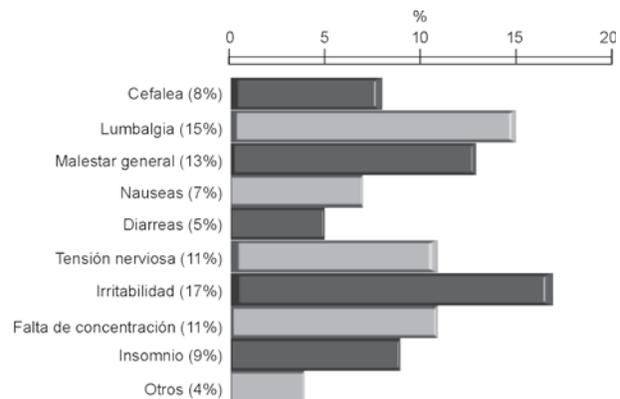


Figura 2. Sintomatología asociada a dismenorrea

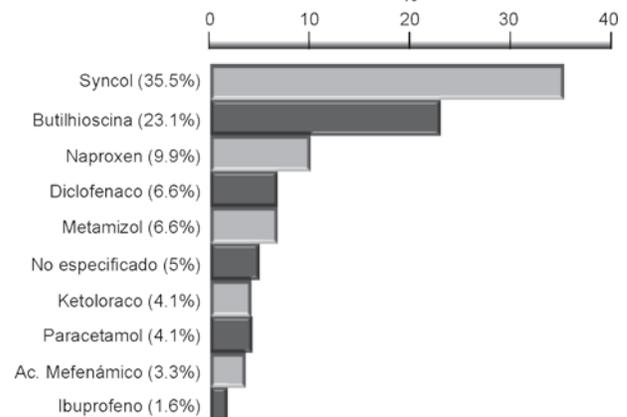
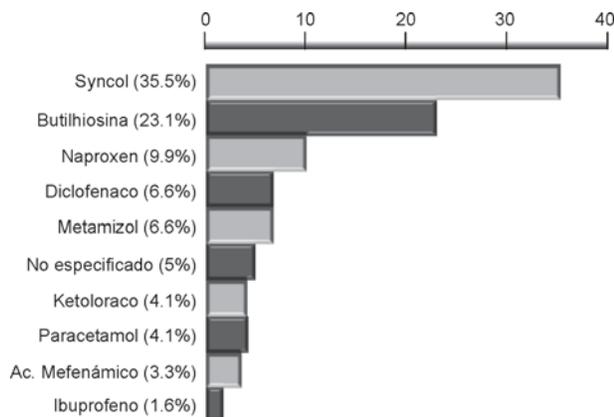


En la misma página 33 en la figura 3 (gráfica) en los nombres de medicamentos

Dice: Butiliosina
Debe decir: Butilioscina

De igual manera se omitió señalar en el eje superior el símbolo de porcentaje (%)

Lo correcto es:



En el número 2 Vol 14 año 2006 de Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el artículo "Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina". Primera parte, de Malváez y Castrillón.

En el título de cornisa **Dice: Malváez SM...**
Debe decir Malváez SM....