

Perspectiva histórica e implicaciones del nivel 5 en enfermería en los EUA

Javier Bolaños Sánchez

Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud

El momento en que surgieron en los Estados Unidos de América (EUA) los primeros programas para la formación de Técnico Profesional Asociado (Asociate Degree Nurse [ADN]) existían condiciones profesionales, socio-políticas y de organización gremial de las enfermeras que favorecieron la apertura de programas de esta naturaleza. Conocer desde la perspectiva histórica, su situación e implicaciones actuales, así como la problemática generada, comparada con la situación particular de la enfermería en México, permitirá a los responsables de la toma de decisiones tener elementos de juicio que les permitan decidir sobre la aplicación de este nivel educativo en enfermería en nuestro país.

Condiciones profesionales

El contexto profesional de la enfermería en EUA, se desarrollaba en un ambiente definido y controlado de la profesión. En la práctica, ya estaban definidas y delimitadas las competencias de los profesionales en los diferentes grados académicos. El control de la práctica, a través de la certificación de competencias había sido establecida desde 1903. La instrucción diplomada con formación de tres años realizada en hospitales escuela, con énfasis eminentemente práctico implementada desde 1870 fue decreciendo con la aparición de nuevos esquemas de formación profesional en enfermería. Desde 1909 se había establecido el primer programa de licenciatura en enfermería (Baccalaureate in Sciences of Nursing [BSN]).

A principios de la década de los 20 se creó el primer programa de maestría con enfoque en docencia en la Universidad de Columbia y en 1933 el primer programa de doctorado con enfoque en educación, en Nueva York.

Para 1951 se impartían en varios estados de EUA programas de maestría y doctorado y existían más de 1500 egresados de posgrado, sin embargo, aún no se tenía el reconocimiento profesional.

Es hasta finales de los 60 y principios de los 70 que el gobierno federal de los EUA reconoce la competitividad y necesidad de los programas de posgrado en enfermería, y le da el mismo rango que cualquiera otra disciplina e impulsa su difusión y desarrollo. No obstante, en ese momento fue más la necesidad de favorecer una mayor cobertura de atención a la salud que el interés real por el reconocimiento profesional de las enfermeras.

El resultado de esto fue el impulso a los programas de maestría con enfoque clínico. La década de los 70 es el despunte de este tipo de programas en una amplia variedad de áreas especializadas.

Actualmente se ofrecen en 54 instituciones, siete títulos diferentes con el grado doctoral, cada uno con metas y propósitos distintivos; 72% ofrece el Philosophy Doctor Degree (PhD) el cual es un doctorado en investigación que tiene amplia aceptación y reconocimiento dentro de la educación superior en general.

Condiciones socio-políticas

El déficit de enfermeras en el tiempo de la postguerra, impulsó la creación de programas de ADN bajo la idea de que podían tener el éxito que las corporaciones militares de enfermeras (Nurse Cadet Corps) tuvieron durante la II Guerra Mundial. En el afán por satisfacer la necesidad de enfermeras para la milicia, los tres años de instrucción diplomada fueron reducidos a sólo dos años de formación, eliminando una gran cantidad de experiencia clínica. Se asumía (con la obligada organización de la postguerra) que los graduados estarían supervisados muy de cerca y llegarían a ser clínicamente competentes después de seis meses de su entrenamiento en las fuerzas armadas. Además, las cadetes nunca fueron consideradas como un producto final de una educación básica terminada.

Organización gremial

La organización gremial de enfermería estaba legitimada, ejerciendo influencia directa sobre el desarrollo de la educación y el ejercicio de la práctica de las enfermeras. Agrupaciones como la National Nursing Council, American Nurses Association, National League for Nursing, entre otras de reciente creación, así como la participación de las enfermeras, ejercieron influencia directa en la educación y la práctica de la profesión.

Aunque los tres primeros programas para formar ADN se iniciaron en 1952 a instancias de estas organizaciones, incrementándose a 130 programas en 1965 y a 875 programas en 1996, este tipo de formación es actualmente considerado como nuevo en el escenario de la educación de enfermeras. Esta organización gremial impulsó la creación de nuevos grupos que se dedicaron exclusivamente al desarrollo de procesos en diversas áreas, formándose, por ejemplo, las diferentes barras de profesionales para cada nivel académico y especialidad.

De esta manera, el programa de formación de ADN reafirmó la diferenciación de funciones entre el personal práctico y el personal profesional. Constituyó el primer programa de educación en enfermería desarrollado bajo un plan de experimentación sistemático y cuidadosamente controlado. En 1951, Mildred Montag, en su disertación doctoral, concibió al egresado de estos programas como un técnico capaz de realizar las funciones de enfermería, más limitadas en rango que la enfermera profesional, pero más amplias que la enfermera práctica de instrucción diplomada. Montag enlistó las funciones del ADN, de las cuales se describen las tres más importantes: 1) Participar en la planeación del cuidado de enfermería. 2) Dar cuidado general de enfermería bajo supervisión y 3) Participar en la evaluación del cuidado de enfermería.

Situación actual del ADN

Con nueve décadas de experiencia en la implementación de programas de instrucción práctica; cuatro décadas de experiencia en la implementación de programas de licenciatura y el incipiente inicio de los programas de maestría y doctorado hoy a casi cinco décadas de iniciado el primer programa de ADN (este egresado también debe obtener una licencia) más de dos millones de enfermeras ostentan la licencia como enfermeras registradas (Registered Nurse [RN]) licencia que legalmente califica a una persona para desarrollar la práctica profesional de enfermería.*

Aunado a lo anterior existen ciertos mecanismos de control de la práctica de este egresado. Entre ellos se encuentran:

- La existencia de estándares mínimos de calidad para la práctica y para la formación
- Organismos y procedimientos sistematizados que evalúan los estándares mínimos de la formación
- La certificación y recertificación como mecanismos reguladores de la práctica
- Reconocimiento laboral, interprofesional e intraprofesional de los diferentes niveles educativos
- Organización gremial definida y delimitada para la formación y la práctica con diferenciación de las diversas áreas de ejercicio.

Efectos profesionales

Aunque el número de aspirantes y graduados de los programas de ADN han impactado en la educación, existe evidencia de que en la práctica tienen serias limitaciones en su ejercicio. En primer término, los ADN no son proficientes en habilidades técnicas, aunque el contenido es alto en aspectos prácticos (70%), sobre el

contenido teórico (30%), el enfoque general y global que puede desarrollarse en el transcurso de dos años es limitado en tiempo para lograr el denominado *proceso de socialización*. Tal proceso ha sido descrito como una serie de etapas que generan, la adaptación de los conocimientos en habilidades requeridas para participar efectivamente en forma individual o como parte de un equipo. Es decir, para lograr el dominio de la práctica, además de conocer y saber hacer los procedimientos, es necesario adquirir pericia técnica. Segundo, los ADN no pueden manejar el número y diversidad promedio de pacientes, porque al considerar que su trabajo es técnico, requieren mayor grado de supervisión. Tercero, su práctica está limitada a la función asistencial y sólo como usuario de los resultados de la investigación, quedando al margen de participación en las funciones docente y administrativa. Cuarto, debido a los contenidos y horas de formación, la supervisión guiada y educación continua constituyen un requerimiento constante e imperativo en su práctica. Además, aún cuando en promedio 60% de los ADN complementan estudios como BSN (licenciatura) el proceso de profesionalización se hace más lento.

Pero sobre todo esto, el principal problema identificado es la amplia gama de niveles educativos implementados en enfermería, todos ellos tratando de preparar personal para una práctica profesional segura, que antagónicamente atenta contra la credibilidad del gremio.

En otras palabras, debido a la amplia variedad de programas a certificar (enfermera diplomada, ADN y BSN) con la misma denominación de enfermera registrada (RN), se asegura un estándar mínimo para la práctica, pero no se garantiza el grado de calidad, ni se discrimina entre bajos y altos niveles de habilidad o profesionalismo.

Por otra parte, el hecho de que tres tipos de formación se puedan certificar con un mismo tipo de licencia laboral, crea confusión para los contratadores porque no hay una clara delimitación de funciones, lo cual favorece, en aras de la reducción de costos, una mayor contratación de personal con formación diplomada y asociada que de personal profesional. Para limitar esta confusión, una estrategia sería la reglamentación diferenciada para cada nivel, no obstante, la delimitación específica y detallada de funciones para cada uno, resultaría en una limitación en la práctica, ya que ninguno podría ejercer fuera del área de competencia adquirida por su nivel académico. Es claro en este sentido, que entre menor número de niveles académicos se favorece la precisión con la que cada integrante del equipo disciplinario puede participar.

Situación en México

En el caso de México, las condiciones gremiales y socio-políticas tienen particularidades que se deben considerar. A instancias del Tratado de Libre Comercio (TLC) firmado por EUA, Canadá y México hace ya más de seis años, los procesos y procedimientos para la compra venta de productos y prestación de servicios en México se han modificado. El impacto del tratado se ha extendido de las empresas e instituciones laborales a las educativas. La estructuración y evaluación de los diferentes programas de formación profesional han sido discutidos en foros y seminarios, desde 1992, con la participación de los tres países. Como resultado, dos de los impactos más significativos del TLC en la educa-

ción superior en México han sido: 1) acelerar los esfuerzos de la reforma educativa en las áreas de evaluación y acreditación (proceso aceptado por la ANUIES e implementado por el CENEVAL en 1997) y la orientación de la educación superior hacia el sistema de universidades tecnológicas, establecido en 1991, para la formación del profesional técnico asociado, como medio para lograr la modernización de la economía e industria mexicana, sobre todo en aquellas áreas de mayor demanda en procesos de producción: mantenimiento industrial, computación, electrónica, automatización y procesos industriales. En contraparte los procesos de servicio deben ser valorados con base a sus características y condiciones particulares.

Retos y desafíos

En conclusión existen factores políticos que interactúan con decisiones económicas y sociales repercutiendo en forma directa en la profesión y en sus modelos de educación, por lo cual, antes de conducir la educación profesional de enfermería al desarrollo de programas de nivel cinco, se debería pugnar por establecer el ambiente gremial propicio que no perjudique su desarrollo. Algunas estrategias podrían incluir:

- Impulsar la integración organizada y coordinada de todas las estructuras gremiales de enfermería dirigida a unificar criterios, estándares y directrices de la formación y el ejercicio de la profesión de enfermería en cada uno de sus niveles académicos
- Protocolizar e implementar proyectos específicos de enfermería

que logren, por un lado, proyectar en la sociedad la aportación del trabajo profesional, y por otro, el reconocimiento de los diferentes niveles educativos en los ámbitos intra e interprofesional y social.

- Consolidar la creación de las estructuras, procedimientos y medios necesarios para planear, evaluar y modificar la formación y la práctica de los recursos humanos existentes y los que se planeen formar.

Finalmente es urgente limitar la actuación del personal auxiliar al nivel de competencia que su formación le permite. El mayor rezago y limitante de la diferenciación de funciones entre el personal profesional y el no profesional, se justifica cuando el personal auxiliar realiza tareas de competencia profesional, que ética, legal y profesionalmente no debe hacer.

Bibliografía

1. Leddy S. Pepper J. Mac. Conceptual Bases of Professional Nursing. Philadelphia, USA; Lippincott, 4a ed. 1998.
2. Comi McCloskey Joanne, Kenedy H. Current Issues in Nursing. USA; Mosby. 5a ed. 1997.
3. Young L. Joel L. Dimensions of Professional Nursing. USA; McGraw-Hill, 8a ed. 1999.
4. Adelman A. Current Status of NAFTA Education Initiatives. Open Doors. Institute of International Education. USA; 1996-1997.
5. American Nurses Association. Facts about Nursing 1982-1983. Kansas City: USA; 1983.
6. Jones S. Health Manpower in Kouner: Health Care Delivery in the US. 4a ed. New York. Springer, 1990.