

APROXIMACIÓN A LAS TENDENCIAS DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA*

Clara Inés Giraldo Molina**

Colaboración de:

María Elena Ceballos V.***

Mabel Castañeda Montoya***

Resumen

Reflexión sobre la formación del profesional de enfermería en el país donde se exploran esferas de la sociedad y de la profesión que ayudan a comprender el comportamiento y las respuestas de ésta a través del tiempo y vislumbrar su posible futuro.

Se trabajan de una manera muy general, cuatro aspectos: el primero, sobre el contexto socioeconómico, político y de salud de Colombia en el final del siglo XX; el segundo la situación de la práctica de enfermería; tercero las tendencias de la formación de enfermería y para finalizar una propuesta sobre el deber ser del futuro profesional de enfermería en Colombia iniciando algunas estrategias para iniciar su búsqueda.

Palabras claves:

Recursos humanos en salud

Educación en enfermería

Práctica en enfermería

* Ponencia presentada en: "encuentro Iberoamericano de enfermería". —Feppen—, Cartagena Colombia, 28 y 29 de octubre, 1992

** Enfermera Magíster en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Miembro de Ascofaen.

*** Docentes Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Miembros de Ascofaen.

1. Contexto socioeconómico, político y de salud a fines del siglo XX

1.1 El marco socioeconómico y político

En los últimos cincuenta años Colombia ha sufrido transformaciones significativas no solo desde el punto de vista demográfico sino también en asuntos de economía y de la situación social. En este sentido, deja de ser monoexportador por cuanto además del café se exportan productos del subsuelo: petróleo, carbón y níquel, además, los manufactureros tienen una participación importante en las exportaciones actuales de Colombia.

Para el final del decenio de los años ochenta, el Estado colombiano tiene una población de 29,3 millones de habitantes según datos del censo de 1985, de éstos, el 50,5% son mujeres y un 49,5% hombres. Los menores de siete años constituyen el 15%, entre los 18 y 59 años se agrupa el 50,9% de la población y los mayores de 59 años representan el 5,9%, notándose un incremento en la población mayor de 50 años, tendencia que viene presentándose desde los años 70.^{1,2}

Para 1930, el 70% de la población se ubicaba a nivel rural, situación que ha sufrido una gran transformación por cuanto según datos del último censo, hoy solo el 30% de la población es rural y el 70% se ubica en las grandes ciudades y las cabeceras municipales.³

El producto interno bruto (PIB) del país está representado en \$6.701.425 millones de pesos colombianos, de los cuales el 50% es generado por el sector terciario de la economía —transporte, comunicaciones, servicios públicos, gobierno y sector financiero— el 30%, por el sector secundario —industria y construcción— y el 20% lo aporta el sector primario, especialmente la agricultura.² El precio del café, principal producto de la economía, ha venido presentando fluctuaciones con gran tendencia a la baja como resultado de la política internacional de los últimos años.

En Colombia se identifica un gasto en salud relativamente alto, el cual está representado entre el 7,4% y 8,7% del PIB y se ha visto que son escasos los países que se acercan al 10%. A pesar de lo anterior, la situación del sector salud es ineficiente, afirmación que se expresa con base en los indi-

cadores de salud, la distribución y utilización del recurso humano, entre otros. Además como lo reporta Agudelo,⁴ el gasto en salud por personas es mucho menor que el de países con gasto global en salud similar, es así como mientras en Colombia se destinan 94 dólares por persona, en Francia se gastan 1.039, en Suecia 1.195 y en Estados Unidos 1.926.

La situación económica del país en general y del sector salud en particular, para finales del decenio de los 80, está sujeta a los cambios que genera la internacionalización de la economía y la apertura del mercado.

Lo anterior, teniendo presente que Colombia inicia el decenio de los 90 en el marco de una política neoliberal, de internacionalización de la economía, con la consiguiente apertura en el mercado, y las dificultades que genera su aplicación en lo social, en lo político, en el mercado ocupacional y en la estabilidad de las instituciones, entre otros.

A la par de los cambios económicos y demográficos han sucedido transformaciones en lo social y político, algunos con repercusiones bastante negativas para el país como es la industria de narcóticos y las consecuencias sociales ligadas a este flagelo.

En los aspectos sociopolíticos de comienzos del decenio de los noventa es necesario tener presente la crisis que en lo moral presentan algunas instituciones del Estado y del sector privado manifestadas en problemas como la corrupción administrativa, predominio de los aspectos "políticos" sobre los técnicos, y las dificultades de los diálogos con los grupos armados, aspectos que contribuyen a la construcción del escenario de incertidumbre en que le corresponde actuar al sistema de salud colombiano y dentro de éste, a la formación de su recurso humano.

1.2 El sector salud

Después de quince años de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se identifican factores internos al mismo como baja calidad, escasa cobertura, problemas de financiamiento, inadecuada administración de los hospitales, y politización del sector, entre otros. Paralelo a esto, desde fines de los años 80, a nivel externo se presentan las reformas político-administrativas en el marco de la descentralización administrativa y de la incorporación de la democracia participativa.⁵ Estos aspectos son consonantes con

las políticas internacionales de salud que además de lo anterior, hacen énfasis en la organización de los sistemas locales de salud. Este panorama le abre camino a la reorganización del Sistema de Salud Colombiano condensada en la Ley 10 de enero de 1990.

En consecuencia, actualmente se presenta una situación de transitoriedad en el sector salud, mientras se desmonta el sistema de salud operante y se implanta de manera progresiva y en un periodo de cinco años, la nueva organización de la salud. Ésta busca una administración participativa con presencia real y efectiva de la comunidad y de los niveles departamentales y municipales; plantea la refinanciación del sector salud, asignándole nuevas responsabilidades a la nación y a los departamentos; despolitiza el manejo de personal técnico científico a través de su incorporación a la carrera administrativa; convierte la salud en un servicio público, e introduce la atención básica gratuita y la asistencia pública según las condiciones socio-económicas de la persona, estos últimos como componentes fundamentales de la universalidad de la salud.

A través de la descentralización se distribuyen las competencias y los recursos entre la nación y las entidades territoriales, donde la nación a través del Ministerio, actúa como ente rector de las políticas de salud y de las normas técnicas y de calidad; los departamentos se constituyen en coadministradores de los niveles secundarios y terciarios de atención y a los municipios les corresponde la dirección política local de salud y la coadministración del primer nivel de atención.

No obstante los cambios que se programan en el sector, hay aspectos que la Ley 10 no logra modificar, como son la persistencia de varios sistemas de salud operantes: el oficial, el privado, la seguridad social, las medicinas alternativas, etc. Tampoco es posible a través de una norma jurídica, modificar el modelo de prestación de servicios de salud, el cual continúa centrado en el individuo, en la enfermedad y en la atención hospitalaria; donde se privilegia el valor de los indicadores cuantitativos sobre los cualitativos para definir acciones y para evaluar impacto en salud. Este modelo de atención en contravía con el sugerido en las políticas mundiales de salud desde 1978 cuando en Alma-Ata se propone la transformación hacia un modelo preventivo con un enfoque dinámico y social de la salud.

1.3 El recurso humano en salud

La situación del recurso humano en salud no es menos compleja que el escenario socioeconómico político y del sector salud que se acaba de describir y en el cual le corresponde actuar a este personal.

Es así como, la mayoría de los escritos que hacen referencia al número, disponibilidad, distribución, utilización, formación, capacitación y condiciones del personal de salud, muestran una situación bastante compleja que amerita estudio serio y sistemático del mismo.

Lo anterior se deduce al estudiar la información disponible sobre las diferentes características del personal de la salud; información que además presenta deficiencias en su calidad, en la periodicidad con que se produce y en la forma de almacenarse.

Es difícil precisar, a modo de ejemplo, el número de personal de salud disponible en el país en un momento dado, por cuanto no existen mecanismos que exijan un registro permanente del personal vinculado o en ejercicio, lo que conduce a buscar los datos en diferentes fuentes.

Por otra parte, según información oficial del Ministerio de Salud de Colombia para 1991 el país cuenta con noventa y cinco instituciones que ofrecen programas de formación y de capacitación en salud⁶. Los programas ofrecidos se agrupan de la siguiente manera según modalidad de formación: Dieciocho de formación universitaria o profesional, entre los que se ubican medicina con veintiuna carreras, enfermería con veinte y odontología con doce, entre otras. Trece programas del nivel tecnológico como: Regencia de Farmacia, Tecnología de Alimentos, Tecnología en Gerontología. Seis programas de formación intermedia profesional: laboratorio, electromedicina, entre otros. Veintiún programas de capacitación entre los que se ubican los veinticuatro programas dirigidos a la formación de auxiliares de enfermería, peritos y expertos.

Una gran proporción de universidades ofrecen programas de formación avanzada contribuyendo con doscientos noventa posgrados siendo los más numerosos los de medicina que constituyen un poco más de treinta especialidades.

2. La práctica de enfermería

Con el fin de llegar al objetivo de esta exposición, cual es el trazar una aproximación a una imagen deseada de la educación en enfermería en Colombia, se hace necesario contextualizar su pasado y su presente a partir de las fuentes existentes y fundamentalmente de los trabajos realizados por la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería —Acofaen— o con su participación.

Esta parte se refiere de manera global, al estado de la práctica de enfermería en Colombia y de la formación de su recurso profesional en el país, hace notar los problemas más relevantes para terminar con una propuesta del deber ser de la formación de la enfermería en el futuro próximo.

Se retoma en este punto el referente teórico planteado por María Consuelo Castrillón A., en el documento sobre “La práctica de enfermería como objeto de estudio⁷”.

“A toda actividad socialmente significativa se le considera una práctica. Según Poulantzas, la práctica es un trabajo de transformación sobre un objeto determinado cuyo resultado es la producción de algo nuevo”...“Las prácticas sociales son procesos de trabajo donde es posible distinguir sus elementos constitutivos: agentes, objetos de trabajo, instrumentos y producto que para el caso de los servicios de salud son las acciones sanitarias.

Son ejemplos de prácticas sociales: la práctica económica, la práctica política, la práctica médica, la práctica de enfermería, la práctica científica o práctica teórica”.

En el tiempo, las prácticas sociales tienen comportamientos diferentes que están relacionados con el devenir de otras instancias de la sociedad, la economía, la política, el sistema de gobierno, el tipo de formación social, entre otros y para el caso de enfermería, muy directamente con el desarrollo del sector salud.

En esta perspectiva, enfermería en Colombia ha tenido un desarrollo relacionado con el comportamiento del sector salud, de los perfiles de salud, del funcionamiento del sistema de salud; de las otras disciplinas, de los

programas de formación y por consiguiente de los demás componentes de la estructura social.

2.1 Situación de enfermería en Colombia

En los últimos veinte años en Colombia se han realizado dos grandes estudios que describen la situación de enfermería: “El Macrodiagnóstico de Enfermería de 1972” y “El Estudio Nacional de Enfermería 1985-1987”.⁸

A continuación se presentan algunos aspectos de la situación de la fuerza laboral de enfermería, muchos de ellos son resultados de los estudios mencionados.

En el país el recurso humano de enfermería constituye el grupo más numeroso de los trabajadores de la salud, en tanto agrupa más de 45.000 personas entre enfermeras, auxiliares y ayudantes —no incluye el personal de promotores de salud—, cuando el número de médicos es cercano a los 25.000 y los odontólogos asciende a casi 14.000 por citar unos pocos.

El dato anterior guarda correspondencia con el reportado para otros países de América Latina, donde también el personal de enfermería constituye el grupo más numeroso, Perú, Argentina y Brasil.

El grupo de profesionales de enfermería está integrado por enfermeras y tecnólogos en enfermería, quienes han recibido formación en instituciones de educación superior en programas de cuatro y tres años respectivamente. Según datos del Estudio Nacional de Enfermería, en 1985 se tenían 6.060 profesionales que corresponden al 13,5% del recurso de enfermería, ello muestra un incremento por cuanto en 1972 la participación era solo del 8%.

En cuanto al personal no profesional —auxiliares y ayudantes— también muestra un cambio en la disponibilidad con relación a 1972, es decir, para 1985 hay un incremento de auxiliares de enfermería que pasan de 42% a 57,5% y en el personal de ayudantes una disminución considerable por cuanto el 50% en 1972, pasa a representar el 29% en 1985. Esta información permite identificar cambios significativos en la cualificación del recurso humano disponible.

También hay un notorio aumento en la formación de posgrado, en 1972 solo había un 4% entre especialista y magíster y en 1985 este porcentaje corresponde al 8,9% y ya incluye doctoras en enfermería. En el momento actual este número debe ser mayor por cuanto ha habido incremento en la oferta de posgrados de enfermería y de salud y por el interés del personal de enfermería de realizar estudios de formación avanzada.

Otro indicador importante sobre recurso humano en salud es el relacionado con la disponibilidad por 10.000 habitantes. Según resultados del Estudio Nacional de Enfermería, este indicador presenta un comportamiento heterogéneo por regiones geográficas, se nota concentración de los profesionales en las zonas de mayor desarrollo; así mientras en la capital se tiene una relación de 4,79 enfermeras por 10.000 habitantes, en el suroriente se dispone de sólo 0,88. Por su parte en la región central los departamentos de Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda tienen 1,82 enfermeras por 10.000 habitantes; las demás regiones tienen una relación inferior a esta última.

En 1985 el país disponía en promedio, de 2,2 enfermeras y de 9,2 auxiliares por 10.000 habitantes, tal disponibilidad disminuye en servicios ambulatorios, 0,3 enfermeras y 2,9 auxiliares por 10.000 habitantes.

Los datos anteriores sumados a las demandas institucionales y a la falta de cobertura durante las veinticuatro horas del día por personal profesional, permiten deducir déficit de recurso humano de enfermería, falta de respuesta de mayor impacto a las políticas de ampliación de cobertura en salud y concentración del recurso calificado en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Santander, Valle del Cauca y Distrito Capital.

El grupo de auxiliares lo constituyen personas que tienen dos o más grados de formación media y han recibido un programa de capacitación entre año y año y medio. Como en otros países de América Latina dichos programas no están orientados por un perfil específico para ser auxiliares, fundamentalmente constituyen una reducción o simplificación del programa de enfermería; estos programas están adscritos al Ministerio de Salud y a pesar de constituir el 57,5% del personal de enfermería, aún existe déficit de este recurso en todos los niveles de atención.

De acuerdo con las políticas del Ministerio de Salud, el auxiliar es formado para laborar en los niveles de baja y mediana complejidad de atención en salud y bajo la supervisión del profesional de enfermería. A pesar de lo anterior este personal se ubica en todos los niveles de atención y cuando no existe el recurso profesional realiza todas las funciones propias de la enfermera a nivel hospitalario y a nivel de comunidad, toma decisiones administrativas y cumple funciones del médico en algunas ocasiones.

Los profesionales de enfermería se desempeñan fundamentalmente en dos grandes subsectores: salud y educación. En el sector salud se ubica la mayoría, el 84,3% tanto a nivel hospitalario como ambulatorio pero con menor participación en este último.

Aunque la mayoría de las instituciones del sector salud vinculan a profesionales de la enfermería para desempeñar fundamentalmente funciones asistenciales centradas en un modelo de atención curativo e individual, los modelos de atención han tenido cambios importantes como es la incorporación del enfoque social y el enfoque familiar entre otros.

Es importante resaltar áreas de desempeño del profesional de enfermería que han cobrado fuerza en los últimos años y que deben ser variables para considerar al configurar los perfiles académicos del futuro; estas áreas son: en el sector oficial, la enfermería comunitaria; en el sector oficial y privado, la salud ocupacional, el trabajo con grupos especiales como ancianos, escolares, deportistas, pacientes con sida, grupos indígenas, obesos; en ventas de productos de utilización en salud y en el ejercicio independiente, entre otros.

El grupo de docentes representado en 951 personas (15,7%) en 1985, se desempeña en programas de formación de enfermeras y de auxiliares de enfermería.

En cuanto a las condiciones laborales del personal de enfermería el Estudio Nacional de Enfermería refiere estabilidad para un gran número de profesionales, identificando mayor equidad y justicia para los docentes universitarios. Pero a nivel asistencial se encuentran aspectos negativos que hacen poco atractiva la profesión como son: bajos salarios, contratación a término fijo, transformación de cargos en plazas rurales, subempleo, escaso o nin-

gún apoyo institucional para programas de educación permanente, inexistencia de escalafón y de estímulos para la formación y para realizar estudios avanzados. En síntesis, las condiciones de trabajo y de remuneración no corresponden ni a las legítimas aspiraciones del grupo de enfermería, ni al costo social que representa su formación, ni al desgaste que significa esta forma de trabajo.

En cuanto a la investigación y a la producción científica en enfermería, aunque es una función inherente a este profesional, en las instituciones del sector salud no se asigna tiempo para ello en términos reales, algunos cargos de nivel directivo ejercen esta función y algunos cambios se han observado en los últimos años pero se hace necesario determinar estrategias desde enfermería para lograr un desarrollo mayor. En general, los trabajos de investigación se concentran en las instituciones educativas como parte de las funciones docentes de los enfermeros; teniendo presente esta situación, como política del comité de investigación de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería en 1990 y 1991 se determinó la capacitación de enfermería de manera interinstitucional conformando grupos entre docencia y servicio con la metodología de aprender a investigar investigando, logrando la participación de un buen número de enfermeras, en el desarrollo de proyectos.

2.2 Problemas relevantes de la práctica de enfermería

A continuación se presenta una síntesis de problemas relevantes del ejercicio profesional de enfermería en Colombia, muchos de los cuales encuentran correspondencia con debilidades identificadas en otros países de América Latina:

- Déficit del recurso profesional y auxiliar
- Escasez de cargos en todos los niveles de atención. Por ello no es posible cubrir las veinticuatro horas con recurso profesional.
- Inadecuada distribución geográfica del recurso humano de salud.
- Los niveles directivos de las instituciones no diferencian el papel del profesional y el auxiliar de enfermería. Así en ausencia de la enfermera, la auxiliar asume todas sus funciones.

- Persistencia e incremento del recurso poco calificado en los tres niveles de atención.
- Falta correspondencia entre los perfiles ocupacionales y los académicos. Ello se refleja en la inadecuada descripción de los cargos.
- Falta de identidad profesional: poco análisis crítico frente a los modelos de salud y de enfermería; poco impacto en la toma de decisiones normativas y técnicas en enfermería.
- Poca presencia de enfermería en la definición de políticas en salud.
- Condiciones laborales injustas
- El modelo de atención está supeditado al predominio del modelo morbi-centrista y curativo.
- Priorización de funciones burocráticas y administrativas sobre las de asistencia directa, fundamentalmente por insuficiente recurso profesional.
- Programas de formación del auxiliar sin perfil propio, son simplificación del programa de formación del profesional de enfermería.
- Obsolescencia de la legislación en enfermería, rige la Ley 87 desde 1946; acentuándose con la modernización del sistema de salud en 1990 y con la nueva constitución política de 1991.

3. La formación de enfermería en Colombia

Hay varios estudios que abordan el desarrollo de la educación de enfermería en el país, ellos recurren a diferentes enfoques. Se destacan los realizados por las enfermeras María Consuelo Castrillón de la Universidad de Antioquia, sobre "La Formación Universitaria de Enfermeros en Colombia"⁹, el de Ana Luisa Velandia que trabajó las "Tendencias de la Educación de Enfermería en Colombia en los últimos 25 Años (1960-1985)",¹⁰ los realizados cada dos y cuatro años por la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería "Ascofaen" sobre la situación de los programas de enfermería, cuyo propósito es mantener actualizada esta información.

Al hacer referencia a la situación y tendencias de la formación de enfermería en el país, se retoman resultados y muchos de los análisis de los estudios citados anteriormente.

Hasta 1936 la formación de enfermeras en Colombia no estuvo inscrita en el sistema de educación formal del país, fue asumida por institución hospitalaria, escuela, conventos y clínicas, por la iniciativa de médicos, religiosas o de personas filantrópicas, en respuesta a situaciones coyunturales como epidemias, campañas sanitarias, entre otros. Esta formación tuvo gran influencia de Europa por cuanto los religiosos que llegaron a América procedentes de ese continente se apersonaron de los programas de salud. Se habla de comunidades que participaron en esos programas como los Dominicos, Mercedarios, Capuchinos, Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios. Con el destierro de éstos últimos, en el Siglo XIX (1873), llegaron de Francia las Hermanas de la Presentación, quienes por espacio de largo tiempo se ocuparon de la administración de hospitales, de la atención de los enfermos y de la capacitación de personal de enfermería.⁹

Durante este periodo y hasta 1936 en el país funcionaron varios programas de capacitación de enfermería, sumando un total de dieciséis programas de los cuales nueve se realizaron en Bogotá, cuatro en Medellín, uno en Cartagena que fue el primero a partir de 1903, uno en Barranquilla y uno en Cali.

La formación de enfermeras en la modalidad de educación superior se inicia en 1937, cuando en Colombia comienza la diversificación de carreras. Por ser una profesión fundamentalmente femenina, las características de los programas de formación incorporan los limitantes y obstáculos que ha tenido la mujer a través de la historia para su participación equitativa en todas las esferas de la estructura social, así como las influencias propias del desarrollo económico social de la estructura, del sistema de salud y del sistema educativo de cada momento histórico.

3.1 Periodo de 1937 a 1957

El periodo de 1937 a 1957 como lo caracteriza Castrillón,⁹ presenta aspectos importantes en lo económico, social y político. La reforma constitucional de 1936 le otorga al Estado mayor injerencia en asuntos de la

economía y de los servicios públicos. Se manifiesta una dependencia creciente de otros países para favorecer la naciente industria textil y para mejorar el control de los puertos y zonas cafeteras.

Estados Unidos es uno de los países más determinantes en la asistencia técnica y financiera. En el caso de educación y salud ofreció sus asesorías y becas en el exterior. En este sentido, los primeros programas de enfermería fueron dirigidos por enfermeras extranjeras o por Colombianas formadas en el exterior.

La Escuela Nacional Superior que funcionaba en Bogotá bajo la dirección de una enfermera canadiense, fue reformada por la Universidad Nacional en 1937 constituyéndose en el primer programa adscrito al sistema de educación superior y bajo la dirección de enfermera Colombiana con estudios en Estados Unidos.

Como objetivo central aparece el de formar personal laico en enfermería dentro del proceso de laicización que busca contrarrestar el poder de la iglesia.

De 1937 a 1952 se crearon seis programas de enfermería en universidades así:

Universidad Nacional	1937	Bogotá
Cruz Roja	1938	Bogotá
Universidad Javeriana	1941	Bogotá
Universidad Cartagena	1942	Cartagena (1903)
Universidad de Antioquia	1950	Medellín
Universidad del Valle	1952	Cali

Los seis programas tenían duración de tres años y otorgaban el título de enfermería general. Como era de esperar los enfoques curriculares tuvieron gran influencia norteamericana y europea; estaban dirigidos a capacitar personas para el cuidado de los enfermos y para ayudar al médico.

Hasta 1961 el ingreso a éstos programas no exigía la educación media completa por cuanto era difícil que las mujeres tuviesen esa escolaridad en el país.

3.2 *Decenio de los sesenta*

En este periodo del sesenta comenzó en Colombia el Frente Nacional, sistema de gobierno alterno para los partidos tradicionales. Para los años sesenta educación era un privilegio fundamentalmente de los estratos altos de la sociedad y se comportaba como fenómeno urbano.

Aspecto importante para resaltar es el auge de la planificación de la salud en América Latina, con el método CENDES/OPS como elemento característico de ésta, el cual fue implementado en varios países de la región. Por otra parte, después de la reunión de Punta del Este (1961 Uruguay) en la que participó Colombia, el Ministerio de Salud Pública crea la Oficina de Planeación, Coordinación y Educación y se elabora el Plan Nacional de Salud 1962-1973.¹⁰

Se manifiesta en este periodo un mejoramiento del nivel educativo de la mujer y su participación en la producción. Las tendencias de la educación de enfermería resaltan los siguientes puntos:

- Interés por mejorar el enfoque de los programas y sus metodologías, orientándolos a responder a la realidad del país y como rechazo a la dependencia extranjera.
- Se crean dos programas de enfermería: en la Universidad Industrial de Santander y en el Instituto Mariano de Pasto.
- Se incorpora la educación de enfermería a la formación profesional, a través de los programas de cuatro años y los complementarios para las ya graduadas como enfermeras generales. En este sentido, en 1967, seis programas ofrecen programa de licenciatura: Universidad Nacional, Universidad de Cartagena, Cruz Roja, Universidad Javeriana, Universidad del Valle y Universidad Industrial de Santander.

Las licenciaturas buscan preparar a la enfermera en los campos de la administración y la docencia.¹⁰

3.3 Decenio del setenta

El sistema económico presenta cambios dirigidos a estimular el "Crecimiento hacia afuera" y a promover el fomento de las "Nuevas exportaciones".

Se identifica crecimiento industrial y la consolidación de grupos financieros que hacen posible el monopolio industrial y bancario.

A mitad de la década se abre paso una nueva industria exportadora pero de productos ilegales: marihuana, coca y esmeraldas.

En la educación superior se incorpora la educación tecnológica y hay un gran incremento de instituciones de educación postsecundaria.

Las principales manifestaciones en la educación en enfermería son las siguientes:¹⁰

- Realización del Macrodiagnóstico de Enfermería en 1972 cuyos resultados sirvieron para reorientar la educación y la política del recurso humano en enfermería.
- Proliferación de programas de educación tecnológica en enfermería, se crearon catorce programas.
- Aumento no planificado de los cupos en las universidades, esto se hizo más severo con el ingreso semestral a programas que tenían apertura anual.
- Reconocimiento de la importancia de formar un profesional que responda a las necesidades del país.
- Establecimiento de la práctica rural en los últimos semestres de la carrera.
- Creación del año social obligatorio para enfermería a partir de 1977.
- Cambio en el enfoque de los programas de licenciatura hacia uno más asistencial, dejando para los posgrados la formación en administración y docencia.
- Apertura de posgrados en las áreas de materno-infantil, salud mental, cardiorespiratorio y renal.

- Introducción de la articulación docente asistencia como estrategia importante para la formación del recurso humano en salud entre ambos sectores.

3.4 Decenio del ochenta

En esta época la educación superior es reformada a través del Decreto 80 de 1980 y se reorganizan los organismos rectores de la educación superior del país como el Icfes y el Ministerio de Educación Nacional.

Como aspectos a considerar en la educación en enfermería en los años ochenta se presentan los siguientes:¹⁰

- Orientación de posgrados hacia las especializaciones clínicas.
- Suspensión de algunos programas de posgrado: maestrías y especializaciones.
- Tendencia a la profesionalización de los programas tecnológicos.
- Incremento del número de egresados de programas de complementación o segundo ciclo de formación.
- Creación de programas complementarios no presenciales.
- Aumento en la cualificación del recurso docente de enfermería con programas de posgrado.
- Al finalizar el decenio de los setenta y comienzos de los ochenta se aprecian cambios significativos en los enfoques curriculares de algunos programas de enfermería del país. Lo anterior como respuesta a varios asuntos: a las políticas mundiales de salud trazadas en Alma-Ata, salud para todos en el Año 2000 y sus estrategias de: atención primaria, ampliación de cobertura y participación comunitaria.

Por otro lado la influencia de las corrientes de pensamiento del modelo preventivo social y colectivo de salud que comienzan a incursionar en enfermería dándole a algunos programas un enfoque epidemiológico y social.

3.5 La educación de enfermería 1988-1989

Para concluir el análisis de las tendencias de educación de enfermería en Colombia, se presentan algunas conclusiones del estudio “Estado actual de los programas de enfermería en Colombia 1988-1989” realizado por las enfermeras Alba Lucía Vélez A. y Consuelo Arteaga; docentes de la Universidad de Caldas y en cumplimiento del objetivo de Acofaen.¹¹

En Colombia para 1992 funcionan veintiún programas de educación en enfermería, todos son programas universitarios que capacitan para el ejercicio profesional de la enfermería; la mayoría tienen una duración de cuatro años a excepción de dos que duran cuatro años y medio y cinco años respectivamente.

Al analizar los programas se encuentra que hay una gran influencia de las políticas nacionales, regionales y locales en la orientación de los currículos.

En cuanto a la organización curricular se combinan varios modelos, el de asignaturas, la organización por áreas del conocimiento y la de campos de formación.

Cuando se analiza la distribución de contenidos por campos del conocimiento se encuentra que hay un comportamiento heterogéneo, para lo cual se tomaron porcentajes promedios así:

- Campo social y humanístico reúne en promedio el 15% de los contenidos, mostrando que este campo ha cobrado importancia en los planes de estudios con un valor mínimo de 6% y máximo de 30%.
- Al campo de la fundamentación científica e investigativa se le asigna en promedio el 35,5% de los contenidos: mínimo 23% y máximo 55%. Este campo incluye asignaturas como metodología de investigación, epidemiología, ciencias básicas e informática.
- El campo de la formación específica presenta un 49,35% como promedio del contenido curricular. Este campo incluye las asignaturas propias de la profesión.

El análisis de los programas desde la perspectiva de ejes integradores no fue posible hacerlo de una manera adecuada por cuanto cada unidad docente tiene una concepción sobre éste. Es necesario afinar este indicador para próximos estudios.

En cuanto a las metodologías pedagógicas predominantes se identifica la tendencia a desplazar las pasivas e informativas como las clases magistrales, por metodologías más dinámicas que exijan participación del educando: prácticas de campo, talleres, seminarios, etc.

Es de resaltar que en la mayoría de las unidades académicas que respondieron (16 de 19) orientan el currículo con un equilibrio entre la clínica y la atención comunitaria.

En cuanto a la formación de posgrados, hasta 1990 sólo tres de la veintiún facultades ofrecían programas de formación avanzada en enfermería (Universidad Nacional, Universidad Javeriana y Universidad del Valle) para un total de ocho programas; pero en los últimos años como respuesta a las políticas de ciencia y tecnología, a las recomendaciones del Estudio Nacional de Enfermería y a las fortalezas institucionales ha habido incremento en la creación de posgrados en especializaciones y maestrías, esta últimas con ofertas a otros profesionales.

3.6 Análisis prospectivo de la educación en enfermería

En Colombia, esta metodología de planificación se viene aplicando a las unidades académicas desde 1989 cuando la Organización Panamericana de Salud en coordinación con la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería desarrolló un taller preparatorio para su aplicación. En reunión de directoras de las Facultades y Escuelas coordinada por esta Asociación, se realizó un análisis general de los resultados de ésta metodología, en él se pueden identificar debilidades y fortalezas en la educación así como las amenazas y oportunidades más notorias. Como áreas críticas comunes a la mayoría de las unidades académicas se encuentran las siguientes:

- La planeación educativa
- La identidad profesional

- La integración docencia-asistencia.
- La integración de ciencias básicas a enfermería
- La evaluación en general
- Los aspectos actitudinales
- El liderazgo

4. El deber ser del futuro profesional de enfermería en Colombia

A través del análisis de la situación en la práctica de enfermería, las tendencias en la formación del profesional de esta disciplina en los últimos años, las perspectivas futuras del escenario socioeconómico, político y de salud del país, se pueden identificar las grandes fortalezas que ha construido la profesión así como sus debilidades que articuladas con las amenazas y oportunidades presentes y futuras nos permiten proponer el siguiente perfil del profesional deseado.

Colombia requiere entonces formar un profesional:

- 1 Que desarrolle habilidades intelectuales que le permitan fundamentar su quehacer profesional.
- 2 Que desarrolle y fortalezca competencias, actitudes y aptitudes propias de la profesión.
- 3 Responsable y comprometido como trabajador de la salud y de enfermería frente a su desempeño con el individuo, la familia y la comunidad.
- 4 Que asuma su propio desarrollo personal y profesional proyectando en la sociedad su rol como individuo y como profesional.
- 5 Capaz de tomar decisiones en los diferentes momentos y escenarios que se le presenten en su ejercicio cotidiano.
- 6 Con actitud crítica-reflexiva sobre la profesión y los actos profesionales, en la perspectiva de la construcción de una ética profesional.

7 Que promueva y participe en la creación de nuevos modelos de atención de enfermería y de salud.

8 Que asuma la investigación como una práctica que le permita la construcción del conocimiento en salud y en enfermería y oriente el desarrollo y crecimiento profesional.

9 Que permanentemente muestre preocupación por la confrontación teórico-práctica de su quehacer y su impacto en la salud y en el desarrollo social.

10 Que socialice los logros y realizaciones de la profesión a través de su presencia y participación en los diferentes espacios del quehacer científico y tecnológico.

11 Un profesional en el cual la sensibilidad y la seriedad sean cualidades que acompañen todo sus actos permitiéndole su acercamiento a la realidad de los individuos y grupos de la comunidad.

En síntesis, el reto es formar:

Un profesional conocedor de la relación salud sociedad, íntegro en sus procedimientos, respetuoso de los derechos de los demás responsable de su automejoramiento y capaz de ejercer con eficiencia las funciones de enfermería.

5. Estrategias para llegar al futuro profesional de enfermería

La construcción del perfil profesional propuesto exige una serie de acciones desde enfermería como:

— Definición clara de enfermería como práctica social, con referentes teóricos, metodológicos y procedimentales que la sustentan. Para esto se considera importante la participación reflexiva y crítica de profesionales de enfermería de los diferentes sectores del desarrollo en la elaboración de ese marco propio de enfermería.

— Vinculación o desarrollo de un nuevo modelo pedagógico, orientado de tal manera que trascienda los modelos hasta ahora aplicados en lo referente a: el perfil o características del docente, su papel en el proceso enseñanza y aprendizaje; el perfil y rol del educando; en la selección de escenarios

de aprendizaje considerándolos como el preámbulo del escenario real de su futuro desempeño.

— El rediseño del equipo técnico de enfermería que exige:

- Reformulación de los programas de formación básica profesional.
- Formulación y desarrollo de nuevos programas de posgrado: especializaciones, maestrías y muy especialmente los doctorados en enfermería.
- Elaboración de programas de profesionalización del auxiliar de enfermería para quienes tienen la educación media completa.

— Organizar una comunidad científica en enfermería, establecer redes de información y de investigación en enfermería.

— Establecimiento de relaciones con nuevas instancias y organizaciones de la sociedad.¹²

— Desarrollar programas o modelos de docencia-servicio que se constituyan en verdaderos proyectos académicos en los que haya participación real de la comunidad y que planteen metodologías innovativas en la relación de los sectores docencia, servicio y comunidad para la formación del recurso humano.

— Establecimiento de planes de perfeccionamiento docente tendientes a fortalecer sus competencias epidemiológicas, clínicas, investigativas y pedagógicas.

— Desarrollo de estrategias que exijan actualización permanente del profesional, de enfermería como condición para garantizar su ejercicio profesional.

— Construcción de proyectos de cooperación interinstitucional e interpaíses tendientes a la estructuración de doctorados, de cualificación del recurso de enfermería tanto docente como del sector salud, e intercambio de experiencias que puedan retroalimentar la práctica de enfermería.

— Mantenimiento actualizado de la información sobre la práctica de enfermería, los modelos de formación y sobre todos los asuntos que tengan que ver con éstos.

Referencias bibliográficas

1. COLOMBIA ESTADÍSTICA 1988. Departamento Administrativo Nacional de Estadística Dane. Vol. 1, 1988. Bogotá. Publicación oficial.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud de las américas. O.P.S. Publicación científica No. 524. Vol. II 1990, Washington D.C., U.S.A.
3. PULECIO, Jorge. Panorama general del programa de apertura económica. En: "*Memorias seminario nacional apertura económica*". Medellín Escuela nacional sindical, 1991.
4. AGUDELO C., Carlos A. Desarrollo del sistema Nacional de Salud En: *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*, serie debates No. 1 publicación científica, Ministerio de salud y O.P.S., 1991 Colombia.
5. DÍAZ U. Eduardo. Ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud". En: *Revista Nacional de Educación Médica*. Ascofame, Vol. II No. 1 1990 Colombia.
6. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Directorio Nacional de Programas Docentes para la Salud , 1991. Publicación oficial, Bogotá, 1991.
7. CASTRILLÓN A., María Consuelo. "La práctica de enfermería como objeto de estudio", documento inédito. Ponencia presentada en el XI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Acofaen Bogotá 5 y 6 de mayo de 1992.
8. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, ANEC, ACOFAEN. "Estudio nacional de enfermería 1985-1987. Actualidad y perspectiva" Bogotá Ed. Trazo, 1989.
9. CASTRILLÓN A., María Consuelo. La formación universitaria de enfermeras en Colombia. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. IV No. 1 marzo 1986, Medellín, Universidad de Antioquia, 1986.
10. VELANDIA M., Ana Luisa. "tendencias de la educación en enfermería en Colombia en los últimos veinticinco años 1960-1985." En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 6 No. 1 marzo 1988. Medellín. Universidad de Antioquia.
11. COLOMBIA. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería Acofaen. "Estado actual de los programas de enfermería en Colombia 1988-1989". Documento inédito, 1990.
12. CASTRILLÓN A., María Consuelo. Liderazgo y futuro de enfermería. Ponencia presentada en el I congreso de egresados de enfermería de la Universidad de Nacional, Bogotá, junio, 1992.